

Logopedie bij dementie

Diagnose en interventie bij dementerenden
met communicatieproblematiek

Eindverslag afstudeeronderzoek

Anne Wil van Eck

Aafje | Hogeschool Rotterdam

Juni 2015

Voorwoord

Voor u ligt het eindverslag van mijn afstudeeronderzoek. De afgelopen twee kwartalen heb ik stage gelopen bij zorginstelling 'Aafje' in Rotterdam. Tijdens deze stage heb ik mijn afstudeeronderzoek gedaan omtrent logopedie bij dementie. Ik wil graag mijn stagebegeleiders en opdrachtgevers Els Burger en Fleur van Rooyen-Verbrugh bedanken voor hun begeleiding tijdens mijn afstudeerperiode. Daarnaast wil ik Rianne Brinkman bedanken voor haar begeleiding vanuit de Hogeschool Rotterdam. Tevens gaat mijn dank uit naar de negen logopedisten die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Ik wil hen hartelijk bedanken voor hun medewerking en interesse.

Anne Wil van Eck
Rotterdam, Juni 2015

Samenvatting

Inleiding

Binnen de logopedie is veel ontwikkeling op het gebied van diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen. Hier is dan ook nog geen richtlijn voor ontwikkeld. In dit onderzoek zijn aanbevelingen opgesteld, die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een richtlijn voor diagnose en interventie van communicatieproblemen bij dementerenden. Deze aanbevelingen kunnen een aanzet zijn voor een richtlijnontwikkeling binnen de Landelijke Werkgroep Logopedie en Dementie.

Methode

In het praktijkgericht onderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk interviews. De onderzoeksgroep bestond uit 9 logopedisten. Deze logopedisten zijn werkzaam binnen de psychogeriatric. Tevens hebben zij ervaring met diagnose en interventie op het gebied van communicatieproblemen bij dementerenden. In de interviews zijn deze ervaringen geïnventariseerd. Daarnaast zijn de behoeften van de logopedisten omtrent een richtlijn op dit gebied in kaart gebracht. Na afloop zijn de interviews getranscribeerd en geanalyseerd middels codering.

Resultaten

Bij het vaststellen van communicatieproblemen bij dementerenden, wordt de UCO het meest gebruikt. Dit onderzoek geeft namelijk een algemeen beeld van de communicatieve mogelijkheden van een cliënt. Daarnaast maken de logopedisten gebruik van observaties. In de interventie worden voornamelijk communicatieadviezen gegeven aan de omgeving. Daarnaast zetten de logopedisten communicatiehulpmiddelen in. In sommige gevallen wordt directe één-op-één therapie aangeboden of therapie in groepsverband. Onderwerpen die volgens de logopedisten terug moeten komen in de richtlijn zijn: gerichte anamnesevragen, diagnostiseringsinstrumenten, behandeldoelen, behandelmateriaal, behandelfrequentie, behandelmethoden, communicatiehulpmiddelen, een overzicht van de vormen van dementie en de fases, het belang van welbevinden van de cliënt, het belang van meerwaarde van de therapie en het belang van groepsbegeleiding.

Conclusie

De diagnostiseringsinstrumenten en interventiemethoden die door logopedisten worden ingezet bij dementerenden met communicatieproblematiek, zijn niet gebaseerd op een richtlijn. Binnen de logopedie is er weldegelijk behoefte aan een richtlijn voor diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen. Volgens logopedisten moet een dergelijke richtlijn aan de volgende onderwerpen voldoen: gerichte anamnesevragen, diagnostiseringsinstrumenten (passend bij de fase van de dementie), behandelmethoden en het effect ervan, behandelmateriaal, behandeldoelen, behandelfrequentie, communicatiehulpmiddelen, overzicht van vormen dementie en de fases, belang van het welbevinden van de cliënt en meerwaarde van de therapie en het belang van behandelen in groepsverband. Op basis van deze conclusie zijn er aanbevelingen opgesteld, die kunnen bijdragen aan de opzet van een richtlijn voor diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Probleemanalyse	5
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen.....	7
1.3 Waarde voor de logopedie	7
2. Methode.....	8
2.1 Onderzoeksmethode	8
2.2 Werkwijze	8
3. Resultaten	9
3.1 Diagnostisering	9
3.2 Interventie	10
3.3 Richtlijn	11
4. Discussie	12
5. Conclusie	13
6. Aanbevelingen vervolgonderzoek.....	14
7. Aanbevelingen richtlijn diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblematiek.....	14
Literatuurlijst.....	15
Bijlagen.....	17
Bijlage 1: Overzicht medicatie bij dementie	17
Bijlage 2: Overzicht interventies	18
Bijlage 3: Interviewvragen	19
Bijlage 4: Codes.....	20
Bijlage 5: Overzicht deelnemers	21

1. Inleiding

In het vierde jaar van de opleiding logopedie aan de Hogeschool Rotterdam, heeft er een afstudeerstage plaatsgevonden. In deze stageperiode is er door de betreffende student een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd. De onderzoeksoopdracht is verkregen door de opdrachtgevers en tevens stagebegeleiders: Els Burger en Fleur van Rooyen-Verbrugh. Zij zijn beiden werkzaam als logopedist binnen de zorginstelling 'Aafje' in Rotterdam. In de praktijk zien zij steeds meer dementerenden met communicatieproblemen. Zij wilden weten welke mogelijkheden er zijn voor logopedische diagnose en interventie op dit gebied. Hier is echter geen richtlijn voor ontwikkeld. Binnen de Landelijke Werkgroep Logopedie en Dementie (LWLD) speelt het plan om een dergelijke richtlijn op te zetten. Om deze reden zijn er in dit onderzoek aanbevelingen opgesteld, die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een richtlijn voor diagnose en interventie van communicatieproblemen bij dementerenden. Deze aanbevelingen kunnen een aanzet zijn voor een richtlijnontwikkeling binnen de LWLD.

1.1 Probleemanalyse

Dementie is een verworven hersenaandoening, die meestal op oudere leeftijd ontstaat. Het kan een gevolg zijn van een onderliggende aandoening, zoals de Ziekte van Alzheimer of Parkinson (Prins, Prins & Visch-Brink, 2014). In 2014 waren er in Nederland ongeveer 260.000 mensen met dementie (Alzheimer Nederland, 2014). Door de vergrijzing zal dit aantal steeds meer toenemen.

Dementie is een neurodegeneratieve aandoening. Dit betekent dat het de hersencellen aantast, die vervolgens langzaam afsterven. Men noemt dit verschijnsel atrofie. Hersenatrofie heeft grote gevolgen voor verschillende cognitieve functies, met in het bijzonder de wijze waarop iemand communiceert (Scheres & Rijdt, 2011). Een voorbeeld van een cognitieve functiestoornis is afasie. Dit treedt op wanneer de taalgebieden in de hersenen zijn aangedaan. De taalproblemen bij dementie bevinden zich vaak op het gebied van semantiek en pragmatiek (Scheres & Rijdt, 2011). De aard en ernst van de communicatieproblemen die een dementerende zal ervaren zijn afhankelijk van de plaats van de hersenatrofie, de onderliggende aandoeningen en de functionele reserves of reorganisatiemogelijkheden van de hersenen (Van den Bulcke & Van den Berghe, 2011). Naast communicatieproblemen komen bij dementerenden vaak slikproblemen voor. Dit praktijkgericht onderzoek heeft zich hier niet op gericht, omdat dit niet binnen de vraagstelling en behoefte van de opdrachtgevers paste.

Wanneer een persoon met dementie communicatieproblemen ervaart, wordt deze doorverwezen naar een logopedist. In de praktijk krijgen logopedisten dit soort aanmeldingen steeds vaker. Het probleem is echter dat er binnen de logopedie nog veel ontwikkeling is op het gebied van diagnose en interventie bij dementie (Tacken et al., 2014). Daarnaast is het geven van functiegericht therapie aan dementerenden niet gebruikelijk (Prins, Prins en Visch-Brink, 2014). Dit komt door het progressieve karakter van de aandoening. Desondanks zijn er verschillende interventies en methoden over dit onderwerp bekend. Hierbij ontbreken echter volgens Prins, Prins en Visch-Brink (2014) goed uitgevoerde studies naar het effect van logopedische therapie bij dementerenden. Volgens hen is er behoefte aan methodologisch verantwoord onderzoek op dit gebied.

Toch is het effect van verschillende interventies in een aantal studies onderzocht. Zo zijn er in de systematische review van Hopper et al. (2013) 43 studies omtrent cognitieve interventies voor dementie geanalyseerd. Hier waren de meest voorkomende interventies errorless learning (EL), spaced retrieval training (SRT), vanishing cues (VC) en verbale instructies of cues. Over het algemeen hebben deze interventies volgens Hopper et al. (2013) een positief effect op de communicatie. Volgens Oren, Willerton & Small (2014) is SRT tevens een effectieve methode om het semantisch geheugen te trainen. Anderzijds is volgens Khan, Corbett & Ballard (2014) cognitive stimulation therapy (CST) de meest veelbelovende interventie. CST heeft namelijk in meerdere studies aangetoond een positief effect te hebben op zowel de cognitie als het welzijn van dementerenden.

(Khan, Corbett & Ballard, 2014). Het effect van CST blijkt zelfs beter dan dat van medicijnen (Aguirre, Woods, Spector & Orrell, 2013). In de bijlagen staat een overzicht van de medicatie bij dementie en het effect ervan (zie bijlage 1). Ook is een overzicht gemaakt van de genoemde interventies en de inhoud hiervan (zie bijlage 2).

Een andere interventie is het toepassen van Totale Communicatie. Dit houdt in dat alle mogelijkheden worden benut voor optimaal communiceren. Men maakt hierbij gebruik van alle mogelijke communicatievormen (Oskam & Scheres, 2005). Zo kunnen plaatjes of foto's ingezet worden als communicatiehulpmiddel (Trahan, Donaldson, McNabney & Kahng, 2014). Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een 'talking mat', ofwel een placemat waarop plaatjes worden weergegeven die het gesprek ondersteunen (Diesfeldt, 2011) (Scheres & Rijdt, 2011). Het is belangrijk om deze interventies in dagelijkse activiteiten te plaatsen en in één-op-één conversaties. Dit heeft namelijk een positief effect op de communicatie van dementerenden en met dementerenden (Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2010). Daarnaast geeft het trainen van communicatievaardigheden in het algemeen verbetering van de kwaliteit van leven en vergroot het positieve interacties (Eggenberger, Heimerl & Bennett, 2013).

Dan rest de vraag hoe communicatieproblemen bij dementerenden worden vastgesteld. De Arizona Battery for Communication of Dementia (ABCD) is hier een voorbeeld van. De ABCD is een Amerikaanse test die tevens in het Nederlands is gepubliceerd. De test onderzoekt de functionele linguïstische communicatievaardigheden van personen met milde tot matige Alzheimerdementie (Bayles & Tomoeda, 1993). Een ander voorbeeld is de SVA Taaltoets bij dementie. Het doel van deze taaltoets is het verschaffen van een globaal beeld van de communicatie van dementerenden (Boterman, Davidse, Roozen, Prinsze & De Groot, 1995). Tevens blijkt de Akense Afasie Test (AAT) van aanvullende waarde te zijn voor de diagnose van taalproblematiek bij dementie (Keulen, Uijterwaal, Engels, Koene, Scheltens & Pijnenburg, 2010). Ook de Comprehensive Aphasia Test (CAT-NL), Test Stichting Afasie Nederland (SAN), Semantische Associatie Test (SAT), Screeling en Boston Naming Test (BNT) blijken bruikbaar om taalproblemen bij dementerenden vast te stellen. Daarnaast kan door een logopedist communicatieproblematiek worden vastgesteld aan de hand van observaties, waarin bijvoorbeeld woordvindproblemen worden gesignaleerd (Kwaliteitskring Verpleeghuis Noord, 2012). Bij het vaststellen van communicatieproblematiek zal tevens samenwerking plaatsvinden met een neuropsycholoog.

Ondanks de hoopvolle conclusies uit de internationale literatuur blijken de materialen, interventies en methoden niet altijd goed beschreven (Tacken et al., 2014). Daarnaast bestaan er volgens Tacken et al. (2014) meer behandelmaterialen op dit gebied, dan logopedisten kennen en gebruiken. Een oorzaak daarvan is dat de meeste materialen niet Nederlandstalig zijn. Uit onderzoek van Tacken et al. (2014) blijkt dat er op dit moment door logopedisten gebruik wordt gemaakt van indirecte therapie, waarbij vaak communicatieadviezen worden gegeven aan familie en verzorgenden. Deze adviezen zorgen dat de communicatie tussen een dementerende en zijn omgeving zo soepel mogelijk verloopt. Er worden hierbij aanpassingen gemaakt in het aanbieden van de communicatie, bijvoorbeeld het spreken in korte zinnen en het stellen van gesloten vragen. Daarnaast wordt er rekening gehouden met omgevingsfactoren, zoals achtergrondlawaai (De Vries, 2013) (Veselinova, 2014) (Weirather, 2010) (Elkins, 2011). Het is voor een verzorgende essentieel om effectief te communiceren en deze adviezen toe te passen (Nazarko, 2014). Een dementerende kan namelijk veel moeite hebben met het aangeven van zijn of haar behoeften. Hierdoor kan hij of zij zich depressief of gefrustreerd voelen (Nazarko, 2014). Het is voor de kwaliteit van leven van dementerenden dan ook belangrijk dat familie en verzorgenden dit begrijpen.

Al met al blijkt dat er geen overeenstemming is rondom het bieden van logopedische zorg bij deze doelgroep. Het gebruiken van een richtlijn bevordert eenduidigheid in handelen. Het draagt bij aan het leveren van kwalitatief goede logopedische zorg en het hierbij kunnen afleggen van een verantwoording (Van Everdingen, Burgers, Assendelft, Swinkels, Van Barneveld & Van de Klundert, 2004). Het doel is het bieden van kwalitatief goede zorg. Evidence based practice (EBP) is hiervoor het middel (Kuiper, Verhoef, Cox & De Louw, 2011). Bij EBP gaat het om het best beschikbare bewijs. Het best beschikbare bewijs in dit onderzoek bestaat uit de

mening van experts en wetenschappelijke literatuur. Dit onderzoek heeft zich gericht op het opstellen van aanbevelingen, die een bijdrage kunnen leveren aan een logopedische richtlijn voor diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen. Deze aanbevelingen kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een dergelijke richtlijn door de LWLD.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Naar aanleiding van de probleemanalyse is een doelstelling voor het onderzoek geformuleerd. Deze is opgesteld volgens het SMART-principe¹. De doelstelling luidde als volgt:

Voor maandag 1 juni 2015 zijn er door de betreffende student aanbevelingen opgesteld, die een bijdrage kunnen leveren aan een richtlijnontwikkeling gericht op de diagnose en interventie van communicatieproblemen bij dementie.

Naar aanleiding van de probleemanalyse en de doelstelling is een vraagstelling voor het onderzoek opgesteld. Deze is verdeeld in een hoofdvraag en deelvragen. Er zijn deelvragen die binnen de literatuurstudie zijn beantwoord (zie hoofdstuk 1.1 Probleemanalyse) en deelvragen die centraal stonden tijdens het praktijkgericht onderzoek (zie hoofdstuk 3. Resultaten). De hoofd- en deelvragen van het onderzoek zijn als volgt:

Hoofdvraag

Waar moet een logopedische richtlijn voor diagnose en interventie gericht op communicatieproblemen bij dementerenden aan voldoen?

Deelvragen praktijkgericht onderzoek

1. Wat zijn de ervaringen van logopedisten met diagnostisering op het gebied van communicatieproblemen bij dementerenden?
2. Wat zijn de ervaringen van logopedisten met interventie op het gebied van communicatieproblemen bij dementerenden?
3. Wat zijn de behoeften van logopedisten omtrent een richtlijn betreffende diagnose en interventie gericht op communicatieproblemen bij dementerenden?

1.3 Waarde voor de logopedie

De resultaten van het onderzoek zullen niet alleen een bijdrage leveren aan het werk van de logopedisten van de stage-instelling, maar zijn ook relevant voor iedere andere logopedist die in aanraking komt met psychogeriatrische patiënten. De aanbevelingen kunnen namelijk een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een richtlijn binnen de LWLD. Deze richtlijn zal inzetbaar zijn binnen verschillende settings waar een logopedist met psychogeriatrische patiënten in aanraking kan komen. Hieronder vallen verpleeghuizen, verzorgingshuizen, revalidatiecentra, dagbehandelingscentra, maar ook in de thuiszorg en in de eerste lijn.

¹ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden

2. Methode

2.1 Onderzoeksmethode

Tijdens het praktijkgericht onderzoek is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk interviews. Door middel van interviews kunnen ervaringen en belevingen van mensen in kaart worden gebracht (Wouters & Van Zaalen, 2013). Dit sluit aan bij de deelvragen van het onderzoek. De interviews hebben plaatsgevonden met negen logopedisten van verschillende zorginstellingen. Hierbij is gebruik gemaakt van een interviewvragenlijst (zie bijlage 3). Na de afname van de interviews zijn deze getranscribeerd in Word. Vervolgens zijn deze gecodeerd en geanalyseerd.

2.2 Werkwijze

De stappen die tijdens het onderzoek zijn ondernomen zijn gebaseerd op de onderstaande criteria voor interviewonderzoek en stappen bij het uitvoeren van kwalitatief onderzoek volgens Wouters & Van Zaalen (2013). De stappen waren als volgt.

Stap 1. Samenstelling onderzoeksgroep

Tijdens deze stap zijn de deelnemers voor de interviews geselecteerd. De deelnemers zijn verworven met hulp van de opdrachtgevers. Zij hebben contactinformatie van de mogelijke deelnemers verschaft, waarna de student de deelnemers zelf heeft benaderd. In totaal zijn er negen interviews afgenomen. De deelnemers moesten voldoen aan de volgende criteria:

1. De deelnemer is werkzaam als logopedist.
2. De deelnemer is werkzaam binnen de psychogeriatric.
3. De deelnemer heeft ervaring met het vaststellen van diagnose en bieden van interventie bij dementerende cliënten gericht op communicatie.

Stap 2. Data-verzameling

Nadat de deelnemers waren verzameld zijn de interviews gepland. Voorafgaand aan de interviews is er een interviewvragenlijst opgesteld (zie bijlage 3). De interviewvragen zijn gebaseerd op de vraagstelling van het onderzoek en de wensen van de opdrachtgevers. De interviews waren semigestructureerd. Dit houdt in dat er een vragenlijst als leidraad is gebruikt, maar dat de interviewer hier enigszins van mag afwijken. De interviews zijn opgenomen met een Voice Recorder. Na afloop zijn de interviews letterlijk getranscribeerd in een Word-document. Alle gegevens van de deelnemers zijn geanonimiseerd.

Stap 3. Data-analyse

De getranscribeerde interviews waren het uitgangspunt van de analyse (Wouters & Van Zaalen, 2013). De analyse is gedaan door middel van codering (zie bijlage 4). De codes bestonden uit één of enkele woorden die letterlijk uit de interviewteksten zijn gehaald (Wouters & Van Zaalen, 2013). Uit deze codes kwamen de grotere thema's uit de interviews naar voren. Deze codes zijn gesorteerd, waarbij uiteindelijk de belangrijkste codes zijn geselecteerd voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

Stap 4. Dataverwerking

Tijdens deze stap zijn de data uit het onderzoek verwerkt in een verslag (zie hoofdstuk 3. Resultaten). Door middel van de codering is de belangrijkste informatie uit de interviews naar voren gehaald. Deze informatie is gebruikt om antwoord te geven op de vraagstelling van het onderzoek. In het volgende hoofdstuk zijn per onderzoeksvraag de resultaten van de interviews beschreven. In de bijlagen staat een overzicht van de deelnemers (zie bijlage 5).

3. Resultaten

3.1 Diagnostisering

Zoals uit de literatuurstudie naar voren is gekomen, bestaan er verschillende test- en onderzoeksmaterialen waarmee men communicatieproblemen bij dementerenden kan diagnosticeren. In tabel 1.1 zijn een aantal van deze testen verwerkt. Deze testen zijn door de logopedisten naar voren gebracht tijdens de interviews. In de tabel staat weergegeven hoeveel van de logopedisten (n=9) hebben aangegeven een bepaalde test te gebruiken. Daarnaast laat de tabel zien in hoeverre de logopedisten bekend zijn met een test, maar niet inzetten bij deze doelgroep. Zoals te zien is in de tabel, is dit zeer verschillend.

Volgens tabel 1.1 wordt de UCO het meeste gebruikt. Deze test geeft namelijk een algemeen beeld van de communicatieve mogelijkheden van een cliënt. Ook de AAT en BNT worden vaker ingezet. Daartegenover staan de minst gebruikte testen: de OCD en SVA Taaltoets. Deze twee testen zijn wel bekend bij een aantal deelnemers, maar worden niet gebruikt. De SVA Taaltoets is namelijk verouderd. Dit geldt ook voor de ABCD. De OCD geeft vervolgens weer te weinig toevoeging op de ABCD en wordt daarom niet gebruikt. De reden dat de CAT-NL niet veel wordt gebruikt, is omdat dit een vrij nieuwe test is. De logopedisten die bekend zijn met deze test, geven aan deze in de toekomst wel te gaan gebruiken. Eén van de redenen daarvoor is dat er een cognitief gedeelte in de test zit. Dit kan van toegevoegde waarde zijn voor de diagnose. Een andere reden waarom testen niet worden ingezet, is omdat de logopedisten geen ervaring hebben met de afname ervan. Ook twijfelen zij of de betreffende testen wel valide zijn om af te nemen bij de doelgroep.

	Aantal gebruikers	Aantal "bekend mee maar niet gebruiken"
AAT	3	2
ABCD	1	2
ACE-R*	1	0
ANTAT	2	0
BNT	3	1
CAT-NL	1	2
OCD	0	2
SAT	1	0
Scenariotest	1	1
Screeling	1	1
SVA Taaltoets	0	1
UCO	4	0
WFT**	1	0

Tabel 1.1

De test- en onderzoeksmaterialen die wel en niet worden ingezet door de logopedisten (n=9), om communicatieproblemen bij dementerenden te diagnosticeren.

* Addenbrooke's Cognitive Examination Revised

** Word Fluency Test

Tevens geven de logopedisten aan dat de testkeuze afhankelijk is van het stadium van de dementie waarin een cliënt zich bevindt. Testen met een lange afnameduur zoals de AAT, kunnen voor veel inspanning zorgen. In een verder gevorderd stadium van dementie zijn dit soort testen voor de cliënt te belastend en te moeilijk.

Als het echt een vergevorderd stadium is, dan pak ik niet meer zo snel de hele AAT erbij. Dan ga ik toch wat doelgerichter kijken. Ik ga dan niet iemand met een AAT of een CAT overvragen (Logopedist 3, interview, april 2015).

Naast deze testen gebruiken 6 van de 9 logopedisten observatie om communicatieproblemen bij dementerenden vast te stellen. Eén van deze logopedisten gebruikt enkel observaties. Deze logopedist neemt geen gestandaardiseerde onderzoeken af bij de doelgroep.

Ik vind dat uit een test blijkt de persoon niet. Het is zo stoornis gericht; waar valt iemand op uit? Ik ga heel erg uit van de persoon. Bij dementerenden vind ik het heel belangrijk om rekening te houden met de persoon (Logopedist 7, interview, april 2015).

3.2 Interventie

De manier van aanbieden van interventie aan de doelgroep verschilt onder de deelnemers, maar heeft ook overeenkomsten. Als men kijkt naar het ICF, wordt er binnen de interventie vooral aandacht besteed aan de externe factoren. Zo zetten alle 9 logopedisten communicatieadviezen in. Deze adviezen worden gegeven aan de omgeving van de cliënt, bijvoorbeeld familie of verzorgenden. Vervolgens worden deze adviezen met de omgeving geëvalueerd, door na te vragen hoe de communicatie met behulp van de adviezen verloopt.

Ik zet communicatieadviezen in, omdat mijn ervaring nu is dat ik toch daar meer winst uit haal dan dat ik echt nog ga behandelen. Die ziekte gaat toch verder en de taal gaat steeds meer verder achteruit. Ik haal dan meer winst uit de omgeving. Dat zij de communicatie aanpassen, zodat de patiënt daar profijt van heeft. Er is ook weinig over bekend of behandelen ook echt effect heeft. Daar moet nog wel veel onderzoek naar gedaan worden denk ik (Logopedist 2, interview, april 2015).

Naast communicatieadviezen zetten 5 van de 9 logopedisten communicatiehulpmiddelen in. Dit gaat voornamelijk om foto's, plaatjes, pictogrammen en gebaren ter ondersteuning van een gesprek. Hulpmiddelen zoals een taalzakboek of gespreksboek worden door de logopedisten op een enkeling na niet ingezet.

Je hebt heel veel situaties waarin mensen hun handen vrij moeten maken. Ze leggen het gespreksboek weg en ze denken er niet meer aan. Ook als er een communicatiesituatie is. Ze vergeten het (Logopedist 5, interview, april 2015).

Ook komen de ervaringen van de logopedisten omtrent het behandelen van dementerenden met communicatieproblemen overeen. Een positieve ervaring die veel wordt genoemd is dat logopedisten dementerenden en hun omgeving hulp kunnen bieden om de communicatie in stand te houden. Een negatieve ervaring is het progressieve karakter van de ziekte. Dit maakt het lastig om te bepalen wanneer een cliënt nog baat heeft bij interventie.

Het lastige is, het wordt niet beter. Dus je zit ook een beetje met die grens van hoe lang ga je er mee door. Je kunt eindeloos doorgaan tot dat iemand hier overlijdt (Logopedist 5, interview, april 2015).

De materialen die tijdens interventie worden ingezet variëren. Ze worden ingezet in zowel één-op-één behandelingen als behandelingen in groepsverband. Het behandelen wordt door sommige logopedisten ook wel begeleiden genoemd. De meest gebruikte materialen zijn: Color Cards, Anomix, Werkboek voor Afasie, Neurolinguïstische Afasietherapie (NAT), themateksten en woordwebs. Daarnaast wordt ook Totale Communicatie toegepast.

Ik ga eigenlijk uit van de Totale Communicatie. Alle vormen van communicatie zijn welkom en ik zal ze ook allemaal gebruiken. Ik heb altijd pen en papier op tafel liggen. Ik ben opgegroeid met zelf tekenen, want vroeger had je nog geen plaatjes. Ik zal dus ook snel iets heel simpels tekenen als je iemand niet begrijpt. Ik nodig ook uit tot tekenen, maar bij negen van de tien mensen kan het niet. Ik kijk wat bij iemand past (Logopedist 7, interview, april 2015).

3.3 Richtlijn

Geen van de logopedisten (n=9) gebruikt een richtlijn voor diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen. Toch hebben 8 van de 9 logopedisten weldegelijk behoefte aan een dergelijke richtlijn. Er is echter één logopedist die hier geen directe behoefte aan heeft.

Ik mis hem nu niet. Maar aan de andere kant; wat je niet kent, kun je niet missen. Ik voel me voor mezelf bekwaam genoeg om deze mensen te begeleiden of adviezen te geven. Dat is puur gebaseerd op mijn eigen ervaring (Logopedist 7, interview, april 2015).

De 8 logopedisten die wel belangstelling hebben voor een richtlijn, hebben vooral behoefte aan bevestiging. Omdat er op dit moment nog geen richtlijn bestaat, gaan de logopedisten af op hun eigen kennis en ervaring. Zij missen hierbij echter de ondersteuning van een evidence based verantwoording.

Er zijn mensen die zeggen: nou dat heeft geen nut, er is geen leervermogen. En er zijn ook mensen die zeggen: nou als je het toch herhaaldelijk blijft aanbieden, dan heeft het zeker wel zin. Maar ja, het is allemaal zo grijs (Logopedist 3, interview, april 2015).

Ik denk dat het op zich wel handig is. Iedereen heeft toch een beetje zijn eigen manier. Elke logopedist doet het toch weer anders en dat je dan ook iets hebt om op terug te vallen (Logopedist 6, interview, april 2015).

Het lijkt mij wel heel fijn. Gewoon logopedisch dat je weet van is het verantwoord wat je doet of evidence van helpt het. Dat er meer onderzoek komt en daardoor ook een richtlijn van wat je precies moet doen. Want nu doet iedereen wat hij denkt dat goed is, maar dat is niet echt verantwoord (Logopedist 2, interview, april 2015).

De behoeften van de logopedisten omtrent de inhoud van de richtlijn, komen ook overeen. Onderwerpen die volgens hen terug moeten komen in de richtlijn zijn: gerichte anamnesevragen, testen die men kan afnemen en in welke fasen, doelen voor de behandeling, verschillende behandelmethoden en –materiaal, het effect van behandelmethoden, frequentie van de behandeling en welke hulpmiddelen ingezet kunnen worden. Daarnaast zijn er volgens de logopedisten andere belangrijke punten die in de richtlijn moeten terugkomen. Een voorbeeld hiervan is een overzicht van de vormen van dementie en de fases. Een ander voorbeeld is dat het welbevinden van de cliënt erg belangrijk is en dat de therapie een meerwaarde voor ze moet hebben. Daarnaast wordt genoemd dat groepsbegeleiding de beste manier is om therapie te bieden.

Dat groepsoefeningen bijdraagt aan het sociaal welbevinden. Groepsbegeleiding is de beste keuze. In een groep hebben mensen een kader waarin ze die feedback niet alleen van therapeut, maar ook vanuit de groep krijgen (Logopedist 9, interview, april 2015).

Ik denk ook niet dat er een format is of een ding waar je je per se aan moet houden. Dat is natuurlijk ook heel verschillend, maar wel met stappen die je zou kunnen ondernemen. Van waar te beginnen en wat je kunt gebruiken. Wat nou echt goede testen zijn. Welke hulpmiddelen je in kan zetten. Dus meer een soort overzicht van dit is er en dit kun je doen (Logopedist 6, interview, april 2015).

Ik denk dat we weleens te bescheiden zijn als logopedistes. Dat we veel meer in ons mars hebben en kennis en kunnen rondom communicatie, taal, ontwikkelingen en stoornissen. Dat wij met logopedie iets wezenlijks kunnen bijdragen aan welzijn en welbevinden voor iemand met een cognitieve beperking (Logopedist 4, interview, april 2015).

4. Discussie

Zowel uit de literatuurstudie als uit de resultaten van het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat er geen eenduidige aanpak is omtrent diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen. Dit komt omdat het logopedisch handelen binnen dit gebied niet op evidence is gebaseerd. Dit heeft als gevolg dat dementerenden op dit moment geen gelijke logopedische behandeling krijgen. Daarnaast blijkt uit zowel de literatuurstudie als uit het praktijkgericht onderzoek dat er door logopedisten op dit moment als interventie voornamelijk communicatieadviezen worden ingezet. Dit komt omdat er geen richtlijn is omtrent het behandelen van de doelgroep. Er is daarom geen duidelijk bewijs dat direct behandelen zinvol is. Het geven van adviezen aan de omgeving is dan de best beschikbare oplossing.

Tevens komt uit zowel de literatuurstudie als het praktijkgericht onderzoek naar voren dat er meer interventiematerialen bestaan dan logopedisten kennen en gebruiken. Met name de Engelstalige interventies die zijn genoemd in de literatuur, zijn niet in het praktijkgericht onderzoek teruggekomen. Ook dit feit is te koppelen aan het ontbreken van een richtlijn. Deze interventies worden namelijk niet ingezet, omdat logopedisten er niet van op de hoogte zijn.

De behoefte aan meer onderzoek op dit gebied is ook in zowel de literatuurstudie als het praktijkgericht onderzoek benoemd. De reden hiervoor is dat logopedisten een wetenschappelijke verantwoording missen in hun handelen. Dit heeft effect op de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Een andere overeenkomst tussen de literatuur en het praktijkgericht onderzoek is het belang van kwaliteit van leven bij de dementerenden. Dit komt omdat het een laag belastbare doelgroep is, waarbij de therapie een meerwaarde moet hebben.

Daarnaast zijn alle diagnostiseringsinstrumenten die in de probleemanalyse zijn genoemd, teruggekomen in het praktijkgericht onderzoek. Daartegenover staat dat de UCO uit het praktijkgericht onderzoek de meest gebruikte test blijkt, terwijl deze in de literatuurstudie niet is genoemd. Dit kan zijn omdat de UCO geen diagnose kan stellen, maar slechts een indruk kan geven van de communicatieve mogelijkheden van een cliënt. De UCO zou dan mogelijk niet worden beschouwd als een diagnostiseringsinstrument en daarom niet in de literatuur zijn genoemd. Een andere reden kan zijn dat de UCO onvoldoende is onderzocht als bruikbaar instrument en daarom niet is gevonden in de literatuur. Het gebruik van observaties bij het stellen van de diagnose is anderzijds wel in de literatuurstudie en het praktijkgericht onderzoek terug te vinden. Dit komt door het gebrek aan eenduidigheid omtrent diagnostisering bij de doelgroep, waardoor observatie het best beschikbare alternatief is.

De deelnemers van het onderzoek waren verspreid over verschillende organisaties en locaties. De onderzoeksgroep bestond echter uit slechts 9 deelnemers. Als deze groep groter was geweest, zouden de uitkomsten van het onderzoek mogelijk anders zijn. De ervaringen en behoeften die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn daarom niet per se de ervaring of behoefte van iedere logopedist. Maar omdat de behoeften omtrent de richtlijn van de deelnemers wel grotendeels overeenkomen, kan worden verwacht dat de meeste logopedisten het hier mee eens zijn.

Onder de deelnemers was er één logopedist die ondanks de inclusiecriteria zeer weinig tot geen ervaring bleek te hebben met diagnose en interventie van de doelgroep. Deze deelnemer kon daarom op verschillende interviewvragen geen bruikbaar antwoord geven. Tevens waren er voor de deelnemers geen inclusiecriteria opgesteld omtrent jaren van werkervaring. Binnen de onderzoeksgroep was dan ook een groot verschil in de hoeveelheid ervaring in het werken met de doelgroep. Hierdoor was er veel variatie in de hoeveelheid en de inhoud van de informatie die werd verkregen uit de interviews. Deze variatie kan zowel positief als negatief worden beschouwd. De negatieve kant is dat de inclusiecriteria van de deelnemers uiteindelijk van groot belang is voor de uitkomsten en daarmee de conclusie van het onderzoek. Een logopedist met veel

werkervaring zal namelijk andere ervaringen en behoeften hebben, dan een logopedist die minder werkervaring heeft. De positieve kant is echter dat het onderwerp door verschillende meningen van verschillende kanten wordt belicht. Hierdoor wordt de richtlijn afgestemd op ieders behoefte.

De interviews zijn semigestructureerd verlopen. Hierin zijn aan alle deelnemers dezelfde vragen gesteld, maar is er soms van de volgorde afgeweken. Zo zijn dezelfde onderwerpen bij iedere deelnemer aan bod gekomen. Anderzijds is in de interviews veel aandacht besteed aan vragen die uiteindelijk geen plek hebben gekregen in de beantwoording van de vraagstelling. Daartegenover staat dat deze informatie een beeld geeft van de achtergrond van de deelnemers, wat bij kan dragen aan het vergelijken van de resultaten.

In de resultaten zijn niet alle uitkomsten van ieder interview letterlijk verwerkt. Enkel de meest relevante informatie is hierin beschreven. Het is erg subjectief om te bepalen of informatie relevant is of niet. Desondanks is geprobeerd de meeste informatie vanuit de interviews in de resultaten te verwerken.

Hoewel er een kwalitatieve onderzoeksmethode is gebruikt, is een gedeelte van de resultaten kwantitatief verwerkt in de verslaglegging. Dit is gedaan voor de overzichtelijkheid van het verslag. Tevens is er gebruik gemaakt van citaten uit de interviews om de resultaten te ondersteunen. Hierbij worden geen namen van de deelnemers genoemd. Op deze manier is er zorgvuldig met de gegevens van de deelnemers omgegaan.

5. Conclusie

Wat zijn de ervaringen van logopedisten omtrent diagnostisering en interventie op het gebied van communicatieproblemen bij dementerenden?

Op basis van de mening van de logopedisten lijkt de UCO het meest gebruikte diagnostiseringsinstrument bij dementerenden met communicatieproblemen. Daarnaast blijkt het geven van communicatieadviezen aan de omgeving van dementerenden de meest gebruikte interventie.

Wat zijn de behoeften van logopedisten omtrent een richtlijn betreffende diagnose en interventie gericht op communicatieproblemen bij dementerenden?

De diagnostiseringsinstrumenten en interventiemethoden die door logopedisten worden ingezet bij dementerenden met communicatieproblematiek zijn niet gebaseerd op een richtlijn. Het ontbreken van een richtlijn op dit gebied resulteert in logopedisch handelen gebaseerd op eigen kennis en ervaring. Hierbij missen logopedisten een evidence based verantwoording. Binnen de logopedie is er weldegelijk behoefte aan een richtlijn voor diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen.

Volgens logopedisten moet de richtlijn voor diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblemen aan de volgende onderwerpen voldoen:

- Gerichte anamnesevragen
- Diagnostiseringsinstrumenten (passend bij de fase van de dementie)
- Behandelmethoden en het effect ervan
- Behandel materiaal
- Behandel doelen
- Behandelfrequentie
- Communicatiehulpmiddelen
- Overzicht van vormen dementie en de fases
- Belang van het welbevinden van de cliënt en meerwaarde van de therapie
- Belang van behandelen in groepsverband

6. Aanbevelingen vervolgonderzoek

Bij de selectie van de onderzoeksgroep is het belangrijk om de deelnemers te controleren op de inclusiecriteria. Dit kan gedaan worden door de mogelijke deelnemers voorafgaand aan het onderzoek de inclusiecriteria te laten lezen en daarbij te laten aangeven of zij geschikt zijn voor het onderzoek of niet. Dit kunnen zij dan eventueel nog ondertekenen. Zo kan worden vastgesteld dat iedere deelnemer aan de inclusiecriteria voldoet en kunnen onvolledige interviews worden voorkomen. In de inclusiecriteria kan eventueel ook het aantal jaren werkervaring worden opgenomen, mocht dit gewenst zijn. Daarnaast kan er voor gekozen worden om in de interviews minder aandacht te besteden aan achtergrondinformatie, zoals de opleidingen en specialisaties van de deelnemer. Deze informatie kan eventueel voorafgaand aan de interviews worden verzameld, bijvoorbeeld door middel van een enquête of mondelinge overdracht. De interviews kunnen dan meer gericht zijn op de onderwerpen die uiteindelijk antwoord geven op de deelvragen van het onderzoek. Dit is uiteraard afhankelijk van de vraagstelling. Tevens is het aanbevelingswaardig om de onderzoeksgroep uit te breiden. Op deze manier kunnen de behoeften en ervaringen van logopedisten op grotere schaal in kaart worden gebracht.

Het zou daarnaast interessant zijn om vervolgonderzoek te richten op de conclusie van dit onderzoek. Er kan dan dieper worden ingegaan op de onderwerpen die volgens dit onderzoek in de richtlijn terug moeten komen. Een voorbeeld hiervan is een onderzoek naar welke diagnostiseringsinstrumenten geschikt zijn om communicatieproblemen bij dementerenden vast te stellen. Een ander voorbeeld is een onderzoek naar het effect van verschillende behandelmethoden bij deze doelgroep.

7. Aanbevelingen richtlijn diagnose en interventie bij dementerenden met communicatieproblematiek

De volgende aanbevelingen zijn opgesteld naar aanleiding van de conclusie van dit onderzoek. Deze aanbevelingen kunnen een aanzet zijn voor een dergelijke richtlijnontwikkeling binnen de LWLD. Het is raadzaam om voorafgaand aan het schrijven van de richtlijn verder onderzoek te doen naar de onderstaande punten.

Het is wenselijk om in de richtlijn...

- 1) ... gerichte anamnesevragen te beschrijven.
- 2) ... inzetbare diagnostiseringsinstrumenten te beschrijven, passend bij de fase van de dementie. Vooralsnog lijkt op basis van de mening van experts de UCO het meest gebruikte diagnostiseringsinstrument.
- 3) ... inzetbare behandelmethoden te beschrijven en het effect ervan. Vooralsnog lijkt op basis van de mening van experts het geven van communicatieadviezen aan de omgeving van dementerenden de meest gebruikte interventie.
- 4) ... inzetbare behandelmaterialen te beschrijven.
- 5) ... realistische behandeldoelen te beschrijven.
- 6) ... de behandelfrequentie te beschrijven.
- 7) ... inzetbare communicatiehulpmiddelen te beschrijven.
- 8) ... een overzicht te zetten van de verschillende vormen van dementie en de fases.
- 9) ... het belang van het welbevinden van de cliënt en daarbij de meerwaarde van de therapie voor de cliënt te benoemen.
- 10) ... het belang van behandelen in groepsverband te benoemen.

Literatuurlijst

Aguirre, E., Woods, R.T., Spector, A. & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12, 1, 253-262.

Alzheimer Nederland. (2014). *Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?* Op 17 april 2015 ontleend aan <http://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/onderzoek/2014/februari/aantal-mensen-met-dementie.aspx>

Alzheimer Nederland. (2014). *Medische behandeling bij dementie*. Op 3 april 2015 ontleend aan <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/leven-met-dementie/medische-behandeling.aspx>

Bayles, K.H. & Tomoeda, C.K. (1993). *Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia*. Tucson, Arizona: Canyonlands Publishing.

Boterman, C., Davidse, A., Roozen, M., Prinsze, E. & Groot, L. de. (1995). *SVA Taaltoets bij dementie*. Amsterdam: Stichting Verpleeghuizen Amsterdam.

Bulcke, M. van den. & Berghe, R. van den. (2011). Beelvorming van taal en communicatie bij dementie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53, 9, 625-633.

Diesfeldt, H. (2011). Een nieuwe manier van gespreksondersteuning bij dementie. *Denkbeeld April 2011*, 30-32.

Eggenberger, E., Heimerl, K. & Bennett, M.I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings [abstract]. *International Psychogeriatrics*, 25, 3, 345-358.

Elkins, Z. (2011). Communication Bridges for People with Dementia. *Primary Health Care*, 21, 10, 16-19.

Everdingen, J.J.E. van, Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Barneveld, T.A. van & Klundert, J.L.M. van de. (red.) (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C.D. Hickey, E., Frymark, T. & Schooling, T. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Cognitive Interventions for Individuals With Dementia. *American Journal of Speech Language Pathology*, 22, 1, 126-145.

Keulen, M.A., Uijterwaal, M.H., Engels, M.A.H., Koene, T., Scheltens, Ph. & Pijnenburg, Y.A.L. (2010). Taaldiagnostiek bij patiënten met semantische dementie en progressieve niet-vloeiende afasie. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, 16, 4, 239-254.

Khan, Z., Corbett, A. & Ballard, C. (2014). Cognitive stimulation therapy: training, maintenance and implementation in clinical trials. *Pragmatic and Observational Research*, 5, 15-19.

Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K. & Louw, D. de. (red.) (2011). *Evidence-based practice voor paramedici*. Den Haag: Boom Lemma.

Kwaliteitskring Verpleeghuis Noord. (2012). *Logopedie en dementie. Diagnostiek en therapie*. Op 8 maart 2015 ontleend aan http://www.logopedie.nl/bestanden/ikbenlogopedist/kwaliteit/Kringproducten/verkiezing_kringproduct/KK11_6_Logopedie_en_dementie_product_.pdf

Nazarko, L. (2014). People living with dementia: components of communication. *British Journal of Healthcare Assistants*, 8, 11, 554-558.

Nazarko, L. (2014). Dementia series 2: how dementia affects the ability to communicate. *British Journal of Healthcare Assistants*, 8, 12, 614-619.

Oren, S., Willerton, C. & Small, J. (2014). Effects of Spaced Retrieval Training on Semantic Memory in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57, 247-270.

Oskam, E. & Scheres, W. (2005). *Totale Communicatie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Prins, R.S., Prins, N.D. & Visch-Brink, E.G. (2014). Taalstoornissen bij dementie. In: Peters, H.F.M. et al. (red.). *Verworven taalstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Scheres, W. & Rijdt, C. de. (2011). *Ondersteunend communiceren bij dementie*. Amsterdam: Reed Business.

Tacken, M., Oostveen, J., Debets, F., Kalf, H., Rompen, H., Swart, B. de & Nijhuis-van der Sanden, R. (2014). Communicatieproblemen bij dementie. *Logopedie jaargang 86*, 1-2, 6-15.

Trahan, M.A., Donaldson, J.M., McNabney, M.K. & Kahng, S.W. (2014). Training and Maintenance of a Picture-Based Communication Response in Older Adults with Dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47, 2, 404-409.

Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M.O. & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22, 2, 189-200.

Veselinova, C. (2014). Influencing communication and interaction in dementia. *Nursing and Residential Care*, 16,3, 162-166.

Vries, K. de. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People*, 25, 4, 30-37.

Weirather, R.R. (2010). Communication Strategies to Assist Comprehension in Dementia. *Hawai'i Medical Journal*, 69, 72-74.

Wouterse, E. & Zaalen, Y. van. (2013). *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht medicatie bij dementie

Medicijn	Voor wie?	Wat is het effect?
<i>Galantamine</i>	Beginnend tot matig ernstige vorm van Ziekte van Alzheimer	Verbetering van attentie, concentratie en het spraakvermogen. Bij slechts 10-15% van de patiënten heeft dit middel effect (Alzheimer Nederland, 2014).
<i>Rivastigmine</i>	Beginnend tot matig ernstige vorm van Ziekte van Alzheimer	Verbetering van aandacht, concentratie en het spraakvermogen. Bij slechts 10-15% van de patiënten heeft dit middel effect (Alzheimer Nederland, 2014).
<i>Memantine</i>	Matige tot ernstige vorm van Ziekte van Alzheimer	Verbetering van dagelijkse handelingen, geheugen en oriëntatie. Het effect is niet altijd groot en slechts de minderheid van de patiënten heeft er profijt van (Alzheimer Nederland, 2014).
<i>Antipsychotica</i>	Dementerenden die last hebben van hevige onrust, angsten, agressiviteit en wanen.	Verminderen van onrust, angst, agressiviteit en wanen (Alzheimer Nederland, 2014).

Bijlage 2: Overzicht interventies

Interventie	Wat is het?
Errorless Learning (EL) (Hopper et al., 2013)	Een interventie techniek waarbij men gebruik maakt van cues of instructies om fouten te voorkomen.
Spaced Retrievel Training (SRT) (Hopper et al., 2013)	Een interventietechniek waarbij men een bepaalde hoeveelheid informatie aanleert binnen een bepaalde tijd. De tijdsperiodes tussen deze leermomenten worden steeds langer gemaakt.
Vanishing Cues (VC) (Hopper et al., 2013)	Een vorm van EL waarbij men start met het geven van een bepaald aantal cues, waarmee een opdracht succesvol verloopt. Deze cues worden langzaam afgebouwd, zodat altijd het minimale aantal cues wordt gebruikt.
Cognitive Stimulation Therapy (CST) (Khan, Corbett & Ballard, 2014)	Een interventietechniek gebaseerd op het stimuleren van activiteiten en oefeningen in groepsverband, ter verbetering van het geheugen en de communicatie.

Bijlage 3: Interviewvragen

Algemeen

1. Wat is uw functie?
2. Waar bent u werkzaam?
3. Hoe lang bent u hier al werkzaam?
4. Welke opleidingen/specialisaties/cursussen heeft u hiervoor gevolgd?

Interventie algemeen

5. Kunt u iets vertellen over met welke doelgroepen/soort cliënten u in aanraking komt?

Diagnose en interventie dementerenden

6. Kunt u iets vertellen over uw ervaring met het logopedisch behandelen van dementerenden?
7. Kunt u iets vertellen over uw ervaring met communicatieproblemen bij dementerenden?
 - a) Wat is een positieve ervaring m.b.t het behandelen van deze doelgroep?
 - b) Wat is een negatieve ervaring m.b.t. het behandelen van deze doelgroep?
8. Welke onderzoeken gebruikt u om communicatieproblematiek bij dementerenden te diagnosticeren?
 - a) Wat is de reden dat u kiest voor deze onderzoeken?
 - b) Zijn er onderzoeken die u kent, maar niet gebruikt? Kunt u hier een voorbeeld van noemen? Kunt u vertellen waarom u deze onderzoeken niet gebruikt?
9. Welke behandelmethoden gebruikt u bij dementerenden met communicatieproblemen?
 - a) Wat is de reden dat u kiest voor deze behandelmethode?
 - b) Zijn er methoden die u kent, maar niet gebruikt? Kunt u hier een voorbeeld van noemen? Kunt u vertellen waarom u deze methoden niet gebruikt?
 - c) Gebruikt u weleens communicatiehulpmiddelen? Welke gebruikt u dan? Wat is de reden dat u deze communicatiehulpmiddelen gebruikt?
10. Wanneer start u met het behandelen van communicatieproblemen bij dementerenden? Waarom?
11. Wanneer stopt u met het behandelen van communicatieproblemen bij dementerenden? Waarom?

Richtlijn

12. Gebruikt u bij het behandelen van deze doelgroep een richtlijn?
13. Zou u behoefte hebben aan een richtlijn voor diagnose en interventie van deze doelgroep?
 - a) Wat zou er dan zoal in deze richtlijn moeten staan volgens u?
 - b) Wat zijn de belangrijkste punten die moeten terugkomen in deze richtlijn?

Bijlage 4: Codes

Ervaringen

- Positieve ervaring
- Negatieve ervaring

Diagnostiseringsinstrumenten

- Gebruiken
- Kennen/niet gebruiken

Behandelmethoden

- Gebruiken
- Kennen/niet gebruiken

Communicatiehulpmiddelen

Richtlijn

- Gebruiken
- Behoeft
- Inhoud/onderwerpen

Bijlage 5: Overzicht deelnemers

Deelnemer	Jaren werkervaring*	Specialisaties/cursussen**
Logopedist 1	3	Cursus Afasie: communicatie na hersenletsel
Logopedist 2	2,5	
Logopedist 3	3	Cursus PALPA
Logopedist 4	15	Meerdere cursussen gericht op neurologie
Logopedist 5	8	Meerdere cursussen gericht op neurologie
Logopedist 6	3	Cursus PALPA en Cursus Parkinson
Logopedist 7	40	
Logopedist 8	11	Meerdere cursussen gericht op neurologie
Logopedist 9	10	Meerdere cursussen gericht op neurologie

* Het aantal jaren werkervaring is plusminus.

** Alleen de relevante cursussen zijn genoemd. Relevante cursussen zijn gericht op communicatieproblematiek ten gevolge van hersenletsel. Bij sommige deelnemers zijn de cursussen niet specifiek benoemd, maar slechts aangegeven dat de deelnemer meerder relevante cursussen heeft gevolgd.