

LOGOPEDIE

MAANDBLAD VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE



Themanummer
Parkinson

juni 2013

06



VRAGEN AAN GIDI DE WIT-SPANJERS

FUNCTIE
LOGOPEDIST

WERKSETTING
GEZONDHEIDSZORG

REGIO
ZUID OOST NEDERLAND

Sinds wanneer werk je als logopedist? In 1998 ben ik afgestudeerd als logopedist. Na mijn afstuderen kreeg ik vervangingswerkzaamheden aangeboden op de werkplek waar ik ook mijn vierdejaars stage heb doorlopen. Hier werk ik nu al 14 jaar.

Waarom ben je logopedist geworden? Het idee bezig te zijn met communicatie en alle facetten die daarbij horen sprak mij erg aan. Ik had tijdens mijn schoolperiode al verschillende bijbaantjes waarin ik werkte met zowel ouderen als kinderen. Tijdens de eerste jaren van de opleiding wist ik zeker dat ik met kinderen ging werken. Tijdens mijn vierdejaars stage in het verpleeghuis ben ik hierover van gedachte veranderd!

Wat vind je fijn aan je huidige werkplek? Er is veel ruimte voor het ontwikkelen van nieuw beleid om kwaliteit te verbeteren en te kunnen waarborgen in de praktijk. Nieuwe ontwikkelingen worden vaak snel opgepakt. Daarnaast vind ik de combinatie van het behandelen van cliënten binnen de zorgcentra en de eerste lijn erg prettig.

Waar heb je je recent in verdiept? Mijn laatst gevolgde scholing betrof een dysartriecursus. Ik ben al jaren werkzaam als ParkinsonNettherapeut en ondanks alle informatie die we vanuit ParkinsonNet ontvangen blijft het noodzakelijk om jezelf op de hoogte houden van alle nieuwe ontwikkelingen.

Wat verwacht je voor de toekomst? Door de huidige ontwikkelingen zijn we genoodzaakt ons beter te profileren en te onderscheiden. Ik zie een toename van de marktwerking binnen de zorg en een verzakelijking van de professionele rol als logopedist.

v/d redactie

**JANNEKE DE
WAAL-BOGERS**
HOOFDREDACTEUR



Kort van stof

De redactie is ontzettend trots op dit themanummer parkinson dat voor u ligt. Dit extra dikke nummer heeft maar liefst 12 pagina's extra. Iedere pagina is optimaal benut om alle informatie weer te geven. Dit was soms nog een hele klus, maar het is gelukt. Het enthousiasme van onze gasthoofdredacteur Hanneke Kalf komt dan ook duidelijk naar voren!

Niet alle logopedisten komen tijdens hun werkzaamheden patiënten met de ziekte van Parkinson tegen. Ik ben zelf zo'n logopedist. In dit themanummer is daar rekening mee gehouden. De artikelen vullen elkaar aan waardoor steeds verder de diepte ingegaan wordt. Ik denk dat dit themanummer daarom een vaste plek in uw kast met vakliteratuur verdient als naslagwerk.

Hanneke Kalf krijgt het woord op pagina 4. Ik blijf daarom kort van stof om haar alle ruimte te kunnen geven, en wil haar hartelijk bedanken voor haar inzet met dit prachtige themanummer als resultaat!

juni 2013

Inhoud

Van de gasthoofdredacteur	04
Berichten	06
Hypokinetische dysartrie	08
Interview met Bas Bloem	14
De Parkinson Vereniging: voor iedereen die met parkinson te maken heeft	18
Logopedische groepsbehandeling Parkinson	20
Door de ogen van...	28
Woordvloeiendheidstaken bij ziekte van Parkinson	30
Boeken & Materialen	36
ParkinsonNet: zorg voor parkinson	38
Reproduceerbaarheid en validiteit van logopedische vragenlijsten voor parkinsonpatiënten	40
Xtra	44
Cursus & Congresinfo	46
Colofon	47



Nederlandse Vereniging *voor*
Logopedie *en* Foniatrie

Van de gasthoofdredacteur

Toen ik de vraag kreeg om gastredacteur te zijn voor een themanummer over de ziekte van Parkinson, heb ik direct 'ja' gezegd. Want ik werd opeens 'parkinsonexpert' toen ik in 2007 ging meedoen met de organisatie van ParkinsonNet en in 2008 begon met de redactie van de richtlijn Logopedie bij de ziekte van Parkinson. En in 2011 ben ik op deze fascinerende ziekte gepromoveerd. Het is een gevarieerd nummer geworden, want parkinson is een complexe ziekte waar veel over te vertellen is.

AUTEUR

HANNEKE KALF

Op het ParC dagcentrum van het UMC St Radboud zien wij wekelijks patiënten met de ziekte van Parkinson of een atypisch parkinsonisme. Patiënten komen voor multidisciplinaire diagnostiek en adviezen voor de klachten waar ze op dat moment het meeste last van hebben. Educatie neemt een belangrijke plaats in en in de loop van de jaren is ik mijn verhaal ongeveer het volgende geworden:

Uw brein houdt u voor de gek! Uw parkinsonbrein wil dat u steeds kleinere bewegingen maakt. Waarom? Dat snappen we nog steeds niet helemaal, maar u gaat lopen met kleine passen, u wordt traag en onhandig en ook uw stembanden en mondspieren gaan steeds kleinere bewegingen maken. Daarom gaan mensen u steeds slechter verstaan, maar het vervelende is dat uw parkinsonbrein u dat niet vertelt. Want u gaat mopperen dat de mensen in uw omgeving slechthoerend worden. Precies, uw vrouw zit al te knikken. U heeft zeker gezegd dat zij een hoorapparaat nodig heeft? Geloof het of niet, maar dat horen we hier elke week, want dat hoort ook bij uw ziekte. Maar er is prima iets aan te doen, juist dankzij uw parkinsonbrein. U moet grotere bewegingen maken en harder praten. Ik kan het even demonstreren. Hooft u, u spreekt direct al beter. De gezonde delen van uw brein kunnen dat namelijk prima. Maar om uw parkinsonbrein te slim af te kunnen blijven moet u deze techniek wel enkele weken intensief oefenen. Daarvoor verwijs ik u graag naar een parkinsonlogopedist. De professionele uitleg van 'hypokinetische dysartrie' staat in dit nummer beschreven in een gelijknamige artikel en ook prof. Bas Bloem geeft in een interview uitleg over de behandelmogelijkheden van deze ziekte.

Natuurlijk kan ik niet altijd zo'n gesprek voeren. Het gaat hier om behandeling van de motoriek en dat gaat vrij goed bij parkinsonpatiënten. Maar blijft het daar niet bij en krijgen patiënten vroeg of laat ook last van cognitieve stoornissen. Daarover gaat van het artikel van Colman en collega's. Zij beschrijven het onderzoeken en interpreteren van woordvloeiendheidstaken bij de ziekte van Parkinson.

Een paar jaar geleden las ik het boek *De onzichtbare gorilla* van Christopher Chabris en Daniel Simons. En hoewel dit boek over gedrag van gezonde mensen gaat, zijn er verbanden met de behandeling van parkinsonpatiënten uit te halen. Chabris en Simons voerden in de jaren negentig het fameuze gorilla-experiment uit. In een TED talk legt Daniel Simons dat fraai uit (<http://youtu.be/eb4TM19DYDY>). Het gorilla-experiment demonstreert de aandachtsillusie (echt kijken als je dit nog nooit gezien hebt!). Om een taak goed uit te kunnen voeren moet je er op kunnen focussen en het is een illusie dat we tegelijk iets anders óók goed kunnen doen of dat we tegelijk onverwachte dingen kunnen waarnemen. De conclusie uit dit en vele andere experimenten is dat niemand kan echt goed multitasken (telefoneren tijdens autorijden is niet voor niets verboden) en er is evenmin experimenteel bewijs dat vrouwen dat beter kunnen dan mannen. Wat we wél goed kunnen is snel switchen tussen taken. En dat is precies waar parkinsonpatiënten moeite mee krijgen, namelijk het tegelijk uitvoeren van een motorische en cognitieve taak en het snel switchen tussen taken. Ook spreken en eten of drinken zijn dubbeltaken. Typisch voor veel parkinsonpatiënten is dat ze zich thuis verslikken in de koffie, maar tijdens een consult met een sliktest niet aan het verslikken te krijgen zijn. Want tijdens zo'n taak kunnen ze zich focussen, maar koffiedrinken in gezelschap is een dubbeltaak. Spreken is een combinatie van verstaanbaar zijn (motoriek) en begrijpelijke en adequate uitingen produceren op precies het juiste moment (cognitie). Mede daarom is het voor parkinsonpatiënten zo moeilijk is om een betere spreektechniek toe te passen in conversatie. De Tielse collega's Goos en Scholten beschrijven hoe ze dat trainen door middel van groepsbehandelingen.

Rond een ziekte is meestal een patiëntenvereniging actief. Daarom zijn we blij dat de Parkinson Vereniging een bijdrage wilde leveren. Maar ook de zorgverleners van parkinsonpatiënten zijn georganiseerd, namelijk in ParkinsonNet en dat maakt dit nummer helemaal compleet. ■



Aangepaste consistentie als oplossing bij dysfagie ook dat is de **N**FACTOR



RESOURCE
ThickenUp Clear

Maakt veilig en eenvoudig verdikken haalbaar

Mensen met slikklachten hebben **weer wat te vieren!**

Resource® ThickenUp Clear is verkrijgbaar in: 900 g en 125 g blikken en portieverpakkingen van 1,2 g (verpakt per 24 stuks).

Resource® ThickenUp Clear is:

-  veilig¹ en dikt niet na
-  geur- en smaakloos
-  helder
-  eenvoudig te doseren:
1,2,3,... nectar, honing, pudding.
Altijd de juiste consistentie
-  klontert niet

En makkelijk mee te nemen!

Voeding. De factor die een verschil kan maken.

Ref. 1 Leonard R, Pryor J, White C, McRay M, McKenzie S, Mehdizadeh OB, Belafsky PC. Nestlé HealthCare Nutrition 2011 data on file. Clinical Trial Report for the 09.18.CLI Study.

Nestlé Health Science, Hoevestein 36G, 4903 SC Oosterhout
Tel.: 020 569 9588 • www.NestleHealthScience.nl

Dieetvoeding voor medisch gebruik - Gebruiken onder medisch toezicht.



Nestlé Health Science
NOURISHING PERSONAL HEALTH



LOGOPEDIE EN FONIATRIE

BERICHTEN

NVLF 'SPRAKELOOS' OVER LAGE ZIEKTELAST-STEMPEL TAAI-, SPRAAKSTOORNISSEN

Sprakeloos! Met deze reactie heeft de NVLF laten weten zich niet te kunnen vinden in de kwalificatie lage ziekte last die het College voor Zorgverzekeringen aan 'spraakproblemen' heeft gegeven. In een brief aan het CVZ zegt de NVLF dat het onjuist is om tot deze kwalificatie te komen op basis van een uit het Engels geleend begrip ('speech problems'), en dat vervolgens te veralgemeniseren op basis van een niet onderbouwde definiëring.

Theo de Koning: "Helaas zijn wij tevoren niet gekend in de inhoud van het jongste rapport van CVZ. Wij waren dus niet in de gelegenheid om deze misvatting over spraak- en taalstoornissen op te helderen, die nu in de technische rapportage aan de minister van VWS is voorgelegd."

Behalve de onterechte categorisering van spraak- en taalstoornissen maakt de NVLF zich grote zorgen over de lage ziekte last-benadering met betrekking tot COPD en gehoorproblemen.

De NVLF heeft het CVZ dringend verzocht om de rapportage met betrekking tot 'speech problems' aan te passen. Er volgt nog een nadere inhoudelijke reactie met een toelichting op de definitie van spraak- taalstoornissen. Minister Schippers van VWS is hiervan in kennis gesteld.

Zie voor de brief het dossier *Bezuiniging* op de site www.ikbenlogopedist.nl.

NVLF vraagt van VWS duidelijkheid over oproep voor alternatieve bezuinigingen

De NVLF heeft minister Schippers van VWS om opheldering gevraagd over haar oproep om met alternatieve bezuinigingsvoorstellen te komen. De kaders voor de invulling van de € 1,5 miljard die de minister op de basisverzekering wil korten, zijn niet duidelijk. Ook is niet helder hoe de procedure er uitziet na consultatie van het veld.

In een brief aan de minister laat de NVLF weten dat het raadplegen van het veld zorgvuldig moet gebeuren. De oproep die de minister 10 februari in het programma Buitenhof deed en de brief die erop volgde gaan over eigen voorstellen van de logopedie. De NVLF wil eerst weten hoe specifiek de minister aankijkt tegen een bezuiniging op logopedie in de eerste lijn. Hoe vindt straks de afweging en doorrekening van de plannen plaats en is er in de procedure nog een mogelijkheid om te reageren? Hierover wil de NVLF duidelijkheid van de minister voordat de eigen voorstellen uitgewerkt kunnen worden. Meer informatie staat in het dossier *Bezuiniging* op de website www.ikbenlogopedist.nl.

Asjemenou!

Al sinds de eerste behandeling ken ik Stephan (10) als een geïnteresseerde jongen, die regelmatig de rol van interviewer op zich neemt en mij de meest uiteenlopende vragen stelt. Ook vandaag zit hij weer op zijn vragenstoel:

“Drinkt u altijd water op uw werk?”

“Ja, of koffie of thee”

“En heeft u dan nooit trek in limonade?”

“Nee, daar hou ik niet zo van, van die aanmaaklimo”

“Maar ook niet van cola ofzo?”

“Ja, dat wel, maar dat drink ik niet zoveel, want daar zit veel suiker in.

En ik ben een beetje aan de lijn, dus dan is cola niet zo goed.”

“U?! Aan de lijn?! Dat had ik nou niet achter u gezocht!”

Esther van Niel

Heeft u ook een asjemenou? Schrijf deze dan in maximaal 100 woorden op en stuur hem naar redactie@nvlf.nl Denk u wel aan het fingen van de namen van uw cliënten.

Kwaliteitsinstrument van de maand: Methodisch Logopedisch Handelen

DOEL VAN HET INSTRUMENT

Het methodisch logopedisch handelen (MLH) vormt de basis van de werkzaamheden van de Nederlandse logopedist en als basis van diverse kwaliteitsinstrumenten, zoals de logopedische standaarden. Het MLH beschrijft alle stappen die bij een logopedische interventie genomen worden:

- > verwijzing/aanmelding
- > logopedische anamnese
- > logopedisch onderzoek
- > logopedische diagnose stelling
- > formulering behandelplan
- > uitvoeren van de behandeling
- > evaluatie
- > afsluiten van de behandeling

GEBRUIK VAN HET INSTRUMENT

Het instrument kan zowel door individuele logopedisten gebruikt worden als door kwaliteitskringen of afdelingen logopedie.

VERKRIJGBAARHEID VAN HET INSTRUMENT

Voor meer informatie over het methodisch logopedisch handelen wordt verwezen naar de logopedische standaarden. Tevens is een vernieuwde uitgave van het boek “Methodisch handelen in de logopedie” verschenen (H. Kuiper, 2013).

NIEUW BEROEPS- PROFIEL VOOR LOGO- PEDISTEN

De talrijke ontwikkelingen in de zorg, in het onderwijs, in het onderzoek en binnen de beroepsgroep logopedie maakten het dringend nodig om het beroepsprofiel Logopedist uit 2003 te actualiseren. De NVLF heeft daarom het Beroepsprofiel logopedist in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) herzien. Het Beroepsprofiel logopedist is geschreven voor logopedisten, de opleidingen voor logopedie, de overheid, zorgverzekeraars, instellingen waar logopedisten werkzaam zijn, artsen en verwante beroepsgroepen. De nieuwe versie is te vinden op de website van de NVLF.

Hypokinetische dysartrie

AUTEURS



HANNEKE KALF

LOGOPEDIST, KLINISCH EPIDEMIOLOOG



BERT DE SWART

LOGOPEDIST, TAAL-SPRAAKPATHOLOOG

De kennis over de ziekte van Parkinson is de afgelopen tien jaar sterk toegenomen. Ook over de paramedische behandeling in het algemeen en de logopedische behandeling in het bijzonder is inmiddels veel geschreven, onder andere in de richtlijn 'Logopedie bij de ziekte van Parkinson' (Kalf et al., 2008). In dit artikel geven we een compacte beschrijving van de typische kenmerken van deze complexe ziekte, de hypokinetische dysartrie die daar het gevolg van is en de logopedische behandeling ervan. De tekst is voor een deel overgenomen uit de herziene handleiding van de Pitch Limiting Voice Treatment (PLVT), die op dit moment alleen nog beschikbaar is voor deelnemers aan de basisscholing van ParkinsonNet.

De ziekte van Parkinson

De ziekte van Parkinson is een progressieve neurodegeneratieve aandoening die grotendeels wordt veroorzaakt door verlies van dopamineproducerende neuronen in de substantia nigra, een onderdeel van de basale kernen. In Nederland leven zo'n 30.000 tot 50.000 mensen met de ziekte van Parkinson of een atypisch parkinsonisme (een ziekte met parkinsonachtige verschijnselen, maar tevens andere neurologische uitval en snellere ziekteprogressie) en de verwachting is dat de prevalentie door de vergrijzing van de bevolking verder zal toenemen (Lau et al., 2004). De meerderheid van de parkinsonpatiënten woont thuis met of zonder hulp van mantelzorgers en (eerstelijns) zorgverleners. Opname in een verpleeghuis wordt met name geïndiceerd door ernstige beperkingen, dementie en hallucinaties (Aarsland, Larsen, Tandberg, & Laake, 2000).

Motorische kenmerken

De afbraak van dopamineproducerende neuronen manifesteert zich als het 'hypokinetisch-rigidesyndroom', dat wil zeggen de combinatie van hypokinesie of bewegingsarmoede (afname van bewegingen, zoals

verminderde armzwaai) en rigiditeit (spierstijfheid). De neuroloog stelt de diagnose op de motorische kenmerken, namelijk (Bloem et al., 2010): het bestaan van bradykinesie (traagheid en afname van amplitude van bewegingen) met tenminste één van de volgende kenmerken:

- > rigiditeit
- > rusttremor
- > houdingsinstabiliteit

Ondersteunende kenmerken zijn onder andere een unilateraal begin en een goede reactie op levodopa. Het ziektebeloop wordt beschreven volgens de Hoehn en Yahr stadia, zie figuur 1. De ziekteprogressie is in het algemeen langzaam en minder dan 5% van de parkinsonpatiënten bereikt HY stadium 5 (Goetz et al., 2004).

Niet-motorische problemen

Hoewel de ziekte van Parkinson bekend staat als een neurologische bewegingsstoornis, hebben parkinsonpatiënten ook last van diverse niet-motorische klachten, zoals (Chaudhuri et al., 2006; Langston, 2006):

- > sensorische stoornissen: o.a. pijn, verminderde reuk
- > autonome stoornissen: o.a. obstipatie,

IN HET KORT

De kennis over de ziekte van Parkinson is de afgelopen tien jaar sterk toegenomen. Ook over de paramedische behandeling in het algemeen en de logopedische behandeling in het bijzonder is inmiddels veel geschreven en geëvalueerd. De ziekte van Parkinson wordt gekenmerkt door hypokinesie en rigiditeit, die in alle motorische activiteiten te zien is, namelijk in lopen, houding, spreken, mimiek, zelfzorg enzovoort. Tegelijk leidt de ziekte tot een scala aan niet-motorische kenmerken, waaronder cognitieve stoornissen, neuropsychiatrische problemen en slaapstoornissen. Het meest voorkomende logopedische probleem is de toenemende slechte verstaanbaarheid als gevolg van de typische hypokinetische dysartrie. Hypokinetische dysartrie is goed te onderscheiden van andere dysartrievormen en behandeling ervan heeft grote gelijkenis met de behandeling van bijvoorbeeld het lopen door de fysiotherapeut (denk o.a. aan grotere stappen nemen met visuele en auditieve cueing door middel van strepen op de vloer respectievelijk een metronoom (Keus et al., 2004). De behandeling door middel van de Pitch Limiting Voice Treatment (PLVT) vraagt veel en intensief oefenen, omdat de patiënt door afnemende auditieve feedback moet wennen aan de intensieve manier van spreken, die nodig is om de hypokinesie te overwinnen. Wie de ziekte begrijpt, begrijpt ook de behandeling.

urogenitale klachten

- > neuropsychiatrische problemen: o.a. angst, apathie, psychose
- > cognitieve stoornissen: o.a. executieve functiestoornissen, geheugenstoornissen en woordvindingsproblemen
- > vermoeidheid, slaapstoornissen of extreme slaperigheid.

Met name deze niet-motorische problemen hebben niet alleen grote invloed op het dagelijks functioneren, de kwaliteit van leven van de patiënt en mantelzorgers, maar ook op de belastbaarheid en leerbaarheid die nodig is voor succesvolle paramedische behandeling.

Diagnostiek en behandeling

De diagnose ziekte van Parkinson wordt gesteld op basis van de anamnese en het klinische beeld, zoals hierboven beschreven. De ernst van de motorische klachten wordt in kaart gebracht met de Movement Disorders Unified Parkinson's disease Rating Scale

(MD-UPDRS), een gevalideerde en wereldwijd geaccepteerde ernstmaat die door een clinicus (meestal een neuroloog) wordt gescoord (Goetz et al., 2008). De ernst van de niet-motorische klachten kan worden vastgelegd met gevalideerde vragenlijsten, zoals de SCOPA-AUT (Visser, Marinus, Stiggelbout, & van Hilten, 2004) of de NMSQuest (Chaudhuri et al., 2006).

De behandeling van de ziekte van Parkinson bestaat uit medische behandeling, paramedische behandeling en psychosociale begeleiding. De medische behandelmogelijkheden zijn medicamenteus (levodopapreparaten of dopamineagonisten) en voor een klein aantal patiënten chirurgisch (diepe hersenstimulatie) (Bloem et al., 2010). De paramedische behandelingen zijn voornamelijk gericht op het opheffen of compenseren van de hypokinesie in het lopen, handelen, spreken enzovoort, door middel van cueing, cognitieve bewegingsstrategieën en training, waarvoor

we verwijzen naar de betreffende richtlijnen op www.parkinsonnet.nl/parkinson/behandelrichtlijnen. Voor psychosociale begeleiding kan onder andere naar maatschappelijk werkers, seksuologen en psychologen worden verwezen. Dat houdt in dat parkinsonpatiënten met een grote diversiteit aan professionals te maken kunnen krijgen. In Nederland is consensus over de indicatie van de diverse behandelaars vastgelegd in de 'Multidisciplinaire richtlijn ziekte van Parkinson' (Bloem et al., 2010). De scholing en certificering van al deze zorgprofessionals en het stimuleren en ondersteunen van regionale samenwerking is in 2007 geïnitieerd en georganiseerd door ParkinsonNet (www.parkinsonnet.nl; zie ander artikel in dit tijdschrift).

Kenmerken van paramedische behandeling

Het behandelen van de bewegingsstoornissen van parkinsonpatiënten berust voor alle paramedici op dezelfde principes, alleen de domeinen verschillen (Kalf et al., 2008; Keus et al., 2004; Sturkenboom et al., 2008). Hypokinesie betekent minder (hypo) bewegen (kinesie). Bewegingen worden kleiner, maar zonder krachtsverlies, dat wil zeggen lopen met kleine passen, zachter praten enzovoort. Dat betekent dat normale motoriek – afhankelijk van de ziekte-ernst – door een ervaren behandelaar kan worden geactiveerd door de patiënt te instrueren om grotere bewegingen te maken. Daarbij gelden de volgende principes (Morris & Iansek, 1997):

1. Bewust handelen

De parkinsonpatiënt kan zijn falende automatische motoriek (basale kernen) compenseren door handelen bewust uit te voeren, dat wil zeggen via de corticale route. Denk bijvoorbeeld aan bewust grote stappen nemen of bewust harder praten.

- 1.0 Beginstadium met lichte symptomen aan een lichaamszijde
- 1.5 Eenzijdig met beginnende axiale problemen
- 2.0 Tweezijdig, geen balansproblemen. Mogelijk reeds kyfotische houding, traagheid en spraakproblemen. Houdingsreflexen zijn nog intact
- 2.5 Matige ziekteverschijnselen met herstel op retropulsietest
- 3.0 Matige tot ernstige ziekteverschijnselen, enkele houdings- en balansproblemen, lopen is aangedaan, maar nog mogelijk zonder hulp, fysiek onafhankelijk
- 4.0 Ernstige ziekteverschijnselen, gedeeltelijk hulpbehoevendheid, lopen en staan is aangedaan, maar nog mogelijk zonder hulp.
- 5.0 Eindstadium, volledige invaliditeit, lopen en staan zonder hulp onmogelijk, continue verpleegkundige zorg nodig.

FIGUUR 1. De Hoehn en Yahr stadia: internationale classificatie van de ernst en het beloop van de ziekte van Parkinson (Goetz et al., 2004).

Dat betekent dat de patiënt 'overall bij na moet denken', maar ook dat hij meer tijd nodig heeft, training nodig heeft en/of zijn activiteiten anders moet gaan organiseren.

2. Vermijden van dubbeltaken

Omdat de cognitieve aandacht nodig is om motorische taken bewust uit te voeren, kan het tegelijk uitvoeren van motorische en cognitieve taken (dubbeltaken) beter worden vermeden.

3. Toepassen van cues

Externe cues (visueel, auditief of proprioceptief) kunnen helpen om handelingen te starten en op gang te houden. Denk bijv. aan strepen op de vloer om 'freezing' in het lopen te voorkomen (Nieuwboer, 2008). Of een pacing board om spreektempo af te remmen.

4. Deelhandelingen

Hypokinesie neemt toe naarmate handelingen meer tijd vergen en complexer zijn. Complexe handelingen opdelen in deelhandelingen (cognitieve bewegingstrategieën) is dan een zinvolle aanpassing.

Atypische parkinsonismen

Hypokinetisch-rigidesyndromen kunnen ook

worden veroorzaakt door andere aandoeningen, die atypische parkinsonismen worden genoemd. Daartoe behoren onder andere multiple systeematrofie (MSA), progressieve supranucleaire paralyse (PSP) en vasculair parkinsonisme. Deze ziekten komen minder vaak voor, maar hebben een veel sterkere ziekteprogressie en omdat er ook andere hersengebieden zijn aangedaan, zijn de klachten minder gevoelig voor medische en paramedische interventies (Kalf, Munneke, & Bloem, 2011). Voor een overzicht van de belangrijkste diagnostische kenmerken van de diverse parkinsonismen verwijzen we naar tabel 2.3 uit de richtlijn (Kalf et al., 2008): http://www.logopedie.nl/bestanden/ikbenlogopedist/kwaliteit/Kwaliteitsdocumenten/richtlijnen/Monodisciplinaire_richtlijn_parkinson.pdf

Meer informatie

Voor uitvoeriger beschrijvingen van de ziekte van Parkinson en de behandeling daarvan verwijzen we naar de inleidende hoofdstukken van de richtlijnen 'Logopedie bij de ziekte van Parkinson'(Kalf et al., 2008) en 'Multidisciplinaire richtlijn ziekte van Parkinson'

(Bloem et al., 2010). Veel informatie is ook te vinden op www.parkinsonnet.nl, inclusief video's op het YouTubekanaal: <http://www.youtube.com/user/parkinsonnet1>.

Hypokinetische dysartrie

De motorische kenmerken van de ziekte van Parkinson manifesteren zich ook orofaryngeaal en laryngeaal. Dat veroorzaakt logopedische klachten die in de richtlijn verdeeld worden in drie domeinen: moeite met spreken (dysartrie), moeite met slikken (dysfagie) en moeite met speekselbeheersing (speekselverlies) (Kalf et al., 2008). Dit artikel behandelt alleen de dysartrie, omdat dat de meest voorkomende stoornis is, met de best beschreven en meest geëvalueerde behandeling.

Kenmerken hypokinetische dysartrie

Hypokinetische dysartrie wordt veroorzaakt door kleinere bewegingen van de ademhaling, stemplooiën en articulatoren, waardoor de volgende kenmerken te horen en te zien kunnen zijn:

> hypofonie, dat wil zeggen een zachte

	Hypokinetisch	Hyperkinetisch	Spastisch	Slap	Atactisch
Plaats van de aandoening	basale kernen, extrapiramidaal	basale kernen, extrapiramidaal	corticaal, piramidaal	bulbair en neuromusculair	cerebellair
Algemene kenmerken	hypokinesie: te weinig beweging, kleine bewegingen	hyperkinesie: overdaad aan beweging	hypertonie: stijve, gespannen en beperkte bewegingen	hypotonie: zwakke bewegingen	ataxie, coördinatiestoornis: uitschiënde bewegingen
Spraakkenmerken:					
Adem	oppervlakkig, gering	onnauwkeurig, onwillekeurig, geforceerd	Oppervlakkig, traag	oppervlakkig, traag, weinig druk	onregelmatig, opeens geforceerd
Stemkwaliteit	- hees (hypo) - gespannen (hyper) - continu borrelig	gespannen, schor, variabel	gespannen, schor	zwak, hees,	hees, variabel
Luidheid	zacht, maar makkelijk te corrigeren	variëties, uitschieters	normaal, maar moeite met meer volume	zacht	uitschieters
Toonhoogte	neiging tot hoog	variabel, uitschieters	laag of juist hoog	laag	uitschieters
Articulatie	kleine bewegingen, binnensmonds	vervormingen onnauwkeurig	traag, gespannen, moeizaam, onnauwkeurig	traag, slap, moeizaam, onnauwkeurig	ongecoördineerd, onnauwkeurig
Resonans	normaal	hypernasaal	normaal tot hyponasaal	hypernasaal	variabel
Intonatie	opvallend monotoon	variëties in toonhoogte en luidheid	monotoon	monotoon	uitschieters
Spreektempo	normaal tot snel	variabel verstoringen	traag, korte zinnen	traag, korte zinnen	variabel

TABEL 1. Overzicht van de belangrijkste dysartrievormen en spraakkenmerken die bij de ziekte van Parkinson en atypische parkinsonismen voor kunnen komen (Kalf et al., 2011).

- stem, hese stem of hoge stem
- > hypo-articulatie, dat wil zeggen binnensmonds spreken of mompelen
- > monotonie en monodynamiek
- > start- en stopproblemen: herhalingen van lettergrepen, of woorden aan begin of einde van een uiting accelereren
- > hypomimiek: maskergelaat

Dysartrische kenmerken die niet bij een hypokinetische dysartrie horen zijn:

- > spierzwakte (slappe dysartrie)
- > spasticiteit (spastische dysartrie)
- > coördinatiestoornissen (atactische dysartrie)
- > hypo- of hypernasaliteit
- > opvallend traag spreken (duidelijk trager dan vroeger)

Een duidelijke hypokinetische dysartrie zonder spastische, slappe of atactische kenmerken is tevens een bevestiging van de diagnose ziekte van Parkinson. Een betrouwbaar logopedisch oordeel kan dus van belang zijn voor de neuroloog bij twijfel over de neurologische diagnose (Kalf et al., 2011). Tabel 1 geeft een overzicht van de spraakkenmerken van hypokinetische, spastische, slappe en atactische dysartrie.

Andere kenmerken

Er zijn nog twee klinische kenmerken die het stellen van de diagnose hypokinetische dysartrie ondersteunen. Het eerste is dat het hypokinetische spreken makkelijk te verbeteren moet zijn door de patiënt te vragen om harder en lager te praten, er is immers geen sprake van spierzwakte of coördinatiestoornissen. Als de patiënt dat kan is dat veelal tegelijk de bevestiging van de diagnose: als spreken met meer intensiteit geen directe verbetering geeft, is het waarschijnlijk geen hypokinesie. Maar pas op: ook als een parkinsonpatiënt helemaal *off* is, zeer ernstig vermoeid is of een gevorderd stadium van de ziekte heeft, is het spreken niet goed te verbeteren. Veel parkinsonpatiënten ervaren een duidelijke invloed van de medicatie, d.w.z. dat ze optimaal kunnen bewegen enige tijd nadat ze hun medicatie hebben ingenomen (*on*-fase) en bijna niet meer of alleen heel moeizaam kunnen bewegen als ze aan een nieuwe dosis toe zijn (*off*-fase). Daarom moeten behandelaars zowel tijdens onderzoek als behandeling weten of de patiënt *on* dan wel *off* is.

Het tweede typische kenmerk van parkinson-

EN DAN

De ziekte van Parkinson is een veel voorkomende ziekte. Het behandelen van parkinsonpatiënten vraagt extra scholing, bijvoorbeeld zoals die wordt aangeboden door ParkinsonNet, maar iedere logopedist kan de informatie in dit artikel gebruiken om het ziektebeeld beter te begrijpen met de indicatie en mogelijkheden voor logopedische behandeling.

patiënten met hypokinesie en hypokinetische dysartrie is dat een patiënt het zelf niet altijd goed opmerkt. Uitleg over aanpassen van het lopen of spreken zou al voldoende kunnen zijn voor zelfcorrectie, maar die blijft in het algemeen uit. Dat verklaart de typische opmerkingen die wij geregeld van mantelzorgers over hun partner horen:

- > *Hij blijft gewoon doorpraten in de kamer, ook als ik in de keuken sta en hem niet kan horen.*
- > *Als ik hem niet goed versta, zegt hij steeds "Jij hebt een hoorapparaat nodig", maar er is niets mis met mijn gehoor.*

Parkinsonpatiënten passen dus hun spreekvolume niet automatisch aan als dat nodig is, want ze ervaren zelf dat ze hard genoeg praten en dat ze "schreeuwen" als ze harder gaan praten (Ho, Bradshaw & Iansek, 2000). Vermoedelijk wordt ook dat veroorzaakt door de slechter functionerende basale kernen, die de sensorische informatie niet goed doorgeven. Dat betekent dat in de behandeling veel aandacht moet worden besteed aan het wennen aan een groter volume; dit wordt 'ijking' genoemd. Dit is belangrijk want zolang de patiënt nog het gevoel heeft dat hij "schreeuwt", zal hij niet uit zichzelf harder, en dus beter verstaanbaar gaan spreken.

Diagnostiek en behandeling

Uit het betoog tot nu toe volgt dat een parkinsonpatiënt die beter verstaanbaar wil spreken (1) met meer intensiteit moet leren spreken en (2) moet leren wennen aan het spreken met meer intensiteit. Bovendien is effectief spreken een dubbeltaak, namelijk verstaanbaarheid en begrijpelijkheid. Voor elke stem- en spraaktraining, dus ook voor stem- en spraaktraining bij dysartriepatiënten, geldt dat de nieuwe spreektechniek voldoende getraind en geautomatiseerd moet zijn, om toepassen ervan in dagelijkse conversatie mogelijk te maken. Bij de behande-

ling van hypokinetische dysartrie is dat nóg meer van belang, omdat de disfunctionerende basale kernen steeds minder aan dit proces kunnen meewerken, zowel in het feedback geven als het automatiseren. Daarom is een hoge behandel frequentie (tenminste driemaal per week, gedurende tenminste vier weken) zo belangrijk!

Diagnostisch onderzoek

Bij parkinsonpatiënten is het niet nodig om een volledig dysartrieonderzoek af te nemen. De richtlijn voorziet daarom in een kort en specifiek diagnostisch onderzoek, dat bedoeld is om de mate van stimuleerbaarheid te onderzoeken.

De logopedist kan volstaan met (*aanbeveling 5*):

- > een beoordeling van spontaan of ongestimuleerd spreken, dat wil zeggen subjectieve beoordeling van de spreekkwaliteit tijdens spontaan spreken
- > een beoordeling van gestimuleerd spreken tijdens maximale prestatietests, zoals automatische reeksen, maximale fonatieduur en glijtonen

Bij de interpretatie is het van belang te weten of de patiënt in een *on*-periode of in een *off*-periode wordt geobserveerd en moet rekening worden gehouden met de ziekteernst. Dat wil zeggen, een patiënt in Hoehn & Yahr stadium 4 of 5 is in het algemeen moeilijker te corrigeren.

Bij twijfel of het hypokinetische dysartrie is, kan beter wel een volledig dysartrieonderzoek worden uitgevoerd. Dan is vooral het onderzoeken van de diadochokinese (maximale repetitiesnelheid) belangrijk. Patiënten met een hypokinetische dysartrie voeren die taak uit zonder afwijkingen, maar vertonen de neiging om uit te doven (de amplitude neemt af). Bij patiënten met (ook) een slappe, spastische of atactische dysartrie moeten met deze taak zwakte, spasticiteit of coördinatieproblemen hoorbaar worden. Bij vermoeden van zwakte, spasticiteit of ataxie

kan ook nog aanvullend onderzoek van de mondmotoriek (oraal onderzoek) behulpzaam zijn.

Indicatie voor PLVT

PLVT (evenals de Lee Silverman Voice Treatment of LSVT) is een intensieve behandeling en tevens de meest bestudeerde dysartrie-behandeling. De richtlijn doet de volgende aanbevelingen (13a en 13b):

- > Het wordt aanbevolen om behandeling met de PLVT/LSVT bij daarvoor geïndiceerde patiënten te geven met een behandel-frequentie van tenminste 3x per week, 30 minuten, gedurende minimaal vier weken. Een geringere behandel-frequentie wordt ontraden.
- > Het verdient tevens aanbeveling om de PLVT/LSVT zó te plannen, dat minimaal vier weken aaneensluitend oefenen zowel voor de patiënt als de logopedist uitvoerbaar is en bij voorkeur niet tegelijk valt met andere paramedische interventies die eveneens veel tijd en energie vragen.

Parkinsonpatiënten met een hypokinetische dysartrie komen in aanmerking voor behandeling met PLVT als (aanbeveling 14a):

1. de stemkwaliteit, zowel luidheid, helderheid als toonhoogte, voldoende te stimuleren is;
2. de patiënt voldoende intrinsieke motivatie heeft om intensief te oefenen;
De ervaring is dat patiënten gemotiveerd zijn om intensief te oefenen als ze voldoende last hebben van hun onduidelijke spreken; enkel oefenen omdat bijvoorbeeld de mantelzorger er last van heeft is in het algemeen niet genoeg om 3x per

week behandeling en dagelijks thuis oefenen vol te houden.

3. de patiënt cognitief voldoende in staat is om een nieuwe techniek te leren;
Bij duidelijke cognitieve achteruitgang of dementie kan de patiënt de techniek wel leren, maar is het de vraag of zelfstandige toepassing in conversatie mogelijk is.
4. de patiënt voldoende energie heeft om intensief te oefenen.

De volledige PLVT-behandeling heeft alleen zin als de patiënt tenminste 3x per week met de logopedist kan oefenen en dagelijks thuis kan oefenen. Patiënten die chronisch slecht slapen of prioriteit geven aan andere behandelingen, zullen het waarschijnlijk niet volhouden.

Gebruik ook de folder over "Verstaanbaar spreken bij de ziekte van Parkinson en of atypisch parkinsonisme" (http://www.parkinsonnet.nl/media/14954/folder_verstaanbaar_spreken.pdf) van het Parkinson Centrum Nijmegen.

Hoe werkt het?

Het oefenprogramma heeft als doel de luidheid van de patiënt te vergroten. Een toename van luidheid geeft als fysiologisch neveneffect een tonusverhoging en daarmee een stijging in toonhoogte. Om dit te voorkomen wordt de patiënt de instructie gegeven een lage stemgeving toe te passen. Het doel van deze instructie is ook om de patiënt te leren op een toonhoogte te spreken, die zo goed mogelijk binnen de grenzen van zijn resterende mogelijkheden valt. Deze doelen worden zonder veel extra aandacht bereikt, als de patiënt de instructie 'Spreek luid en laag' leert toe te passen.

Samengevat betekent dit, dat het vergroten van (het ademvolume en) de luidheid voor grotere articulatiebewegingen zorgt en het verlagen van de toonhoogte of het voorkomen van een toonhoogtestijging voor een verbetering van de stemplooitruiling. Als gevolg hiervan treedt er een vooruitgang in de stemkwaliteit, het stemvolume en het spreektempo op, wat de verstaanbaarheid verbetert.

De paramedische behandelprincipes toegepast op PLVT betekent:

- > Bewust handelen: harder praten is een bewuste aanpassing die direct een betere verstaanbaarheid geeft.
- > Vermijden van dubbeltaken: spreken is een dubbeltaak (verstaanbaarheid + begrijpelijkheid), dus een betere verstaanbaarheid inslijpen door middel van intensief oefenen is een voorwaarde voor succes. De parkinsonpatiënt heeft zijn cortex (cognitie) immers ook hard nodig voor de inhoud van zijn boodschap.
- > Toepassen van cues: cues afspreken die herinneren aan 'luider en lager spreken', ook door de mantelzorgers.

Verdere details van de behandeling vallen buiten het bestek van dit artikel.

Conclusie

De ziekte van Parkinson is een complex, maar inmiddels goed beschreven progressief ziektebeeld. De hypokinetische dysartrie die erbij hoort is kenmerkend voor deze aandoening en de behandeling ervan evidence- en consensus-based. Want wie de ziekte begrijpt, begrijpt ook de behandeling (zie figuur 2).

Auteurs

Dr. Hanneke Kalf is logopedist en klinisch epidemioloog op de afdeling revalidatie van het UMC St Radboud in Nijmegen en coördinator logopedie voor ParkinsonNet.

Dr. Bert de Swart is logopedist en taal-spraakpatholoog op de afdeling revalidatie van het UMC St Radboud in Nijmegen en lector Neurorevalidatie aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

Correspondentie

Postbus 9101, huispost 898,
6500 HB Nijmegen h.kalf@reval.umcn.nl ■

De ziekte van Parkinson wordt gekenmerkt door:

- > (unilaterale) motorische stoornissen: hypokinesie + rigiditeit
- > niet-motorische stoornissen, o.a. cognitie
- > levodopa-responsiviteit
- > langzaam progressief
- > dysartrie vroeg in de ziekte, dysfagie laat in de ziekte

De hypokinetische dysartrie die erbij hoort wordt gekenmerkt door:

- > hypofonie, hypo-articulatie, monotonie, hypomimiek
- > te corrigeren via de corticale route (bewust luider en lager spreken)
- > afname auditieve feedback (onvoldoende zelfcorrectie)

Dat leidt ertoe dat de behandeling van hypokinetische dysartrie vraagt om:

- > intensief oefenen, veel herhaling
- > directe, specifieke en consequente feedback
- > kunnen oefenen met een co-therapeut
- > snel overgaan tot functioneel en situatie-specifiek oefenen (generaliseert slecht)

FIGUUR 2. De behandeling van hypokinetische dysartrie die hoort bij de ziekte van Parkinson.

LITERATUURLIJST

- > Aarsland, D., Larsen, J. P., Tandberg, E., & Laake, K. (2000). Predictors of nursing home placement in Parkinson's disease: a population-based, prospective study. *J.Am.Geriatr.Soc.*, 48(8), 938-942.
- > Bloem, B. R. et al. (2010). *Multidisciplinaire richtlijn ziekte van Parkinson*. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications.
- > Chaudhuri, K. R. et al. (2006). International multicenter pilot study of the first comprehensive self-completed nonmotor symptoms questionnaire for Parkinson's disease: the NMSQuest study. *Mov Disord.*, 21(7), 916-923.
- > Goetz, C. G. et al. (2004). Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. *Mov.Disord.*, 19(9), 1020-1028.
- > Goetz, C. G. et al. (2008). Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord.*, 23(15), 2129-2170.
- > Ho, A. K., Bradshaw, J. L., & Iansek, T. (2000). Volume perception in parkinsonian speech. *Mov Disord.*, 15(6), 1125-1131.
- > Kalf, J. G. et al. (2008). *Logopedie bij de ziekte van Parkinson. Een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*. Woerden: NVLF/Uitgeverij LEMMA.
- > Kalf, J. G., Munneke, M., & Bloem, B. R. (2011). Non-pharmacological treatment for atypical parkinsonism. In C. Calosimo, D. E. Riley & G. K. Wenning (Eds.), *Handbook of Atypical Parkinsonism*. Cambridge: Cambridge University Press. (Reprinted from: Not in File).
- > Keus, S. H. J. et al. (2004). *KNGF-richtlijn Ziekte van Parkinson*. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- > Langston, J. W. (2006). The Parkinson's complex: parkinsonism is just the tip of the iceberg. *Ann.Neurol.*, 59(4), 591-596.
- > Lau, L. d., Giesbergen, P., Rijk, M. d., Hofman, A., Koudstaal, P., & Breteler, M. (2004). Incidence of parkinsonism and parkinson disease in a general population: the Rotterdam Study. *Neurology*, 63(7), 1240-1244.
- > Morris, M. S., & Iansek, R. N. (1997). *Parkinson's disease: a team approach*. Melbourne, Australia: Buscombe Vicprint.
- > Nieuwboer, A. (2008). Cueing for freezing of gait in patients with Parkinson's disease: a rehabilitation perspective. *Mov Disord.*, 23 Suppl 2, S475-S481.
- > Sturkenboom, I. H. W. M. et al. (2008). *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson. Een richtlijn van Ergotherapie Nederland. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Uitgeverij LEMMA*.
- > Visser, M., Marinus, J., Stiggelbout, A. M., & van Hilten, J. J. (2004). Assessment of autonomic dysfunction in Parkinson's disease: the SCOPA-AUT. *Mov Disord.*, 19(11), 1306-1312.

PAKPAAL

- **stalen stang** geklemd tussen vloer en plafond
- **houvast** naast bed, stoel of bad
- hulp bij **omdraaien** in bed
- voor **transfer** naar bank of bed
- **geen schade** aan vloer en plafond
- geschikt voor personen **tot 150 kg**



PROEFZENDING MOGELIJK

Pakpaal® producties | T 076-5614500 | www.pakpaal.nl

HEServuis
heservis.nl

Is communicatie niet mogelijk als gevolg van een CVA, een hoge dwarslaesie, een hersenstaminfectie of ALS?

Wij denken in mogelijkheden om te kunnen communiceren met beperkingen, door een oplossing op maat.

Locked In Syndroom

Specialist in communicatie apparatuur voor het Locked In Syndroom, ALS en meervoudig zwaar gehandicapten.



Brainfingers

EMG EOG EEG
Spoken via de PC
met hersengolven

SIDE

communiceren, e-mail,
Spraaksynthese
éénknopsbediening.
Advies, verkoop,
verhuur.

HEServuis
Dorshout 7
5406 ND Uden
Tel: 0413-28 77 03
info@heservis.nl
www.heservis.nl



BAS BLOEM
AUTEUR LYDEKE FRANSEN

Bas Bloem is als hoogleraar neurologie verbonden aan het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen. Daarnaast is hij oprichter van Mijnzorgnet, directeur van ParkinsonNet, Nijmegenaar van het jaar 2011 en ga zo maar door. Maar bovenal is hij een bevlogen geneesheer, die zijn patiënten op handen draagt.

Oplossingsgerichte en bevlogen alleskunner



Wie wil weten wie Bas Bloem is, kan dat in het ruim 11 minuten durende filmpje 'from God to Guide' op YouTube zien. De film is een registratie van het pleidooi dat Bas Bloem samen met een parkinsonpatiënt hield tijdens TedxMaastricht, een pleidooi voor een betere samenwerking tussen dokter en patiënt. De kern van Bas Bloem's visie op de zorg in het algemeen, en specifiek op de zorg voor parkinsonpatiënten is in deze ontroerende Tedx presentatie samengevat.

Bas Bloem heeft zijn wil om voor mensen te zorgen al vroeg ontwikkeld. Zijn moeder had MS en het enige wat Bas als kind wilde was zijn moeder beter maken. Hij studeerde Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Leiden en Neurologie aan het LUMC. Als neuroloog is Bloem opgeleid door hoogleraar Axel Wintzen. 'Professor Wintzen leerde mij zelf na te denken over oplossingen, ik kreeg ze niet aangeboden door hem. Mede daardoor heb ik geleerd veel beter te kijken naar patiënten, en de patiënt centraal te stellen'.

Spreken bij parkinson

Bas Bloem benadrukt aan het begin van het interview het verschil tussen spraak na een beroerte en spraak bij de ziekte van Parkinson. Bloem: 'Parkinson is een sub-corticaal verschijnsel, waarbij de basale ganglia onvoldoende functioneren. Het is geen corticale beschadiging, en omdat de cortex in ieder geval aan het begin van de ziekte intact is, kun je de defecte functie van de basale ganglia compenseren, bypassen noem ik dat, door op een andere manier de cortex toch aan het werk te zetten. Bij patiënten met parkinson gaat dat niet meer automatisch via de basale ganglia, maar kan de cortex bewust rechtstreeks worden aangestuurd. Zo gezien is parkinson een behandelbare aandoening. Zo'n behandeling is dan ook wezenlijk anders dan bij een beroerte.'

Ten aanzien van de behandeling van parkinsonpatiënten geeft Bloem het verschil aan tussen behandeling door therapie, en behandeling met medicijnen. 'Bij een normale motoriek komt er een startsignaal vanuit de basale kernen naar de motorische schors. Het signaal geeft onbewust opdracht tot een activiteit, bijvoorbeeld lopen of spreken, met een bepaald volume en een bepaalde snelheid. Daar hoeft je vervolgens ook niet meer over na te denken, want de basale ganglia houden dat in de gaten. Als de basale ganglia niet goed functioneren, dan kan iemand niet starten met praten, of patiënten beginnen wel goed met spreken maar zakken af, omdat het onderhoudssignaal wegvalt. De motorische schors kan echter ook op een andere manier aangestuurd worden. Door te kijken naar strepen op de vloer kan een patiënt dat motorische gebied toch aanzwengelen, stimuleren om wel in actie te komen. Of, zoals bij spreken, door bewust op luidheid in te zetten stuurt de patiënt toch de motorische schors aan. Door het bewust aanzetten tot actie, door daar heel bewust aandacht aan te geven kun je dat onderbewuste gebied "bypassen". Medicatie daarentegen probeert het oorspronkelijke circuit te herstellen, dat is een heel andere benadering.'

Logopedie en parkinson

'De reden dat logopedie belangrijk is voor de behandeling van parkinson, is dat symptomen die in de midline zitten, dat wil zeggen

'Een reden waarom ik logopedie heel erg belangrijk vind in de behandeling van parkinson, is de enorme impact van het niet meer kunnen communiceren.'

meer naar de verticale middenlijn van het lichaam, in de regel resistentier zijn voor medicijnen dan symptomen die ver van die middenlijn afzitten. De handfunctie bijvoorbeeld reageert relatief goed op medicatie of een operatie, op herstel dus van het subcorticale niveau. Hoe dichterbij je qua functie echter bij de midline komt, denk aan lopen, spreken, slikken, denken, hoe resistentier de aandoening vaak is tegen dopaminerge medicatie. Specifiek spreken en slikken horen bij de twee klassieke non-dopaminerge symptomen. Dat wil niet zeggen dat medicatie helemaal niks doet, maar medicatie is veel minder effectief.

'Een tweede reden waarom ik logopedie heel erg belangrijk vind in de behandeling van parkinson, is de enorme impact van het niet meer kunnen communiceren. Dat is iets dat ik geleerd heb bij professor Wintzen, mijn opleider in Leiden. Je hebt als gezond mens geen idee wat het is als mensen niet meer kunnen communiceren. Communicatie is wat mensen mensen maakt, anders dan dieren. Als je niet meer kunt communiceren raak je geïsoleerd, erger nog, je wordt ook niet meer serieus genomen. Je verliest je status. Daarnaast is ook het probleem met slikken en het kwijlen zeer invaliderend als symptoom, en ook letterlijk levensbedreigend, want een van de doodsoorzaken bij patiënten met parkinson is een verslikpneumonie'. Bloem: 'Nota bene mijn eerste publicatie ging over slikken! In the British Medical Journal heb ik gepubliceerd over een 85+ onderzoek, waarbij het slikken bij ouderen werd onderzocht, en de impact op hun functioneren. Aan de ouderen werd gevraagd: "kunt u nog slikken, en wat doet u als u dat niet meer kan?" Het bleek dat minstens 20 procent van de ouderen ernstige slikklachten had, maar daar nooit mee naar een dokter ging. De ouderen hadden het idee dat de problemen met het slikken bij de leeftijd hoorde. Dat leidt tot isolatie en ondervoeding'.

Zorgnetwerken

In het Parkinsoncentrum Nijmegen, dat Bas Bloem heeft opgericht, bepalen patiënten wat als eerste wordt aangepakt: het speekselverlies, het trillen. Dat is niet alleen gezondheidswinst, dat heeft ook een maatschappelijk belang. Door de vergrijzing wordt het straks van levensbelang dat mensen zichzelf gezond houden, een deel van het ziektemanagement overnemen. Bloem: 'Mensen moeten meer stem krijgen in hun eigen behandeling. Dat is voor dokters wel een grote omslag, als je bedenkt dat de opleiding geneeskunde erg hiërarchisch is'.

‘In de praktijk zie je mensen met diabetes, dementie, én parkinson. We zullen ook in wetenschappelijke onderzoeken moeten kijken naar die complexere aandoeningen.’

chisch is. Tegen de tijd dat je dokter bent, eindelijk die lange trap opgestegen, dan wil je je wel laten gelden. En dan is het even wennen als je toch opnieuw rekenschap af moet leggen over je medische beslissingen aan je patiënten, de ervaringsdeskundigen’.

Om overal in het land voldoende zorg voor mensen met parkinson te kunnen bieden, is ParkinsonNet ontwikkeld. ParkinsonNet is een netwerk van gericht opgeleide zorgaanbieders, waaronder logopedisten. Bloem: ‘In de toekomst willen we ParkinsonNet verder ontwikkelen, tot ParkinsonNext. Waar we ons in eerste instantie richtten op paramedici, worden bij de volgende stap medisch specialisten betrokken bij het netwerk. Zo zullen mogelijk regionale behandelcentra ontstaan, al dan niet gekoppeld aan ziekenhuizen, waarbij ook gekeken wordt naar de winst die geboekt wordt, in het geval van logopedie bijvoorbeeld in welke mate het aantal verslikpneumoniën omlaag gaat. Dit levert een kwaliteitsverbetering op én betere kostenbeheersing. ParkinsonNet biedt overigens ook een unieke infrastructuur voor het doen van nieuw wetenschappelijk onderzoek’.

Patiëntenparticipatie wordt door middel van de zorgnetwerken en de manier van werken in het Parkinsoncentrum Nijmegen gestimuleerd. Bas Bloem erkent dat dat een aantal kanten heeft: de tijd dat de dokter de baas was is voorbij. Patiëntenparticipatie werkt kwaliteitsverbeterend; wanneer een patiënt aangeeft wat diens prioriteiten zijn, is de behandeling alleen maar beter. Ten derde is patiëntenparticipatie kostenbeheersend. ‘Alles wat een patiënt doet en de dokter niet is meegenomen, maar daar zijn wel grenzen aan: patiënten vinden het eng, en sommigen hebben te hoge verwachtingen. Bijvoorbeeld bij deep brain surgery, een symptoombehandeling waarvan mensen toch verwachten dat ze genezen worden. Mensen kunnen ook door het zelfmanagement overbelast raken, ze krijgen er taken bij. Mensen willen niet alleen patiënt zijn, maar ook gewoon vader, partner’.

Naar de toekomst

In de diagnostiek van de ziekte van Parkinson worden stappen gemaakt. De kenmerken van wat we nu de ziekte van Parkinson noemen, het trillen, de stijfheid, dat gaat mogelijk veranderen. Volgens Bloem is inmiddels uit onderzoek duidelijk geworden dat een combinatie van verminderde reuk, obstipatie en een bepaalde droomstoornis een zeer hoog risico geeft op parkinson. Dit wordt nu pre-clinical of pre-motor parkinson genoemd. Het is duidelijk dat de ziekte van Parkinson zich al lange tijd manifesteert, terwijl de voor

ons kenmerkende zichtbare factoren van de ziekte nog afwezig zijn, en iemand nog volstrekt normaal beweegt. Deze nieuwe inzichten zijn voor een deel gebaseerd op symptomen, maar ook voor een deel op metingen, zoals bio-markers, de analyse van bloed of liquor, of een fMRI. Een combinatie van gegevens leidt tot de diagnose parkinson.

Dit is ethisch wel een lastige ontwikkeling: er is geen methode om parkinson af te remmen, laat staan stil te zetten, en door vroegtijdige diagnostiek maak je mensen mogelijk alleen maar verdrietig en ongerust. Op dit moment is er een groot onderzoek gaande naar de mogelijkheid om met intensief sporten de ziekte af te remmen.

Ten aanzien van de logopedische behandeling van parkinson in de nabije toekomst zegt Bloem: ‘De groei naar evidence based logopedie is duidelijk zichtbaar, in de afgelopen tien jaar is er heel veel onderzoek gedaan. Voor de behandeling is er nu klasse twee wetenschappelijk bewijs, en natuurlijk wil je verder naar klasse één bewijs voor je behandeling. Dit geldt met name voor de behandeling gericht op spreken, voor logopedische therapie bij verslikken is überhaupt nog weinig wetenschappelijk bewijs, of klasse 3 misschien. Dat betekent dat we in de toekomst grotere studies nodig hebben, met grotere patiëntenpopulaties. Daar kunnen we de bij ParkinsonNet aangesloten mensen mogelijk bij betrekken’.

‘Een tweede uitdaging waar we voor staan in de toekomst is dat we merken dat patiënten de parkeerplaats oplopen en het net aangeleerde en geoefende gedrag vergeten, ofschoon duidelijk is dat de therapie absoluut effectief is. Hoe zorg je dat de behandeling beklijft, hoe zorg je voor implementatie van het nieuwe gedrag in het dagelijks leven? Kun je met apps, of met begeleiding van de partner daar nog vooruitgang boeken?’ Ten aanzien van apps geeft Bas aan, dat een technologische ondersteuning vooral een middel moet zijn waardoor de patiënt bijvoorbeeld onafhankelijk wordt. Voor de transfer, het zelfmanagement en de zelfondersteuning kan een simpele app zeker meerwaarde hebben. Bloem: ‘Een patient kan zichzelf mogelijk bijsturen, door van zijn Iphone een signaal te krijgen wanneer hij steeds zachter gaat praten’.

Een derde punt ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek in de toekomst is de visie van Bloem dat bij een clinical trial, een klinisch onderzoek, vaak gebruik wordt gemaakt van streng geselecteerde groepen patiënten, terwijl de vraag is of dat wel echt vergelijkbaar is met de groep die je in de praktijk ziet. ‘In de praktijk zie je mensen met diabetes, dementie, én parkinson. We zullen ook in wetenschappelijke onderzoeken moeten kijken naar die complexere aandoeningen. Door middel van MijnZorgnet en ParkinsonNet kunnen we grote groepen patiënten bereiken, waarmee we onderzoek kunnen doen’.

Bas Bloem formuleert aan het eind van het interview nogmaals dat logopedie een ontzettend belangrijk onderdeel is bij de zorg voor mensen met de ziekte van Parkinson. ‘Logopedisten mogen trots zijn op wat er bereikt is ten aanzien van hun behandeling en het wetenschappelijk bewijs daarvoor. Het vak logopedie heeft een enorme groei doorgemaakt. Je zou het kunnen vergelijken met de bouw van de Sagrada Familia: het bouwwerk is al heel mooi, het vormt een prachtige basis, maar het is nog niet af.’ ■



Baert

www.baert.com

Bestel via
www.baert.com
en geniet van
4% korting.

BABBELSPEL JUNIOR

Spelenderwijs leren kinderen sociale en emotionele vaardigheden ontwikkelen.

BABBELSPEL JUNIOR UITBREIDING: DENK-, DOE- EN LOGOTAAL

Met deze kaartenset wordt het Junior babbelspel een boeiend taalspel.

4 - 6 jaar



www.baert.com/babbelspeljunior
www.baert.com/aanvullingbabbelspeljunior



EQ BABBELSPEL

Versterk spelenderwijs je emo-zelfbeeld en je omgang met anderen.

7 - 12 jaar



www.baert.com/eqbabbelspel



VRAAG ONZE ALGEMENE CATALOGUS AAN VIA [INFO@BAERTEDU.BE](mailto:info@baertedu.be)

België: Essenestraat 16 - 1740 Ternat | tel. 02 583 56 56 | fax 02 581 02 82

Nederland: Postbus 134 - 4570 AC Axel | tel. 040 257 26 12 | fax 0800 243 01 23

De Parkinson Vereniging: voor iedereen die met parkinson te maken heeft

AUTEUR

H. DE HAAN

COMMUNICATIE ADVISEUR
PARKINSON VERENIGING



De Parkinson Vereniging (PV) is in de 35 jaar van haar bestaan uitgegroeid tot een professionele organisatie met 300 vrijwilligers en een bureau met 7 medewerkers.

De Parkinson Vereniging is meer dan alleen een patiëntenvereniging. Zij zet zich in voor iedereen die in het dagelijks leven te maken heeft met de ziekte van Parkinson of een parkinsonisme. Zo kunnen ook partners en mantelzorgers bij de vereniging terecht voor informatie, contact en steun. Ook professionals die vanuit hun beroep veel te maken hebben met mensen met de ziekte van Parkinson of een parkinsonisme kunnen lid worden van de vereniging. Zij ontvangen dan, net zoals de patiënt-leden, 6 keer per jaar het blad Papaver en blijven zo op de hoogte van wat de patiënt bezig houdt en de laatste ontwikkelingen binnen de vereniging. Kijk voor meer informatie over het lidmaatschap op de website: www.parkinson-vereniging.nl.

De Parkinson Vereniging (PV) is in de 35 jaar van haar bestaan uitgegroeid tot een professionele organisatie met 300 vrijwilligers en een bureau met 7 medewerkers. De vereniging telt bijna 9000 leden en zet zich in voor hen en de ruim 23.000 andere parkinson- en parkinsonismepatiënten in Nederland. Dit doet zij door vijf kerntaken te realiseren: kennis over de ziekte verspreiden, krachten bundelen met bijvoorbeeld andere patiëntenverenigingen, met lokale en landelijke overheden meepraten en -beslissen, het mogelijk maken dat patiënten elkaar ontmoeten en door (wetenschappelijk) onderzoek te stimuleren.

De eerste kerntaak van de vereniging is het verspreiden van kennis. Hier gaat het niet alleen om kennis onder patiënten en hun

naasten, maar ook onder het Nederlandse publiek. De eerste groep, de patiënten, informeren we op vele verschillende manieren, van klassieke middelen zoals folders tot moderne middelen als social media. Om de kennis over de ziekte onder het Nederlandse publiek te vergroten, zijn we steeds op zoek naar nieuwe manieren om de aandacht te pakken. Zo lanceerden we begin maart een video van onze voorzitter die de 'Harlem Shake' deed. Binnen de kortste keren ging het filmpje de hele wereld over, zo konden we aan een doelgroep die we normaal gesproken moeilijk bereiken laten zien wat de ziekte van Parkinson nog meer is, behalve de trillende handen. U kunt dit filmpje bekijken op www.parkinson-vereniging.nl/harlemshake. Met 'krachten bundelen' en 'meepraten en meebeslissen' bedoelt de vereniging eigenlijk belangenbehartiging. Door de krachten te bundelen met andere patiëntenverenigingen of koepelverenigingen zoals de CG-Raad of het NPCF heeft de vereniging een luider stem in Den Haag. Zo kan zij beter meepraten en meebeslissen.

Een andere kerntaak van de vereniging is het voor patiënten mogelijk maken elkaar te ontmoeten. Voor veel mensen klinkt dit stoffig en saai, maar doordat er nu al meer dan 30 Parkinson Cafés door het hele land zijn opgericht en er iedere maand nog steeds meer bij komen, heeft de vereniging laten zien dat dit zeker niet saai hoeft te zijn. In het Parkinson Café ontmoeten patiënten en hun naasten elkaar op informele wijze. Soms is er een spreker, soms een leuke activiteit. Het hoeft niet

altijd over parkinson te gaan, maar juist door deze insteek raken mensen wel met elkaar in gesprek over hun situatie en wisselen ze tips en tricks uit. Daarnaast organiseert de vereniging verschillende landelijke bijeenkomsten die naast het geven van informatie ook gericht zijn op elkaar ontmoeten en ervaringen uitwisselen.

Als laatste kerntaak heeft de vereniging 'het stimuleren van (wetenschappelijk) onderzoek' geformuleerd. Hiervoor heeft de vereniging een onderzoeksagenda opgesteld. Door het VUmc is in 2011 onderzoek gedaan. Dit is een inventarisatie van onderwerpen die voor patiënten in het dagelijks leven met parkinson van belang zijn, uitmondend in geprioriteerde onderzoekswensen. Onderzoekers, fondsen en patiënten zijn over deze wensen in gesprek gegaan ten behoeve van een onderzoeksgendering.

Door samenwerking tussen patiënt en zorgprofessional een betere kwaliteit van leven

De Parkinson Vereniging wil patiënten de regie geven en/of laten houden over hun eigen ziekte, door patiënten de tools en vaardigheden geven die nodig zijn voor zelfmanagement. De vereniging definieert zelfmanagement als het vinden en bewaken van de balans tussen hoe patiënten hun leven willen inrichten en wat de ziekte van hen eist. Om regie over de ziekte te kunnen nemen, moeten patiënten weten wat de ziekte inhoudt. Hiervoor biedt de vereniging algemene cursussen. Het is voor patiënten echter ook belangrijk om een beeld te krijgen van hun eigen ziekte. Klachten kunnen sterk uiteen lopen. Om inzichtelijk te krijgen welke klachten de patiënt heeft en om te zien welke klachten het meeste invloed hebben op de kwaliteit van leven, heeft de Parkinson Vereniging samen met UCB Pharma en zorgverleners van ParkinsonNet de Parkinson Monitor ontwikkeld. Hiermee wordt de communicatie tussen patiënten en hulpverleners vereenvoudigd. De Monitor kan worden ingevuld om het dagelijks motore en non-motore functioneren vast te

leggen. Na het invullen kan de Monitor worden opgeslagen en kunnen verschillende Monitors, die in de loop der tijd door de patiënt zijn ingevuld, met elkaar worden vergeleken. De Parkinson Monitor is zowel digitaal als op papier beschikbaar. De digitale versie is te vinden op www.parkinson-vereniging.nl/monitor.

Wanneer een patiënt zijn eigen ziekte in beeld heeft gebracht, is het belangrijk dat hij naar een zorgverlener kan die gespecialiseerd is in dit complexe ziektebeeld. Daarvoor is ParkinsonNet opgericht. ParkinsonNet is een landelijk netwerk van ruim 2000 zorgverleners die gespecialiseerd zijn in de ziekte van Parkinson. Er zijn inmiddels 15 verschillende disciplines aangesloten bij het netwerk, o.a. neurologen, logopedisten en fysiotherapeuten. ParkinsonNet heeft als doel om alle parkinsonpatiënten optimale zorg te kunnen bieden, door onder andere de expertise van de betrokken zorgverleners te vergroten en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners te bevorderen. Alle zorgverleners die bij het ParkinsonNet zijn aangesloten zijn te vinden in de Parkinson Zorgzoeker (www.parkinsonnet.nl/zorgzoeker). Hier kan de patiënt zelf, of samen met een zorgverlener op zoek gaan naar de dichtstbijzijnde zorgverlener.

De eerder genoemde cursussen die de vereniging aanbiedt zijn een belangrijke schakel in het bovengenoemde proces van regie. De eerste cursus die ieder nieuw lid van de vereniging aangeboden krijgt is 'Maak kennis met de PV'. Tijdens deze eendaagse cursus maakt het nieuwe lid kennis met de vereniging en het bureau, en krijgt te horen wat de vereniging voor leden kan betekenen en waaraan men welke informatie, diensten en producten kan halen. Daarnaast organiseert de vereniging twee keer per jaar een informatiedag 'De Ziekte van Parkinson'. Tijdens deze dag geven verschillende zorgverleners vanuit hun discipline de basisinformatie die iedere patiënt zou moeten hebben, zoals wat de ziekte precies is en welke mogelijke behandelingen er zijn.

De volgende stap is de cursus 'Parkinson? Houd zelf de regie', die op dit moment ont-

wikkeld wordt door Dr. Ad Nouws. Tijdens deze cursus wordt ingegaan op de keuzes die een patiënt heeft in zijn of haar behandeling en de consequenties die hieraan vastzitten. De patiënt en zijn/haar partner krijgen de handvatten die nodig zijn om regie te houden over de behandeling. Een andere nuttige cursus van de vereniging is 'Parkinson? Houd je aandacht erbij!', een geheugentraining. Hier leren patiënten manieren om hun geheugen te trainen.

Parkinson en logopedie: voorkom sociaal isolement

Naast dit diverse aanbod van cursussen hebben parkinsonpatiënten veel baat bij een multidisciplinaire behandeling, samenwerking binnen een groot team van (para-)medici. Ook de logopedist speelt een belangrijke rol in de optimale behandeling van de ziekte van Parkinson. Veel patiënten krijgen problemen met spreken en slikken. Dit kan een enorm effect hebben op de kwaliteit van leven. Door het maskergelaat is het voor parkinsonpatiënten vaak al moeilijk om emoties goed over te kunnen brengen. Wanneer ook nog de spraak achteruit gaat, kan de patiënt in een sociaal isolement terecht komen. Helaas weten nog lang niet alle patiënten dat hier, met behulp van de logopedist, iets aan gedaan kan worden. Een belangrijke taak voor de vereniging is daarom patiënten en hun naasten te wijzen op de verschillende behandelmethoden die passen bij de ziekte van Parkinson. Een eerste stap hierin is het tijdig of zelfs vroegtijdig (h)erkennen van klachten en symptomen, door middel van de eerder genoemde Parkinson Monitor. In combinatie met de verschillende informatiebijeenkomsten en cursussen die de vereniging aanbiedt, zal dit steeds meer patiënten in de richting van een effectieve behandeling sturen. Andersom kunnen zorgverleners ook veel betekenen voor de vereniging door patiënten te wijzen op de Parkinson Vereniging en het nut van een lidmaatschap.

Logopedisten kunnen ook lid worden van de Parkinson Vereniging. Daarmee blijven ze goed op de hoogte van wat er leeft onder parkinsonpatiënten en steunen ze het werk van de Parkinson Vereniging, ook bijvoorbeeld de financiering van wetenschappelijk onderzoek. Lid worden kan op: www.parkinson-vereniging.nl/lid. ■

Helaas weten nog lang niet alle patiënten dat hier, met behulp van de logopedist, iets aan gedaan kan worden.

Logopedische groepsbehandeling parkinson

Met parallelbijeenkomsten **voor mantelzorgers**

AUTEURS



HARRY GOOS
LOGOPEDIST



SASKIA SCHOLTEN
LOGOPEDIST

Met de realisering van het inmiddels landelijk dekkende ParkinsonNet is de zorgverlening in Nederland bij parkinsonpatiënten en betrokkenen sterk verbeterd. Dat geldt zowel voor de multidisciplinaire als monodisciplinaire zorg. Vanuit de monodisciplinaire bijeenkomsten Logopedie van de ParkinsonNetregio Tiel is vast te stellen dat er gewerkt wordt volgens de richtlijn Logopedie bij de ziekte van Parkinson (Kalf, 2008). Er vindt na verwijzing van de parkinsonpatiënt logopedisch onderzoek plaats en op basis van de aanbevelingen uit de richtlijn volgt het besluit wel/geen logopedische behandeling gericht op dysartrie, dysfagie, speekselverlies of verbale en non-verbale taalstoornissen met daaruit voortvloeiende problemen op activiteiten- en participatieniveau.

Als het gaat om dysartrie wordt de PLVT (Pitch Limiting Voice Treatment) (Swart de, 2003, 2004) gehanteerd met individuele aanpassingen. In bijna alle gevallen met succes: de verstaanbaarheid van de patiënt is geoptimaliseerd. Vervolgens vinden er logopedische controleconsulten plaats na drie of zes maanden. Bij terugval wordt kortdurend een herhalingsoefening PLVT ingezet, met wisselend succes. In de meeste gevallen wordt een probleem geconstateerd in de transfer van geleerde spreektechnieken naar de functionele communicatie, de communicatie in het alledaagse leven. Daarbij spelen meestal ook milde cognitieve problemen een rol, in het bijzonder de talige. Dat levert samen met de onvoldoende toepassing van de geleerde spreektechniek over het algemeen grote beperkingen op in de communicatie, met als gevolg duidelijke participatieproblemen. Partners van parkinsonpatiënten klagen hier over: 'Mijn man wil niet meer mee naar een verjaardag, hij kan toch niet meepraten.' Het is een exemplarisch voorbeeld van erva-

ringsverhalen die vaak ter sprake komen bij de logopedische controles en tijdens de bezoeken bij de parkinsonverpleegkundige.

Door het geconstateerde probleem in combinatie met aanbeveling 18 uit de richtlijn Logopedie bij de ziekte van Parkinson (Kalf, 2008) ontstond het idee voor een project waarbij de vraagstelling luidde: Is er een mogelijkheid om de functionele communicatie (als resultante van individueel gevolgde logopedische therapie) van parkinsonpatiënten in de ParkinsonNetregio Tiel e.o. middels groepsbehandeling te borgen evenals de begeleiding van de partners?

Om tot een verantwoord project te komen, is er eerst een literatuurstudie verricht. Deze literatuurstudie is beschreven in onderstaand theoretisch kader.

Theoretisch kader

De ziekte van Parkinson is een zeer frequent

Aanbeveling 18 uit de richtlijn Logopedie bij de ziekte van Parkinson (Kalf, 2008):

Wanneer de omstandigheden het toelaten is groepsbehandeling, als aanvulling op individuele behandeling, te overwegen in de begeleiding van parkinsonpatiënten met dysartrie en communicatieproblemen.

KADER 1.

voorkomende ziekte. Het is een complexe en voor de meeste patiënten ook een zeer invaliderende aandoening. Dit is inzichtelijk gemaakt via het ICF-model (WHO, 2001) in de multidisciplinaire Richtlijn Ziekte van Parkinson (Bloem, 2010). Als we de logopedische domeinen bij de Ziekte van Parkinson bekijken, zijn er drie te onderscheiden, te weten:

- > Moeite met het spreken; hypokinetiche dysartrie en de invloed van cognitieve stoornissen op taalbegrip, taalgebruik en communicatieve vaardigheden.
- > Moeite met kauwen en slikken; slikstoornissen, verslikken en traag kauwen en slikken.
- > Moeite met speekselbeheersing; speekselverlies als gevolg van het niet tijdig wegslikken van speeksel.(Kalf, 2011)

Dit project richt zich op het eerstgenoemde domein. Ongeveer 80% van de parkinsonpatiënten heeft verstaanbaarheidsklachten (Hartelius,1992; Ho, 1998). Ook subtiele veranderingen in spreken en cognitie kunnen al snel van grote invloed zijn op de mate waarin de parkinsonpatiënt zich met spreken op zijn gemak voelt (Miller, 2006). Om een en ander qua beschikbare literatuur overzichtelijk en daardoor inzichtelijk weer te geven is het zinvol om het domein 'moeite met spreken' nader te beschouwen in ICF-perspectief, namelijk via stoornissen in functies, beperkingen in communicatieve activiteiten en participatieproblemen. Deze zijn in tabel 1 weergegeven.

De ziekte van Parkinson heeft door bovengenoemde stoornissen, beperkingen en participatieproblemen een grote negatieve impact op de kwaliteit van leven. Er is een verband aangetoond tussen het ervaren van verminderde kwaliteit van leven en de toenevende beperkingen, en het vóórkomen van depressie (Gage, 2003). Er bestaat ook een samenhang tussen de beoordeling van kwaliteit van leven door de patiënt en door de mantelzorger of partner (Martinez-Martin,

2007). Zowel vanuit het perspectief van het verbeteren (of behouden) van de kwaliteit van leven van de parkinsonpatiënt zelf als van de partner, is het van belang om na te gaan waar communicatieve behoeften liggen. Van daaruit kunnen therapiedoelen opgesteld worden. Een parallel is te trekken met de behandeling en begeleiding van chronische afasiepatiënten waar dit ook een uitgangspunt is (Goos, 1999).

Helaas is er geen literatuur over logopedische groepsbehandeling bij parkinson gevonden. Wel is beperkte literatuur beschikbaar over logopedische groepsbehandeling bij afasiepatiënten. De meest recente publicatie, een systematische review (level A1) van Salter (2009) geeft een beperkt bewijs dat logopedische groepsbehandeling bij afasiepatiënten een verbeterde communicatie oplevert. Het aspect van lotsverbondenheid, dat ook bijdraagt aan verbetering van levenskwaliteit, wordt in meerdere studies over groepsbehandeling bij afasiepatiënten genoemd (o.a. Elman,1999).

Wat betreft groepsbegeleiding van parkinson-

patiënten en partners is wel veel literatuur beschikbaar. Het bekendste in Nederland gehanteerde programma is PEPP (Patiënt Educatie Programma Parkinson) (Spliethoff-Kamminga, 2006). Het betreft hier een redelijk strak voorgeprogrammeerd programma van 8 bijeenkomsten van elk 90 minuten met een bepaald thema, bijvoorbeeld 'gezondheidsbevordering' of 'stressmanagement'. Het doel is het verminderen van de psychologische en sociale problemen van patiënt én partner.

Logopedische groepsbehandeling van parkinsonpatiënten en parallelbijeenkomsten mantelzorgers

Op basis van de literatuurstudie in combinatie met de jarenlange klinische ervaring van de auteurs is een draaiboek ontwikkeld om de pilot 'logopedische groepsbehandeling van parkinsonpatiënten met begeleide parallelbijeenkomsten van de mantelzorgers' uit te kunnen voeren. De pilot bestond uit acht bijeenkomsten van een uur met een frequentie van eenmaal per week. Dit lijkt een reële tijdsinvestering vanwege een verminderd uithoudingsvermogen met mentale en fysieke vermoeidheid (Ziv, 1998, Garber, 2003), in combinatie met aanwezige stoornissen in concentratie en aandacht (o.a. Bronnick, 2006). Een groter aantal bijeenkomsten zou mogelijk de patiënt en partner afschrikken.

IN HET KORT

Een nieuw ontwikkeld concept 'Logopedische groepsbehandeling voor parkinsonpatiënten met parallelbijeenkomsten van mantelzorgers' is in een pilot bij 16 patiënten en 16 partners uitgevoerd en geëvalueerd. Het centrale doel is de functionele communicatie te optimaliseren door toepassing in de groep van de via de PLVT (Pitch Limiting Voice Treatment) individueel getrainde spreektechniek, met aandacht voor de taalpragmatische aspecten. Hierbij spelen video-opnames die direct in de groep worden bekeken en besproken een grote rol. De parallelbijeenkomsten voor de mantelzorgers staan onder begeleiding van een parkinsonverpleegkundige en een neuropsycholoog. Door kwalitatief onderzoek met behulp van een semigestructureerd interview is vast komen te staan dat zowel parkinsonpatiënten als mantelzorgers de logopedische groepsbehandeling en de partnerbegeleiding als een meerwaarde zien. De groepsbehandeling is een belangrijke aanvulling op de individuele behandeling en begeleiding in de zorgverlening bij de ziekte van Parkinson. Een verdere ontwikkeling van dit innovatieve project en effectonderzoek is geïndiceerd.

Aandoening/ziekte:

Ziekte van Parkinson

Stoornissen in functies:

a. Spraakstoornissen

- > Hypokinetische dysartrie:
 - Geringe adembeweging
 - Hese, zachte of hoge stem tot zelfs afonie
 - Geringe articulatiebewegingen (binnensmonds spreken)
 - Weinig draagkracht (resonantie)
 - Monotonie en monodynamiek maar ook stoornis in spreektempo (te snel spreken, accelereren, blokkeren) (Kalf, 2008)
- > Aanvullend relevant: overschatting spreekvolume en verstaanbaarheid echter niet als ze zichzelf terughoren op een bandopname (Ho, Bradshaw en lansek, 1999, 2000)

b. Taalstoornissen

- > Lexico-semantiche stoornissen expressief met name woordvindingsproblemen, stoornissen in de toegang tot lexicale woordvormen (Colman, 2011)
- > Morfosyntactische stoornissen zowel receptief als expressief:
 - moeite met detecteren sequentiële informatie van syntactische structuren waardoor verlies van automatische verwerking van zinnen (Colman, 2011)
 - moeite met het begrijpen van complexere zinnen (Berg, 2003)
 - problemen met complexe grammaticale constructies waarbij zinslengte een rol speelt (Miller, 2006, 2008, 2010)
- > Stoornissen paralinguïstische aspecten (met name prosodie) (Pell,

2006) zowel problemen in melodisch, dynamisch en temporeel accent (Penner, 2001)

- > Stoornissen in de pragmatiek: stoornis in het monitoren van eigen spontane taal alsook een gereduceerde sensitiviteit voor linguïstische context, wat kan leiden tot begripsstoornissen (Colman, 2011)
- > Stoornis in het begrijpen van subtiele taal (waarbij ambiguïteit een rol speelt, zowel lexicaal als syntactisch) (Miller, 2006, 2008, 2010)
- > Stoornis in het begrijpen van figuurlijk taalgebruik, het begrijpen van ironie of sarcasme, het begrijpen van grappen (Miller, 2006, 2008, 2010)

c. Stoornissen in mentale functies

- > Cognitieve functiestoornissen (in een vroeg stadium), met name in geheugen-, concentratie- en executieve functies (Muslimovic, 2005).
- > Aandachtsstoornissen, met name verminderde flexibiliteit in het veranderen van de aandachtsfocus oftewel wisselende en verdeelde aandacht (Cools, 2001). Ook moeilijk filteren van niet-relevante auditieve en visuele stimuli (selectieve aandacht) waarbij tevens het concentratievermogen kan fluctueren (aangehouden aandacht) (Bronnick, 2006).
- > Bradyfrenie (trage informatieverwerking) en het spontaan ophalen van informatie uit het geheugen is verstoord (Zgaljardic, 2003).
- > Stoornis in executieve functies: problemen met organisatie, planning en probleemoplossend vermogen. Hier zijn ook relaties met taalfuncties aan de orde (Colman, 2011).

Beperkingen in activiteiten & Participatieproblemen:

- > Beperkingen op het visueel schriftelijke vlak. Kleiner handschrift (micrografie), hierdoor minder leesbaar, schrijftempo en fluency nemen af (van Gemmert, 2001, 2003); bijvoorbeeld problemen met aantekeningen maken tijdens een vergadering of telefoongesprek (is tevens een dubbeltaak).
- > Verminderde communicatieve vaardigheid in gesprekken (waarbij bovengenoemde mentale stoornissen die 'hand in hand gaan' met de taalstoornissen), bijvoorbeeld moeite hebben met: (Hartelius, 1994; Miller, 2006, 2008, 2010)
 - snel denken en spreken.
 - volgehouden aandacht waarbij geen afleiding plaatsvindt.
 - wisselende aandacht, voor zowel spreker als gespreksonderwerp.

- het vasthouden aan eigen gedachten, bedoelingen terwijl men naar woorden zoekt en bezig is zinnen te formuleren.
- informatie te ordenen, probleemoplossend te denken, etc.
- betekenissen impliciet overbrengen, niet letterlijk verwoord.
- het begrijpen van ironie, humor, twijfel of juist overeenstemming, etc.
- het 'in de conversatie komen en ook blijven'.
- het herkennen van dingen die fout gaan in een conversatie (zowel receptief als expressief) en in staat zijn die recht te zetten.
- 'Theory of mind and social discourse'; het in staat zijn om zich in te leven in wat de ander denkt of voelt maar ook het zich realiseren of een communicatieve bijdrage passend is in de gegeven context.

- > Sociale isolatie, niet meer kunnen functioneren in gewenste (bekende) rollen.

Externe factoren/ Omgevingsfactoren:

- > Producten en technologie, bijv. communicatieve hulpmiddelen
- > Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin, bijv. licht en geluid
- > Ondersteuning en relaties, bijv. met partner, zorgverleners en collega's
- > Attitudes, bijv. van attitudes van personen en sociale normen en gewoonten
- > Diensten, systemen en beleid, bijv. met betrekking tot huisvesting, vervoer, sociale zekerheid en gezondheidszorg

Interne factoren/ Persoonlijke factoren:

- > Leeftijd
- > Geslacht
- > Opleiding
- > Ervaringen
- > Comorbiditeit
- > Voorkeuren
- > Copingvaardigheden

TABEL 1. Domein 'moeite met spreken' weergegeven in ICF-perspectief.

DRAAIBOEK logopedische groepsbehandeling Parkinson; 8 opeenvolgende bijeenkomsten van elk 1 uur 1x per week

- 1e Kennismaken, eigen oordeel functioneren, video-opname.
- 2e Evaluatie 1e bijeenkomst, PLVT basisoefeningen met video-opname, individueel en gezamenlijk; video-opnames van 1e bijeenkomst bekijken en beoordelen; jezelf en anderen beoordelen; inventarisatie wensen/ behoeften/ verwachtingen.
- 3e PLVT langere woorden en korte zinnen; voordragen voorbereide tekst; video-opname + terugkijken en beoordelen.
- 4e PLVT 6-woordzinnen; interview afnemen + video-opname + terugkijken en beoordelen.
- 5e PLVT langere zinnen dan 6 woorden; gesprek over thema cognitieve en emotionele problemen.
- 6e PLVT intonatie, mop vertellen + video-opname + terugkijken en beoordelen.
- 7e PLVT intonatie en specifiek woord benadrukken; stelling poneren en verdedigen + video-opname + terugkijken en beoordelen.
- 8e Vergadering met wisselende voorzittersrol + video-opname + terug kijken en beoordelen; korte mondelinge evaluatie bijeenkomsten.

KADER 2.

Een kleiner aantal biedt onvoldoende mogelijkheden een opbouw te kunnen realiseren.

Draaiboek

In onderstaand kader is het draaiboek voor de logopedische groepsbehandeling verkort weergegeven.

Er is bij het samenstellen van het draaiboek gekozen voor een structuur met een 'zekere herhaling'. Omdat parkinsonpatiënten moeite hebben met impliciet leren, moet de leerstof expliciet worden aangeboden waarbij herhalen belangrijk is (Spaendonck, 1996). Daarom is de PLVT aan het begin van elke sessie ingebouwd. Na de opwarming middels de PLVT volgt de toepassing in een communicatieve vaardigheidstraining. Hiervoor zijn in oplopende moeilijkheidsgraad communicatieve activiteiten bedacht. Deze zijn onderstreept weergegeven in voorgaand schema. Een relatief eenvoudige opgave is het zo duidelijk

en expressief mogelijk voordragen van een voorbereid stuk poëzie of proza (sessie 3). Per sessie wordt de moeilijkheidsgraad van de oefeningen opgevoerd. In de laatste sessie is er een complexe oefening: het spreken in een vergadering met wisselende voorzittersrol.

Behalve de toepassing van de geleerde, verbeterde spreektechniek is bewust ook het oefenen van taalpragmatische aspecten in de communicatieve vaardigheidstraining ingebracht.

Een belangrijk element in de groepsbehandeling is de video-opname. Consequent worden video-opnames gemaakt. Deze opnames worden in de groep direct bekeken en beoordeeld. Dit is bedoeld om de patiënt zich meer bewust te laten worden van de kwaliteit van zijn communicatieve vaardigheid. Parkinsonpatiënten overschatten zichzelf hierin (Ho, 1999, 2000). Het gezamenlijk

bekijken van de opnames kan confronterend werken. Om dit in goede banen te leiden zijn twee logopedisten aanwezig. Bewustwording en daardoor inzicht zijn basiselementen om gedrag te veranderen. Video-opname heeft bovendien een meerwaarde boven audio-opname omdat ook non-verbale aspecten in het communiceren geobserveerd kunnen worden, zoals houding, mimiek en gebaren. Dit zijn aspecten die bij parkinsonpatiënten bij uitstek aangedaan zijn.

Parallel aan de logopedische groepsbehandeling vindt de groepsbijeenkomst met de partners of mantelzorgers plaats. Deze bijeenkomsten zijn juist niet voorgeprogrammeerd, om de drempel laag te houden. Een voorwaarde voor deelname is dat van de partners een verplichte aanwezigheid wordt verwacht bij de eerste en laatste sessie. De hoop en verwachting is dat door dit vrijblijvende karakter er intrinsieke motivatie ontstaat om elke bijeenkomst aanwezig te zijn.

Bij het huidige, hier ontwikkelde concept wat betreft de parallelbijeenkomst voor de mantelzorgers is de begeleiding door een parkinsonverpleegkundige vooral procesmatig van aard. Vanuit behoeften en wensen van de deelnemers volgen de gespreksonderwerpen. Daarbij wordt vanuit de inhoudelijke deskundigheid van de parkinsonverpleegkundige zo nodig voorlichting en advies gegeven. Verder is voorzien in twee bijeenkomsten waarin een neuropsycholoog vanuit diens deskundigheid vragen en thema's kan bespreken.

Methode

De methode die voor dit onderzoeksproject is gehanteerd is als volgt:

- > Selectie van deelnemers op basis van opgestelde in- en exclusiecriteria.
- > Uitvoering van de groepsbehandeling en partnerbegeleiding.
- > Ontwerpen van een vragenlijst ter evaluatie van de uitgevoerde groepsbehandeling en partnerbegeleiding.
- > Dataverzameling via semigestructureerd interview op basis van de vragenlijst.
- > Data-analyse, die leidt tot resultaten en discussie.

Hoewel het project een vorm van kwalitatief onderzoek is, levert de dataverzameling door de opzet van de ontwikkelde vragenlijst zo-

EN DAN

De logopedische groepsbehandeling met begeleide parallelbijeenkomsten van mantelzorgers van parkinsonpatiënten is in de praktijk goed toepasbaar wanneer in kennis over parkinson geschoolde menskracht, bijvoorkeur twee logopedisten, een parkinsonverpleegkundige en een neuropsycholoog, ruimtes en middelen aanwezig zijn. Belangrijk is dat logopedisten die parkinsonpatiënten individueel in behandeling hebben, de groepsbehandeling als waardevolle aanvulling zien op hun interventie, waarbij uiteraard de individuele controles, zoals bedoeld in de richtlijn, bij hen plaats blijven vinden.

wel kwantitatieve maten als kwalitatieve gegevens op.

Selectie deelnemers

Bij de planning en uitvoering van de pilot van de logopedische groepsbehandeling met parallelbijeekomsten voor partners is uitgegaan van minimaal twee verschillende groepen

van minimaal vier tot maximaal zes parkinsonpatiënten, elk met hun partners. Voor de selectie van de groepen zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld (zie tabel 2).

Voor de werving van patiënten kon geput worden uit patiënten die bij de afdeling logopedie van Ziekenhuis Rivierenland Tiel bekend zijn.

Daarnaast zijn de collega-logopedisten uit de eerste lijn aangeschreven. Nadat patiënten waren benaderd, werd een intakegesprek met de patiënt en partner gehouden om de criteria voor deelname verder te toetsen en hen te informeren over de opzet en doelstellingen van de reeks groepsbehandelingen en partnerbijeekomsten. Uiteindelijk

LITERATUURLIJST

- ▶ Bloem B.R., Van Laar, T., Keus, S.H.J., De Beer, H., Poot, E., Buskens, E., Aarden, W., Munneke, M., namens de Centrale Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Parkinson 2006-2009. *Multidisciplinaire richtlijn ziekte van Parkinson*. Alphen a/d Rijn, Van Zuiden Communications, 2010.
- ▶ Bronnick K., Ehrt U., Emre M., De Deyn P.P., Wesnes K., Tekin S., et al. *Additional deficits affect activities of daily living in dementia-associated with Parkinson's disease*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006 Oct; 77 (10):1136-42.
- ▶ Colman K. *Behavioral and neuroimaging studies on language processing in Dutch speakers with Parkinson's disease*. Rijksuniversiteit Groningen. 2011.
- ▶ Cools R., Barker R.A., Sahakian B.J., Robbins T.W. *Mechanisms of cognitive set flexibility in Parkinson's disease*. Brain 2001 Dec; 124 (Pt12): 2503-12.
- ▶ Elman R., Bernstein-Ellis, E. *The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia*. Journal of Speech, Language and Hearing Research 1999, 42, 411-9.
- ▶ Gage H., Hendricks A., Zhang S., Kazis L. *The relative health related quality of life of veterans with Parkinson's disease*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003 Feb; 74 (2) 163-9.
- ▶ Garber C.E., Friedman J.H. *Effects of fatigue on physical activity and function in patients with Parkinson's disease*. Neurology 2003 Apr 8;60 (7):1119-24.
- ▶ Gemmert A.W. van, Adler C.H., Stelmach G.E. *Parkinson's patients undershoot target size in handwriting and similar tasks*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003 Nov; 74 (11): 1502-8.
- ▶ Gemmert A.W. van, Teulings H.L., Stelmach G.E. *Parkinsonian patients reduce their stroke size with increased processing demands*. Brain Cogn 2001 Dec; 47 (3): 504-12.
- ▶ Goos, H.M.M., Heesbeen, I.M.E., Sevat, R.G. *Trainingscentrum voor mensen met afasie*. Logopedie en Foniatrie 1999 Dec; 71(12), 254-60.
- ▶ Goos, H.M.M. ParkinsonNet: *Nog net niet! Optimalisering multidisciplinaire zorg bij parkinsonpatiënten in het verzorgingsgebied van ziekenhuis Rivierenland Tiel*. Interne publicatie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2011.
- ▶ Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee. *Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey*. Mov Disord 2002 Jan; 17 (1): 60-7.
- ▶ Hartelius L., Svensson P. *Speech and swallowing symptoms associated with Parkinson's disease and multiple sclerosis: a survey*. Folia Phoniatri Logop 1994; 46 (1): 9-17.
- ▶ Hartelius L., Svensson P. [Parkinson disease and multiple sclerosis often cause speech and swallowing disorders]. Lakartidningen 1992 Feb 26; 89 (9): 654, 659-4, 660.
- ▶ Ho A.K., Bradshaw J.L., Iansek T. *Volume perception in parkinsonian speech*. Mov Disord 2000 Nov; 15 (6): 1125-31.
- ▶ Ho A.K., Iansek R., Bradshaw J.L. *Regulation of parkinsonian speech volume: the effect of interlocutor distance*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999 Aug; 67 (2): 199-202.
- ▶ Ho A.K., Iansek R., Marigliani C., Bradshaw J.L., Gates S. *Speech impairment in a large sample of patients with Parkinson's disease*. Behav Neurol 1998;11 (3): 131-7.
- ▶ Hoehn M.M., Yahr M.D. *Parkinsonism; onset, progression, and mortality*. 1967. Neurology 1998 Feb; 50 (2): 318.
- ▶ Kalf J.G., de Swart B.J.M., Bonnier M., Hofman M., Kanters J., Kocken J., Miltenburg M., Bloem B.R., Munneke M. *Logopedie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*, Woerden/Den Haag: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie/Uitgeverij Lemma, 2008.
- ▶ Koerts, J. Parkinson's disease: Neuroimaging and clinical studies on cognition and depression. Rijksuniversiteit Groningen. 2009.
- ▶ Koplas P.A., Gans H.B., Wisely M.P., Kuchibhatla M., Cutson T.M., Gold D.T., et al. *Quality of life and Parkinson's disease*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999 Apr; 54 (4): M197-M202.
- ▶ Lau de L.M., Breteler M.M. Epidemiology of Parkinson's disease 59. Lancet Neurol 2006; 5(6):525-535.
- ▶ Martinez-Martin P., Forjaz M.J., Frades-Payo B., Rusinol A.B., Fernandez-Garcia J.M., Ito-Leon J., et al. *Caregiver burden in Parkinson's disease*. Mov Disord 2007 May 15; 22 (7): 924-31.
- ▶ Miller N., Noble E., Jones D., Burn, D. *Life with communication changes in Parkinson's disease*. Age Ageing 2006 May; 35 (3): 235-9.
- ▶ Miller N., Noble E., Jones D., Allcock L., Burn, D. *How does it sound to me? Perceived changes in communication in PD*. Clinical Rehabilitation 2008 Jan; 22 (1):14-22.
- ▶ Muslimovic D., Post B., Speelman J.D., Schmand B. *Cognitive profile of patients with newly diagnosed Parkinson's disease*. Neurology 2005 Oct 25; 65 (8):1239-45.
- ▶ NICE. Parkinson's disease. *Diagnosis and management in primary and secondary care* (NICE clinical guideline 35). London, UK: National collaborating centre for chronic conditions; 2006.
- ▶ Ramig L.O., Fox C., Sapir S. *Parkinson's disease: speech and voice disorders and their treatment with the Lee Silverman Voice Treatment*. Seminars in Speech and Language 2004;25(2):169-80.
- ▶ Ramig L.O., Countryman S., Thompson L.L., Horii Y. *Comparison of two forms of intensive speech treatment for Parkinson disease*. J Speech Hear Res 1995 Dec;38(6):1232-51.
- ▶ Salter K. e.a. (2009). Aphasia. www.ebrsr.com
- ▶ Spaendonck K.P. van, Berger H.J., Horstink M.W., Borm G.F., Cools A.R. *Memory Performance under varying cueing conditions in patients with Parkinson's disease*. Neuropsychologia 1996 Dec; 34(12): 1159-64.
- ▶ Speelman J. Ziekte van Parkinson. Nationaal Kompas Volksgezondheid [2007 [cited 2008 Aug.]; Available from: URL:www.nationaalkompas.nl
- ▶ Swart B.J.M. de, Willemse S.C., Maassen B.A., Horstink M.W. *Improvement of voicing in patients with Parkinson's disease by speech therapy*. Neurology 2003 Feb 11;60(3):498-500.
- ▶ Swart B.J.M. de. *De 'Pitch Limiting Voice Treatment'*. Keypoint 2004;1:11-3.
- ▶ Zgaljardic D.J., Borod J.C., Foldi N.S., Mattis P. *A review of the cognitive and behavioral sequelae of Parkinson's disease: relationship to frontostriatal circuitry*. Cogn Behav Neurol 2003 Dec; 16 (4): 193-210.
- ▶ Ziv I., Avraham M., Michaelov Y., Djaldetti R., Dressler R., Zoldan J., et al. *Enhanced fatigue during motor performance in patients with Parkinson's disease*. Neurology 1998 Dec; 51 (6): 1583-6.

Inclusiecriteria:

- > patiënten die neurologisch gediagnosticeerd zijn met M. Parkinson
- > zowel mannen als vrouwen, niet evenredig verdeeld over een groep, bij voorkeur met partner.
- > patiënt heeft individuele logopedische therapie gevolgd, gericht op onderdeel dysartrie, bij voorkeur PLVT.
- > leeftijd 55 – 85, bij voorkeur in levensfase waarin patiënt niet meer werkt (vooral vanwege pragmatische redenen, zoals aanwezig kunnen zijn overdag bij bijeenkomsten).
- > motivatie om 8 sessies logopedische groepsbehandeling te volgen.
- > thuiswonend (niet intramuraal).

Exclusiecriteria:

- > patiënten die neurologisch gediagnosticeerd zijn met Parkinsonisme.
- > ernstige comorbiditeit
- > ernstige cognitieve beperkingen veroorzaakt door bijvoorbeeld ernstige geheugenstoornissen, concentratiestoornissen of stoornissen in executieve functies.
- > ernstige depressiviteit en/of gedragsstoornissen.
- > Ziekte van Parkinson in eindstadium (classificatie 5 op Hoehn- en Yahr-schaal) (Hoehn, 1998)
- > woonachtig buiten het gebied dat valt onder de ParkinsonNetregio Tiel.

TABEL 2. In- en exclusiecriteria patiënten.

	Nr.	Geslacht patiënt (A) m/v	Lftd.	Partner (B)	Opm.
Groep 1	1	v	68	ja	
	2	m	68	ja	
	3	m	76	ja	
	4	v	77	ja	
	5	m	76	ja	
	6	m	76	ja	
Groep 2	7	m	71	ja	
	8	m	67	ja	
	9	m	70	ja	
	10	m	71	ja	
	11	m	66	ja	
	12	v	76	ja	
Groep 3	13	m	64	ja	
	14	v	70	ja	<i>Uitval tijdens</i>
	15	m	73	ja	
	16	m	64	ja	
	17	m	75	ja	
	18	m	67	ja	<i>Uitval vooraf</i>

TABEL 3. Overzicht geïncludeerde parkinsonpatiënten (A) met eventuele partners (B).

konden drie groepen van elk zes patiënten geïncludeerd worden. Voor een overzicht van de deelnemende patiënten met partner zie tabel 3.

De groepsbehandelingen met parallelbijeenvolgen voor partners hebben achtereenvolgens (groep 1, groep 2, groep 3) plaatsgevonden waarbij volgens het draaiboek is

gehandeld. De groepsbehandelingen vonden plaats onder (bege)leiding van twee logopedisten, auteurs van dit artikel. De parallelbijeenvolgen van de partners vonden in een aangrenzende kamer plaats. Kort vóór aanvang van groep drie heeft één patiënt zich ziek gemeld. Helaas was er in groep 3 nog een uitval. Na de eerste groepsbehandeling gaf mevrouw aan dat ze zich toch niet geheel op haar gemak voelde in een verder uit mannen bestaande groep. Hoewel dit gegeven bij het intakegesprek al bekend was en mevrouw had toegestemd in het volgen van de acht geplande groepsbehandelingen, is besloten in te stemmen met haar verzoek om af te haken. Zowel in groep 1 als groep 2 is er incidentele uitval geweest. De hoop en verwachting dat de partners alle bijeenkomsten zouden komen terwijl alleen de eerste en laatste bijeenkomst verplicht waren, is uitgekomen. De partnerbijeenvolgen zijn volgens het draaiboek uitgevoerd, waarbij naast de parkinsonverpleegkundige twee keer een neuropsycholoog aanwezig is geweest.

Vragenlijst

Via een semigestructureerd interview op basis van een vragenlijst kunnen de uitgevoerde groepsbehandeling en partnerbegeleiding worden geëvalueerd. Bij gebrek aan een bestaande vragenlijst is er een ontworpen, bestaande uit 2 parallelversies: een versie voor de patiënt en een versie voor de partner. Hierbij zijn de vragen gelijk behalve als het gaat om specifiek aan de groepsbehandeling dan wel partnergroep gerelateerde vragen. De vragenlijst bevat 14 vragen, waarvan negen gesloten en vijf open vragen. Bij zes gesloten vragen is expliciet om een toelichting van het verstrekte antwoord gevraagd. De vragen zijn in categorieën verdeeld: Meerwaarde (direct gerelateerd aan doelstelling project) (vraag 1), organisatie (vraag 2 t/m 5), structuur (vraag 6, 7), feedback (vraag 8, 9), inhoud (vraag 10) en overig (vraag 11 t/m 14).

De afname van de vragenlijst ter evaluatie van de doorlopen groepsbehandelingen en de daaraan parallellopende partnerbijeenvolgen vond binnen twee weken na de laatste bijeenkomst plaats. De patiënten en partners werden gelijktijdig maar gescheiden geïnterviewd. Eén logopedist interviewde de patiënt en de andere logopedist de partner

in een andere ruimte. De verdeling welke logopedist een patiënt respectievelijk een partner heeft geïnterviewd is willekeurig maar gelijk verdeeld.

Resultaten

Voor een uitgebreide bespreking van de resultaten wordt verwezen naar het onderzoeksverslag (Goos, 2011). Zoals eerder besproken, bevat de vragenlijst 14 vragen, waarvan negen gesloten en vijf open vragen. Bij zes van de negen gesloten vragen is tevens gevraagd naar een toelichting. Deze toelichtende antwoorden zijn geanalyseerd, waarbij uitingen van eenzelfde inhoudelijke strekking gemarkeerd zijn. Via deze kwalitatieve analyse heeft vervolgens thematische clustering plaatsgevonden. Ditzelfde geldt voor de antwoorden op de open vragen. Om een indruk hiervan te geven, wordt het resultaat van vraag 1 hier nader weergegeven (zie tabel 4). Enkele exemplarische letterlijke antwoorden worden cursief aangehaald. Hierbij is steeds tussen haakjes aangegeven welke patiënt respectievelijk partner het betreffend antwoord heeft gegeven. Deze notatie komt overeen met tabel 3: Overzicht geïnccludeerde parkinsonpatiënten met eventuele partners.

Vraag 1: *Is er een meerwaarde van de groepstherapie logopedie vergeleken met de individuele logopedische therapie?*

Resultaat: Zowel 14 van 16 patiënten (88%) als ook 14 van de 16 partners (88%) vindt dat de logopedische groepstherapie een meerwaarde heeft vergeleken met de individuele therapie. Eén patiënt en een partner, overigens van een andere patiënt, vonden dit niet en er was één neutraal antwoord bij beide groepen. Omdat dit de 'hamvraag' is, is dit een belangrijke uitkomst. Via bovengenoemde clusteranalyse van de gegeven toelichtingen bij deze vraag, zijn de onderstaande domeinen geformuleerd. Hierbij worden voorbeelden gegeven (cursief) van zowel groep A als B.

> Lotsverbondenheid, lotgenotencontact. *'Meer opgelucht naar buiten omdat je echt erover spreekt met lotgenoten. Mijn vrouw zag het eerst helemaal niet zitten.'* (A5) *'Door lotgenotencontact ziet hij ook problemen bij anderen. Hij heeft er zich niet*

zoveel over uitgelaten. Echter, hij heeft er geen spijt van gehad, vond het wel zinvol. Wel goed om met 'vrienden' te communiceren.' (B15)

> Bewustwording, inzicht. *'Absoluut, spiegel voorhouden, 't was fors confronterend. Video; schrok ervan, het geluidsniveau en verstaanbaarheid'.* (A2) *'Ondanks je eigen moeilijkheden leren omgaan met andermans beperkingen. Meer inzicht in je eigen functioneren.'* (A3)

> Stimulering in het algemeen, dat wil zeggen de patiënt is alerter, is actiever, praat er meer over, en specifiek stimulerend dat wil zeggen om beter te spreken, te communiceren). *'Het stimuleert om er tegen aan te gaan. Je probeert nog alerter te zijn om zo duidelijk mogelijk te spreken. 't is een aanvulling op de individuele therapie.'* (A11) *'Daardoor is hij helderder en vermijdt 't gaan suffen.'* (B3)

> Transfer, toepassing in de praktijk. *'Hij voelt zich vrijer (auteur: patiënt voelde zich altijd op zijn gemak in de groep, dat had mevrouw niet verwacht). Hij is normaal teruggetrokken, zelfs bij bekenden die op visite thuis komen, hij lijkt nu meer te doen, durft ook meer te praten.'* (B6) *Hij let bijvoorbeeld beter op wanneer hij de telefoon opneemt.'* (B17)

> Geen meerwaarde. *'Het gaf onvoldoende verbetering in spreken.'* (A12) *'De groepstherapie was wat minder in verband met de soorten mensen (auteur: hetero-geniteit). Niet eraan gestoord maar daardoor wat minder geleerd. Anderen zeiden minder, dat is jammer.'* (A10)

Discussie

De resultaten van het project zijn tot stand gekomen door het afnemen van een zelf ontwikkelde vragenlijst. Een geschikte vragenlijst voor evaluatie van de logopedische groepsbehandeling parkinson en parallelle begeleiding van partners of mantelzorgers was niet voorhanden. De vragenlijst is niet onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. Dat is een zwak punt. Het feit dat een instrument niet beoordeeld is op validiteit en betrouwbaarheid, hoeft overigens niet te

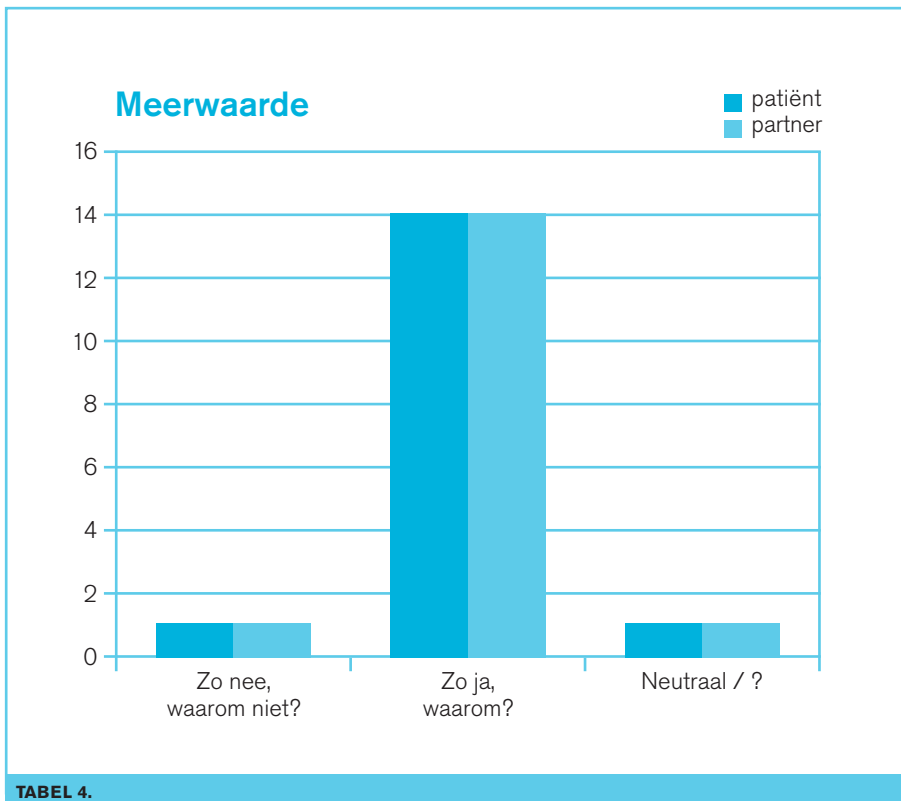
betekenen dat dit instrument niet betrouwbaar en valide is.

Er is gekozen voor dataverzameling via een semigestructureerd interview met behulp van genoemde vragenlijst. Op dezelfde wijze zijn de partners separaat bevraagd om te voorkomen dat de mening van de patiënt beïnvloed zou worden of omgekeerd.

Omdat het hier om kwalitatief onderzoek gaat, staat de beleving van de betrokken personen centraal. Niet de cijfers maar de ervaringen en betekenis achter de cijfers zijn van belang (Verhoeven, 2005). De betekenis van de kwantitatieve maten zoals die zijn verzameld spreekt voor zich. Er is een duidelijk positief beeld over zowel de meerwaarde van de logopedische groepsbehandeling en de partnerbegeleiding in groepsverband, als over organisatie, structuur, inhoud en feedback.

Dat er een positief beeld naar voren komt wat betreft lotsverbondenheid en transfer was enigszins te verwachten op basis van de literatuur over logopedische groepsbehandeling bij afasiepatiënten, zoals besproken in het theoretisch kader (Salter, 2009, Elman, 1999). Het aspect transfer was oorspronkelijk de aanleiding voor het ontwikkelen van de logopedische groepstherapie voor parkinsonpatiënten. Er blijkt in de praktijk onvoldoende toepassing van de geleerde spreektechniek (volgens de PLVT) in de functionele communicatie waarbij meestal ook nog de milde cognitieve problemen een rol spelen, in het bijzonder de talige. Om die reden is de doelstelling van het project ruimer geformuleerd dan alleen gericht op de transfer van de spreektechniek, en is het ontwerp van de logopedische groepsbehandeling veel breder van opzet, zie draaiboek. De resultaten geven duidelijk een positieve uitslag wat betreft de beoogde meerwaarde van de groepsbehandeling bij parkinsonpatiënten. Die meerwaarde bestaat uit: grotere lotsverbondenheid door lotgenotencontact, bewustwording en inzicht in het eigen communicatief vermogen, toegenomen alertheid, meer moeite doen om beter te spreken, betere transfer naar activiteiten in het dagelijks leven.

Een aspect van de validiteit betreft de generaliseerbaarheid. Er is hier sprake van een relatief kleine groep personen (16 patiënten



TABEL 4.

en 16 partners). Bij dit onderzoek gaat het er echter niet zozeer om of dit uitgevoerde onderzoek statistisch generaliseerbaar is, dat wil zeggen of de onderzochte groep representatief is voor de populatie parkinsonpatiënten en partners in het algemeen. Het gaat er veel meer om in hoeverre dit onderzoek inhoudelijk generaliseerbaar is. Zoals Baarda et al.(2001) beschrijven, gaat het erom in hoeverre de conclusies in soortgelijke situaties gelden. Indien volgens het draaiboek wordt gewerkt, is er geen reden om aan te nemen dat de uitkomsten elders geheel anders zouden uitpakken.

Conclusie en aanbevelingen

Door evaluatie in de vorm van kwalitatief onderzoek met behulp van een semigestructureerd interview is vast komen te staan dat zowel parkinsonpatiënten als mantelzorgers of partners, de logopedische groepsbehandeling als een meerwaarde zien, complementair aan de individuele logopedische behandeling. Dit betekent volgens de uitkomsten van het onderzoek dat de deelnemers de volgende punten positief ervaren:

- > Meer lotsverbondenheid, lotgenotencontact.
- > Grotere bewustwording van en beter inzicht in eigen communicatief functioneren.

- > Meer stimulering in het algemeen, dat wil zeggen alerter zijn, actiever zijn, meer over alles pratend.
- > Meer stimulering specifiek, dat wil zeggen beter sprekend, beter communicerend.
- > Betere transfer, betere toepassing in de praktijk van geleerde spreektechnieken.

Uit hetzelfde onderzoek is tevens vastgesteld dat de partners de parallelsessies met de parkinsonverpleegkundige en neuropsycholoog positief hebben beoordeeld. Zij ervaren het lotgenotencontact met professionele begeleiding als zinvol in de betekenis van ondersteunend, informatief en antwoord gevend op allerhande, vaak praktische, vragen. Deelname voorziet in een behoefte die niet geleverd wordt via jaarlijkse regionale bijeenkomsten van de Parkinsonvereniging. Deelname aan de parallelsessies blijkt complementair te zijn aan de individuele begeleiding van de parkinsonverpleegkundige. Er kan tevens geconcludeerd worden dat zowel patiënten als partners tevreden zijn over organisatorische zaken zoals groepsgrootte, aantal, structuur en duur van de bijeenkomsten, inhoud en feedback.

De volgende aanbevelingen kunnen naar aanleiding van dit project worden geformuleerd:

> De uitgevoerde pilot van logopedische groepsbehandeling met begeleide parallelbijeenkomsten van mantelzorgers kan verder ontwikkeld worden op basis van de verkregen feedback van zowel patiënten als mantelzorgers, in dit geval partners. Hierbij wordt niet alleen gedacht aan verbetering van het draaiboek maar ook aan realisering van terugkombijeenkomsten en korte herhalingsreeksen waardoor een structureel karakter aan het geheel wordt gegeven op basis van behoeften. Vanuit pragmatische overwegingen maar ook inhoudelijke zou daarbij gedacht kunnen worden aan vermenging van groepen.

> Een effectonderzoek kan worden uitgevoerd, waarbij de geconstateerde meerwaarde van deze logopedische groepsbehandeling en begeleide parallelbijeenkomsten van mantelzorgers van parkinsonpatiënten breder en mogelijk nog specifieker getoetst wordt. Het zou interessant zijn een verandering van de kwaliteit van leven van zowel de parkinsonpatiënt als van de betrokken partner te meten. Effectonderzoek kan zich ook beperken tot het meten van de mate van verbetering van de functionele communicatie en eventuele positieve effecten op participatieniveau. Voor een grootschalig effectonderzoek zullen professionele organisaties op het gebied van onderzoek en subsidieverstrekking benaderd moeten worden. Concreet kan hierbij gedacht worden aan ParkinsonNet Nederland in samenwerking met het Lectoraat Neurorevalidatie van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN), beiden te Nijmegen gevestigd.

Auteurs

Harry Goos MNR, logopedist, is werkzaam in Ziekenhuis Rivierenland Tiel en als hoofd-docent verbonden aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (Instituut Paramedische Studies, opleiding Logopedie). Hij is voorzitter van de ParkinsonNet regio Tiel multidisciplinair. Harry.Goos@zrt.nl ; Harry.Goos@han.nl

Saskia Scholten, logopedist, is werkzaam in Ziekenhuis Rivierenland Tiel. Zij is voorzitter van de ParkinsonNet regio Tiel monodisciplinair, discipline Logopedie. Saskia.Scholten@zrt.nl ■

Door de ogen van ...

In de rubriek 'door de ogen van' wordt een aantal vragen voorgelegd aan een persoon die op een of andere manier te maken heeft (gehad) met logopedie of een logopedist. Deze persoon kan een patiënt zijn maar ook een familielid van een patiënt, een arts of leerkracht. Deze maand is een partner van een parkinsonpatiënt aan het woord

AUTEUR

MARLOES KORTHOUT

De heer Den Dekker is 70 jaar, net zoals zijn echtgenote, mevrouw Den Dekker-Slagmolen. Tien jaar geleden kreeg mevrouw Den Dekker de eerste verschijnselen van de ziekte van Parkinson. Haar linkerhand en -arm gingen trillen. Via een scan is in 2007 officieel vastgesteld dat mevrouw de ziekte van Parkinson heeft.

Op vraag waar hij aan denkt als hij het woord logopedie hoort, antwoordt de heer Den Dekker dat hij, voordat hij in contact kwam met een logopedist via zijn echtgenote, voornamelijk aan het begeleiden van peuters en kleuters bij het leren praten dacht. Het contact met hun huidige logopedist is via Parkinsonnet tot stand gekomen. Hiervoor meende hij dat een logopedist voornamelijk spraakoefeningen deed met de patiënten. Toen de heer Den Dekker directer met logopedie te maken kreeg, kwam hij tot de ontdekking dat logopedie veel meer is dan spraakoefeningen alleen. Zo omschrijft hij dat logopedie ook begeleiding biedt bij bijvoorbeeld het functioneren in een groep. Tevens noemt de heer mentale ondersteuning als iets wat de logopedist kan verzorgen.

Op de vraag welke oefeningen gedaan werden met de partner van de heer antwoordt hij: "mijn vrouw moest bijvoorbeeld toonladders zingen. Ook moest ze luid en laag zingen".

Dhr. Den Dekker zit af en toe wel eens bij de logopedische behandeling

van zijn vrouw. Hij kijkt dan wat de logopedist doet. Op die manier kan hij zien welke technieken zijn echtgenote toe moet passen tijdens het spreken. Hij vertelt dat zijn vrouw voornamelijk luid en laag moet spreken als ze verstaanbaar wil zijn. Dit geldt voornamelijk voor het spreken in een groep. Dhr. Den Dekker vertelt dat hij door de behandeling bij te wonen zijn vrouw ook beter kan attenderen waar zij op moet letten op de momenten dat zij hier zelf niet aan denkt. Ook leert hij door te kijken tijdens de behandeling, hoe hij thuis kan oefenen met zijn echtgenote.

“Mijn partner is beter verstaanbaar in een groep en heeft meer zelfvertrouwen gekregen.”

Dhr. Den Dekker vertelt dat hij het als erg positief heeft ervaren dat zijn partner meer zelfvertrouwen heeft gekregen door de logopedische behandeling. "Ze heeft het idee dat het eigenlijk nog best goed gaat met praten", zegt hij. Hij ervaart het als moeilijk dat zijn vrouw wat meer gespannen is als de logopedist moet komen. Daardoor krijgt mevrouw meer last van tremoren dan normaal. "Dit gaat gelukkig vrij snel over als de logopedist eenmaal gearriveerd is".

Op de vraag wat de logopedie opgeleverd heeft voor de Dhr. Den Dekker en zijn vrouw, antwoordt hij: "mijn partner is beter verstaanbaar in een groep en heeft meer zelfvertrouwen gekregen". Dhr. sluit af met een compliment naar de logopedist van zijn partner: "wij zijn erg blij met onze logopedist, Liesbeth Zoontjes." ■



Flappie
Wakker
Dorst
Vrijes
Mama!
Help
A N B e

Als je woorden vastzitten of er niet uitkomen zoals je wilt, omdat je moeite hebt met horen, slikken of spreken, dan is er iemand die je verstaat. Iemand die je helpt communiceren, zodat je kunt meedoen als ieder ander.

Communiceren is alles. Daarom logopedie.

www.communicerenisalles.nl



Woordvloeiend- heidstaken bij de ziekte van Parkinson:

Introductie van een **diepte-analyse**

AUTEURS

KATRIEN S.F. COLMAN

LECTOR EN COÖRDINATOR ONDERZOEK
OPLEIDING LOGOPEDIE EN AUDIOLOGIE

JANNEKE KOERTS

UNIVERSITAIR DOCENT AFDELING KLINISCHE
EN ONTWIKKELINGSNEUROPSYCHOLOGIE

HESTER A. MEIJER

PSYCHOLOOG

LARA TUCHA

UNIVERSITAIR DOCENT AFDELING KLINISCHE
EN ONTWIKKELINGSNEUROPSYCHOLOGIE

KLAUS W. LANGE

HOOGLERAAR BIOLOGISCHE, KLINISCHE EN
REVALIDATIEPSYCHOLOGIE

OLIVER TUCHA

HOOGLERAAR KLINISCHE NEUROPSYCHO-
LOGIE AFDELING KLINISCHE EN ONTWIKKE-
LINGSNEUROPSYCHOLOGIE

Vele patiënten met de ziekte van Parkinson (ZvP) worden in de loop van hun ziekte geconfronteerd met veranderingen in hun communicatie (Hartelius & Svensson, 1994). Het preventief signaleren, onderzoeken en behandelen van de veranderingen die patiënten in hun communicatie ervaren, maken deel uit van het logopedisch handelen bij de ZvP. De problemen met communicatie bij de ZvP zijn echter complex van aard en zijn slechts deels te herleiden tot de motorische stoornissen passend bij de kenmerkende hypokinetische dysartrie. Uit een studie van Miller, Noble, Jones en Burn (2006) bleek dat de meest geformuleerde klacht van parkinsonpatiënten de impact van deze veranderingen in de communicatie op hun zelfbeeld was. Echter, niet alleen patiënten met een hypokinetische dysartrie formuleerden klachten over hun communicatie, ook patiënten met de ZvP zonder hoorbare stem- of spraakstoornissen klaagden over veranderingen in hun communicatie (Miller, Andrew, Noble, & Walshe, 2011).

In eerste instantie werden deze niet-motorische communicatieve klachten alleen aangetoond bij patiënten in de vergevorderde stadia van de ZvP met dementie. Later werd aangetoond dat ook patiënten met de ZvP zonder dementie problemen ondervinden met taalverwerking (Miller, Noble, Jones, & Burn, 2006; Miller, 2012; Murray, 2008; Walsh & Smith, 2011; Williams-Gray, Foltynie, Brayne, Robbins, & Barker, 2007). Specifieke stoornissen werden aangetoond met betrekking tot onder andere het begrijpen van complexe zinnen, het benoemen van afbeeldingen en tijdens woordvloeiendheidstaken (Colman, 2011; Colman & Bastiaanse, 2011). In de literatuur overheerst echter de opvatting dat taalstoornissen bij de ZvP geassocieerd zijn met cognitieve stoornissen die typerend zijn voor de ZvP. Mogelijke verbanden tussen taalstoornissen en andere cognitieve stoornissen zijn vastgesteld voor bradyfrenie,

stoornissen in het werkgeheugen, een verminderde aandacht en een executief dysfunctioneren (Colman, 2011; Colman & Bastiaanse, 2011; Miller, 2012; Murray, 2008). De taalstoornissen gevonden bij parkinsonpatiënten voldoen dus niet aan de definitie van specifieke linguïstische stoornissen zoals bij afasiepatiënten. De cognitief-linguïstische stoornissen zoals vastgesteld bij parkinsonpatiënten vereisen dan ook een eigen diagnostiek en behandeling ten behoeve van het versterken van maatschappelijke participatie.

Om taalstoornissen in kaart te brengen wordt standaard gebruik gemaakt van afasietests. Wanneer parkinsonpatiënten getest worden met subtests van klassieke afasietests hebben zij daar echter weinig tot geen moeite mee (Colman, 2011; Colman & Bastiaanse, 2011). De Richtlijn 'Logopedie

IN HET KORT

Patiënten met de ziekte van Parkinson (ZvP) kunnen in de loop van hun ziekte geconfronteerd worden met communicatiestoornissen die complex zijn van aard. Parkinsonpatiënten geven zelf aan problemen te ondervinden met bijvoorbeeld het voeren van conversaties in hun dagelijks leven. Uit onderzoek is bekend dat parkinsonpatiënten taalstoornissen ontwikkelen die anders zijn dan de specifiek linguïstische stoornissen zoals beschreven bij afasiepatiënten. De taalstoornissen gevonden bij parkinsonpatiënten zijn namelijk geassocieerd met cognitieve stoornissen die typerend zijn voor de ZvP. Deze cognitief-linguïstische stoornissen vereisen dan ook een eigen logopedische diagnostiek en behandeling. In dit artikel pleiten we voor het afnemen van woordvloeiendheidstaken in het kader van logopedische diagnostiek van taalstoornissen bij de ZvP. Naar onze mening zijn woordvloeiendheidstaken eenvoudig toe te passen en waardevolle tests om inzicht te krijgen in de subtiele taalstoornissen en andere cognitieve problemen van parkinsonpatiënten. In dit artikel worden twee fictieve cases besproken om de geïntroduceerde methode van diepte-analyse van woordvloeiendheidstaken te illustreren en toepasbaar te maken voor de logopedische praktijk.

Paard	Koe	Ezel	Zwaluw	Merel	Mus	Goudvis	Makreel	Zalm...
		Shift			Shift			
Boerderij	Boerderij	Boerderij	Vogels	Vogels	Vogels	Vissen	Vissen	Vissen
Cluster			Cluster			Cluster		

TABEL 1a. Voorbeelden van clusters en shifts bij de semantische woordvloeiendheidstaak.

Del	Dal	Doel	Drink	Droom	Draad	Dak	Doerak	Dikzak...
		Shift			Shift			
Zelfde eerste en laatste klank	Zelfde eerste en laatste klank	Zelfde eerste en laatste klank	Zelfde eerste twee letters	Zelfde eerste twee letters	Zelfde eerste twee letters	Rijmwoord	Rijmwoord	Rijmwoord
Cluster			Cluster			Cluster		

TABEL 1b. Voorbeelden van clusters en shifts bij de fonologische woordvloeiendheidstaak.

bij de ziekte van Parkinson' raadt het afnemen van formele taaltests dan ook terecht af bij patiënten met de ZvP. Wel wordt aanbevolen om bij parkinsonpatiënten expliciet navraag te doen naar problemen met woordvinding en het voeren van conversaties (Kalf, de Swart, et al., 2008).

Het doel van het huidige artikel is om te pleiten voor het grondig analyseren van woordvloeiendheidstaken in het kader van logopedische diagnostiek van taalproblemen bij de ZvP. Woordvloeiendheidstaken zijn eenvoudig toe te passen en waardevolle tests om inzicht te krijgen in de subtiele taalstoornissen en andere cognitieve problemen van parkinsonpatiënten. In dit artikel illustreren we aan de hand van bewijs uit wetenschappelijke literatuur en twee fictieve cases de methode van diepte-analyse van woordvloeiendheidstaken die verder gaat dan het tellen

van het totaal aantal correcte responsen.

Theoretische achtergrond Woordvloeiendheidstaken

De woordvloeiendheidstaak of test voor verbale vloeiendheid is een eenvoudig af te nemen taak die weinig tijd vergt. Aan patiënten wordt gevraagd om binnen een vastgestelde tijd zo snel mogelijk en zo veel mogelijk woorden te noemen volgens een opgegeven semantische of fonologische categorie. Bij de semantische variant van de woordvloeiendheidstaak wordt gevraagd om zo veel mogelijk dieren of beroepen te noemen (tabel 1a). De fonologische woordvloeiendheidstaak vraagt om binnen een minuut zo veel mogelijk woorden te noemen beginnende met een specifieke letter (tabel 1b). Voor het Nederlands bestaan er drie parallel versies met als beginletters D-A-T of K-O-M

of P-G-R (Schmand, Groenink, & van den Dungen, 2008).

Een succesvolle uitvoering van elke woordvloeiendheidstaak vereist allereerst een intact semantisch geheugen dat verantwoordelijk is voor de opslag van semantische categorieën en het benoemen van natuurlijke en artificiële concepten (Budson & Price, 2005; Patterson, Nestor, & Rogers, 2007). Daarnaast zijn ook een efficiënte organisatie van het ophalen van woorden uit het geheugen en het vermogen om de gegeven responsen bij te houden noodzakelijk. Er wordt ook een beroep gedaan op de initiatie van gedrag, de inhibitie van ongepaste reacties en de daarbij aansluitende flexibiliteit om te shiften naar een geschiktere respons (Henry & Crawford, 2004). Een achteruitgang van de uitvoering van woordvloeiendheidstaken kan dus te wijten zijn aan stoornissen in uiteenlopende cognitieve functies waaronder het semantisch geheugen en de executieve functies. Daarnaast is ook de psychomotorische snelheid (de coördinatie van snel denken en handelen) van invloed omdat deze taken binnen een bepaalde tijdslimiet moeten worden uitgevoerd.

Een veelgebruikte klinische uitkomstmaat van zowel de semantische als fonologische woordvloeiendheidstaak is het totale aantal correct genoemde woorden. In dit artikel zullen we beargumenteren dat voor een goed inzicht in de talige en overige cognitieve functies van parkinsonpatiënten niet alleen het totale aantal woorden dat wordt geproduceerd geteld moet worden, maar dat ook moet worden gekeken naar het aantal clusters dat wordt gevormd en het aantal shifts dat wordt gemaakt tussen de clusters. In wat volgt worden deze begrippen eerst gedefinieerd en vervolgens in verband gebracht met de prestaties van parkinsonpatiënten op woordvloeiendheidstaken.

Clusters en shifts

De observatie dat woorden tijdens een woordvloeiendheidstaak in semantische clusters opgehaald worden is niet nieuw (vb. Bousfield & Sedgewick, 1944; Gruenewald & Lockhead, 1980). Op basis van deze observatie suggereerden Troyer, Moscovitch en Winocur (1997) dat responsen op woordvloeiendheidstaken bestaan uit twee dissocierbare componenten. De eerste compo-

1	Hond	Huisdieren	
2	Kat	Huisdieren	
3	Muis	Huisdieren	
4	Poes	Huisdieren	
5	Goudvis	Huisdieren	
6	Cavia	Huisdieren	
7	Hamster	Huisdieren	— Extra-dimensionele Shift
8	Koe	Boerderijdieren	
9	Paard	Boerderijdieren	
10	Ezel	Boerderijdieren	— Extra-dimensionele Shift
11	Dromedaris	Buitenlandse dieren	
12	Olifant	Buitenlandse dieren	
13	Dwergkonijn	Huisdieren	
14	Vogel	Vogel	
15	Zeemeeuw	Vogel	
16	Duif	Vogel	
17	Zwaluw	Vogel	
18	Mus	Vogel	— Extra-dimensionele Shift
19	Makreel	Vissen	
20	Zalm	Vissen	— Extra-dimensionele Shift
21	Dromedaris	Buitenlandse dieren	
21	Aap	Buitenlandse dieren	
22	Gorilla	Buitenlandse dieren	
23	Zebra	Buitenlandse dieren	— Extra-dimensionele Shift
24	Meerkoet	Vogel	
25	Duif	Vogel	

TABEL 2. Analyse van de responsen van Anton voor een semantische woordvloeiendheidstaak (dieren).

1	Dak	Eerste letters DA	
2	Das	Eerste letters DA	
3	Damp	Eerste letters DA	
4	Dadel	Eerste letters DA	
5	Dame	Eerste letters DA	— Intra-dimensionele shift
6	Dom	Eerste letters DO	
7	Dop	Eerste letters DO	— Extra-dimensionele shift
8	Dik	Eerste en laatste klank	
9	Duik	Eerste en laatste klank	
10	Deuk	Eerste en laatste klank	
11	Dok	Eerste en laatste klank	
12	Dak	Eerste en laatste klank	— Extra-dimensionele shift
12	Dansen	Werkwoordvervoeging	
13	Danste	Werkwoordvervoeging	
14	Demonstratie		
15	Droevig	Eerste letters DR	
16	Draf	Eerste letters DR	
17	Draad	Eerste letters DR	
18	Drop	Eerste letters DR	
19	Drempel	Eerste letters DR	
20	Draf	Eerste letters DR	
20	Droesem	Eerste letters DR	

TABEL 3. Analyse van de responsen van Anton voor de fonologische woordvloeiendheidstaak (beginletter D).

ment wordt gevormd door de *cluster* die gedefinieerd wordt als de opeenvolgende productie van minstens twee woorden binnen dezelfde semantische of fonologische subcategorie (zie tabel 1 a en b). De tweede component, de *shift*, impliceert de overgang naar een nieuwe cluster (zie tabel 1 a en b). De shift vereist de flexibiliteit om een nieuwe categorie te initiëren en steunt dus op de executieve functies (Troyer, et al., 1997). Volgens Troyer et al. (1997) kunnen deze twee componenten van de woordvloeiendheidstaak onafhankelijk van elkaar verstoord zijn en toont dit enerzijds een stoornis aan in de werking van het semantisch geheugen en anderzijds in de executieve functies van de patiënt.

Woordvloeiendheidstaken en de ZvP

Een verminderde prestatie op woordvloeiendheidstaken komt bij de ZvP al voor vanaf het vroege stadium van de ziekte (Henry & Crawford, 2004), vaak in combinatie met cognitieve beperkingen zoals stoornissen in de executieve deelfuncties, aandacht, geheugen, ruimtelijk inzicht en ook taalverwerking (Muslimović, Post, Speelman, & Schmand, 2005). Een meta-analyse naar de invloed van de ZvP op de uitvoering van de semantische en fonologische varianten van woordvloeiendheidstaken concludeerde dat parkinsonpatiënten beperkingen laten zien op beide woordvloeiendheidstaken, maar dat ten opzichte van gezonde leeftijds- en opleidingsgenoten de semantische taak meer gestoord was dan de fonologische taak. Een recente studie van Koerts et al. (2013) had als doel het onderzoeken van de betrokkenheid van specifieke cognitieve functies bij het uitvoeren van woordvloeiendheidstaken door parkinsonpatiënten in verschillende stadia van de ziekte. De responsen op de verschillende woordvloeiendheidstaken werden diepgaand geanalyseerd volgens de hierboven beschreven methode. In deze studie werden parkinsonpatiënten in verschillende stadia van de ziekte en gezonde controle proefpersonen onderzocht met behulp van semantische en fonologische woordvloeiendheidstaken en met tests voor executief functioneren, geheugen en psychomotorische snelheid. Een van de conclusies van het onderzoek van Koerts et al. (2013) was dat patiënten opvallend minder clusters en shifts produceerden tijdens de semantische woordvloeiendheidstaak dan de ge-

zonde controle proefpersonen. Tijdens de fonologische woordvloeiendheidstaken was de omvang van de grootste cluster bij parkinsonpatiënten met een matige vorm van de ZvP bovendien kleiner, dan bij de patiënten met een milde vorm. Logischerwijze vormden zij ook minder intra-dimensionele shifts, want hoe kleiner de cluster, hoe kleiner de kans op een intra-dimensionele shift. Afhankelijk van het stadium van de ziekte bleek tenslotte dat verschillende cognitieve functies verantwoordelijk zijn voor de zwakere prestaties van de parkinsonpatiënten op zowel de semantische als de fonologische woordvloeiendheidstaken. Zo was een verminderde psychomotorische snelheid van invloed op het totale aantal woorden dat werd geproduceerd vanaf het beginstadium van de ziekte. Patiënten met een matige vorm van de ziekte bleken ook door een verminderde flexibiliteit meer moeite te krijgen met de woordvloeiendheidstaken.

In wat volgt zullen de procedures van de uitgebreide analyses stap voor stap besproken (Koerts et al., 2013) en geïllustreerd worden met reële responsen van parkinsonpatiënten uit de praktijk zodat de toepasbaarheid voor de logopedist duidelijk wordt.

Procedure voor de analyse van semantische woordvloeiendheidstaken

Voor woordvloeiendheidstaken kunnen niet alleen het totale aantal correcte responsen (1) geteld worden, maar ook het aantal clusters (2), het aantal woorden binnen de grootste cluster (3), het aantal extra-dimensionele shifts (4) en het aantal intra-dimensionele shifts (5).

De volgende stappen in de analyseprocedure worden aangeraden:

1. Identificeren en tellen van de correcte responsen. Tot de foute responsen worden herhalingen en woorden behorende tot een andere categorie dan dieren of beroepen gerekend. Bij het vaststellen en tellen van het aantal clusters en shifts worden de fouten meegenomen.
2. Bepalen en tellen van clusters.
 - a. De mogelijke clusters binnen de categorie dieren zijn: huisdieren, boerderijdieren, wilde dieren (vb. wolf), uitheemse/buitenlandse dieren (vb. leeuw), vogels, vissen, insecten, knaagdieren, reptielen,

EN DAN

Dit artikel toont aan dat de eenvoudig toe te passen woordvloeiendheidstaken waardevolle tests zijn om inzicht te krijgen in de subtiele taalstoornissen en andere cognitieve problemen van parkinsonpatiënten. Zoals aangegeven wordt door Kalf en de Swart et al. (2008) aanbevolen om bij parkinsonpatiënten expliciet navraag te doen naar problemen met woordvinding en het voeren van conversaties. Wordvloeiendheidstaken kunnen in dit kader worden gezien als een objectieve maat die, in aanvulling op de informatie die wordt verstrekt door de patiënt en zijn/haar partner, kan worden gebruikt om een (voorzichtige) schatting te maken van in hoeverre patiënten problemen hebben met communicatie in het dagelijks leven. De beschreven patiënten in dit artikel formuleerden beiden klachten aangaande het voeren van gesprekken. De klacht over de extra inspanningen die Anton moet leveren om een gesprek te kunnen volgen met collega's zou gerelateerd kunnen worden aan zijn milde problemen met het vasthouden van wat reeds gezegd werd tijdens de woordvloeiendheidstaak. Bob laat ook beperkingen zien in het vasthouden van wat reeds gezegd werd, echter bij hem staan de problemen met het maken van shifts tijdens de woordvloeiendheidstaak waarschijnlijk meer op de voorgrond. Deze perseveraties zouden gerelateerd kunnen worden aan het moeite hebben met het volgen van wisselende topics tijdens een gesprek in een groep. Vermoedelijk is de kleinere clustergrootte verantwoordelijk voor het vertraagd conversatietempo. Toekomstig wetenschappelijk onderzoek zal de relatie moeten verduidelijken tussen de in dit artikel beschreven analyse van woordvloeiendheidstaken en de mogelijkheden voor logopedisten om functionele strategieën te trainen die de patiënt tijdens alledaagse conversaties kan inzetten. Op dit moment kan de diepte-analyse van de woordvloeiendheidstaken de logopedist ondersteunen bij het observeren tijdens conversaties. De diepte-analyse kan de logopedist helpen om de patiënt en partner inzicht te geven in cognitieve functies zoals woordvinding en flexibiliteit die ook tijdens conversaties van belang zijn.

Voor de toekomst zou het zeer waardevol zijn wanneer er ook normen ontwikkeld worden voor het Nederlands waarmee kan worden beoordeeld of het aantal clusters en shifts die door patiënten met de ZvP gevormd worden, afwijken van wat verwacht mag worden op basis van de leeftijd en het opleidingsniveau. Deze normen werden reeds ontwikkeld voor het Engels waarbij ook de invloed van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau op het aantal clusters en shifts werd aangetoond (Troyer, 2000). Uiteindelijk zal nieuw onderzoek moeten leiden tot het ontwikkelen van effectieve behandelingsstrategieën om parkinsonpatiënten op een functioneel niveau te trainen in hun communicatievaardigheden. Belangrijk hierbij is om in de toekomst ook de gecombineerde effecten van problemen met spraak, taal en cognitie op de communicatievaardigheden te onderzoeken en niet, zoals de afgelopen jaren is gedaan, toegespitst op een van deze aspecten.

fantasiedieren (vb. eenhoorn) en associaties (vb. baby-hondje) (Van Beilen et al., 2004). Wanneer een woord tot meer dan één cluster kan horen, dan bepaalt het volgende woord of het betreffende woord waaraan getwijfeld wordt tot de cluster hoort of niet. Bijvoorbeeld bij de sequentie van giraf-olifant-haai is niet duidelijk of haai moet worden geïnccludeerd in de cluster van uitheemse dieren of dat een nieuwe cluster van vissen wordt geïnitieerd. Wanneer het woord leeuw volgt op haai, dan hoort haai tot de cluster van uitheemse dieren. Wanneer het woord zalm volgt op haai, dan hoort het woord haai tot de nieuwe cluster van vissen.

- b. De mogelijke clusters binnen de cate-

gorie van de beroepen zijn: beroepen in administratie, handel, gezondheidszorg, landbouw, bouw, onderwijs, transport, hotel, horeca of catering en politie of leger (Koerts et al., 2013).

3. Vaststellen van het aantal woorden binnen de grootste cluster.
4. Vaststellen van de extra-dimensionele shifts. Dit zijn de overgangen tussen verschillende clusters (vb. van huisdieren naar insecten of van beroepen in de gezondheidszorg naar beroepen in de landbouw).
5. Vaststellen van de intra-dimensionele shifts. Dit zijn de subtiele overgangen binnen een cluster (vb. van uitheemse Afrikaanse dieren naar uitheemse dieren uit Australië of binnen de semantische

1	Aap	Buitenlandse dieren
2	Kat	Huisdieren
3	Hond	Huisdieren
4	Beer	Buitenlandse dieren
5	Vogel	Vogel
6	Schaap	Boerderijdieren
7	Koe	Boerderijdieren
8	Ezel	Boerderijdieren
9	Varken	Boerderijdieren
10	Kat	Huisdieren
10	Vis	Vissen
11	Bij	Insecten
12	Olifant	Buitenlandse dieren
13	Kat	Huisdieren
13	Muis	Knaagdieren
14	Hond	Huisdieren
14	Krokodil	Buitenlandse dieren
15	Zebra	Buitenlandse dieren
16	Beer	Buitenlandse dieren

TABEL 4. Analyse van de responsen van Bob voor de semantische woordvloeiendheidstaak (dieren).

1	Deksel	
2	Druk	Eerste letters
3	Drevel	Eerste letters
4	Draaiboeken	Eerste letters
5	Drafbaan	Eerste letters
6	Dak	
7	Ɗeksel	
7	Ɗruk	
7	Doos	
8	Drukken	Eerste en laatste klank
9	Dachten	Eerste en laatste klank
10	Doorgaan	
11	Ɗak	
11	Draven	Eerste en laatste klank
12	Dokken	Eerste en laatste klank

TABEL 5. Analyse van de responsen van Bob voor een fonologische woordvloeiendheidstaak (D).

categorie beroepen van medisch specialisten naar de verpleging).

Procedure voor de analyse van fonologische woordvloeiendheidstaken

Ook voor de fonologische woordvloeiendheidstaken worden dezelfde vijf stappen uitgevoerd zoals beschreven bij de semantische woordvloeiendheidstaken, namelijk:

1. Identificeren en tellen van de correcte responsen. Tot de foute responsen worden eigennamen, plaatsnamen, herhalingen en woorden beginnende met een andere

letter dan de opgegeven beginletter gerekend. Bij het vaststellen en tellen van het aantal clusters en shifts worden de fouten meegenomen.

2. Bepalen en tellen van clusters. Mogelijke clusters zijn woorden die starten met dezelfde twee eerste letters (vb. drunk en drop), rijmwoorden, woorden met dezelfde eerste en laatste klank (vb. CVC woorden waarin alleen de vocaal verschilt zoals dal en dol) en homoniemen (woorden die gelijkkluidend, maar verschillend in betekenis zijn zoals toets wat zowel een proef als een indrukbaar blokje betekent, Troyer et

al., 1997). Aanvullend kunnen ook werkwoordsvervoegingen (vb. dansen en dans-te) en semantische associaties (vb. appel en abrikoos) geteld worden (Koerts et al., 2013).

3. Vaststellen van de extra-dimensionele shifts. Dit zijn de overgangen tussen verschillende clusters (vb. dik, dun en drang, drop).
4. Vaststellen van de intra-dimensionele shifts. Dit zijn de subtiele overgangen binnen een cluster (vb. thee, theepot, tafel, tafelpoot).

Hieronder zullen we aan de hand van twee casussen deze procedures illustreren.

Casuïstiek

Casus Anton

Meneer is 52 jaar en werkzaam als scheepswerktuigkundige. De diagnose van de ZvP werd twee jaar geleden gesteld. De neuroloog stelt een Hoehn & Yahr score (Goetz et al., 2004) van 1 (milde vorm van ZvP) vast. De man neemt dopaminerge medicatie. Hij blijkt niet depressief te zijn, maar vertoont een licht verstoorde psychomotoriek. Anton heeft geen hoorbare stem- of spraakstoornissen, maar klaagt over het moeten leveren van extra inspanningen om gesprekken tijdens bijvoorbeeld de lunchpauze op het werk vlot te kunnen volgen. In Tabel 2 zijn alle responsen van casus Anton opgenomen voor de semantische woordvloeiendheidstaak met als categorie dieren.

Samenvattend kunnen we de toepassing van de semantische analyseprocedure voor dieren als volgt beschrijven:

1. Anton herhaalt de woorden dromedaris en duif, in totaal geeft hij 24 correcte responsen. Dit is een gemiddelde score voor zijn leeftijd en opleiding (Schmand, Houx, & De Koning et al., 2012).
 2. We tellen in totaal zeven clusters.
 3. De grootste cluster telt zeven woorden (huisdieren).
 4. Er zijn vijf extra-dimensionele shifts.
 5. Er zijn geen intra-dimensionele shifts.
- In Tabel 3 worden de responsen van Anton voor fonologische woordvloeiendheidstaak opgesomd voor de beginletter D.

Hieronder wordt de toepassing van de fonologische analyseprocedure voor de beginletter

D beschreven:

1. Anton herhaalt de woorden dak en draf en heeft in totaal 20 correcte responsen. In de standaard procedure worden altijd alle fonologische woordvloeiendheidstaken afgenomen, dus naast de beginletter D ook de reeksen met beginletter A en T op basis waarvan de normscore wordt bepaald. Als we er vanuit gaan dat hij voor elke beginletter ongeveer hetzelfde aantal woorden correct kan opnoemen, dan zou Anton op een hoge score uitkomen.
2. We tellen in totaal vier clusters.
3. De grootste cluster telt zeven woorden.
4. Er zijn twee extra-dimensionele shifts.
5. Er is één intra-dimensionele shift.

Op basis van de beide analyses kunnen we concluderen dat Anton enigszins moeite lijkt te hebben met het onthouden van wat hij al genoemd heeft. Zowel bij de semantische als de fonologische woordvloeiendheidstaak herhaalt hij namelijk twee woorden die reeds genoemd werden. Anton laat daarnaast verschillende shifts zien en lijkt dus geen verminderde cognitieve flexibiliteit te hebben.

Casus Bob

Bob is een gepensioneerd landbouwer van 77 jaar. Vijftien jaar geleden werd bij Bob de diagnose ZvP gesteld. De neuroloog stelde een Hoehn & Yahr score van 2.5 (matige vorm van ZvP) vast. Bob neemt al jaren dopaminerge medicatie. De neuropsycholoog vermeldt in het verslag geen aanwezigheid van depressie of dementie er worden echter wel stoornissen in cognitieve flexibiliteit, werkgeheugen en psychomotorische snelheid vastgesteld. De echtgenote van Bob vertelt dat haar man vaak moeilijk te verstaan is en steeds meer sociale situaties vermijdt. Bob klaagt dat hij het moeilijk vindt om gesprekken met meerdere personen goed te volgen en hij zegt niet altijd vlot op woorden te kunnen komen. Tabel 4 en 5 tonen respectievelijk de responsen van Bob op een semantische en een fonologische woordvloeiendheidstaak.

Samenvattend kunnen we de toepassing van de semantische analyseprocedure voor de door Bob genoemde dieren als volgt beschrijven:

1. Bob herhaalt het woord kat twee maal en de woorden hond en beer een maal. In totaal geeft hij 15 correcte responsen, dit is een lage score (Schmand et al., 2012).
2. We tellen in totaal drie clusters.

3. De grootste cluster telt vier woorden (boerderijdieren).
4. Er zijn geen extra-dimensionele shifts.
5. Er zijn geen intra-dimensionele shifts.

In Tabel 5 worden de responsen van Bob voor de beginletter D beschreven.

Na het toepassen van de analyseprocedure voor de fonologische woordvloeiendheidstaken kunnen we het volgende concluderen:

1. Bob herhaalt de woorden druk, deksel en dak één keer en in totaal geeft hij 12 correcte responsen. Als we er vanuit gaan dat hij ook voor de A en de T ongeveer 12 woorden correct kan opnoemen, dan zou Bob op een laaggemiddelde tot gemiddelde score uitkomen.
2. We tellen in totaal drie clusters.
3. De grootste cluster telt vier woorden.
4. Er zijn geen extra-dimensionele shifts.
5. Er zijn geen intra-dimensionele shifts.

Samengevat kunnen we uit de analyse concluderen dat Bob persevereert op een aantal woorden bij zowel de semantische als de fonologische taak. Bij geen van de beide woordvloeiendheidstaken toont hij shifts tussen de clusters of binnenin de clusters. Het totale aantal clusters van drie is bij beide taken gelijk. Het aantal woorden binnen de grootste cluster is bij de fonologische taak gelijk aan het aantal woorden binnen de grootste cluster bij de semantische taak.

Discussie en conclusie

Omdat Anton en Bob beiden in een verschillend stadium van de ziekte verkeren, is het interessant hun prestaties op de woordvloeiendheidstaken te vergelijken. Allereerst valt op dat Anton en Bob een zelfde woord meer dan eens tijdens de beide woordvloeiendheidstaken noemen. Bob herhaalt echter vaker dezelfde woorden dan Anton. Dit toont aan dat het bijhouden of monitoren van de responsen in de loop van de ziekte achteruit lijkt te gaan. Verder noemt Bob, die in een verder stadium van de ziekte verkeert, minder woorden op dan Anton. Opvallend is ook dat het aantal clusters lager is bij Bob in vergelijking met Anton. Voor beide taken maakt Bob ook geen shifts, wat zou kunnen wijzen op een verminderde cognitieve flexibiliteit. Wanneer we tenslotte de semantische woordvloeiendheidstaak kwalitatief analyse-

ren, dan merken we op dat Anton zijn clusters uitbreidt met zowel woorden op een basisniveau (vb. vogel), als op een meer specifiek niveau (vb. meerkoet). Bob noemt alleen woorden op het basisniveau bij het opbouwen van zijn clusters en deze strategie leidt tot een lager aantal woorden per cluster.

Auteurs

Dr. Katrien S.F. Colman, lector en coördinator onderzoek, Opleiding logopedie en audiologie, Thomas More, Antwerpen, België.

Dr. Janneke Koerts, universitair docent, Afdeling Klinische en Ontwikkelingsneuropsychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland.

Drs. Hester A. Meijer, psycholoog, Ariënszorgpalet, Enschede, Nederland.

Dr. Lara Tucha, universitair docent, Afdeling Klinische en Ontwikkelingsneuropsychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland.

Prof. Dr. Klaus W. Lange, hoogleraar Biologische, Klinische en Revalidatiepsychologie, Afdeling Experimentele Psychologie, Universiteit van Regensburg, Duitsland.

Prof. Dr. Oliver Tucha, hoogleraar Klinische Neuropsychologie, Afdeling Klinische en Ontwikkelingsneuropsychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland.

Contact

Katrien Colman, Opleiding logopedie en audiologie, Thomas More, Jozef De Bomstraat 11, 2018 Antwerpen, België. katrien.colman@lessius.eu

Literatuurlijst

De literatuurlijst behorende bij dit artikel kunt u terugvinden op de website van de NVLF. ■

BOEKEN & MATERIALEN

SAMENSTELLING:

ESTHER VAN DER DOES, CISKA VERWEIJ

PARKINSON IN BEELD

WERKBOEK € 15,00 EN DVD € 45,00;
TE BESTELLEN VIA WWW.VANHEMERTPRODUKTIES.NL

Van Hemert Producties maakt voorlichtingsfilms en educatieve DVD's op het terrein van zorg en welzijn: dementie, beroerte, parkinson, ouderenzorg, intimiteit en seksualiteit, hulpverlening en mantelzorg, diversiteit, wonen. De DVD's zijn bedoeld voor voorlichting aan patiënten, mantelzorgers en scholing van vrijwilligers, studenten, beroepskrachten. In de werkboeken staan voorbeelden van opdrachten voor het gebruik van de DVD's bij scholingsactiviteiten.

De belangrijkste thema's in de films zijn: de gevolgen van een chronische ziekte, het patiëntenperspectief, de draagkracht en draaglast van mantelzorgers, de praktijk van zorg en hulpverlening, interventies en dilemma's van professionals, wonen en welzijn in een verzorgings- en verpleeghuis, omgaan met intimiteit en seksualiteit binnen de ouderenzorg, aandacht voor diversiteit van patiënten/cliënten. De films maken duidelijk, wat gevolgen van aandoeningen zoals een beroerte, dementie, parkinson voor patiënten/cliënten en hun naasten zijn. Hoe gaan zij daar mee om?

De DVD Parkinson in beeld bevat vier gefilmde praktijkverhalen over de behandeling van mensen met Parkinson. zo is bijvoorbeeld een diagnose gesprek bij de neuroloog gefilmd, maar ook een meneer met parkinson die voordoet dat hij niet meer kan vissen. Het werkboek bevat een algemene inleiding over de ziekte van Parkinson. Daarnaast zijn er opdrachten opgenomen die voor alle cases bruikbaar zijn, en er zijn specifieke opdrachten per casus uitgeschreven. Een algemene opdracht houdt bijvoorbeeld in dat aan de hand van het filmmateriaal be-

schreven moet worden hoe patiënten de ziekte van Parkinson een plek proberen te geven binnen hun dagelijks leven, welke copingstrategieën zij gebruiken. Een voorbeeld van een specifieke opdracht bij een van de gefilmde cases over een vrouw die is opgenomen in een verzorgingshuis: *de fysiotherapeut bezoekt mevrouw 1 x per twee weken in het verzorgingshuis. Beschrijf het belang van fysiotherapie in deze fase van de ziekte. In hoeverre belemmert de context van het verzorgingshuis (o.a. het lawaai op de gang) het adequaat behandelen van mevrouw door de fysiotherapeut?* Vervolgens is in het werkboek een aantal bijlagen toegevoegd, waarin o.a. informatie wordt gegeven over de diagnose van de ziekte, te onderscheiden fasen in de ziekte van Parkinson, coping en copingstijlen en andere zorggerelateerde onderwerpen.



De DVD's geven een algemeen beeld van het leven van mensen met parkinson. Er wordt geen specifieke aandacht besteed aan logopedische aspecten bij de ziekte van Parkinson. Ook de opdrachten in het werkboek zijn algemeen van aard. Het materiaal is vooral bruikbaar voor studenten logopedie. Het is ook mogelijk om binnen een kwaliteitskring gebruik te maken van de DVD's als casusmateriaal. De opdrachten in het werkboek zullen dan specifiek geselecteerd moeten worden, maar leveren wel een goede basis om de casus in een breder kader te bespreken dan puur logopedisch.

Lydeke Franssen, logopedist

SPRAAKBEELDEN

ANS EN ANTON SEGDELINCK, TE BESTELLEN OP WWW.SPRAAKBEELDEN.NL, PRIJS VAN EEN JAARABONNEMENT €99,00 VOOR 1 GEBRUIKER EN 2 LICENTIES. 2 GEBRUIKERS VOOR 129 EN 3 VOOR 149 EURO.

Spraakbeelden is een leer-en therapie methode te gebruiken op scholen, door logopedisten en ouders. Het programma vindt haar oorsprong in Zweden en is ontwikkeld door Agneta Österman, zelf moeder van een autistische en gehandicapte zoon met een ernstig spraakgebrek. Spraakbeelden is een soort 'web-based' programma, geschikt voor de cliënt die kampt met een verminderd spraakvermogen en/of een taalachterstand. Met het programma kan men onder andere de woordenschat, woordstructuur, zinsbouw, mondmotoriek, articulatie en het rijmen uitgebreid trainen. Spraakbeelden heeft geen leeftijdsgrens en wordt volgens de logopedist die het programma ontwikkeld heeft ook gebruikt in revalidatiecentra. Er zijn rond de 3800 afbeeldingen waarmee gewerkt kan worden. Deze afbeeldingen kunnen vervolgens op de computer opgeslagen en gedeeld worden met andere collega's in één centraal archief.



Alle afbeeldingen zijn gerangschikt in een zoekstructuur waarin grammatica, motoriek en uitspraak een rol spelen. Ook zijn er zinnen in de structuur opgenomen bestaande uit 3, 4, 5 of > 5 woord zinnen. Deze bevatten verschillende thema's. Mocht u een afbeelding met een specifiek onderwerp zoeken dan kunt u de zoekmachine in Spraakbeelden gebruiken.

Het zogeheten programma Printguide is aan Spraakbeelden gekoppeld. In Printguide bevinden zich 40 mallen op het gebied van de grammatica, zinnen, motoriek, gebarentekens, uitspraak, spellen en diverse thema's. U sleept de afbeeldingen uit het archief naar de mallen om uw eigen lesmateriaal te maken. Er kunnen teksten of afbeeldingen aan toegevoegd worden of er kan gekozen worden voor al bestaande tekst. Spraakbeelden geeft verder nog de mogelijkheid om eigen fotomateriaal in de mallen te plaatsen. Via de website kan men meer informatie vinden en het programma enkele dagen uitproberen. Bij voldoende deelname kunnen tevens kwaliteitskringen een gratis demonstratie aanvragen.

Persoonlijk vind ik het prettig dat er tevens een telefonische 'hulpdienst' beschikbaar is, mocht je ergens niet uitkomen. Ook kun je snel over geschikt beeldmateriaal beschikken en het behandelmateriaal staat compact op je computer.

Esther van der Does, logopedist

NA LOGO! EN QUASSELSTRIPPE!

DANIËLLE PENDERS & GONDA
KÄFER, TE BESTELLEN
OP WWW.2DUBBEL.NL, PRIJS
QUASSELSTRIPPE! PER DOOSJE
€15,95, PRIJS NA LOGO! €24,95
VOOR HET BASISPEL ZONDER
KAARTENSETS VERDER €6,50 OF
€6,95 PER KAARTENSET

Na Logo! en Quasselstrippe! zijn twee spellen die ingezet kunnen worden om de articulatie, de woordenschat en de grammatica mee te

trainen. Het spel Quasselstrippe! bestaat uit zes verschillende, los te bestellen doosjes. De woordenschat kan getraind worden met plaatjes van de keuken en badkamer, groente en fruit, elektro en voertuigen en lichaamsdelen en dieren. Verder komen voorzetsels aan bod, zoals op, in, achter, onder, voor en naast. Het is de bedoeling om verschillende afbeeldingen uit dezelfde categorie bij elkaar te zoeken. Het spel doet denken aan het bekende domino en kan gespeeld worden met twee tot drie spelers vanaf de leeftijd van vier jaar. In de praktijk is het doosje met onder, voor en naast uitgetoetst. Een leuke, en niet al te moeilijke variant voor het trainen van de voorzetsels. De plaatjes zijn duidelijk en zijn gemaakt van stevig karton. Het aantal categorieën is wat beperkt. Ook zijn de kaartjes niet erg geschikt om te kopiëren en zodoende als huiswerk mee te geven.



Na Logo! is het tweede spel en bestaat uit een speelbord waarbij verschillende kaartensets los aangeschaft kunnen worden. Zes kaartensets dienen voor het trainen van de articulatieklanken K, S, R, L, en de klankcombinaties SP, ST en SCH. Vier sets dienen voor woordenschatuitbreiding en bevatten plaatjes met kleding, beroepen, dingen in huis en dieren. De kaartensets voor de woordenschat hebben een Duits onderschrift. De afbeeldingen spreken echter voor zich zodat

dat geen belemmering hoeft te zijn. Het speelbord vormt de basis waarmee verschillende spellen gespeeld kunnen worden, gericht op diverse leeftijden. In de handleiding worden verschillende spelvarianten omschreven. Zo is het 'basisspel' geschikt voor peuters en kleuters. Andere varianten van het spel zijn geschikt voor kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar. Het spel gaat als volgt: wanneer het kind op een vakje met een vraagteken komt dan pakt hij of zij de bovenste speelkaart van de stapel. Als het kind de afbeelding juist kan benoemen verdient het een 'trolli-muntje' en legt deze op de verzamelkaart. Wie de meeste muntjes verzameld heeft wint het spel. Mijs inziens zijn de woordenschatkaarten geschikt voor alle leeftijden. Naast het benoemen kunnen de woorden worden omschreven, uitgebeeld en getekend. De klankkaarten zijn met name geschikt voor de jongere doelgroep.



De speelduur kan variëren en is afhankelijk van het aantal rijen op de verzamelkaart die de spelers vol willen krijgen. Met een uitgebreide versie kan een half uur gespeeld worden. Om echt met het materiaal aan de slag te kunnen is het wel nodig om verschillende uitbreidingssets aan te schaffen. Beide spellen zijn echter een leuke aanvulling voor de logopedist die veel met (jonge) kinderen werkt.

Esther van der Does, logopedist

ParkinsonNet: zorg voor parkinson

Bijna iedereen die te maken heeft met de ziekte van Parkinson heeft tegenwoordig wel eens gehoord van ParkinsonNet. Maar wat is ParkinsonNet precies? Wat is de meerwaarde van werken volgens de methodiek van ParkinsonNet? En waar wil ParkinsonNet in de toekomst naartoe? In dit artikel gaan we dieper in op deze vragen.

AUTEURS

LONNEKE ROMPEN, MARIËTTA EIMERS, HANNEKE KALF, MARTEN MUNNEKE

Ontwikkeling van ParkinsonNet

De ziekte van Parkinson is een complexe ziekte die zowel fysiek als mentaal als een van de meest invaliderende aandoeningen wordt gezien (Jankovic, 2008). Maar ook de zorg voor parkinsonpatiënten is complex, want inmiddels zijn er niet minder dan negentien verschillende soorten zorgverleners betrokken, zoals beschreven in de *Multidisc-*

plinaire richtlijn ziekte van Parkinson (Bloem et al., 2010). Goede behandeling en begeleiding van parkinsonpatiënten werd zo'n tien jaar geleden nog in de weg gestaan door drie knelpunten. Ten eerste was er onvoldoende deskundigheid op het gebied van de ziekte van Parkinson. Veel zorgverleners zagen ieder een paar parkinsonpatiënten, waardoor maar weinig zorgverleners toekwamen aan het ontwikkelen van deskun-

digheid en expertise (Nijkraake, Keus, Oostendorp, et al., 2009). Tegelijkertijd was er weinig samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Juist omdat parkinsonpatiënten in hun behandeling met zoveel verschillende zorgverleners te maken kunnen krijgen is onderlinge afstemming tussen deze zorgverleners zo belangrijk. Tenslotte was er onvoldoende transparantie waardoor de kwaliteit die er wél was onzichtbaar bleef voor patiënten en verwijzers.

Om deze knelpunten in de zorg voor parkinson te verhelpen is in 2004 een start gemaakt met het opzetten van ParkinsonNet in de regio Arnhem-Nijmegen en daarna in nog 16 regio's. Destijds waren er enkel fysiotherapeuten aangesloten, maar vanaf 2007 zijn actief ergotherapeuten en logopedisten gezocht om deel te nemen. In het najaar van 2010 is landelijke dekking bereikt met 66 regio's, waarbij inmiddels 15 verschillende disciplines zijn aangesloten. Zo heeft ieder netwerk fysio- en oefentherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten, maar zijn er inmiddels ook psychologen, specialisten ouderengeneeskunde en maatschappelijk werkers aangesloten. In totaal zijn er op dit moment zo'n 2000 zorgverleners aangesloten bij ParkinsonNet, waaronder ongeveer 450 logopedisten.

ParkinsonNet verbindt deze zorgverleners en zorgt voor parkinsonspecialisatie, interactie en kennisuitwisseling in de verschillende regio's. Dit zijn dan ook de drie pijlers van het werken volgens de ParkinsonNet-metho-



AFBEELDING 1. Het ParkinsonNet-team (2013; ca. 10 FTe). ParkinsonNet is beloond met de Pfizer Zorgen voor Morgen-prijs in 2006, de prijs van het Zorg Innovatie Platform in 2008, de Parelstatus van ZonMW in 2009 en Meest Bijzondere Parelprijs ZonMW in 2011. Auteurs van links naar rechts: Mariëtta Eimers (nr. 6), Lonneke Rompen (nr. 7), Hanneke Kalf (nr. 10) en Marten Munneke (nr. 11).

IN HET KORT

In een themanummer over de ziekte van Parkinson kan een beschrijving over ParkinsonNet niet ontbreken. ParkinsonNet is een landelijk systeem van regionale multidisciplinaire netwerken, waar inmiddels zo'n 2000 zorgverleners bij zijn aangesloten, waaronder ongeveer 450 logopedisten. De basis van ParkinsonNet is consensus over best practice in de vorm van evidence-based richtlijnen, scholing tot parkinsonspecialist voor 15 verschillende zorgverleners en ondersteuning en stimulering van regionale samenwerking. Om die kwaliteit van zorg zichtbaar te maken en in stand te houden heeft ParkinsonNet een kwaliteitsbeleid ontwikkeld, waarvan de ParkinsonZorgzoeker en de ParkinsonAtlas de meest recente voorbeelden zijn.

diek. ParkinsonNet biedt scholing en nascholing aan, ontwikkelt landelijke richtlijnen en verbindt zorgverleners en patiënten via het internet. Dankzij de parkinsonzorgzoeker (parkinsonnet.nl/zorgzoeker) kunnen patiënten eenvoudig een expert vinden bij hen in de buurt. Zorgverleners behandelen door ParkinsonNet meer parkinsonpatiënten (Kalf, van Doornspeek, Gesthuysen, Niesse, & Munneke, 2010; Nijkraake, Keus, Oostendorp, et al., 2009; Nijkraake, Keus, Ewalds, et al., 2009). Ze bouwen daardoor steeds meer ervaring op en dat zorgt weer voor betere behandeling van patiënten. Bovendien werken de verschillende zorgverleners beter met elkaar samen. Het verbinden van zorgverleners en het beter organiseren van zorg rondom de patiënt leidt tot effectieve zorg op maat. Vektis en KPMG Plexus hebben onderzocht of en in welke mate er verschillen zijn (in kwaliteit en kosten) tussen regio's die participeren in ParkinsonNet en regio's die niet participeerden. De verwachting was dat personen met parkinson die wonen in een regio waar ParkinsonNet actief is, minder vallen, minder revalidatie nodig hebben, meer eerstelijns fysiotherapie krijgen, minder vaak in een verpleeghuis worden opgenomen en lagere kosten binnen de Zorgverzekeringswet hebben. Dat bleek allemaal te kloppen, dus de verbeterde zorgkwaliteit door ParkinsonNet maakt de zorg ook beter betaalbaar. Dat heeft zorgverzekeraar CZ er toe gebracht om vanaf 2013 alleen nog parkinsonbehandelingen te vergoeden van bij ParkinsonNet aangesloten therapeuten. Die beslissing betekende dat ParkinsonNet haar deelname- en kwaliteitsbeleid heeft moeten aanscherpen, dat wil zeggen deelname meer openstellen, maar tegelijk lidmaatschap afhankelijk maken van bewezen kwaliteit (zie verder).

Kwaliteitsbeleid

Om de zorg voor parkinsonpatiënten verder te kunnen optimaliseren en garanderen heeft ParkinsonNet een kwaliteitssysteem ontwikkeld dat bestaat uit vier pijlers. Binnen het kwaliteitssysteem worden normen gesteld voor (her)registratie van zorgverleners, kwaliteit gemeten, transparant gemaakt en steeds verder verbeterd. De normen die gelden voor nieuwe logopedisten die zich aanmelden bij ParkinsonNet zijn dat zij een basisscholing over de ziekte van Parkinson moeten volgen en dat zij akkoord gaan met

EN DAN

ParkinsonNet is begrip geworden voor innovatie in de zorg. Dit artikel geeft een korte beschrijving van het ontstaan en de ontwikkeling van dit netwerk. De voorwaarden voor lidmaatschap zijn te vinden op parkinsonnet.nl/parkinsonnet/lid-worden en parkinsonnet.nl biedt veel informatie over de ziekte van Parkinson en de behandeling ervan, zoals richtlijnen, artikelen, video's enz.

de voorwaarden en het beleid van ParkinsonNet. Voor de tweejaarlijkse herregistratie geldt dat logopedisten minimaal vijf parkinsonpatiënten per jaar moeten behandelen, kwaliteitsinformatie moeten aanleveren aan ParkinsonNet, deelnemen aan de regionale overleggen en het ParkinsonNet congres bezoeken. Meer daarover is te vinden op parkinsonnet.nl/parkinsonnet/lid-worden.

Naast deze normen worden diverse aspecten van kwaliteit van zorg doorlopend gemeten. ParkinsonNet meet de structuur van zorg, bijvoorbeeld de deelname van logopedisten aan de regionale netwerken en het aantal parkinsonpatiënten per logopedist. Daarnaast meet ParkinsonNet procesindicatoren, zoals de richtlijnadherentie bij logopedisten, het percentage parkinsonpatiënten dat logopedie krijgt en de tevredenheid over de samenwerking in de netwerken. Ook de uitkomsten van de zorg, zoals de kwaliteit van leven van de parkinsonpatiënt en het aantal heupfracturen per regio, worden gemeten. De gemeten kwaliteit is zichtbaar in de ParkinsonAtlas (parkinsonatlas.nl) en op de Zorgzoeker (parkinsonnet.nl/zorgzoeker). Uiteindelijk is het doel door het stellen van normen, het meten van kwaliteit en het transparant maken, de kwaliteit van zorg voor parkinsonpatiënten steeds verder verbeteren. Daarom wordt nu bijvoorbeeld in-

tercollegiale en interregionale toetsing ontwikkeld, waarbij de regio's en de zorgverleners aan de slag gaan om die verbetering te realiseren.

Tenslotte werkt ParkinsonNet uiteraard samen met de Parkinson Vereniging (zie artikel elders in dit tijdschrift) en ontwikkelt ze nieuwe initiatieven om de kennis over deze ziekte beter te verspreiden, zoals in 2012 het magazine Spark (sparkmagazine.nl) en heel recent ParkinsonTV (parkinsontv.nl).

Auteurs

Lonneke Rompen is communicatiedeskundige voor ParkinsonNet.

Ir. Mariëtta Eimers is manager kwaliteit voor ParkinsonNet.

Dr. Hanneke Kalf is coördinator logopedie voor ParkinsonNet.

Dr. Marten Munneke is initiatiefnemer en directeur van ParkinsonNet

Correspondentie

Postbus 9101, huispost 913, 6500 HB Nijmegen. informatie@parkinsonnet.nl Twitter: @ParkinsonNet. ParkinsonNet is een initiatief van het UMC St Radboud in Nijmegen en de Werkgroep Bewegingsstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. ■

LITERATUURLIJST

- Bloem, B. R., van Laar, T., Keus, S. H. J., de Beer, H., Poot, E., Buskens, E. et al. (2010). *Multidisciplinaire richtlijn ziekte van Parkinson*. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications.
- Jankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry*, 79(4), 368-376.
- Kalf, H., van Doornspeek, M., Gesthuysen, A., Niessen, S., & Munneke, M. (2010). Procesindicatoren voor logopedie bij de ziekte van Parkinson. *Logopedie en Foniatrie*, 82(3), 96-101.
- Nijkraake, M. J., Keus, S. H., Oostendorp, R. A., Overeem, S., Mulleners, W., Bloem, B. R., & Munneke, M. (2009). Allied health care in Parkinson's disease: referral, consultation, and professional expertise. *Mov Disord.*, 24(2), 282-286.
- Nijkraake, M. J., Keus, S. H. J., Ewalds, H., Overeem, S., Braspenning, J. C. C., Oostendorp, R. A. B. et al. (2009). Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(2), 239-245.

Reproduceerbaarheid en validiteit van logopedische vragenlijsten voor parkinsonpatiënten

AUTEURS



HANNEKE KALF

LOGOPEDIST, KLINISCH EPIDEMIOLOOG

Hoe inventariseer je betrouwbaar en efficiënt de logopedische klachten van parkinsonpatiënten? Dat was de vraag toen het Parkinson Centrum Nijmegen (ParC) van het UMC St Radboud in 2006 het ParC-dagcentrum inrichtte om parkinsonpatiënten multidisciplinair te kunnen evalueren en verwijzen (<https://www.umcn.nl/Zorg/Afdelingen/Neurologie/ParC/Pages/ParCdagcentrum.aspx>). Dit artikel geeft een beknopte beschrijving van de ontwikkeling en validering van de Radboud Oral Motor inventory for Parkinson's disease (ROMP), eerder gepubliceerd in *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (Kalf et al., 2011).

Ontwikkeling van de ROMP

Een door de patiënt (en mantelzorg(er)) ingevulde vragenlijst is in eerste instantie bedoeld als kwalitatieve meting en heeft als voordeel dat de patiënt over diverse aspecten van zijn klachten heeft kunnen nadenken en daarmee inhoudelijk is voorbereid op de anamnese in het eerste consult. Bovendien neemt de anamnese zo minder tijd in beslag en kan de logopedist snel ingaan op de belangrijkste klachten en op de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de eventuele logopedische behandeling.

De vragenlijst is samengesteld door de logopedisten die parkinsonpatiënten zien in het ParC-dagcentrum en moest naar hun mening voldoen aan de volgende eisen:

- > vragen per domein, dus vragen over spreken, slikken en speekselverlies (de logopedische domeinen bij de ziekte van Parkinson volgens de richtlijn);
 - > vragen over zowel functie, vaardigheden als participatie;
 - > beperking van het aantal vragen tot 5 à 10 per domein;
 - > gemakkelijk te scoren antwoordopties.
- Voor alle domeinen is gekeken naar bestaande vragenlijsten, namelijk:

> voor dysartrie naar de Living with dysarthria questionnaire (Hartelius, Elmberg, Holm, Lovberg, & Nikolaidis, 2008) en een schaal voor communicatieve participatie (Yorkston et al., 2008),

> voor slikstoornissen de Nederlandse versie van de SWAL-QOL (Bogaardt, Speyer, Baijens, & Fokkens, 2009), de Performance Status Scale for Head and Neck Cancer patients (List, Ritter-Sterr, & Lansky, 1990) en de Swallowing Disturbance Questionnaire (Manor, Giladi, Cohen, Fliss, & Cohen, 2007),

> voor items over speekselverlies een ad hoc schaal (Kalf, Smit, Bloem, Zwarts, & Munneke, 2007) en de Sialorrhea Clinical Scale for PD (Perez Lloret et al., 2007).

Daarnaast is de Drooling Severity and Frequency Scale (DSFS), die ontworpen is voor kinderen met een cerebrale parese, specifiek gemaakt voor parkinsonpatiënten door het item 'Nee, ik heb overdag geen verlies van speeksel, maar ik heb wèl het gevoel teveel speeksel in mijn mond te hebben' aan de lijst toe te voegen.

De eerste versie bestond uit een serie stellingen (bijv. 'Ik heb last van mijn stem') met Likert-schalen als antwoordoptie (helemaal

Spreken tegen bekenden:

1. Bekenden vinden mij gewoon verstaanbaar en ik hoef nooit iets te herhalen.
2. Voor bekenden ben ik soms slecht te verstaan, als ik niet oplet of moe ben.
3. Voor bekenden ben ik regelmatig slecht te verstaan en moet ik het meerdere keren herhalen.
4. Voor bekenden ben ik meestal niet te verstaan, vooral niet als ik moe ben.
5. Bekenden kunnen me (bijna) niet meer verstaan.

FIGUUR 1. Item 2 uit de ROMP vragenlijst over spreken.

niet mee eens – helemaal mee eens). Tijdens het uittesten met parkinsonpatiënten bleken deze moeite te hebben met een dergelijke manier van scores. Daarom zijn de antwoordmogelijkheden beschrijvend gemaakt en wel op zo'n manier dat het onderwerp van de vraag steeds terug komt. De conceptversie is aan enkele patiënten en ervaren logopedisten voorgelegd (*face validity*) en de definitieve versie bestaat uit zeven vragen met elk vijf beschrijvende antwoordopties per domein, zie het voorbeeld in figuur 1. De aangepaste Drooling Severity and Frequency Scale (DSFS) is toegevoegd aan de vragenlijst over speekselverlies, zodat die bestaat uit negen items.

Klinimetrische evaluatie

Om de reproduceerbaarheid en validiteit van de ROMP te kunnen berekenen zijn de vijf antwoorden van elk item genummerd van 1 t/m 5, waarbij 1 = geen klacht en 5 = ernstigste klacht. De vragenlijsten zijn ingevuld door 178 opeenvolgende patiënten met de ziekte van Parkinson of een atypisch parkinsonisme, die het ParC Dagcentrum Nijmegen gedurende 2009 bezochten. Om

de test-hertestbetrouwbaarheid te testen hebben 60 patiënten de vragenlijst nogmaals ingevuld, gemiddeld 24 dagen later, waarbij de correlatiecoëfficiënt minimaal 0.70 moet zijn. Om de constructvaliditeit te evalueren werden de uitkomsten van 118 patiënten vergeleken met scores door de neuroloog en logopedist, die geblindeerd waren voor de score van de patiënten op de vragenlijsten. Zij scoorden het motorische deel van de Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)(Goetz et al., 2008), waarvan onder andere de items 'spreken', 'slikken', 'speeksel' en 'gezichtsexpressie' zijn gebruikt en de ernstschalen over dysartrie en dysfagie van de Therapy Outcome Measures (TOM) (Enderby, John, & Petheram, 2006). Daarbij is een correlatie acceptabel van 0.30 en sterk vanaf 0.70 (Kalf et al., 2011).

Resultaten

Ongeveer driekwart van de patiënten had de ziekte van Parkinson en 27% een atypisch parkinsonisme. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 64 jaar (± 9.8), met een ziekteduur van gemiddeld 7 jaar (± 5.1). De ziekte-ernst was als volgt verdeeld: 71% had

“Om de logopedische klachten van parkinsonpatiënten goed in kaart te brengen is de Radboud Oral Motor inventory for Parkinson's disease (ROMP) ontwikkeld”

IN HET KORT

Om de logopedische klachten van parkinsonpatiënten goed in kaart te brengen is de Radboud Oral Motor inventory for Parkinson's disease (ROMP) ontwikkeld voor drie domeinen: spreken, slikken en speekselverlies. De vragenlijst is in 2008 al opgenomen in de richtlijn 'Logopedie bij de ziekte van Parkinson', omdat een dergelijke vragenlijst nog niet bestond. Inmiddels is de betrouwbaarheid en de validiteit van de vragenlijst onderzocht met 178 patiënten met de ziekte van Parkinson of een atypisch parkinsonisme. De interne consistentie van alle domeinen is goed (> 0.80) en de reproduceerbaarheid (> 0.90) is eveneens meer dan voldoende voor gebruik in de dagelijkse praktijk. De vragenlijst correleert voldoende met vergelijkbare uitkomstmaten en is dus een betrouwbaar en valide meetinstrument.

EN DAN

De ROMP biedt drie vragenlijsten voor parkinsonpatiënten, waarmee de logopedist efficiënter een anamnese kan afnemen. De bedoeling is dat de patiënt de vragenlijst invult voor het eerste consult, zodat hij thuis tijd heeft gehad om de aard en de ernst van zijn klachten zorgvuldig te scoren. De logopedist gebruikt de ingevulde vragenlijst tijdens de anamnese om snel zicht te hebben op de klachten van de patiënt en vlot te kunnen doorvragen. De klinimetrische evaluatie laat zien dat de scores eveneens kunnen worden gebruikt om de ernst van de klachten te kwantificeren, zowel in wetenschappelijk onderzoek als in de logopedische praktijk.

Hoehn & Yahr stadium 1-2, 24% stadium 2.5-3 en 5% stadium 4-5. Zie voor de beschrijving van de Hoehn & Yahr stadia het artikel 'Hypokinëtische dysartrie' elders in dit tijdschrift. De gemiddelde ROMP-scores van deze patiënten staan in tabel 1. De interne consistentie van de hele vragenlijst en de subdomeinen is ruim boven 0,80, waardoor deze als uitstekend kon worden beoordeeld. Factoranalyse bevestigde dat de totale ROMP inderdaad bestaat uit 3 domeinen: spreken, slikken en speekselbeheersing (verklaarde variantie 68%).

Reproduceerbaarheid

De coëfficiënten van de test-hertestbetrouwbaarheid liggen boven 0,90 (alleen voor het domein slikken net eronder), wat betekent dat de scores ook op individueel patiëntniveau kunnen worden gebruikt en geïnterpreteerd. De maximale meetfouten zijn een indicatie van de minimale verschillen die nodig zijn om te kunnen spreken van een echt hogere of lagere score bij een herhaalde meting, bijvoorbeeld na behandeling of bij verslechtering (tabel 1).

Constructvaliditeit

De correlaties van de subschaal Spreken met de spreek schalen varieerden van 0,63 tot 0,72, van de subschaal Slikken met de

slik schalen van 0,53 tot 0,61 en van de subschaal Speeksel met de speeksel-gere lateerde schalen van 0,36 tot 0,82. Voor de totale ROMP varieerde de correlatiecoëfficiënten van 0,46 tot 0,71, en zijn dus acceptabel tot sterk.

'Known-groups'-validiteit (scoren groepen patiënten die klinisch van elkaar verschillen ook significant verschillend op deze meting?) laat zien dat de scores onderscheid maken tussen patiënten die wel en geen aandacht voor deze klacht willen, die wel of niet geïndiceerd zijn voor logopedie voor hun klacht en tussen patiënten met beginnende, gevorderde en ernstige ziekte van Parkinson (tabel 2). De verdeling in scoregroepen laat ook zien dat er veel meer patiënten werden verwezen voor dysartriebehandeling (48%) dan voor behandeling van slik- of speekselklachten (3% en 8%).

Discussie en conclusie

De ROMP is de eerste gevalideerde vragenlijst waarmee de ernst van spraak-, slik- en speekselverliesklachten van parkinsonpatiënten in kaart kan worden gebracht. De vragenlijsten zijn in 2008 al opgenomen in de richtlijn 'Logopedie bij de ziekte van Parkinson' (bijlagen 3, 7, 9 en 10 in Kalf et al., 2008) met de aanbeveling om ze te gebruiken als

ondersteuning bij de anamnese. Met de hier gepresenteerde klinimetrische kenmerken kunnen scores ook gebruikt worden om de ernst van de klachten in de drie domeinen te kwantificeren, waarmee de ROMP een valide uitkomstmaat is voor wetenschappelijke studies. Internationaal is inmiddels al belangstelling getoond voor vertaling van de ROMP in het Duits en in het Chinees.

Auteur

Dr. Hanneke Kalf is logopedist en klinisch epidemioloog op de afdeling revalidatie van het UMC St Radboud in Nijmegen. Daarnaast is ze coördinator logopedie voor ParkinsonNet.

Correspondentie

Postbus 9101, huispost 898, 6500 HB Nijmegen h.kalf@reval.umcn.nl ■

“De logopedist gebruikt de ingevulde vragenlijst tijdens de anamnese om snel zicht te hebben op de klachten van de patiënt en vlot te kunnen doorvragen”

Domein	Aantal items	(min – max)	Gemiddelde scores ± SD	Interne consistentie	Test-hertest betrouwbaarheid*	Maximale meetfout*
ROMP totaal	23	(23 – 115)	40 ± 13.9	0.95	0.94	± 8.2
Spreken	7	(7 – 35)	14 ± 5.5	0.92	0.92	± 4.0
Slikken	7	(7 – 35)	11 ± 4.3	0.87	0.86	± 4.4
Speeksel	9	(9 – 45)	14 ± 6.4	0.94	0.90	± 4.5

TABEL 1. Schaalkarakteristieken en reproduceerbaarheid van de ROMP.

* Gebaseerd op 60 complete vragenlijsten, de andere uitkomsten in deze tabel zijn gebaseerd op 178 metingen.

A	Geen aandacht nodig		Mogelijke aandacht gewenst		Aandacht gewenst		P
	gemid. (SD)	%	gemid. SD	%	gemid. (SD)	%	
ROMP totaal	29 (± 8.4)	23	36 (± 9.0)	30	48 (± 14.1)	47	< 0.001
Spoken	10 (± 2.6)	28	14 (± 4.0)	34	18 (± 5.7)	38	< 0.001
Slikken	9 (± 2.5)	61	13 (± 3.5)	18	16 (± 4.5)	21	< 0.001
Speeksel	11 (± 2.6)	57	16 (± 5.0)	23	23 (± 6.4)	20	< 0.001
B	Geen indicatie voor (intensieve) behandeling		Eenmalig consult voldoende, geen indicatie voor verdere (intensieve) behandeling		Indicatie voor verdere (intensieve) behandeling		P
	gemid. (SD)	%	gemid. (SD)	%	gemid. (SD)	%	
ROMP totaal	28 (± 4.3)	24	40 (± 12.0)	28	46 (± 16.4)	48	< 0.001
Spoken	10 (± 3.2)	26	14 (± 4.4)	26	18 (± 6.0)	48	< 0.001
Slikken	9 (± 2.3)	59	13 (± 4.1)	38	22 (± 4.2)	3	< 0.001
Speeksel	11 (± 3.0)	57	18 (± 6.7)	35	28 (± 7.6)	8	< 0.001
C	H&Y 1-2		H&Y 2.5-3		H&Y 4-5		P
	gemid. (SD)	%	gemid. (SD)	%	gemid. (SD)	%	
ROMP totaal	34 (± 9.7)	49	42 (± 13.4)	45	59 (± 22.3)	6	< 0.001
Spoken	12 (± 4.1)	49	15 (± 3.4)	45	23 (± 7.2)	6	< 0.001
Slikken	10 (± 3.1)	49	11 (± 4.2)	45	14 (± 6.1)	6	0.001
Speeksel	13 (± 4.9)	49	15 (± 5.9)	45	21 (± 12.5)	6	<0.001

TABEL 2. Known-groups validiteit van de ROMP en subschalen (n = 118).

LITERATUURLIJST

- ▶ Bogaardt, H. C., Speyer, R., Baijens, L. W., & Fokkens, W. J. (2009). Cross-cultural adaptation and validation of the Dutch version of SWAL-QoL. *Dysphagia*, 24(1), 66-70.
- ▶ Enderby, P., John, A., & Petheram, B. (2006). *Therapy outcome measures for rehabilitation professionals*. (2nd ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- ▶ Goetz, C. G. et al. (2008). Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord.*, 23(15), 2129-2170.
- ▶ Hartelius, L., Elmberg, M., Holm, R., Lovberg, A. S., & Nikolaidis, S. (2008). Living with dysarthria: evaluation of a self-report questionnaire. *Folia Phoniatr.Logop.*, 60(1), 11-19.
- ▶ Kalf, J. G., Borm, G. F., de Swart, B. J., Bloem, B. R., Zwarts, M. J., & Munneke, M. (2011). Reproducibility and validity of patient-rated assessment of speech, swallowing, and saliva control in Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 92(7), 1152-1158. doi: 10.1016/j.apmr.2011.02.011
- ▶ Kalf, J. G. et al. (2008). *Logopedie bij de ziekte van Parkinson. Een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*. Woerden: NVLF/Uitgeverij LEMMA.
- ▶ Kalf, J. G., Smit, A. M., Bloem, B. R., Zwarts, M. J., & Munneke, M. (2007). Impact of drooling in Parkinson's Disease. *Journal of Neurology*, 254, 1227-1232.
- ▶ List, M. A., Ritter-Sterr, C., & Lansky, S. B. (1990). A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer*, 66(3), 564-569.
- ▶ Manor, Y., Giladi, N., Cohen, A., Fliss, D. M., & Cohen, J. T. (2007). Validation of a swallowing disturbance questionnaire for detecting dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.*, 22(13), 1917-1921.
- ▶ Perez Lloret, S., Piran Arce, G., Ross, i. M., Caivano Nemet, M. L., Salsamendi, P., & Merello, M. (2007). Validation of a New Scale for the Evaluation of Sialorrhea in Patients with Parkinson's Disease. *Mov Disord.*, 22(1), 107-111.
- ▶ Yorkston, K. M., Baylor, C. R., Dietz, J., Dudgeon, B. J., Eadie, T., Miller, R. M., & Amtmann, D. (2008). Developing a scale of communicative participation: a cognitive interviewing study. *Disabil.Rehabil.*, 30(6), 425-433.

NVLF ondersteunt bij invoering kwaliteitstoets

Vorig jaar heeft de NVLF besloten om de kwaliteitstoets te ontwikkelen, waarmee de wettelijke minimale eisen worden getoetst. In de toets worden onder andere de logopedische standaarden voor logopedisten werkzaam in de eerste lijn, richtlijn verslaglegging, richtlijn verslaggeving en de zorginhoudelijke richtlijnen (Parkinson) getoetst. De kwaliteitstoets bevat dus geen nieuwe eisen.

Eind april hebben zes eerstelijnspraktijken meegedaan aan een pilot uitgevoerd door auditbureaus. Het doel van de pilot was het toetsen van de criteria van de kwaliteitstoets op haalbaarheid en de normering.

De auditbureaus hebben de volgende punten uit de pilot teruggekoppeld:

1. Positieve indruk van de logopedisten. Zijn leergierig, zouden de kwaliteitstoets willen inzetten, hebben er zin in, brengt hen naar hoger niveau.
2. De praktijken die bezocht zijn, zijn al veel met kwaliteit bezig, maar zouden de toets niet gehaald hebben.
3. De grootste struikelblokken zijn het ontbreken van een heldere logopedische diagnose (in ICF termen) en de SMART doelen.
4. De inrichtingseisen zijn op een aantal punten moeilijk te toetsen en soms niet logisch.
5. Er wordt nog veel gewerkt met papieren dossiers. Waar software gebruikt wordt, ondersteunt deze het methodisch handelen onvoldoende.

Deze punten heeft de NVLF ter harte genomen. Aan punt 3 zullen we extra aandacht (blijven) besteden gedurende de implementatie dit jaar. De NVLF biedt daarom de scholing 'Doelgericht en SMART' de komende periode volop aan. Deze scholing kan ook op locatie verzorgd worden. Naar aanleiding

van punt 4 worden de inrichtingseisen nog een keer kritisch bekeken op toetsbaarheid. Punt 5 wordt besproken met de softwareleveranciers. Zij zijn in het verleden al meerdere malen verzocht de richtlijnen van de vereniging (waar onder de richtlijn verslaglegging) in te bouwen. Eind januari zijn de softwareleveranciers geïnformeerd over de criteria van de toets. Zij hebben aangegeven dit in te bouwen. Uit de pilot blijkt dat dit nog niet voldoende is gedaan.

Implementatie

Naar aanleiding van de resultaten van de pilot rijst de vraag of invoering van de kwaliteitstoets in 2014 haalbaar is en of er voldoende voorbereidingstijd is. Het toepassen van richtlijnen en standaarden in de praktijk is niet nieuw. De betrokken stakeholders (zorgverzekeraars en het ministerie van VWS) weten dat de beroepsgroep werkt volgens de kwaliteitsnormen. Aan de implementatie wordt al geruime tijd gewerkt. In de DTL-training die vanaf 2010 is aangeboden, is ruimschoots aandacht besteed aan de invoering van de ICF en de richtlijnen verslaglegging en verslaggeving. Ook is dit opgenomen in de opleiding logopedie. Tevens wordt vanaf 2011 de workshop Doelgericht en SMART aangeboden om het stellen van een logopedische diagnose in ICF termen en SMART doelen te trainen.

Natuurlijk begrijpen wij heel goed dat nu de kans bestaat op een check op het gebruik van richtlijnen en standaarden, de druk toeneemt om ook daadwerkelijk te handelen volgens de richtlijnen.

Daarom roepen wij alle logopedisten ook op om de komende periode te gebruiken om voldoende tijd te besteden aan de implementatie. Ons advies is:

- > Doe de zelfcheck kwaliteitstoets. Te vinden via www.ikbenlogopedist.nl > kwaliteit > kwaliteitsdocumenten. Met deze zelfcheck kunt u de conceptcriteria kwaliteitstoets bekijken en controleren of uw praktijkvoering en methodisch handelen voldoen aan de eisen.
- > Bespreek de zelfcheck kwaliteitstoets in de kwaliteitskring, praktijk of instelling.
- > Werk volgens de NVLF richtlijnen. Te vinden via www.ikbenlogopedist.nl > kwaliteit > kwaliteitsdocumenten.
- > Volg de workshop Doelgericht en SMART – hoe maakt de logopedist de behandeling transparant.

Met de invoering van de kwaliteitstoets is de NVLF ervan overtuigd dat de kwaliteit van de gehele beroepsgroep sterk zal toenemen. De verwachting is dat het doelmatig en procesmatig werken hierdoor sterk bevorderd wordt. ■

Gespecialiseerde Financiële Adviseurs voor alle Logopedisten

U wilt:

- een ervaren adviseur voor uw praktijkzaken?
- uw verzekeringspakket laten screenen?
- uw pensioen opbouwen?
- uw belastingaangifte laten verzorgen?
- een ondernemingsplan laten opstellen?
- een financiering voor uw praktijk overname?

Bel ons voor een vrijblijvend advies!
Tel (0413) 270074

Bonnier en Veraa Financieel Adviseurs B.V.
Postbus 128, 5400 AC Uden
Velmolenweg 141, 5404 LB Uden
Tel: (0413) 270074, Fax: (0413) 245601
E-mail: info@bonnier-veraa.nl
Internet: www.bonnier-veraa.nl

Financiële planning
Pensioenen
Hypotheken/Financieringen
Bedrijfsadviezen
Assurantiën



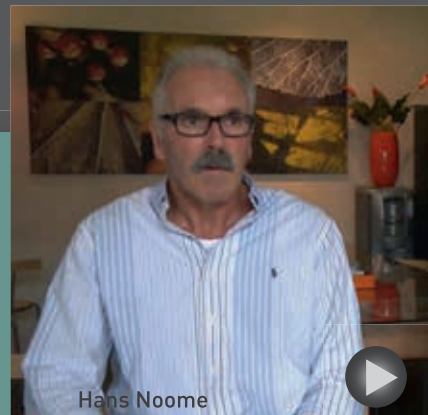
Als een vis in het water

Voor mensen met de ziekte van Parkinson is communiceren alles

In Nederland leven zo'n 50.000 mensen met de gevolgen van de ziekte van Parkinson. Eén van die gevolgen is dat het spreken en later ook het slikken achteruit gaat. Patiënten hebben daardoor steeds meer moeite om verstaanbaar te zijn. Werken, telefoneren of een gesprek voeren tijdens een verjaardagsvisite worden een probleem. Patiënten vermijden sociale activiteiten, gezellig koffiedrinken en met elkaar tafelen, vanwege het risico op verslikken. Door de ziekte gaan ze steeds lang-zamer eten.

Omdat de ziekte tot allerlei klachten leidt en niet te genezen is, zijn parkinsonpatiënten aangewezen op periodieke behandelingen van meerdere zorgverleners. De spraakstoornissen en de slikklachten die bij de ziekte van Parkinson optreden worden met logopedie behandeld. Patiënten moeten een nieuwe spreektechniek leren om weer verstaanbaar te zijn voor de mensen om hen heen. Dankzij logopedie verbetert de communicatie, onmisbaar voor het sociale contact. En patiënten kunnen weer veilig eten en drinken.

Communiceren is alles. Daarom logopedie.



Hans Noome

"Ik heb Parkinson, waardoor ik vaak moeilijk op gang kom of zo maar opeens vast kom te zitten. Met bewegen, maar ook met spreken. Dan kan ik echt niet op een zin komen. Wat helpt is inwendig aftellen. Zo van 1, 2, 3 hup. Dat heb ik van mijn logopedist geleerd. Ook ben ik door mijn Parkinson moeilijk te verstaan. Nee, ik was moeilijk te verstaan. Ik gebruik mijn stem nu anders. Luid en laag. Zoals Ivo Opstelten. Dat helpt enorm. Na zes maanden logopedie en veel oefenen heb ik weer zelfvertrouwen. Ik kan weer makkelijker zelf de boodschappen doen!"

CURSUS

EN CONGRESINFORMATIE

VOLLEDIGE INFORMATIE STAAT OP WWW.IKBENLOGOPEDIST.NL > CURSUS & CONGRES



Nederlandse Vereniging voor

Logopedie en Foniatrie

20 juni 2013

Workshop Doelgericht en smart

Inlichtingen: k.verkleij@nvlf.nl,
www.logopedie.nl

2 juli 2013

Workshop Doelgericht en smart

Inlichtingen: k.verkleij@nvlf.nl,
www.logopedie.nl

2 september 2013

Themabijeenkomst basisprincipes van de ICF

Inlichtingen: k.verkleij@nvlf.nl,
www.logopedie.nl

Aankondiging

1 november 2013

NVLF Jaarcongres

PRAATPAALTJES

LOGOPEDIEPRAKTIJK ZOEKT COLLEGA

Locatie: Oosterbeek en Renkum

Inlichtingen: Logopedie@pmc-oosterbeek.nl
Wij zoeken voor onze all-round praktijk in Oosterbeek en Renkum een collega voor drie dagdelen per week met ingang van 13 augustus 2013.

Wilt u uw cursus of congres onder de aandacht brengen van 4500 logopedisten? Dat kost u slechts € 75,-. Op de website van de NVLF wordt uw cursus of congres nog eens uitgebreid toegelicht. Meer weten, bel met Jilke Hageman van de NVLF: 0348-457077 of kijk op www.nvlf.nl. **Inzendingen voor het julinummer mailt u voor 18 juni 2013 naar lofo@nvlf.nl.**

5 en 6 september en 4 oktober 2013

Cursus: Stotteren bij kinderen, onderzoek en behandeling

Inlichtingen: www.stottercentrumzeeland.nl
zie: nieuws > agenda

5, 12 en 19 september 2013

Méér dan Larynxmanipulatie

Inlichtingen: Einders Educatie,
l.pascal@einders.nl, www.einders.nl

10 september en 1 oktober 2013

Grammaticale stoornissen bij afasie

Inlichtingen: HU: 088-4815214/5705 of
www.logopedie.cursussen.hu.nl

12, 13 september en 3 oktober 2013

Neuro-linguïstisch programmeren. Effectief communiceren met NLP

Inlichtingen: HU: 088-4815214/5705 of
www.logopedie.cursussen.hu.nl

19 september 2013

Themamiddag meldcode kindermishandeling

Inlichtingen: k.verkleij@nvlf.nl,
www.logopedie.nl

MFL A: 16, 17 september

en 2 november 2013

MFL B: 4, 5 oktober

en 16 november 2013

MFL C: 20 november 2013

Manuele Facilitatie van de Larynx (MFL)

Inlichtingen: Ziekenhuis Bernhoven Uden |
Maatschap KNO, Loes Selten - van der
Burgt, mfl.loes@gmail.com

23 september, 29 oktober, 22 november en 16 december 2013

Communicatieve Taaltherapie voor kinderen met een taalniveau vanaf 6 jaar (CT3)

HU: 088-4815214/5705 of
www.logopedie.cursussen.hu.nl

26 en 27 september 2013

Logopedie en Tandheelkunde

Inlichtingen: HU: 088-4815214/5705 of
www.logopedie.cursussen.hu.nl

3 en 10 oktober 2013

Psychogene Stem- en Spraakstoornissen

Inlichtingen: Einders Educatie,
l.pascal@einders.nl, www.einders.nl

8, 9 oktober en 4 november 2013

Stotteren en spraak- en taalproblemen

Inlichtingen: HU: 088-4815214/5705
of www.logopedie.cursussen.hu.nl

10 en 24 oktober 2013

Computer Articulatie Instrument CAI, rectificatie

Inlichtingen: HAN VDO,
E secretariaat.vdo-opleiding@han.nl,
T 024 - 353 05 69, www.han.nl/vdo

30 oktober en 4 december 2013

Cursus Klinisch redeneren

Inlichtingen: Instituut voor Zorgprofessionals,
Chhetri Ober, MSc. en Nienke van Ree,
BHS, 0612495470 / n.vanree@instituutvoorzorgprofessionals.nl,
www.instituutvoorzorgprofessionals.nl.

7 en 8 november 2013

Cursus: Praktische Pragmatiek

Inlichtingen: www.stottercentrumzeeland.nl
zie: nieuws > agenda

14 en 21 november 2013

Coachend naar Gedragsverandering, communicatie met Affectie!

Inlichtingen: Einders Educatie,
l.pascal@einders.nl, www.einders.nl

12, 13 december 2013 en 10 januari 2014

Cursus: Stotteren bij jongeren en volwassenen

Inlichtingen: www.stottercentrumzeeland.nl
zie: nieuws > agenda

Omgaan met communicatiehulpmiddelen binnen de paramedische sector

- Veel toepassingsmogelijkheden voor uw werkplek
- Uitwisselen van ervaringen met andere paramedici
- Gemiddelde beoordeling door cursisten is een 8.0



3 daagse scholing

- 40 accreditatiepunten
- 16 en 17 september,
10 oktober 2013

Dagcursus

- 8 accreditatiepunten
- 7 november 2013



Voor meer informatie en aanmelden kijk op
www.rtdkenniscentrum.nl

COLOFON

Maandblad van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie - opgericht in 1927

Logopedie is een tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie en verschijnt 10 keer per jaar. Logopedisch materiaal en boeken ter recensie zenden aan het redactiesecretariaat. Overname van artikelen is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de redactie.

SECRETARIAAT NVLF EN REDACTIESECRETARIAAT

postadres Postbus 75, 3440 AB Woerden telefoon 0348 457070
fax 0348 418290 e-mail logopedie@nvlf.nl websites www.logopedie.nl
www.nvlf.nl | www.ikbenlogopedist.nl | www.kindentaal.nl postbank 2814400
KvK Rotterdam 40464115

VERENIGINGSBUREAU NVLF

Dhr. T. de Koning, verenigingsmanager ad interim

VERENIGINGSBESTUUR

Dhr. T. de Koning, voorzitter | Mw. M.M.H. Drinkenburg-Roosendaal, penningmeester
Mw. D.J.A. te Kaat-van den Os, MSc., vicepenningmeester | Mw. A.A.M.M. van Kollen-
burg | Mw. M. Priest

ERELEDEN

prof. dr. P.H. Damsté | prof. dr. P.H. DeJonckere | drs. J.H.A. Leenders
B.J.E. Mondelaers | drs. ing. A.M.A. van Overbeek

PUBLICATIERECHT

Publicatie van een tekst houdt in dat de auteur zijn
volledige rechten over de gepubliceerde tekst afstaat aan de NVLF.

REDACTIE

Janneke de Waal-Bogers (hoofdredacteur) | Marloes Korthout | Esther van der Does |
Lydeke Franssen | Josje Jonker | Esther van Niel | Ciska Verweij | Maaïke de Kleijn |
Anneriet Nubé
e-mail: redactie@nvlf.nl

REDACTIERAAD

Mw. dr. C. Blankenstijn | Dhr. Dr. H. Bogaardt | Dhr. prof. dr. P.H. DeJonckere |
Mw. R.J.I. Dharmaperwira-Prins | Mw. dr. M.Ch. Franken | Mw. dr. E. Gerrits |
Mw. dr. J.G. Kalf | Mw. J.H. Kuiper | Mw. J. Overbosch | Dhr. dr. M. Stollman |
Mw. A. van Wijk | Dhr. C. Winkelman

FOTOGRAFIE

Cover: Nout Steenkamp Fotografie | Interview: Fotografie Ringel Goslinga

ONTWERP EN VORMGEVING

Oranje Vormgevers

UITGEVER

Performis BV Postbus 2396 5202 CJ 's-Hertogenbosch tel. 073-6895889

ADVERTENTIES

Performis BV, Geert Janus 073-6895889 logopedie@performis.nl

ABONNEMENTSPRIJZEN 2013

- € 95,- voor instellingen zonder logopedisten in dienst
- € 190,- voor instellingen waar (een) logopedist(en) werkzaam zijn (is)
- Buitenland € 114,-. Abonnementen kunnen schriftelijk tot 1 maand voor
de vervaldatum worden -opgezegd.
- Losse nummers voor leden € 5,- en voor niet-leden € 12,50.

NVLF, de uitgever en de redactie aanvaarden geen aansprakelijkheid voor -mogelijke
-gevolgen die kunnen voortvloeien uit het gebruik van de informatie uit het tijdschrift.



“Door jullie ‘software’ is er ook meer tijd voor leuke dingen”.

Totdat ik met jullie in contact kwam verdronk ik letterlijk in de hele papierwinkel rond mijn patiëntenadministratie, declaraties en boekhouding. Dit had niets meer met mijn vak te maken dat ik zo graag uitoefen. Met jullie vakkundige hulp had ik alles snel onder de knie en kwam er meer tijd voor nieuwe patiënten en mijn gezinsleven. De software van jullie is gewoon een verademing.

Via de website van Intramed heb ik gebruik kunnen maken van een gratis proefperiode van 3 maanden. Hierdoor ben ik aan de slag gegaan zonder kosten of verplichtingen. Al snel bleek dat dit pakket prima aansloot bij mijn wensen en ben ik na 3 maanden overgegaan tot een contract.

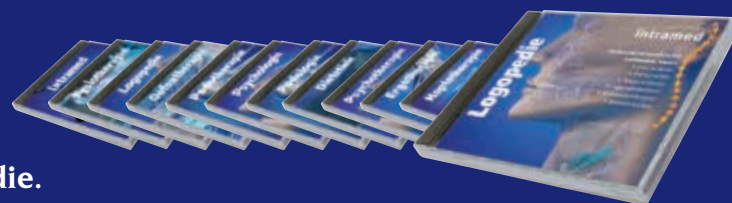


De praktijk gaat erop vooruit

Intramed praktijksoftware, compleet gebruiksgemak voor de logopedist

- Formulieren voor logopedische anamnese en onderzoek
- Kwaliteitsjaarverslagen
- Geluids- en videofragmenten in het patiëntendossier vastleggen
- Beveiligd online declareren bij alle zorgverzekeraars (Vecozo)
- Elektronisch controleren waar uw patiënt verzekerd is
- Een Service Centrum waar u deskundig en vriendelijk geholpen wordt, ook 's avonds!

Noordkade 94 - 2741 GA Waddinxveen
T 0182 62 11 07 - F 0182 62 11 99
info@intramed.nl



Intramed is klaar voor **Directe Toegankelijkheid Logopedie**.
DTL is uiteraard afgestemd met uw beroepsvereniging.

Al meer dan 19.000 gebruikers werken dagelijks met de Intramed software

Op de website treft u tevens uitgebreide productinformatie voor uw praktijk: **www.intramed.nl**