

DYNAMISCH ASSESSMENT BIJ PERSONEN MET ERNSTIGE AFASIE

Frank Paemeleire^{1,2} en Lieselot Moerkerke³

1 AZ Maria Middelaes, Gent,

2 Arteveldehogeschool, Gent

3 AZ Groeninge, Kortrijk

Een traditioneel assessment bij personen met ernstige afasie kent een aantal belangrijke beperkingen: het is frustrerend voor beide partijen, het is vaak weinig informatief en het is niet aangepast aan de frequent voorkomende comorbide stoornissen. Een zogenaamd dynamisch assessment kan bij deze complexe doelgroep tegemoet komen aan deze beperkingen. Bij een dynamisch assessment is de onderzoeker geen observator maar een ondersteunende communicatiepartner. Hierdoor wordt onder andere het effect van cueing en de leerbaarheid van de persoon geëvalueerd. Informatie over de restmogelijkheden van een persoon kan ons helpen bij het bepalen van de inhoud van de behandeling. We illustreren in dit artikel het concept dynamisch assessment aan de hand van het te verschijnen werkboek GLOBAMIX.

Trefwoorden

Ernstige afasie, dynamisch assessment, GLOBAMIX

Inleiding

De diagnose van ernstige afasie kan eenvoudig en snel aan de hand van een bedside screening gesteld worden. De logopedist beoordeelt hierbij zaken zoals het spontaan spreken, het benoemen, het auditieve taalbegrip en het naspreken. Diagnostiek is echter maar een klein onderdeel van wat tegenwoordig assessment wordt genoemd. Assessment gaat meer in de diepte én de breedte en is meer holistisch dan louter personen testen en stoornissen diagnosticeren (Hallowell, 2017). In dit artikel worden eerst de doelstellingen van een uitgebreid assessmentproces bij personen met ernstige afasie besproken. Vervolgens komen een aantal problemen aan bod die zich voordoen wanneer we ons traditioneel testinstrumentarium toepassen bij deze doelgroep. We lichten tot slot het concept van dynamisch assessment toe en illustreren deze interessante benadering aan de hand van het nieuw te verschijnen werkboek GLOBAMIX (Paemeleire & Moerkerke, 2020).

Doelstellingen van assessment bij ernstige afasie

Het assessment bij personen met afasie kan veel verschillende doelen hebben (Patterson & Chapey, 2008; RCSLT, 2005).

Een eerste doelstelling is de onderliggende taalstoornis op een hypothesetoetsende wijze bepalen. In de logopedische richtlijn 'diagnostiek en behandeling van afasie' (Berns et al., 2015) wordt hiervoor per ernstgraad en tijd post onset een basisset van assessmentinstrumenten besproken (bijvoorbeeld de afname van de ScreeLing gebeurt zo snel mogelijk na het ontstaan van de ernstige afasie).

Een tweede doelstelling is de functies waar enige restvaardigheden worden gezien in kaart brengen, omdat deze functies het meest kans maken op progressie (Wapner & Gardner, 1979; van Harskamp, Visch-Brink, & van Amerongen, 1995). De restvaardigheden kunnen een springplank zijn om het therapieplan op te bouwen en de communicatie te optimaliseren (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan, & Nicholas, 1989).

Een derde doelstelling is het bepalen van een baseline waarbij de impact van de ernstige afasie op de verschillende functioneringsniveaus van de ICF en op de kwaliteit van leven wordt gemeten of beoordeeld. Evolutie (door spontaan herstel en/of als effect van de behandeling) kan slechts vastgesteld worden wanneer er een uitgebreide baseline is bepaald en we een sensitief onderzoek hebben dat kleine veranderingen kan detecteren. We hebben hierbij ook aandacht voor de ondersteunende en bemlemmerende contextuele factoren. Er zijn helaas meer meetinstrumenten op functieniveau dan op activiteiten- en participatieniveau (Berns et al., 2015).

Een vierde doelstelling is het screenen op de aanwezigheid van niet-talige stoornissen. Veel personen met ernstige afasie vertonen comorbide niet-talige cognitieve stoornissen. De niet-talige cognitieve status is echter niet eenduidig te voorspellen op basis van de taalfunctie (Helm-Estabrooks, Bayles, Ramage, & Bryant, 1995; Helm-Estabrooks, 2002; Helm-Estabrooks & Nicholas, 2013; van Mourik, Verschaeve, Boon, Paquiers & van Harskamp, 1992).

Een vijfde doelstelling is op zoek gaan naar prognostische factoren. Uiteraard zijn de aard, lokalisatie en grootte van het letsel zeer belangrijke factoren in het voorspellen van herstel (Plowman, Hentz, & Ellis, 2011). Maar naast de

neuro-anatomische data kunnen ook gedragsdata (zoals het al dan niet intact zijn van de executieve functies) waardevolle informatie bieden.

Problemen met traditioneel assessment

Er zijn in het Nederlands taalgebied zeer veel assessment-instrumenten voor volwassenen met afasie beschikbaar. De meeste afasietesten beperken zich echter tot het ICF-niveau van functies en zijn gericht op personen met een gemiddelde ernstgraad. De focus ligt bijna altijd op het detecteren van stoornissen (uitvalsverschijnselen) in een sterk gecontroleerde, niet-interactieve context. En dat terwijl we vanuit de klinische praktijk weten dat personen met ernstige afasie vaak beter functioneren wanneer ze communiceren in een natuurlijke context. Assessment van personen met ernstige afasie is een grote uitdaging. De ernst van de taalstoornissen, vooral de taalbegripsstoornissen, zorgen ervoor dat traditionele onderzoeken niet kunnen gebruikt worden (Threats, 2009). Een afasietest lokt bovendien enkel intentionele taal uit en dit resulteert bij personen met ernstige afasie in de slechtst mogelijke prestatie (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan & Nicholas, 1989). Daarnaast zijn er vaak een groot aantal comorbide niet-talige stoornissen (executieve functies, hemiplegie, hemianopsie, ...) aanwezig die een betrouwbare afname in de weg kunnen staan.

Wanneer we traditionele assessmentinstrumenten gebruiken bij deze doelgroep, dan geeft dit problemen op vlak van frustratie, sensitiviteit en validiteit. We lichten deze problemen in wat volgt toe.

Bevestiging van communicatieve incompetentie

Traditionele assessmentinstrumenten kunnen in principe afgenomen worden bij personen met ernstige afasie maar ze zijn niet specifiek voor deze ernstgraad ontwikkeld, wat invloed heeft op onder andere de afbreekregels. Bij de Token Test uit de AAT bijvoorbeeld moet de persoon alle 10 opdrachten binnen een reeks fout uitvoeren, alvorens de test afgebroken mag worden. Als we de test correct willen afnemen, betekent dit dat er regelmatig grote frustratie ontstaat bij de persoon die getest wordt.

De instructies van de meeste testen zijn ook te complex waardoor de persoon overdonderd wordt met auditief-verbale informatie die niet wordt begrepen. Ook zijn de meeste testen erg gericht op mondelinge taalproductie wat voor personen met ernstige (niet-vloeiende) afasie een groot struikelblok vormt. Samenvattend kan worden gesteld dat het afnemen van traditionele assessmentinstrumenten vaak enkel de communicatieve incompetentie

van de persoon bevestigt. Als de onderzoeker vervolgens ook de behandelaar van de persoon wordt, kan dit de therapeutische relatie ondermijnen. Dit standpunt wordt ook bevestigd door de personen met afasie zelf. Bij de ontwikkeling van de Richtlijn afasie (Berns et al., 2015) werd een focusgroep met 10 personen met afasie en hun partners georganiseerd. Deze personen gaven aan dat sommige instrumenten voor diagnose en behandeling zich slecht lenen voor personen met ernstige afasie. Ze concludeerden: "het gebruik ervan werkt erg demotiverend, verlaagt vertrouwen en verhoogt de frustratie" (pagina 127).

Lage sensitiviteit

Als we traditionele afasietesten afnemen bij personen met ernstige afasie levert dit meestal weinig klinisch bruikbare informatie op. De focus ligt op het detecteren van functiestoornissen met als doel de ernstgraad, de linguïstische stoornis en/of het afasietype bepalen. De resultaten vertonen vaak een bodemeffect omdat de instrumenten niet ontwikkeld werden om te differentiëren binnen de groep van personen met ernstige afasie. En dat terwijl er in de literatuur door veel auteurs aangehaald wordt dat bijvoorbeeld personen met globale afasie een heterogene groep vormen (Hinckley & Nash, 2007; Nakase-Thompson, 2005; Peach, 2008; Sarno & Levita, 1981; Steele, 2009; van Mourik, Verschaeve, Boon & van Harskamp, 1992; van Harskamp, Visch-Brink, & van Amerongen, 1995). Er kan ook weinig informatie met betrekking tot bewaarde mogelijkheden gehaald worden uit bodemscores (Peach, 2008). Collins (1997) wees reeds meer dan 20 jaar geleden op het feit dat het traditionele assessment onvoldoende sensitief is om restvaardigheden en significante vooruitgang te meten. Vanuit de praktijk weten we dat traditionele assessmentinstrumenten vaak de kleine maar klinisch relevante vooruitgang van een persoon met ernstige afasie niet kunnen objectiveren.

Lage validiteit

De validiteit van een assessmentinstrument verwijst naar de mate waarin een instrument effectief meet wat hij pretendeert te meten. De resultaten op een test voor auditief begrip bijvoorbeeld moeten een goede weergave zijn van de mogelijkheden van de persoon op dit vlak. Een slechte score op dergelijke test moet wijzen op een taalbegripsstoornis en mag niet het gevolg zijn van randfactoren zoals problemen met het herkennen van de prenten die hierbij gebruikt worden, problemen met het adequaat aanduiden van deze prenten of cognitieve stoornissen. Als hier geen rekening mee wordt gehouden, zou er ten onrechte geconcludeerd kunnen worden dat de persoon over quasi geen restmogelijkheden op vlak van auditief taalbegrip beschikt.

De negatief beïnvloedende factoren die de validiteit in het gedrag brengen, kunnen we in drie categorieën onderverdelen: inputstoornissen, outputstoornissen en niet-talige cognitieve stoornissen.

Voorbeelden van inputstoornissen zijn hemianopsie en neglect. Bij traditionele assessmenttaken worden vaak complexe visuele stimuli gebruikt, deze stoornissen kunnen hierbij een probleem vormen (bijvoorbeeld verwaarlozing van de prenten langs de rechterzijde van het blad).

Voorbeelden van outputstoornissen zijn hemiplegie en apraxie. Aanduidgedrag, wat het isoleren en uitsteken van de wijsvinger vereist, is een complexe motorische activiteit die sommige personen met afasie door de aanwezigheid van een apraxie niet meer kunnen uitvoeren (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan & Nicholas, 1989). In figuur 1 is een voorbeeld te zien van apractisch aanwijsgedrag bij een persoon met een ernstige vloeiende afasie tijdens de afname van de ScreeLing (Visch-Brink, van de Sandt-Koenderman & El Hachioui, 2010). Het is in dit geval erg moeilijk om een betrouwbare responsmodus te hebben. Sommige personen hebben daarnaast ook nog een inadequaat ja/nee gedrag.

Figuur 1. Voorbeeld van apractisch aanwijzen door een persoon met ernstige afasie.



© ScreeLing (Visch-Brink, van de Sandt-Koenderman & El Hachioui, 2010)

Voorbeelden van niet-talige cognitieve stoornissen zijn stoornissen in aandachtsfuncties, geheugenfuncties en executieve functies. Een persoon met ernstige afasie en comorbide executieve functiestoornissen kan bijvoorbeeld moeilijk switchen tussen verschillende opdrachten. Als er weinig oefen- en testitems zijn, kan het zijn dat de persoon onderpresteert tegenover de reacties die hij zou kunnen geven wanneer hij een langere leerfase heeft. We verwijzen de geïnteresseerde lezer door naar eerder verschenen

artikels in dit tijdschrift over cognitie en communicatie (Paemeleire, 2014) en over executieve functiestoornissen bij personen met afasie (Paemeleire, 2010).

Assessmentinstrumenten voor ernstige afasie

Er werden in de loop van de geschiedenis reeds enkele pogingen gedaan om assessmentinstrumenten te ontwikkelen specifiek voor Nederlandstalige personen met een ernstige afasie. Bij sommige werd er expliciet rekening gehouden met de eerder besproken problemen. We lichten de vijf belangrijkste toe.

Utrechts Communicatie Onderzoek

Het Utrecht Communicatie Onderzoek (UCO) is een observatie-instrument dat in 1985 samengesteld werd door Pijfers, de Vries en Messing-Peterson. In het UCO worden de receptie en productie van zowel verbale (gesproken en geschreven woorden en zinnen) als non-verbale uitingen (plaatjes, wijzen, grootte aangeven, gebaar maken) onderzocht. Op de website van Pragma (<http://www.pragma-projecten.nl/afasie/afasie.htm>) zijn de handleiding en het scoreformulier van het UCO voor eigen gebruik gratis te downloaden. Omdat het testmateriaal van het UCO verouderd is, wordt het instrument niet meer uitgegeven.

Robert-Van Rumst Screening

De Robert-Van Rumst screening (Robert & Van Rumst, 1993) gaat na in hoeverre de moedertaal onderscheiden kan worden van een vreemde taal. Aan de hand van sorteertaken moeten visueel en auditief aangeboden Nederlandse woorden onderscheiden worden van Chinese, Poolse en Duitse woorden. De screening gebruikt stimuli op grafeem-, woord- en zinsniveau. Op basis van de resultaten maakten de auteurs een interessant onderscheid in verschillende types globale afasie. De screening werd niet gevalideerd en genormeerd en is ook niet gepubliceerd.

Globale Afasie Neuropsychologische Batterij

De Globale Afasie Neuropsychologische Batterij (GANBA) (van Mourik, Verschaeve, Boon, Paquiers & van Harskamp, 1992) is een verzameling (aangepaste) subtests van bestaande neuropsychologische testen die bruikbaar is bij personen met ernstige afasie. Volgende cognitieve domeinen worden hierbij onderzocht: aandacht/concentratie, geheugen, intelligentie, visuele perceptie, auditieve perceptie en taalbegrip. De verbale instructies zijn minimaal en er worden voornamelijk niet-gesproken reacties gevraagd. De afname van de testbatterij duurt één tot anderhalf uur en gebeurt in principe door een psycholoog (al dan niet samen met een logopedist). De GANBA wordt niet afzonderlijk uitgegeven en is als zelfstandige test niet genormeerd

(Beijer, Gotwalt & Geurts, 2000). Er worden op het moment van dit schrijven (april 2019) nog steeds cursussen georganiseerd over neuropsychologisch onderzoek bij ernstige afasie, hierbij wordt de GANBA gebruikt. De tweedaagse cursus richt zich tot logopedisten en psychologen (meer info op www.proeducation.nl).

Scenario Test

De Scenario Test (van der Meulen et al., 2009) is een test die ontwikkeld werd om multimodale communicatie bij personen met een matige tot ernstige niet-vloeiende afasie te meten. De effectiviteit van zowel de verbale als de non-verbale communicatie wordt in een interactieve setting getest (van der Meulen, van de Sandt-Koenderman, Duivenvoorden & Ribbers, 2010).

De onderzoeker gedraagt zich hierbij niet als een klassieke 'tester' maar als een ondersteunende communicatiepartner. In deze test worden een aantal dagelijkse communicatieve situaties (zogenaamde scenario's) aangeboden (bijvoorbeeld op restaurant) en er wordt aan de persoon gevraagd te reageren zoals hij dat in het dagelijks leven ook zou doen (bijvoorbeeld "Je wilt het menu. Hoe vraag je dit?"). Om het begrijpen van de instructies te ondersteunen zijn de scenario's voorzien van duidelijke zwart/wit lijntekeningen. De scenario's hebben een opklimmende moeilijkheidsgraad die bepaald wordt door de hoeveelheid en de abstractheid van de informatie die moet worden overgebracht. Als de persoon er niet in slaagt de boodschap gesproken over te brengen, worden natuurlijke strategieën aangeboden die getrainde communicatiepartners vaak gebruiken. De communicatie-ondersteuning door de onderzoeker is strikt geprotocolleerd en bestaat uit de volgende drie stappen (van der Meulen, van de Sandt-Koenderman, Duivenvoorden & Ribbers, 2010):

- 1 Gericht vragen: de onderzoeker vraagt of de persoon zich nog op een andere manier kan uitdrukken.
- 2 Aanmoedigen tot switchen: de onderzoeker vraagt of de persoon zich kan uitdrukken door een gebaar, een tekening, een communicatiehulpmiddel (als de persoon er een heeft) of een geschreven woord.
- 3 Ja/nee vragen: de onderzoeker stelt ja/nee vragen die per item uitgeschreven zijn en kijkt of de persoon (al dan niet) adequaat kan antwoorden.

De afname van de test wordt op video opgenomen en de scoring gebeurt achteraf. Hoe minder de communicatiepartner moet ondersteunen, hoe hoger de score. De

ruwe score wordt omgezet naar een percentielscore die gebaseerd is op de behaalde scores van 122 personen met verschillende ernstgraden afasie (lichte tot ernstige afasie). Daarnaast wordt er aangeraden een kwalitatieve analyse te doen.

Volgens de auteurs kan de Scenario Test voor verschillende doeleinden gebruikt worden: diagnostiek, therapiekeuze, evalueren van therapie-effect en als basis voor het uitschrijven van een communicatie-advies (van der Meulen et al., 2009). Door middel van deze test is het mogelijk te differentiëren binnen de groep van personen met ernstige niet-vloeiende afasie waarbij ook de niet-verbale communicatie in acht genomen wordt (van der Meulen, van de Sandt-Koenderman, Duivenvoorden & Ribbers, 2010). Bij Wernicke-patiënten met spraakdwang en een slecht ziekte-inzicht is de test volgens de auteurs vaak niet afneembaar. Zij hebben moeite de opdracht te begrijpen of zich in de voorgestelde scenario's in te leven (van der Meulen et al., 2009). De Scenario Test is - zoals het woord zegt - een echte test waarbij psychometrische aspecten zoals betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit voor verandering onderzocht werden. Interessant voor personen met ernstige afasie is dat de gegevens vergeleken kunnen worden met de resultaten van de 'non-verbale subgroep', dat zijn de 43 personen met afasie uit de normeringsgroep die niet of nauwelijks konden spreken. Er werden ook kritieke verschillen berekend die toelaten na te gaan of bij een tweede afname een verschil in score ook een daadwerkelijk verschil betekent. Intussen werd er ook een Engelstalige adaptatie van de test, de Scenario Test UK (Hilari et al., 2018) ontwikkeld waardoor de test internationaal als outcome measure in onderzoek naar het effect van totale communicatietraining gebruikt kan worden. Deze test is dan ook een zeer waardevolle aanvulling op het bestaande instrumentarium. Uit een rondvraag bij de cursisten van het postgraduaat neurologische taal- en spraakstoornissen en het postgraduaat neurogene communicatiestoornissen (Arteveldehogeschool, Gent) bleek dat de Scenario Test door de meeste neurologopedisten gekend is, maar dat hij helaas in Vlaanderen maar erg weinig afgenomen wordt.

Boston Assessment of Severe Aphasia

In een eerder artikel in dit tijdschrift (Moerkerke, Paemeleire & Robert, 2017) rapporteerden we over onze klinische ervaring met de Nederlandse vertaling en aanpassing van de Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA) (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan, & Nicholas, 1989). De BASA werd 30 jaar geleden in Amerika ontwikkeld als instrument om de restvaardigheden van personen met een

ernstige of globale afasie te identificeren en te kwantificeren. De test bestaat uit 61 items die geclusterd worden in zeven items: auditief begrip, praxis, expressie (verbaal/via gebaren), leesinhoudelijk begrip, herkennen van gebaren, schrijven en visuospatiële vaardigheden. Er werden tien Vlaamse personen met globale afasie getest door vijf verschillende neurologopedisten die het instrument inhoudelijk evalueerden. Uit dit onderzoek bleek dat de afname van de BASA bij alle tien personen met globale afasie mogelijk was. Opmerkelijk was dat negen van de tien personen met afasie op basis van de resultaten op de BASA een gevarieerd, individueel patroon vertoonden met sterktes en zwaktes (bijna geen bodemscores). De vijf ervaren neurologopedisten waren het er unaniem over eens dat de BASA een meerwaarde was. Iedereen vond dat de BASA in relatief korte tijd zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie opleverde die als baseline gebruikt kan worden. Daarnaast waren ze overtuigd dat informatie werd verzameld die zinvol was in functie van het nemen van therapiebeslissingen en het opmaken van een geïndividualiseerd communicatieadvies.

Er werden echter ook een groot aantal kritische opmerkingen geformuleerd en dit op vlak van zowel materiaal, afname, scoring, haalbaarheid en volledigheid.

Op basis van onze ervaringen met de BASA werd besloten de positieve elementen van de BASA (en de andere instrumenten die werden besproken) te integreren in een nieuw assessmentinstrument dat de naam GLOBAMIX kreeg.

Dynamisch assessment met GLOBAMIX

Dynamisch assessment

We kunnen binnen assessment een indeling maken in statische en dynamische instrumenten. Bijna alle afasietesten (met uitzondering van de vijf die hierboven beschreven werden) zijn statische instrumenten waarbij de afname- en scoringsregels sterk geprotocolleerd zijn en de onderzoeker een zo neutraal mogelijke rol moet spelen. Zoals het woord zegt is het bij een statisch assessment de bedoeling om de statische prestatie van het huidige functioneren te onderzoeken (Hasson & Joffe, 2007). Een dynamisch assessment daarentegen is een interactieve benadering van assessment die zeer individueel en experimenteel van aard is. De rol van de logopedist verandert hierbij van observator naar actieve participant (Papathanasiou, Coppens & Potagas, 2013). Er worden expliciet pogingen gedaan om het effect van factoren zoals strategieën, taakaanpassingen, contextfactoren en omgevingsondersteuning op de resultaten te bepalen (Coelho, Ylvisaker, & Turkstra, 2005). We willen hierdoor het leerpotentieel van de persoon

onderzoeken en zijn maximale niveau van presteren blootleggen (Hasson & Joffe, 2007). Dynamisch assessment is met name geschikt voor complexe doelgroepen zoals personen met ernstige en meervoudige stoornissen. Assessment is een proces, niet iets dat bij het begin van een logopedische interventie kort plaatsvindt en dan afgerond wordt (Hallowell, 2017). Assessment en behandeling zijn ook geen duidelijk gescheiden delen van de logopedische interventie en het assessmentproces kan dus op ieder moment opgenomen worden. Wanneer er meerdere sessies van dynamisch assessment zijn, wordt deze fase in de klinische praktijk vaak 'onderzoekend behandelen' of 'behandelend onderzoeken' genoemd. Beperkingen van dynamisch assessment zijn dat het tijdsintensief is en dat er geen echte testgegevens verzameld worden. Veel klinici voelen zich ook meer comfortabel bij objectieve evaluaties, niettegenstaande deze metingen onaangenaam kunnen zijn voor personen met ernstige afasie (Collins, 2005). In wat volgt bespreken we GLOBAMIX als voorbeeld van dynamisch assessment.

Voorstelling van GLOBAMIX

GLOBAMIX is materiaal dat ontwikkeld werd voor het dynamisch assessment van personen met zowel vloeiende als niet-vloeiende ernstige afasie. Door het gebruik van het materiaal bij een grote groep personen met niet-aangeboren hersenletsel, weten we intussen dat veel onderdelen ook zinvol zijn bij personen met ernstige cognitieve communicatiestoornissen. Sommige algemene methodieken zijn ook inzetbaar bij personen met andere ernstgraden afasie. Het materiaal kan gebruikt worden in zowel de acute, revalidatie- als chronische fase. De logopedist bepaalt op basis van klinisch redeneren welke vraag hij op een gegeven moment wil beantwoorden en selecteert op basis hiervan de geschikte methodieken. Voorbeelden van dergelijke klinische vragen zijn: Welke restvaardigheden heeft de persoon op vlak van taalbegrip? Is deze persoon een goede kandidaat voor het gebruik van een communicatieboek? Welke manier van ja/nee-respons levert de meest betrouwbare reacties op? Beschikt deze persoon over voldoende vaardigheden om tekentherapie te starten? Wat zijn de communicatieve vaardigheden en noden van de communicatiepartners van deze persoon?

Het uiteindelijk doel van GLOBAMIX is het gericht opsporen van restvaardigheden én het exploreren van invalshoeken voor behandeling en begeleiding. GLOBAMIX kan ook gebruikt worden om evolutie in kaart te brengen. Niet alleen talige maar ook niet-talige cognitieve functies worden gescreend omdat ze een bijzonder belangrijke rol spelen in de functionele communicatie en de mogelijkheden tot

compensatie (strategieën en hulpmiddelen). Daarnaast worden een aantal ondersteunende (en beperkende) contextuele factoren in kaart gebracht. Er is een grote diversiteit aan methodieken zoals vragenlijsten voor de omgeving, stoornisgerichte taken, functionele communicatie-opdrachten en observatieschalen. In figuur 2 is aan de hand van het ICF-model een overzicht gegeven van de verschillende onderdelen van GLOBAMIX. Gezien de omvang wordt GLOBAMIX in twee delen uitgegeven. Het eerste deel verschijnt begin 2020 bij SIG vzw en bestaat uit ongeveer 500 pagina's (meer info is te vinden op www.mixreeks.be).

Om misverstanden te vermijden is het belangrijk om te weten wat GLOBAMIX niet is. Het is geen test (met de daar bijhorende psychometrische vereisten op vlak van onder andere validiteit, betrouwbaarheid en normering), maar wel een toolbox met materiaal voor een holistisch, dynamisch assessment. Het is geen vervanging van maar wel een aanvulling op het bestaande assessmentmateriaal (we verwijzen naar de richtlijn afasie voor welke assessment-instrumenten bij ernstige afasie worden aangeraden). Het is geen assessmentbatterij die in zijn geheel afgenomen moet worden maar wel een grote hoeveelheid methodieken waaruit de onderzoeker onderdelen kan selecteren die op dat moment relevant zijn. GLOBAMIX is tenslotte geen kant en klaar therapieprogramma maar wel een set assessmentinstrumenten die individuele informatie kunnen opleveren om de verdere behandeling/begeleiding van de persoon richting te geven.

Basisprincipes van GLOBAMIX

GLOBAMIX werd ontwikkeld vanuit volgende vier basisprincipes.

Een eerste basisprincipe is afkomstig uit de eed van Hippocrates: 'Primum non nocere'. Dit betekent zoveel als 'eerst en vooral niet schaden'. Personen met ernstige afasie zijn in al hun interacties heel erg beperkt en hebben ons inziens dan ook nood aan een onderzoeker die ondersteunend is en met minimale frustratie informatie verzamelt die noodzakelijk is voor het verdere therapeutische traject.

Een tweede basisprincipe komt uit de Canadese 'Supported Conversation for Adults with Aphasia'-methode (Kagan, 1998). Centraal hierbij zijn de uitgangspunten *acknowledging competence* en *revealing competence*. We gaan er van uit dat de persoon met ernstige afasie bewaarde competenties heeft en we willen deze competenties door aangepaste strategieën en hulpmiddelen naar boven halen. Helaas vinden bij deze doelgroep nog te vaak zoge-

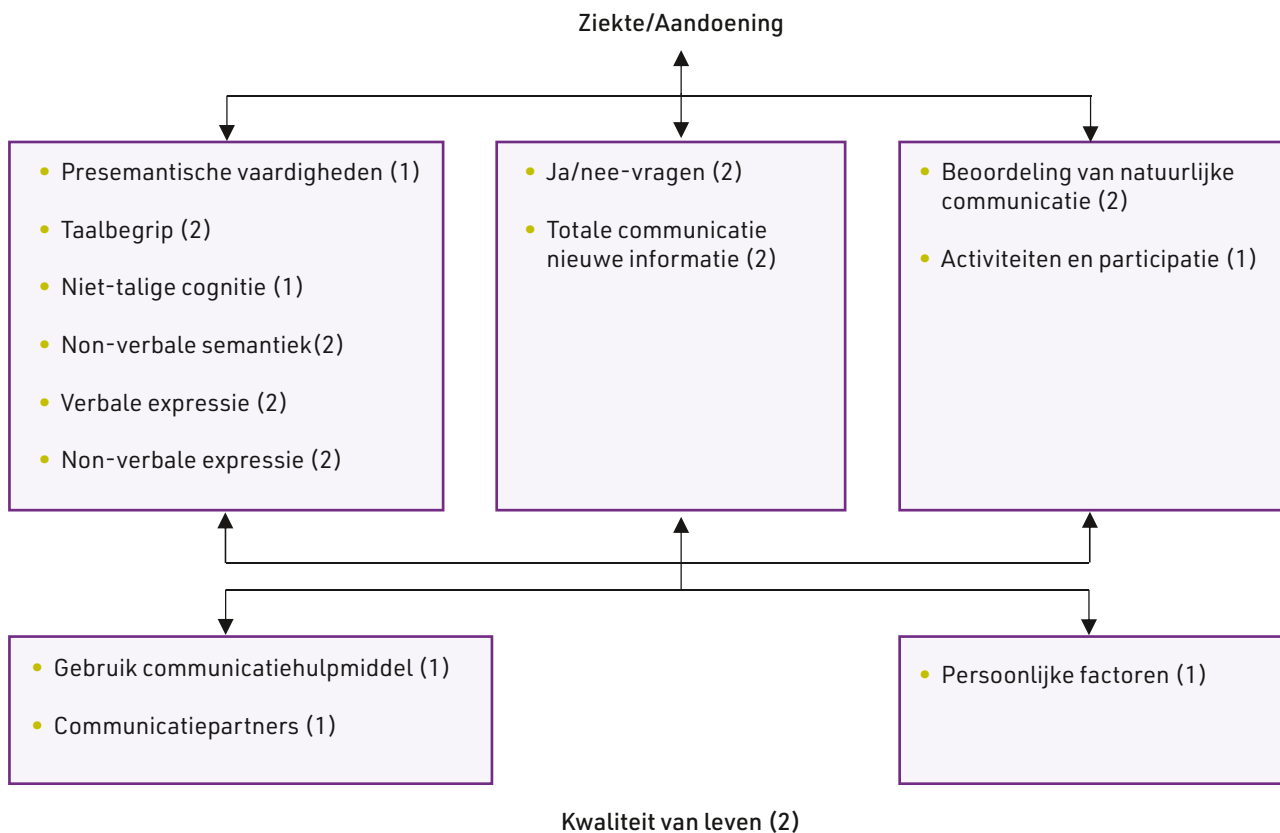
naamde request-response-evaluation interacties plaats. Deze benadrukken de asymmetrie tussen de onderzoeker en de persoon, wijzen hem op zijn fouten en plaatsen hem in de rol van de incompetente communicator (Hersch, Wood & Armstrong, 2018).

Een derde basisprincipe is een 'biopsychosociale visie' op assessment. Wij kozen hierbij voor de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF) (WHO, 2001). De vraag naar een meer holistische benadering van assessment was de drijvende kracht achter de ontwikkeling van de ICF. De ICF dekt alle belangrijke aspecten van het menselijk functioneren. De mogelijkheden en beperkingen van de personen met afasie worden in termen van functies, activiteiten en participatie beschreven en de beïnvloedende externe en persoonlijke factoren worden in kaart gebracht (Simmons-Mackie, Threats, & Kagan, 2005). Zoals in figuur 2 te zien is, zijn er in GLOBAMIX voor alle componenten van het ICF-model methodieken ontwikkeld. Binnen de componenten activiteiten en participatie worden ook twee constructen beschreven: *capacity* (vermogen) en *performance* (uitvoering) (Nederlandse vertaling van de ICF, WHO, 2002). Met het vermogen van de persoon wordt verwezen naar de mogelijkheid om een bepaalde taak of handeling uit te voeren. Met de uitvoering wordt verwezen naar wat de persoon in zijn/haar bestaande omgeving effectief doet. Beide worden geëvalueerd in GLOBAMIX.

Een vierde basisprincipe is dat GLOBAMIX enerzijds gebaseerd is op zowel wetenschappelijke evidentie (*evidence-based practice*) als op klinische ervaring (*practice-based evidence*). Wat de integratie van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek betreft, werden er meer dan 250 referenties geconsulteerd bij de opmaak van het werkboek. In de theoretische inleiding van ieder onderdeel van GLOBAMIX wordt expliciet de link gelegd met de beschikbare evidentie. We baseerden ons verder op de vier aanbevelingen uit de klinische richtlijn van de Royal College of Speech & Language Therapists (2005) met betrekking tot het assessment van personen met afasie (de aanbevelingen zijn te vinden in bijlage 1). Het werkboek is ten slotte ook conform de logopedische richtlijn 'diagnostiek en behandeling van afasie' die stelt dat bij personen waarbij reguliere testen niet afneembaar zijn, de logopedist moet "observeren en onderzoekend behandelen tijdens de functionele dagelijkse situaties en vanuit gestructureerde logopedische oefenmomenten" (Berns et al., 2015, pagina 28). Wij integreerden daarnaast kennis die gebaseerd is op onze klinische ervaring en de ervaring van een groot aantal experts uit het werkveld met de doelgroep. Ook verschillende personen met afasie en hun proxies gaven

DIAGNOSTIEK

Figuur 2. Overzicht van de verschillende onderdelen van GLOBAMIX volgens de componenten van het ICF-model (het cijfer tussen haakjes verwijst naar het deel van GLOBAMIX waarin dit onderdeel zal verschijnen; de methodieken worden besproken in bijlage 2).



Tabel 1. Aanbevelingen over hoe de principes van dynamisch assessment geïmplementeerd kunnen worden bij het assessment van personen met ernstige afasie.

1. Spreid de taken over meerdere sessies.
2. Voorzie voldoende oefenitems.
3. Voorzie voldoende moeilijkheidsniveaus.
4. Ga op zoek naar discrepanties in het functioneren.
5. Breek de taak af als er te veel frustratiegedrag optreedt.
6. Houd rekening met inputstoornissen.
7. Ondersteun het taalbegrip van de persoon bij het geven van instructies.
8. Vraag zo weinig mogelijk verbale reacties.
9. Bepaal de meest adequate ja/nee-respons.
10. Maak gebruik van gelabelde ja/nee-vragen.
11. Voorzie een aanwijzstok.
12. Gebruik manipuleerbare stimuli.
13. Geef cues bij onvolledige, foutieve of non-reacties.
14. Evalueer de effectiviteit van de gegeven cues.
15. Ga de leerbaarheid van de persoon na.
16. Maak een uitgebreide kwalitatieve analyse.

ons zeer zinvolle feedback op eerdere versies van onderdelen van het werkboek (zie onder andere Smets, 2018). Op het moment van dit schrijven wordt het materiaal in 15 verschillende logopedische settings (10 in Vlaanderen en 5 in Nederland) uitgetest. De feedback van deze gevarieerde groep neurologopedisten, werkzaam in zelfstandige praktijken, revalidatiecentra, ziekenhuizen en chronische zorg, zal ook nog geïntegreerd worden.

In figuur 2 zijn alle onderdelen van GLOBAMIX geordend volgens de componenten van het ICF-model. Ze worden in bijlage 2 allemaal kort toegelicht.

Dynamisch assessment binnen GLOBAMIX

In tabel 1 zijn voorbeelden opgenomen van hoe de principes van dynamisch assessment geïmplementeerd kunnen worden bij het assessment van personen met ernstige afasie. Daarna worden deze aanbevelingen uitgewerkt aan de hand van voorbeelden uit GLOBAMIX.

Aanbeveling 1. Uiteraard is er voor een assessment steeds een zekere mate van alertheid en medewerking noodzakelijk. Om rekening te houden met negatief beïnvloedende factoren zoals vermoeidheid en beperkte mentale belast-

DIAGNOSTIEK

baarheid, kunnen de taken (of delen ervan) over meerdere sessies gespreid worden. Delen van het assessment kunnen ook afgewisseld worden met andere opdrachten. Zo is het assessment niet te belastend en kan de persoon maximaal presteren tijdens de afname.

Aanbeveling 2. Personen met ernstige afasie hebben door hun taalbegripsproblemen moeite met het snel begrijpen van taakinstructies. Er kunnen daarenboven ook comorbide executieve functiestoornissen zijn die ervoor zorgen dat personen minder flexibel zijn en minder goed kunnen switchen tussen verschillende taken. Om de persoon duidelijk te maken wat de bedoeling is en om aan de nieuwe taak te laten wennen, zijn er bij iedere taak steeds meerdere oefenitems. Deze items mogen ook meerdere keren herhaald worden in functie van opdrachtbegrip.

Aanbeveling 3. In GLOBAMIX zijn per taak veel verschillende moeilijkheidsniveaus gemaakt. Dit zorgt er voor dat het presteren van de persoon gedetailleerd (per subniveau van een bepaald functie of vaardigheid) in beeld wordt gebracht. Hierdoor worden ook bodem- en plafondeffecten vermeden. Het laat ten slotte toe om (soms subtiele) positieve evoluties te detecteren.

Aanbeveling 4. Met de taken uit GLOBAMIX willen we op zoek gaan naar restvaardigheden en discrepanties in het functioneren. Waar mogelijk werden parallelle taken voorzien om zaken met elkaar te vergelijken zoals auditieve versus visuele input en het hanteren van prenten versus concrete voorwerpen.

Aanbeveling 5. In GLOBAMIX worden geen vaste afbreekregels gebruikt. Het is belangrijk om ad hoc te bepalen wanneer de afname te frustrerend en/of niet langer informatief is. De onderzoeker breekt in dit geval af. De taak kan eventueel later opnieuw aangeboden worden.

Aanbeveling 6. Personen met ernstige afasie hebben vaak stoornissen in het verwerken van stimuli. In GLOBAMIX worden de visuele stimuli zoveel mogelijk verticaal en links gecentreerd aangeboden. Dit helpt personen met rechter hemianopsie en/of neglect (Garrett & Lasker, 2007). Alle stimuli per oefening staan op één pagina.

Aanbeveling 7. De onderzoeker neemt tijdens GLOBAMIX de rol op van een ondersteunende communicatiepartner. Bij het geven van de instructies betekent dit dat hij de gesproken instructies mag ondersteunen met zowel verbale als non-verbale strategieën. Voorbeelden van verbale ondersteuning zijn simultaan geven van geschreven instructies, benadrukken van trefwoorden, herhalen en herformuleren van de instructies. Voorbeelden van non-verbale ondersteuning zijn strategieën zoals het doelgedrag voortonen, de persoon motorisch begeleiden (bijvoorbeeld de persoon zijn hand vastnemen en een prent laten aanduiden) en het gebruik van gebaren, expressieve mimiek en prenten/tekeningen. De instructies mogen tijdens de uitvoering van de taak op al dan niet (non-verbaal) verzoek van de persoon ook herhaald worden. Dit heeft nooit invloed op de scores. Op deze manier proberen we bij iedere taak zoveel mogelijk specifiek te testen wat we willen weten. Mochten we dit niet doen dan zouden we bij

Figuur 3. Lexicale decisie aan de hand van een sorteertaak uit het onderdeel visuele presemantische vaardigheden (Nederlandse versus Chinese woorden) van GLOBAMIX.



alle taken ook het auditief taalbegrip van de persoon mee testen, wat een onderschatting zou geven van de werkelijke mogelijkheden van de persoon.

Aanbeveling 8. In GLOBAMIX worden er zo weinig mogelijk verbale reacties van de persoon gevraagd (behalve uiteraard bij de onderdelen 'gesproken en geschreven verbale expressie'). We vragen zoveel mogelijk non-verbale reacties zoals het sorteren, associëren en aanwijzen van stimuli. Ook door middel van gelaatsexpressie bijvoorbeeld kunnen we afleiden of een persoon met afasie een bepaald item begrepen of herkend heeft (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan & Nicholas, 1989). In figuur 3 is een lexicale decisietaak te zien waarbij gebruik wordt gemaakt van sorteren. Om de presemantische restvaardigheden in kaart te brengen vroegen we de persoon om de aangeboden visuele stimuli te sorteren in twee groepen: de Nederlandse woorden bij 'ja/duim omhoog/groen' (correct) en de niet-Nederlandse woorden bij 'nee/duim omlaag/rood' (foutief). Dit bleek voor deze persoon met een zeer ernstige afasie, die op een klassieke taalbegripstest een nulscore had, een zeer eenvoudige taak waardoor deze restvaardigheid werd blootgelegd.

Aanbeveling 9. In ons eerder onderzoek (Moerkerke, Paeleleire & Robert, 2017) werd duidelijk dat er bij verschillende personen met globale afasie een discrepantie was tussen het non-verbaal en verbaal ja/nee-gedrag, waarbij de non-verbale reacties vaak adequater waren. Het is dan ook belangrijk om te bepalen wat de meest adequate ja/nee-respons van de persoon is. Wanneer er problemen zijn met aanwijsgedrag kan het de moeite waard zijn om na te gaan of de persoon ja/nee duidelijk kan maken door blokjes (waar ja en nee op staat) vast te nemen (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan & Nicholas, 1989). Grijpen is namelijk motorisch veel minder complex dan aanwijzen. Dit kan zeker bij personen met ledematenapraxie een hulpmiddel zijn. Het gebruik van de blokjes laat ook toe om een eenduidige respons vast te leggen.

Aanbeveling 10. Wanneer personen moeite hebben om zelf een item te selecteren, kan gebruik gemaakt worden van zogenaamde gelabelde ja/nee-vragen (Garrett & Lasker, 2013). Bij deze techniek voegt de communicatiepartner na iedere vraag een ja/nee-label toe. Een voorbeeld: "Is dit ...?" [onderzoeker wijst een prent aan]: "Ja?" [onderzoeker knikt] of "Nee?" [onderzoeker schudt]. Een ander voorbeeld: "Drink je graag koffie?" [onderzoeker maakt gebaar van koffie drinken]: "Ja?" [onderzoeker knikt]? of "Nee?" [onderzoeker schudt].

Aanbeveling 11. Ook een aanwijsstok kan personen met ledematenapraxie die problemen hebben met het aanwijzen van tekeningen of woorden helpen (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan & Nicholas, 1989).

Aanbeveling 12. Veel personen met ernstige afasie worden geholpen wanneer er manipuleerbaar materiaal zoals kaartjes en concrete voorwerpen wordt aangeboden. In figuur 4 is hiervan een voorbeeld te zien. In plaats van de persoon gelijke grafemen te laten omcirkelen (de instructie zoals ze bijvoorbeeld in de PALPA zit), moet de persoon hier de gelijke grafemen matchen. Al het testmateriaal in GLOBAMIX wordt ook digitaal aangeleverd zodanig dat de onderzoeker materiaal kan printen en uitknippen waardoor het manipuleerbaar wordt.

Figuur 4. Voorbeeld van manipuleerbaar testmateriaal uit GLOBAMIX (grafemen matchen).



Aanbeveling 13. Een van de belangrijkste zaken in GLOBAMIX is de mogelijkheid tot het geven van cues. Als personen onvolledige, foutieve of non-reacties geven is het de bedoeling dat de onderzoeker de persoon helpt door het geven van gerichte cues. Dit is een vorm van indirecte, positieve feedback over de prestatie. Er wordt geen directe, negatieve feedback gegeven waarbij de persoon op de fout wordt gewezen. In de handleiding staan bij iedere taak een aantal cues beschreven. De onderzoeker kiest op basis van de reactie van de persoon een aangepaste cue en kijkt of dit de respons verbetert. Er kunnen verschillende cues aangeboden worden. Op de scoreformulieren kan genoteerd worden welke cues bij welk testitem gegeven werden. De volgorde van de cues is niet geprotocolleerd. Per onderdeel is omschreven wat er precies verstaan wordt onder een 'correcte reactie'. Een correcte respons zonder cueing levert per item een score '1' op. In alle andere gevallen wordt de score '0' toegekend en wordt de cueing gestart.

Door alle goedscores op te tellen, krijgen we zicht op de prestaties die de persoon onafhankelijk kan leveren (statisch assessment). Als het geven van de cue(s) uiteindelijk resulteert in een correcte reactie, krijgt de persoon voor dit item naast de 0-score een code C+ (= correct na cueing). Wanneer cueing niet leidt tot een correcte respons, is er een 0-score met de code C- (= geen correcte reactie, ondanks cueing).

Aanbeveling 14. De effectiviteit van cueing bij een bepaalde taak wordt bepaald door alle C+ codes op te tellen en te delen door het totaal aantal testitems waarbij een cue nodig was (dit zijn dus de items waarbij de persoon geen spontane, juiste reactie kon geven). Dit percentage geeft ons een beeld van de mate waarin de persoon gevoelig is voor cueing bij dat onderdeel (dynamisch assessment). Is dit percentage hoog, dan is dit vermoedelijk een functie of vaardigheid waar therapeutische mogelijkheden zijn.

Aanbeveling 15. Bij traditioneel, statisch assessment is leereffect een probleem dat de test-hertestbetrouwbaarheid in het gedrag brengt. Bij een dynamisch assessment is dit net een interessant gegeven. Het achterliggende idee is dat assessment leren uitlokt wanneer de persoon de rol van actieve partner opneemt (Hersch, Wood & Armstrong, 2018). Taken mogen dus meerdere keren herhaald worden waarna de resultaten vergeleken worden. Dit geeft ons een beeld van de variabiliteit van het gedrag en van de leerbaarheid van de persoon. Er zijn daarom veel (vergelijkbare) testitems per onderdeel van een taak voorzien. Bij niet-correcte reacties wordt steeds indirecte feedback gegeven aan de hand van cueing. Hierdoor proberen we ook de leerbaarheid van de persoon binnen een taak te evalueren. We kijken met andere woorden of de persoon leert uit de feedback.

Aanbeveling 16. Een heel belangrijk onderdeel van het assessment is de uitgebreide kwalitatieve analyse die achteraf op basis van de observaties gebeurt. Sommige personen met afasie ondersteunen bijvoorbeeld spontaan hun communicatie, het is belangrijk dat logopedisten deze gedragingen opmerken omdat ze mogelijk ook in de therapie kunnen gebruikt worden (Papathanasiou, Coppens & Potagas, 2013). In GLOBAMIX worden per taak een groot aantal suggesties gegeven van mogelijke talige en niet-talige restfuncties en communicatieve restvaardigheden die geobserveerd kunnen worden.

Conclusie

Het assessment van personen met ernstige afasie zal steeds een grote uitdaging vormen waarop geen eenvoudig en allesomvattend antwoord bestaat. Wij weten uit ervaring dat een uitgebreid dynamisch assessment volgens de beschreven principes een belangrijke stap kan betekenen om de restmogelijkheden van de getroffen persoon naar boven te halen en de leerbaarheid te evalueren. Deze informatie is heel belangrijk voor de behandeling en begeleiding van de persoon en zijn omgeving. Wij volgen dan ook de uitspraak van Collins (2005, p. 188) die stelt: "deficits are diagnostic and positive performance is prognostic". Met GLOBAMIX hopen wij het werkveld naast theoretische inzichten binnenkort ook veel praktisch materiaal voor deze uitdagende doelgroep aan te bieden.

Dankwoord

Dank aan Laura Fierens (student master Taal- en Spraakpathologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen) voor de boeiende overlegmomenten en de feedback op dit manuscript.

Referenties

- Beijer, L. J., Gotwalt, A. M. F., & Geurts, A. C. H. (2000). GANBA: geschikt voor cognitieve diagnostiek bij afasiepatiënten in de neurorevalidatie? *Stem-, Spraak- & Taalpathologie*, 9(2), 110-121.
- Berns, P. E. G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M. G., van Wessel, S., van Dun, W., van Lonkhuijzen, J. G., & CBO. (2015). *Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Coelho, C., Ylvisaker, M., & Turkstra, L.S. (2005). Nonstandardized assessment approaches for individuals with traumatic brain injuries. *Seminars in speech and language*. 26, 223-241.
- Collins, M. (2005). Global Aphasia. In L. L. LaPointe (Ed.) *Aphasia and related neurogenic language disorders*, (pp. 186-198). New York: Thieme.
- Garrett, K. L. & Lasker, J. P. (2007). AAC and severe Aphasia: enhancing communication across the continuum of recovery. *ASHA Special Interest Group Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, october 2007, 6-15.
- Garrett, K. L., & Lasker, J. P. (2013). Adults with severe aphasia and apraxia of speech in D. R. Beukelman & P. Mirinda (Eds.), *Augmentative & Alternative communication supporting children & adults with complex communication needs* (fourth edition), (p. 405-445.). Baltimore: Paul Brookes Publishing.

- Hallowell, B. (2017). *Aphasia and Other Acquired Neurogenic language Disorders. A Guide for Clinical Excellence*. San Diego: Plural Publishing.
- Hasson, N., & Joffe, V. (2007). The case for dynamic assessment in speech and language therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, 23(1), 9-25.
- Helm-Estabrooks, N. (2002). Cognition and aphasia: a discussion and a study. *Journal of Communication Disorders*, 35(2), 171-186.
- Helm-Estabrooks, N., & Nicholas, M. (2013). The process approach to assessment and treatment of aphasia. In L. Ashendorf, R. Swensons, & D. J. Libon (Eds.), *The Boston process approach to neuropsychological assessment – a practitioner's guide*, (pp. 170-199). USA: Oxford Clinical Press.
- Helm-Estabrooks, N., Bayles, K., Ramage, A., & Bryant, S. (1995). The relationship between cognitive performance and aphasia severity, age and education: Females versus males. *Brain and Language*, 51(1), 139-141.
- Helm-Estabrooks, N., Ramsberger, G., Morgan, A., & Nicholas, M. (1989). *The Boston Assessment of severe Aphasia*. San Antonio, TX: Special Press Inc.
- Hersh, D., Wood, P., & Armstrong, E. (2018). Informal aphasia assessment, interaction and the development of the therapeutic relationship in the early period after stroke. *Aphasiology*, 32(8), 876-901.
- Hilari, K., Galante, L. Huck, A., Pritchard, M., Allen, L., & Dipper, L. (2018). Cultural adaptation and psychometric testing of the Scenario Test UK for people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53(4), 748-760.
- Hinckley, J., & Nash, C. (2007). Cognitive assessment and aphasia severity. *Brain and Language*, 103, 248-249.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Moerkerke, L., Paemeleire, F., & Robert, E. (2017). Boston assessment of severe aphasia (BASA): een meerwaarde bij het onderzoek van personen met globale afasie? *Logopedie*, 30(3), 19-31.
- Nakase-Thompson, R., Manning, E., Sherer, M., Yablon, S. A., Gontskovsky, S. L. T., & Vickery, C. (2005). Brief assessment of severe language impairments: initial validation of the Mississippi aphasia screening test. *Brain Injury*, 19(9), 685-691.
- Paemeleire, F. (2010). Personen met afasie én executieve functiestoornissen: implicaties voor diagnostiek en behandeling. *Logopedie*, 23(3), 23-34.
- Paemeleire, F. (2014). De screeningtest voor cognitie en communicatie (STCC): een nieuw instrument voor volwassenen met NAH. *Logopedie*, 27(2), 51-65.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., & Ansaldo, C. (2013). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Patterson, J. & Chapey, R. (2008). Assessment of language disorders in adults. In R. Chapey (ed.). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders (fifth edition)*, (pp. 64-160). Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia.
- Peach, R. K. (2008). Chapter 21: Global aphasia: identification and management. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders (fifth edition)*, (pp. 565-594). Philadelphia: Wolters Kluwer - Lippincott.
- Pijfers, L., de Vries, L.A., & Messing-Peterson, H. (1985). *Utrechts Communicatie Onderzoek (UCO)*. Uitgever Pragma.
- Plowman, E. K., Hents, B., & Ellis, C. (2011). Post-stroke aphasia prognosis: a review of patient-related and stroke-related factors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 689-694.
- Robert, E., & Van Rumst, M. (1993). Het China-Himbeere Syndroom, een werkstuk over differentiaaldiagnostiek binnen de globale afasie ["Niet-gepubliceerd eindwerk", geschreven voor de tweede fase opleiding NTSS 'afasietherapeut']. COWAG, Hogeschool Rotterdam en omstreken.
- Royal College of Speech & Language Therapists (RCSLT) (2005). *RCSLT Clinical Guidelines*. London: RCSLT.
- Sarno, M. T., & Levita, E. (1981). Some observations on the nature of recovery in global aphasia after stroke. *Brain and language*, 13(1), 1-12.

- Simmons-Mackie, N., Threats, T., & Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: a survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1-27.
- Smets, L. (2018). Kwalitatief onderzoek naar de mogelijkheden tot activiteiten en participatie bij personen met een ernstige niet-vloeiende afasie met hemiplegie in de thuissituatie [Bachelorproef]. Gent: Arteveldehogeschool.
- Steele, R. D. (2009). Two improvement profiles in SGD users with chronic global aphasia. An outcome study analyzing WAB and CETI data. ASHA Annual Convention November 19-21, 2009. New Orleans, Louisiana.
- Threats, T. (2009). Severe aphasia: possible contributions of using the ICF in assessment. *Perspectives on neurophysiology and Neurogenic speech and language disorders*, 19(1), 7-14.
- Van der Meulen, I., van de Sandt-Koenderman, M., Duivenvoorden, H.J., & Ribbers, G.M. (2010). Measuring verbal and non-verbal communication in aphasia: reliability, validity, and sensitivity to change of the Scenario Test. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(4), 424-435.
- Van der Meulen, I., van de Sandt-Koenderman, M., van Gelder-Houthuizen, J., Wiegers, J., & Wielaert, S. (2009). Scenario Test Verbale en non-verbale communicatie bij afasie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Harskamp, F., Visch-Brink, E. G., & van Amerongen, N. (1995). Globale afasie. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, 4(2), 73-102.
- Van Mourik, M., Verschaeve, M., Boon, P., Paquiers, P., & van Harskamp, F. (1992). Cognition in global aphasia: indicators for therapy. *Aphasiology*, 6(5), 491-499.
- Visch-Brink, E., van de Sandt-Koenderman, M., & El Hachoui, H. (2010). *Screeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wapner, W., & Gardner, H. (1979). A note on patterns of comprehension and recovery in global aphasia. *Journal of speech and hearing research*, 22(4), 765-772.
- World Health Organization (WHO). (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization FIC Collaborating Centre in the Netherlands (2002). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health: compilatie*. Bilthoven: RIVM.

Correspondentieadres

Frank Paemeleire
AZ Maria Middelaes
Buitenring Sint-Denijs 30
9000 Gent
frank.paemeleire@azmmsj.be

BIJLAGE 1. CLINICAL GUIDELINES ASSESSMENT APHASIA

In wat volgt geven we de aanbevelingen met betrekking tot assessment van personen met afasie uit de klinische richtlijn van de The Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT, pag. 99 en 100) uit 2005. Ze werden allemaal toegepast bij het ontwikkelen van GLOBAMIX. De richtlijn kan gratis gedownload worden via <http://evidence-basedlogopedie.weebly.com>

- Recommendation 1. An assessment of the individual's communication strengths and weakness should be carried out (evidence level IV)
- Recommendation 2. Assessment should have a clear and immediate therapeutic reason for being undertaken and may occur at any stage of the intervention. The assessment process may incorporate a range of approaches, including interview, conversation, observation and

selective use of formal and informal assessment tools. (professional consensus)

- Recommendation 3. Types of assessment employed should include those focusing on (evidence level II & III) :
 - > The nature and extent of the speech and language impairment and level of preserved abilities
 - > Functional and pragmatic aspects of communication, including compensatory strategies
 - > Psychosocial well-being

Recommendation 4. The process of assessment should encompass the perception of the individual and relevant others with regard to the impact of the communication disability on their lives. This may include assessing the skills of the communication partner(s). (Evidence level III & IV)

BIJLAGE 2. OVERZICHT METHODIEKEN GLOBAMIX

In wat volgt lichten we alle methodieken uit GLOBAMIX kort toe. In figuur 2 is te zien onder welke component van het ICF-model de methodiek voornamelijk valt.

Presemantische vaardigheden: we evalueren aan de hand van onder andere lexicale decisietaken de perceptuele en talige processen die voorafgaan aan de semantische verwerking bij het verwerken van auditieve en visuele informatie. Een voorbeeld is te zien in figuur 3.

Taalbegrip: we gaan aan de hand van lichaamsgerelateerde opdrachten en semantische categorisatietaken na wat de restmogelijkheden zijn op vlak van zowel auditief als leesinhoudelijk taalbegrip.

Niet-talige cognitie: aan de hand van heel diverse taken evalueren we de aandacht- en geheugenfuncties, het executief functioneren, de visuospatiële functies en screenen we op buccofaciale en ledematenapraxie.

Non-verbale semantiek: we evalueren de non-verbale semantische verwerking aan de hand van categorisatietaken, odd one out taken en matchingtaken met visuele en auditieve stimuli.

Verbale expressie: de restmogelijkheden op vlak van gesproken en geschreven taal worden geëxploreerd aan de hand van een groot aantal verschillende taken met eenvoudig, functioneel testmateriaal.

Non-verbale expressie: in dit deel worden aan de hand van allerhande opdrachten de mogelijkheden van de persoon op vlak van communicatief tekenen en maken en begrijpen van gebaren op functieniveau onderzocht.

Ja/nee-vragen: we onderzoeken door middel van onder andere persoonsgebonden vragen ("Ben jij een man?") en reageren op voorwerpen/foto's ("Is dit een ...?") de meest adequate manier om ja/nee duidelijk te maken.

Totale communicatie van nieuwe informatie: de persoon moet aan de hand van totale communicatie (spreken, schrijven, tekenen en gebaren) de ideeën die op een foto zijn afgebeeld communiceren naar een communicatiepartner die deze foto niet kan zien.

Beoordeling van natuurlijke communicatie: er worden vragenlijsten gegeven voor de behandelaar, proxies en professionele zorgverleners met als doel de communicatieve

mogelijkheden (en beperkingen) van de persoon tijdens dagelijkse interacties in kaart te brengen.

Activiteiten en participatie: aan de hand van een uitgebreide vragenlijst voor proxies proberen we zicht te krijgen op de dagbestedingen en de huidige activiteiten en participatie (én de hulp/ondersteuning die hierbij nodig is) van de persoon.

Gebruik communicatiehulpmiddel: de persoon moet aan de hand van een communicatiebord en vervolgens een communicatieboek steeds complexere boodschappen overbrengen (één- symboolboodschappen, twee-symboolboodschappen, vragen beantwoorden en voorkeuren meedelen).

Communicatiepartners: we focussen ons op de communicatiepartners onder andere aan de hand van een sociale netwerkanalyse, een vragenlijst naar hun noden en een zelfevaluatievragenlijst over hun communicatieve vaardigheden.

Persoonlijke factoren: aan de hand van een uitgebreide vragenlijst die door proxies wordt ingevuld krijgen we zicht op belangrijke persoonlijke factoren (voorgeschiedenis, premorbide functioneren, interesses, ...).

Kwaliteit van leven: in dit deel bespreken we kritisch een aantal gratis beschikbare instrumenten om kwaliteit van leven bij deze doelgroep in kaart te brengen.