

# De aanwijskaart in de acute fase: een kleine moeite met grote meerwaarde

Onderzoek naar de meerwaarde van een aanwijskaart als ondersteunend communicatiemiddel in acute klinische zorg

## AUTEURS



### MAAIKE THISSEN

Taal- en spraakpatholoog en logopedist,  
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis



### MARJOLEIN LOOMAN-BRUIJSTENS

Klinisch epidemioloog, taal- en spraakpatholoog en  
logopedist, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Volwassen patiënten kunnen in een ziekenhuis communicatieproblemen ervaren. In Nederland hebben circa 760.000 personen niet-aangeboren hersenletsel en meer dan 1,4 miljoen personen chronische hersenaandoeningen met een geleidelijk beloop (RIVM, 2022). Voorbeelden van neurologische problematiek zijn een hersenbloeding of -infarct, een ruimte innemend proces (RIP), traumatisch hersenletsel, epilepsie, delier of meningitis. Bij deze aandoeningen kunnen communicatieproblemen optreden, zoals mutisme, het spreken in enkele woorden of taalbegripsproblematiek. (Dharmaperwira-Prins & Maas, 2006; Federatie Medisch Specialisten, 2024; Papathanasiou et al., 2013). Soms zijn deze communicatieproblemen na enkele dagen weer hersteld (Hillis & Heidler, 2002). Uit ervaring blijkt dat het actief oefenen van communicatievaardigheden bij ernstig aangedane patiënten soms niet mogelijk is, omdat deze patiënten vermoeid of laag belastbaar zijn en cognitieve problemen vertonen (NHG-werkgroep, 2022).

Studies tonen aan dat patiënten met ernstige communicatiestoornissen restvaardigheden kunnen bezitten die van pas komen bij de inzet van ondersteunende communicatie (OC) (Lowis et al., 2017). Zelfs sommige personen met een zeer ern-

stige afasie met een zwak auditief taalbegrip kunnen afbeeldingen aanwijzen op een pagina met vijf andere afbeeldingen na een auditief aangeboden opdracht (Paemeleire et al., 2021). Daarom wordt geadviseerd om bij deze patiëntgroep

zo snel mogelijk na het ontstaan van het communicatieprobleem OC te introduceren, vooral om patiënten te laten wennen aan het gebruik van OC ter voorbereiding op de revalidatie- en chronische fase. (Dietz et al., 2020; Paemeleire et al., 2021). Daarnaast is bekend dat OC in de klinische setting de communicatie kan vergemakkelijken en het zelfvertrouwen van de patiënt kan vergroten (Dietz et al., 2020; Hosseini et al., 2018).

Het is complex om een geschikte vorm van OC aan deze patiëntengroep in het ziekenhuis te bieden. In de literatuur wordt geadviseerd om de communicatiebehoefte van de patiënt te inventariseren en de OC te personaliseren, zodat deze goed aansluit bij de communicatieproblemen van de patiënt (Fried-Oken et al., 2015; Paemeleire et al., 2021). Daarnaast wordt aangeraden om naast te coachen in het gebruik van OC (Berns et al., 2015; King & Simmons-

Mackie, 2017; Paemeleire et al., 2021). Het personaliseren van OC en het coachen van naasten is tijdrovend en gezien het veranderlijke beloop van de communicatieproblemen bestaat de kans dat gepersonaliseerde OC de volgende dag niet goed meer aansluit op de behoefte van de patiënt. Hierdoor lijkt het personaliseren van OC en het coachen van naasten in de klinische setting geen efficiënt proces. Ook wordt verondersteld dat toereikende executieve functies, zoals aandacht, werkgeheugen en inhibitie, noodzakelijk zijn voor optimaal gebruik van OC (Nicholas & Connor, 2017). Echter zijn de meeste patiënten met communicatieproblemen in de klinische setting laag belastbaar en hebben zij mogelijk cognitieve problemen. Literatuur toont aan dat het gebruik van OC van meerwaarde is in de revalidatie- en chronische fase (Dietz et al., 2020; Fried-Oken et al., 2015; King & Simmons-Mackie, 2017; Paemeleire et al., 2021). Het is nog onduidelijk in hoeverre de inzet van OC ook een meerwaarde is in de klinische setting in de acute fase bij patiënten met ernstige communicatieproblemen, waarbij rekening gehouden moet worden met het veranderlijke beloop en de cognitieve mogelijkheden van de patiënt.

Zorgprofessionals van de afdeling Neurologie van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) herkennen de noodzaak om OC in te zetten bij hun patiënten. Uit een inventarisatie op deze afdeling bij verpleegkundigen, artsen, roomservicemedewerkers en (para)medici blijkt dat zij meestal één tot negen patiënten per week treffen die zich mondeling onvoldoende kunnen uiten. OC zoals pen en papier, whiteboard, aanwijs- of letterkaart wordt regelmatig ingezet, maar blijkt in de praktijk vaak ontoereikend. Deze zorgprofessionals stellen voor om sneller in de acute fase aanwijskaarten in te zetten. Verpleegkundigen vinden het belangrijk dat OC laagdrempelig beschikbaar is. Het is wenselijk om de toepassing van OC op de afdeling Neurologie te verbeteren. Echter bestaat gestan-

daardiseerde OC voor klinische patiënten met ernstige communicatieproblemen in Nederland nog niet.

Derhalve heeft de afdeling Logopedie van het CWZ twee aanwijskaarten ontwikkeld voor patiënten met ernstige communicatieproblemen. Dit onderzoek richt zich op de onderzoeksvraag: in hoeverre is een basis aanwijskaart als ondersteunende communicatie van meerwaarde voor patiënten met ernstige communicatieproblemen en hun omgeving in de klinische setting?

## Methode

### Onderzoeksdesign

Dit exploratieve retrospectieve onderzoek is uitgevoerd tussen 12-1-2024 en 30-4-

2024 op de neurologie afdeling van het CWZ. Het onderzoek is niet-WMO plichtig, omdat het gaat om een retrospectieve studie en aanwijskaarten een standaard interventie van de logopedie zijn.

### Dataverzameling

Data zijn verzameld met behulp van een zelf ontworpen digitaal beoordelingsformulier. Het beoordelingsformulier werd ingevuld door logopedisten van het CWZ. De logopedist vulde het beoordelingsformulier in als zij een aanwijskaart had ingezet. Patiëntkenmerken zijn uit HiX 6.3 verzameld en daarna geanonimiseerd.

### Participanten

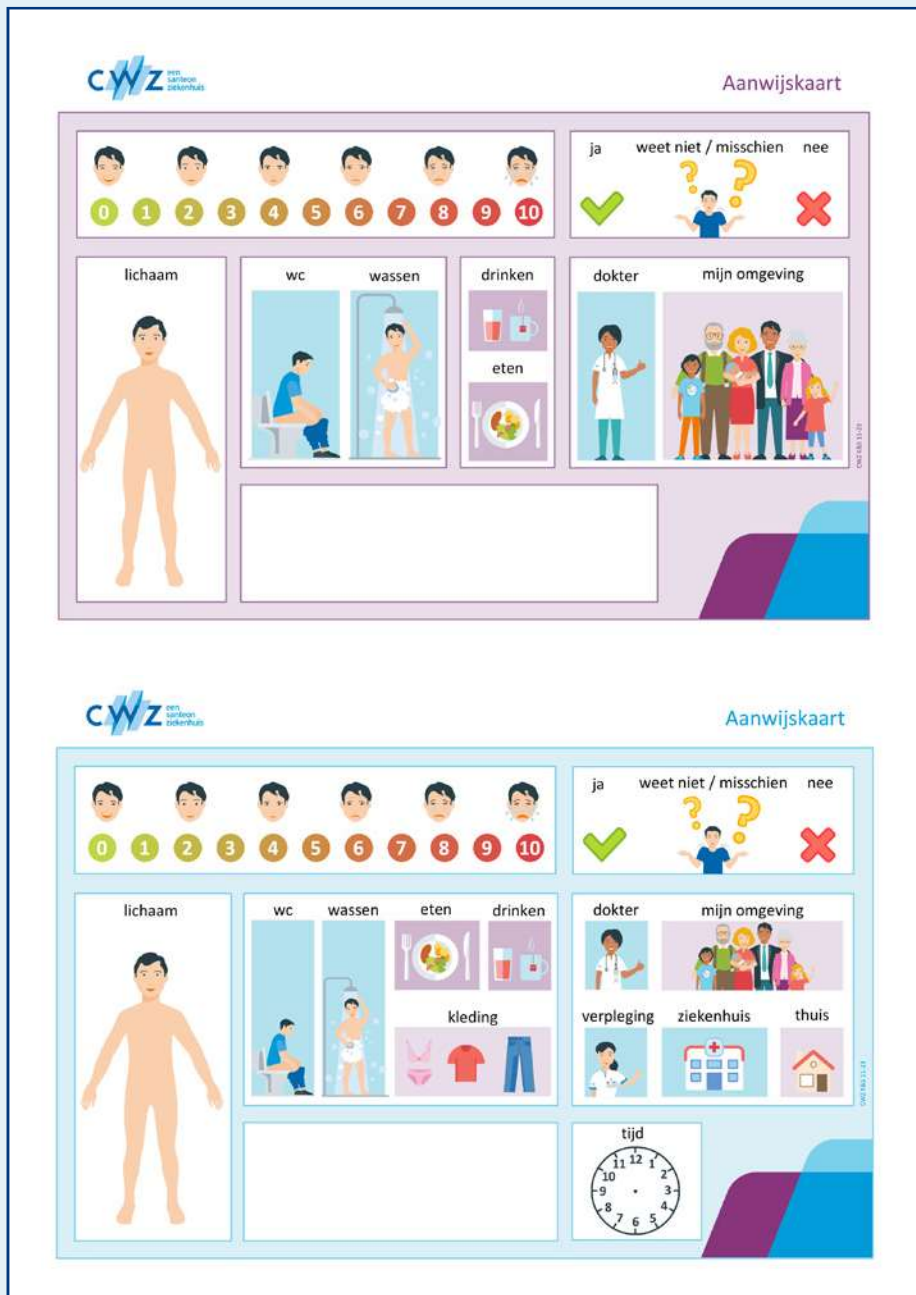
Alle opgenomen patiënten met ernstige communicatieproblemen die door de

## IN HET KORT

Klinische patiënten in de acute fase kunnen te maken krijgen met ernstige communicatiestoornissen, zoals afasie, spraakapraxie, dysartrie, cognitieve communicatieproblemen en afonie. Iedere patiënt heeft het recht op ondersteuning als de communicatie niet optimaal verloopt. Ondersteunende communicatie (OC) kan hierbij een waardevol hulpmiddel zijn. Of de inzet van OC van meerwaarde is in de acute fase, waarin rekening gehouden moet worden met het veranderlijke beloop en de cognitieve mogelijkheden van de patiënt, is echter nog onvoldoende onderzocht. Dit onderzoek beschrijft in hoeverre de inzet van een aanwijskaart bij klinische patiënten met ernstige communicatieproblemen in de acute fase van meerwaarde is.

Met exploratief onderzoek zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve data verzameld. Twee verschillende aanwijskaarten zijn ingezet bij patiënten met ernstige communicatieproblemen, waarna de communicatiesituatie voor en na de inzet van de aanwijskaart is vastgelegd door logopedisten.

Dit onderzoek bevestigt dat een basis aanwijskaart als OC van meerwaarde is voor patiënten met ernstige communicatieproblemen in de klinische setting in de acute fase. De aanwijskaart is ook van meerwaarde zonder dat deze is gepersonaliseerd en zonder dat de patiënt getraind werd in het gebruik ervan.



**KADER 1. Aanwij斯卡arten.**

logopedist waren gezien en in aanmerking kwamen voor een aanwij斯卡art werden geïncludeerd, ongeacht hun medische diagnose. Ernstige slechtziendheid was een exclusiecriteria.

**Interventie**

Er is gebruik gemaakt van twee aanwij斯卡arten: (I) basis aanwij斯卡art eenvoudig

(paars) en (II) basis aanwij斯卡art uitgebreid (blauw), beiden in A3-formaat en geplastificeerd (Kader 1). Aanwij斯卡art II bevat naast de basisitems ook extra doeli- tems en is daarmee uitgebreider (Kader 1). De kaarten zijn gebaseerd op zowel ervaring van logopedisten als literatuur (King & Simmons-Mackie, 2017; Knollman-Porter et al., 2015; Lewis et al., 2017; Paemeleire

& Moerkerke, 2019; Paemeleire et al., 2021; Rose et al., 2012; Velde & Wilms, 2013). Het ontwerp is bewust eenvoudig gehouden, met toepassing van afasievriendelijke principes zoals lettertype en -grootte, contrasten, categorisering en doeli- tems op participatieniveau (Knollman-Porter et al., 2015; Lewis et al., 2017; Rose et al., 2012; Velde & Wilms, 2013). Een open vak biedt mogelijkheid tot personalisatie van de kaart.

Zowel de patiënt als de omgeving werden niet getraind in het gebruik van de aanwij斯卡art. De logopedist was vrij in haar behandeling om kort de doeli- tems op de kaart te bespreken om de aandacht van de patiënt te trekken. Op basis van klinische observatie koos zij de meest geschikte aanwij斯卡art.

**Analyse**

Voor de patiëntkenmerken zijn centrum- maten en spreidingsmaten berekend. De logopedist beoordeelde de meerwaarde van de aanwij斯卡art met behulp van een digitaal beoordelingsformulier. Daarnaast werd de logopedische diagnose beschre- ven aan de hand van beoordelings- en observatieschalen, afhankelijk van de aard van de communicatieproblemen. Vier schalen zijn gebruikt:

- A. SAN-communicatieschaal (Deelman et al., 1981)
- B. Ernstschaal dysartrie functieniveau (Knuijt et al., 2014; Radboudumc, 2006)
- C. Cognitieve communicatiescreening (Prutting & Kirchner, 1987). Deze schaal geeft het aantal kenmerken van cog- nitieve communicatieproblematiek weer.
- D. Ernstschaal communicatie, geba- seerd op de Ernstschaal dysartrie acti- viteitenniveau (Knuijt et al., 2014; Radboudumc, 2006).

Hoewel schaal D oorspronkelijk bedoeld is voor dysartrie, is ze in dit onderzoek toege- past op alle communicatieproblemen om resultaten te kunnen vergelijken. Tot slot noteerde de logopedist in een open veld of

<b>Basisgegevens</b>							
(P) Patiënt	Leeftijd	Medische diagnose*	Voorgeschiedenis	(A) SAN	Schalen (B) Dysartrie	(C) CCS	Anders/ aanvulling***
1	55	Delier	Verst. beperking**	2	1	0	Mogelijk TOS****
2	60	CVA	-	7	5	0	Spraakapraxie
3	75	RIP	-	3	5	9	-
4	56	Meningitis	Drugs	7	5	9	-
5	81	CVA	-	2	0	4	Spraakapraxie
6	66	CVA	-	2	0	9	-
7	77	CVA	-	2	0	4	-
8	54	Epilepsie	Multi neuro	3	5	0	Spraakapraxie
9	90	CVA	Multi neuro	1	4	9	-
10	66	CVA	Multi neuro	2	5	8	-
11	63	RIP	-	3	5	0	Gebruikt letterkaart
12	76	CVA	iCVA rechts	1	5	0	Spraakapraxie
13	61	RIP	-	2	5	8	-
14	86	CVA	-	1	5	0	-
15	63	Delier	-	7	5	7	Afonie na detubatie

\*Alle CVA = iCVA links; \*\*verstandelijke beperking; \*\*\*op basis van klinische observatie; \*\*\*\* taalontwikkelingsstoornis.

**TABEL 1. Basisgegevens.**

de aanwijskaart van meerwaarde was, en zo ja, waarom.

**Resultaten**

**Basisgegevens**

In totaal zijn 15 patiënten beoordeeld, van wie 53,3% vrouw en 46,7% man. De gemiddelde leeftijd was 69 jaar (range 54-90; mediaan 66). Tabel 1 toont per patiënt de medische diagnose en algehele communicatiebeoordeling.

**Aanwijskaarten en gebruik**

Tabel 2 geeft de keuze voor het type aanwijskaart (AWK) weer en op welke wijze de patiënt de aanwijskaart heeft ingezet. 73,3% heeft de aanwijskaart gebruikt. 66,7% hiervan had hulp nodig bij de inzet. Eén patiënt heeft zelfstandig de kaart gehanteerd. 80,0% van de patiënten heeft nooit zelfstandig de kaart ingezet.

Daarnaast is in Tabel 2 te zien dat sommigen (26,6%) de aanwijskaart niet heb-

“  
**DE AANWIJSCAART  
VERBETERT DE COMMUNICATIE  
TUSSEN DE PATIËNT EN DE  
ZORGPROFESSIONAL**  
”

ben gebruikt, bijvoorbeeld door spontaan herstel. Voor P11 leek de aanwijskaart te eenvoudig. De logopedist schreef: “De aanwijskaart was te makkelijk en te basis. Andere aanwijskaarten (type-/letterkaart, VAS-schalen en woordenlijsten) pasten beter bij mw.”. P4 begreep volgens de logopedist zijn omgeving niet maar kon zichzelf wel duidelijk maken. De logopedist benoemt: “Pt. kon met zijn cognitieve communicatiestoornis duidelijk aangeven wat hij wilde. Het probleem was dat hij ons niet begreep. Hij had onvoldoende gerichte en verdeelde aandacht naar de gesprekspartner. Daarom konden wij hem niet gerust-

stellen en konden wij niet valideren. De aanwijskaart gaf hierin geen hulp.”

**Beoordeling ernstschal  
communicatie (D) en kwalitatieve  
beoordeling logopedist**

Bij 80% is de ernst van het communicatieprobleem tijdens de opname afgenomen (ΔD) en/of vond de logopedist de aanwijskaart van meerwaarde (Tabel 2). Bij 20,0% bleek de aanwijskaart niet van meerwaarde. De genoemde redenen zijn: de aanwijskaart is te moeilijk (P3); de patiënt had onvoldoende cognitieve vaardigheden (P4), de patiënt toonde te weinig initiatief en had inadequaat ja/nee gebruik (P13) of was er sprake van spontaan herstel (P9). De logopedist schreef over P13: “Deze patiënt toonde weinig/onvoldoende initiatief. Ook wisselde zijn cognitieve toestand. Ja/nee was niet altijd adequaat en hij was weinig belastbaar.” Figuur 1 geeft beknopt de gevolgen van de aanwijskaart volgens logopedisten weer.



(P) Patiënt	AWK	Gebruik patiënt	Wijze		Beoordeling*			Mening logo	
			Met hulp	Zelf	D1	D2	ΔD	Meerwaarde	Samenvatting mening logopedist**
1	I	✓	Altijd	Nooit	1	3	2	✓	Communicatie met ZP verloopt beter P voelt zich meer begrepen
2	II	✓	Nooit	Altijd	1	5	4	✓	Bij lage belastbaarheid wel van meerwaarde
3	I	✓	Soms	Nooit	2	2	-	-	P had geen aandacht voor AWK AWK is te moeilijk
4	I	-	Nooit	Nooit	3	3	-	-	P begreep omgeving niet Onvoldoende cognitieve vaar- digheden
5	I	✓	Soms	Soms	2	2	-	✓	P had positieve ervaring
6	I	✓	Soms	Nooit	0	1	1	-	AWK is te moeilijk
7	I	✓	Soms	Nooit	1	2	1	✓	P had meer regie in communi- catie
8	II	✓	Soms	Nooit	2	3	1	✓	Communicatie met ZP verloopt beter
9	I	-	Nooit	Nooit	0	3	3	-	Spontaan herstel
10	I	✓	Soms	Soms	2	2	-	✓	P had positieve ervaring Communicatie met ZP verloopt beter
11	II	-	Nooit	Nooit	2	4	2	-	AWK te eenvoudig. Ander type AWK meer passend.
12	I	✓	Altijd	Nooit	1	2	1	-	AWK is te moeilijk Te lage belastbaarheid
13	I	✓	Soms	Nooit	1	2	1	-	Te weinig initiatief van P Ja/nee inadequaar
14	I	-	Nooit	Nooit	0	3	3	-	Spontaan herstel
15	I	✓	Soms	Nooit	0	1	1	✓	Als aanvulling op letterkaart
Totaal ***	I=12 II=3	11	A=2 S=8 N=5	A=1 S=2 N=12					

\*D1 = meting voor inzet aanwijskaart; D2 = meting na inzet aanwijskaart; ΔD = verschil tussen meting D1 en D2.

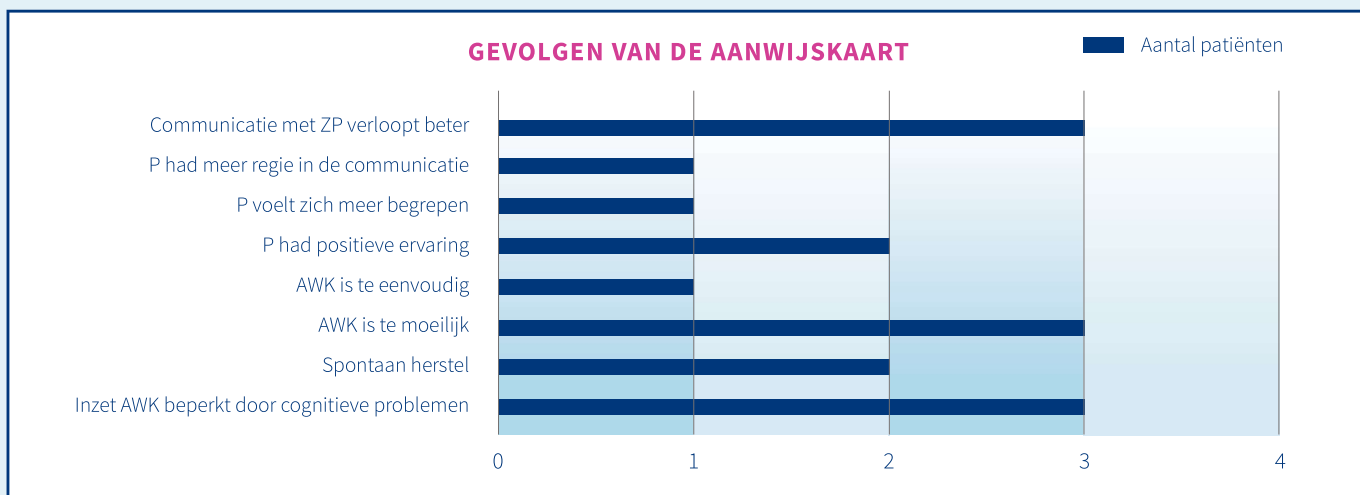
\*\*ZP = zorgprofessional \*\*\*A = altijd, S = soms, N = nooit

**TABEL 2. Aanwijskaarten, gebruik en beoordeling van schaal D en kwalitatieve beoordeling van de logopedist.**

Bij geen enkele patiënt heeft de inzet van de aanwijskaart een negatief effect gehad op de beoordeling. De mening van de logopedist is bij 46,6% positief. Bij 53,3% van de patiënten vond de logopedist de inzet

van de aanwijskaart niet van meerwaarde, maar bij deze groep patiënten was bij zes van de acht patiënten wel een verbetering meetbaar in de ernst van het communicatieprobleem (ΔD).

Bij 13,3% vond de logopedist de aanwijskaart van meerwaarde, maar was er geen verandering in de ernst van het communicatieprobleem (ΔD). Bij P5 heeft de logopedist het volgende beschreven: “Van



FIGUUR 1. Staafdiagram van de gevolgen van de aanwijskaart volgens logopedisten bij het aantal patiënten (n).

collega gehoord dat mevr. erg blij was met de kaart en zelfstandig onderdelen begon aan te wijzen.” Bij P10 is de beoordeling van de logopedist: “Dhr. vindt het fijn wanneer er ondersteuning is, zoals geschreven woord, afbeelding, getal etc. Hierdoor lukt het hem beter om zichzelf duidelijk te maken.”

Bij P15 is de aanwijskaart ingezet bij afonie na detubatie en delier. De logopedist beschouwt de inzet als meerwaarde in combinatie met andere aanwijskaarten: “Ook is de letterkaart ABC met aanwijsstok ingezet. De aanwijskaart paars diende als aanvulling als ABC niet ging. Als de kaart werd aangeboden en voldoende werd ondersteund met gesloten vragen, dan was de aanwijskaart helpend.”

Bij 20% verliep de communicatie tussen de patiënt en de zorgprofessional door de inzet van de aanwijskaart beter. P1 had een afasie en dysartrie, P8 had alleen een afasie, P10 had een afasie en CCS.

**Discussie**

In dit onderzoek is de meerwaarde onderzocht van een basis aanwijskaart als vorm van OC voor patiënten in de acute fase met ernstige communicatieproblemen

en voor hun omgeving in de klinische setting. Uit dit onderzoek blijkt dat bij 80,0% van de patiënten de aanwijskaart van meerwaarde was in de communicatie. De aanwijskaart verbetert de communicatie tussen de patiënt en de zorgprofessional.

“  
**DE PATIËNT EN DIENS  
 OMGEVING KUNNEN HET AL  
 ALS PRETTIG ERVAREN DAT ER  
 ONDERSTEUNING IS**  
 ”

Daarnaast ervaart de patiënt meer regie in de communicatiesituatie en kan zich beter begrepen voelen. Dit komt overeen met andere studies die bevestigen dat OC in een klinische setting de communicatie kan vergemakkelijken en meer zelfvertrouwen kan geven (Dietz et al., 2020; Hosseini et al., 2018).

Bij 20,0% van de patiënten bleek de aanwijskaart niet van meerwaarde. Redenen hiervoor zijn: de aanwijskaart is talig te moeilijk of de patiënt heeft onvoldoende cognitieve vaardigheden, de patiënt toont te weinig initiatief, gebruikt ja/nee inadequaat of er is sprake van spontaan herstel.

Deze resultaten sluiten aan bij de aanname dat OC een beroep doet op de talige en cognitieve vaardigheden van de patiënt (Lowis et al., 2020; Nicholas & Connor, 2017). De inzet van OC kan gezien worden als expliciet leren, wat veel vraagt van cognitieve functies van het brein (Feiken et al., 2015; Lowis et al., 2020; Nicholas & Connor, 2017). Gebrek aan motivatie, en cognitieve of talige beperkingen spelen eveneens een rol bij het gebruik van OC (van de Sandt-Koenderman, 2004). Daarentegen blijkt uit dit onderzoek dat de aanwijskaart ook van meerwaarde kan zijn bij laag belastbare patiënten. Mogelijk is het eenvoudige design van de aanwijskaart hierop van positieve invloed. Zelfs zonder training over het gebruik van de aanwijskaart bleek de inzet van meerwaarde bij laag belastbare patiënten.

Bij geen enkele patiënt had het gebruik van de aanwijskaart een negatief effect op de communicatie. Dit ondersteunt het advies om OC zo vroeg mogelijk na het ontstaan van ernstige afasie in te zetten, zodat de patiënt kan wennen aan het gebruik ervan en mogelijke weerstand in een later stadium van de behandeling wordt vermindert (Dietz et al., 2020; Paemeleire et al., 2021).



Een opmerkelijke bevinding is dat logopedisten bij 53,3% van de patiënten de aanwijskaart als niet van meerwaarde hebben beoordeeld, terwijl bij zes van deze acht patiënten op schaal D wel een verbetering is gemeten. Hier lijkt sprake van spontaan herstel van talige en/of cognitieve problematiek. Bij de onderzochte patiëntgroep kan spontaan herstel in enkele dagen voorkomen (Hillis & Heidler, 2002). Daarnaast blijkt dat soms een ander type aanwijskaart meer passend lijkt, als de basis aanwijskaart te eenvoudig is of onvoldoende aansluit op de mogelijkheden van de patiënt. De resultaten benadrukken dat logopedisten de cognitieve en talige vaardigheden van de patiënt goed moeten inschatten en indien nodig andere vormen van OC moeten overwegen. Dit sluit aan bij literatuur waarin wordt benadrukt dat cognitieve problematiek moet worden meege-

nomen bij het ontwikkelen en de inzet van OC (Nicholas & Connor, 2017).

Tevens is het opvallend dat logopedisten bij 13,3% van de patiënten de aanwijskaart van meerwaarde vinden, terwijl op schaal D geen vooruitgang was gemeten. Bij deze patiënten bleek dat de aanwijskaart kan zorgen voor een positieve ervaring voor patiënt en zijn omgeving. De patiënt en diens omgeving kunnen het al als prettig ervaren dat er ondersteuning is en dat het lukt om het bedoelde item aan te wijzen. Deze resultaten sluiten aan bij het standpunt dat een vroege introductie van OC de patiënt meer zelfvertrouwen kan geven om te communiceren (Dietz et al., 2020) en bevestigen dat OC kan bijdragen aan een positieve ervaring in situaties met beperkte communicatiemogelijkheden (Das et al., 2015).

De resultaten tonen dat patiënten op verschillende manieren de aanwijskaart hebben gebruikt: zelfstandig of met hulp. Het is belangrijk om te benadrukken dat de aanwijskaart geen vervanging is van communicatie, maar een hulpmiddel dat de communicatie ondersteunt. Deze ondersteuning kan zowel door de patiënt als door diens omgeving worden ingezet. Het optimaliseren van de communicatiesituatie staat centraal. De aanwijskaart kan bijdragen aan duidelijkere en eenvoudigere communicatie voor beide partijen. Het gaat dus niet alleen om het verbeteren van de uitdrukkingsmogelijkheden van de patiënt, maar ook om het ondersteunen van wederzijds begrip. Soms lukt het om samen naar de kaart te kijken en kan een naaste verduidelijken wat hij of zij bedoelt.

In dit onderzoek is gewerkt met een kleine populatie (n=15) waarbij logopedisten de beoordeling uitvoerden. Bij de interpretatie van de resultaten is daarom voorzichtigheid geboden. Vervolgonderzoek met een grotere onderzoeksgroep, waarin ook de ervaringen van zorgprofessionals en naasten worden geïnventariseerd, is wenselijk. Tot slot is de invloed van het ontwerp van aanwijskaarten op de communicatie nog niet onderzocht. Verdere studie naar de effectiviteit van verschillende ontwerpkeuzes is aanbevolen.

### Conclusie

Dit onderzoek bevestigt de meerwaarde van een basis aanwijskaart als ondersteunende communicatie voor patiënten in de acute fase met ernstige communicatieproblemen en hun omgeving in de klinische setting. De onderzochte patiënten hadden ernstige communicatieproblemen als gevolg van onder andere delier, CVA links, epilepsie en RIP, met stoornissen zoals afasie, dysartrie, cognitieve communicatieproblemen, spraakapraxie of afonie. Er werden geen nadelige effecten op de communicatie gevonden.

Een basis aanwijskaart draagt bij aan:

## TOEPASBAARHEID IN DE PRAKTIJK

Uit dit onderzoek volgen praktische aanbevelingen voor het inzetten van een aanwijskaart bij klinische patiënten in de acute fase met ernstige communicatieproblemen:

1. Zet een basis aanwijskaart in de klinische setting in. Het is een meerwaarde voor de communicatie tussen patiënt en omgeving, zonder nadelige effecten.
2. Beperk je niet tot patiënten met afasie. Ook bij spraakapraxie, dysartrie, cognitieve communicatieproblematiek en afonie kan de aanwijskaart van meerwaarde zijn.
3. Houd bij het gebruik van een aanwijskaart rekening met de belasting op cognitieve functies van het brein. Kies daarom voor een eenvoudig design.
4. Gebruik de aanwijskaart veelzijdig: zowel de patiënt, zorgprofessionals als naasten kunnen de aanwijskaart gebruiken om de communicatiesituatie te verbeteren.
5. Beoordeel regelmatig of de aanwijskaart nog past bij de cognitieve en talige mogelijkheden van de patiënt, gezien het veranderlijke verloop van de aandoening.
6. Combineer de aanwijskaart, indien mogelijk, met andere vormen van ondersteunende communicatie wanneer de cognitieve en talige capaciteiten toenemen.

1. verbeterde communicatie tussen patiënt en zorgprofessional,
2. een positieve ervaring voor de patiënt die zich meer begrepen voelt en meer regie ervaart in de communicatie,
3. een aanvulling op andere vormen van OC, zoals een letterkaart.

De aanwijskaart is minder van meerwaarde als de kaart talig te moeilijk is, de patiënt onvoldoende cognitieve vaardigheden heeft of als de patiënt geen initiatief toont. Spontaan herstel kan de aanwijskaart overbodig maken.

Het personaliseren van OC is, gezien het veranderlijke beloop van de aandoening, niet altijd haalbaar in de klinische setting. Dit onderzoek toont aan dat een niet-gepersonaliseerde basis aanwijskaart ook waardevol is, zonder dat de patiënt of de omgeving getraind hoeft te worden. Dit maakt laagdrempelige toepassing mogelijk, met minimale tijdsinvestering van de logopedist.

Scan de QR code voor de beoordelings- en observatieschalen



Interesse in de aanschaf van de aanwijskaarten of contact opnemen met de auteurs? Stuur een mail naar [aanwijskaarten@cwz.nl](mailto:aanwijskaarten@cwz.nl)

## REFERENTIES

- Berns, P., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M., & Van Wessel, S. (2015). Logopedische Richtlijn "Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen". *Woerden: Woerden Ned Vereniging Voor Logop en Foniatr.*
- Das, S., Binu, X., & Begum, F. (2015). A study to assess the effectiveness of communication board on the level of satisfaction of communication pattern among patients on mechanical ventilator in bombay hospital at indore in the year 2014-2015. *International Journal of Nursing Education and Research*, 3. <https://doi.org/10.21474/IJAR01/1981>
- Deelman, B., Koning-Haandra, M., & Liebrand, W. (1981). *SAN test: een afasietest voor auditief taalbegrip en mondeling taalgebruik*. Swets & Zeitlinger.
- Dharmaperwira-Prins, R., & Maas, W. (2006). *Afasie: beschrijving, onderzoek, behandeling*. Harcourt.
- Dietz, A., Wallace, S. E., & Weissling, K. (2020). Revisiting the Role of Augmentative and Alternative Communication in Aphasia Rehabilitation. *Am J Speech Lang Pathol*, 29(2), 909-913. [https://doi.org/10.1044/2019\\_ajslp-19-00041](https://doi.org/10.1044/2019_ajslp-19-00041)
- Federatie Medisch Specialisten. (2024). *Epilepsie*. Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten. <file:///H:/Downloads/Epilepsie.pdf>
- Feiken, J. F., Santens, P., & Ruiter, M. B. (2015). Neurale herstelmechanismen en herstel op gedragsniveau: Therapeutische implicaties bij spraak-en taalstoornissen na een hersenletsel. *Stem, Spraak-en Taalpathologie*, 20.
- Fried-Oken, M., Mooney, A., & Peters, B. (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *Neuro-Rehabilitation*, 37(1), 69-87.
- Hillis, A. E., & Heidler, J. (2002). *Mechanisms of early aphasia recovery*. *Aphasiology*, 16(9), 885-895.
- Hosseini, S. R., Valizad-Hasanloei, M. A., & Feizi, A. (2018). *The Effect of Using Communication Boards on Ease of Communication and Anxiety in Mechanically Ventilated Conscious Patients Admitted to Intensive Care Units*. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 23(5), 358-362. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_68\\_17](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_68_17)
- King, J. M., & Simmons-Mackie, N. (2017). Communication supports and best practices: Ensuring people with aphasia have an effective means of expressing needs and wishes. *Topics in Language Disorders*, 37(4), 348-360.
- Knollman-Porter, K., Wallace, S. E., Hux, K., Brown, J., & Long, C. (2015). *Reading experiences and use of supports by people with chronic aphasia*. *Aphasiology*, 29(12), 1448-1472.
- Knuijt, S., Kalf, J., Gerven, M. v., Deckers-Kocken, J., Kromhout, L., Goossens, H., & Swart, B. (2014). *Nederlandstalig dysartrieonderzoek-volwassenen: NDO-V*.
- Lowis, T., Bunney, M., Visser, T., Commandeur, T., & Francella, M. (2017). *AAC resource for individuals with aphasia: CAYA, revised*. <https://touchchatapp.com/assets/uploads/CAYA-AAC-Resource-for-individuals-with-Aphasia-Dec-2017.pdf>
- Lowis, T., Bunney, M., Visser, T., Commandeur, T., & Francella, M. (2020). *Zoekwijzer ondersteunde communicatie voor mensen met afasie*.
- NHG-werkgroep. (2022). *NHG-Standaard Beroerte (M103)*.
- Nicholas, M., & Connor, L. T. (2017). People with aphasia using AAC: are executive functions important? *Aphasiology*, 31(7), 819-836. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1258539>
- Paemeleire, F., & Moerkerke, L. (2019). *Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie*. *Logopedie, juli-augustus*.
- Paemeleire, F., Moerkerke, L., & Fierens, L. (2021). Communicatie-ondersteuning bij volwassenen met ernstige afasie: GLOBAMIX als toolbox om restvaardigheden te exploreren. 1, 1-10.
- Papanthasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (2013). Aphasia and related neurogenic communication disorders: basic concepts and operational definitions. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*, xix-xxiii.
- Prutting, C. A., & Kirchner, D. M. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and hearing Disorders*, 52(2), 105-119.
- Radboudumc. (2006). *Ernstschaal dysartrie functie- en activiteitsniveau*. [Voorloper van de Ernstschaal dysartrie (Knuit et al., 2014)].
- RIVM, R. v. v. e. M. (2022). *Cijfers over hersenaandoeningen 2021* [xlsx]. [https://www.vzinfo.nl/documenten/hersenaandoeningen?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.vzinfo.nl/documenten/hersenaandoeningen?utm_source=chatgpt.com)
- Rose, T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2012). Guiding principles for printed education materials: Design preferences of people with aphasia. *International journal of speech-language pathology*, 14(1), 11-23.
- van de Sandt-Koenderman, M. (2004). High-tech AAC and aphasia: Widening horizons? *Aphasiology*, 18(3), 245-263.
- Velde, v. d., L., & Wilms, D. (2013). *Lekker lezen! Een onderzoek naar het aanpassen van romans teneinde het leesplezier van mensen met afasie te vergroten* [Afstudeerscriptie, Zuyd Hogeschool].