

Logopedie, verslik je er niet in

Informatie over de (on)bekende mogelijkheden van de logopedische hulpverlening bij volwassenen (revalidatie)

Els Dammekens, logopediste

Tekst i.s.m.

Riet Mariën, logopediste, werkgroep Geriatrie van de Vlaamse Vereniging van Logopedisten

Muriel Lafortune en Sarah Vanlievendael, logopedisten, MS Centrum Melsbroek

Prof. Dr. Ann Goeleven, coördinator MUCLA UZ Leuven, logopediste in het centrum voor slikstoornissen UZ Leuven

1. Wie, waarvoor en waar logopedie?

1.1 Logopedie bij personen met een niet-aangeboren hersenletsel

- acute fase (ziekenhuis)
- subacute & revalidatiefase (revalidatiecentrum/aan huis)

1.2 Logopedie bij ouderen en geriatrische patiënten

- in een instelling voor residentiële ouderenzorg
- in een geriatrisch (dag)ziekenhuis
- in de psycho-geriatrie
- in de thuissituatie

1.3 Logopedie bij personen met neurologische/neuromusculaire degeneratieve ziekten

- in revalidatiecentra
- in de thuissituatie

1.4 Logopedie bij personen met tumoren in het halsgebied

- in het ziekenhuis
- in de thuissituatie

2. Wat te verwachten van de logopedische begeleiding?

2.1 Logopedie bij dysfagie

2.2 Logopedie bij afasie

2.3 Logopedie bij dysglossie/dysarthrie

2.4. Logopedie bij laryngectomie

1. Wie, waarvoor en waar logopedie?

1.1. Logopedie bij personen met een Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)

Doelgroepen:

- slikstoornissen
- afasie
- alexie en agrafie
- verbale apraxie
- dysartrie
- neurogeen stotteren
- cognitieve communicatieproblemen

Logopedie in de acute fase na een NAH (ziekenhuis)

In de acute fase na een NAH zijn patiënten meestal opgenomen op een stroke unit, of een intensive care unit van een ziekenhuis. De medische toestand is op dat ogenblik van primair belang en dus komt logopedische zorg in deze situatie zeker niet op de eerste plaats. Toch zal de logopedist(e) in veel ziekenhuizen (indien gevraagd) een bezoek aan bed brengen bij de patiënt, om te screenen op slikstoornissen, afasie en dysartrie. Allerlei factoren maken op dat ogenblik een volledige logopedische testafname onmogelijk. Op basis van de bevindingen uit observatie en screening kan een voorlopige “behandeling” opgestart worden. Het gaat dan om compenserende maatregelen zoals pureren of indikken van voedsel, slikhoudingen, alternatieve communicatiemogelijkheden zoals een letterkaart of een taalzakboek. Eventueel hebben er reeds gesprekken plaats met familie van de patiënt.

Logopedie in de subacute en revalidatiefase na een NAH (revalidatiecentrum/ aan huis)

Wanneer de medische toestand stabiel is, breekt een andere periode aan, meestal op de revalidatieafdeling. Als dat voorheen misschien nog minder op de voorgrond kwam, is dit zeker het moment waarop voor patiënt en familie duidelijk wordt dat er een aantal problemen zijn. Er is in de meeste gevallen een combinatie van cognitieve (geheugen, taal, denken,...) en motorische (kracht, beweging, evenwicht,...) uitval.

Er stelt zich een concrete hulpvraag naar bijvoorbeeld de logopedist(e). Een volledig logopedisch aanvangsplan zal opgesteld worden op basis van het logopedisch onderzoek. Dit omvat, naast algemene gegevens betreffende de patiënt en de logopedist, onderzoeksgegevens, een besluit en een therapievoorstel. (Het besluit van dit verslag wordt dan overgenomen door de geneesheerspecialist en belandt aldus in de brievenbus van de huisarts.)

Therapie wordt opgestart en er wordt een aanvraag ingediend bij de Adviserend geneesheer van de mutualiteit van de patiënt om tegemoetkoming in de logopedische diagnostiek en therapie te verkrijgen. De logopedist heeft op voorhand een duidelijk beeld of er tegemoetkoming zal zijn en hoeveel.

In bepaalde gevallen wordt er geoordeeld (door verantwoordelijke arts, patiënt en/of familie) dat opname op de revalidatieafdeling niet wenselijk is. In dat geval komt de persoon vrij snel opnieuw in de thuissituatie terecht. Vaak rijzen er daar dan toch bepaalde vragen of dienen problemen zich aan. De medische toestand wordt opgevolgd door de huisarts en een netwerk van thuiszorg wordt georganiseerd, waaronder vaak thuisverpleging, gezinshulp, maar ook kinesitherapie en logopedie. Het aantal disciplines dat hulp kan bieden, is meer beperkt dan in de ziekenhuissetting.

Gelukkig kan logopedische therapie na een NAH, voor de meeste logopedische stoornissen, zonder problemen thuis gestart worden. Een logopediste vinden die huisbezoeken doet, aan de gewenste frequentie en zo gauw mogelijk, is evenwel een ander paar mouwen. Het komt voor dat patiënten uiteindelijk toch opnieuw worden doorgestuurd naar de revalidatieafdeling van het ziekenhuis om aldaar op ambulante basis logopedische therapie te gaan volgen.

Indien de juiste personen gevonden worden voor begeleiding aan huis, blijft één van de grote moeilijkheden de communicatie tussen de zorgverleners. Waar op een revalidatieafdeling sprake is van een revalidatieteam, dat overleg heeft op vaste momenten en volgens een bepaalde invalshoek en richtlijnen handelt, ontbreekt deze samenwerking bij thuisverblijf. De betrokken disciplines werken vaak enkel naast elkaar.

Logopedisten zijn (meestal) geneigd een kopie van hun logopedisch bilan te bezorgen aan de huisarts van de patiënt. Natuurlijk is uit het kluwen van logopedische vakterminologie moeilijk af te leiden wat nu juist te verwachten valt van therapie-inhoud en wat de prognose op logopedisch vlak is. Evenzeer is het voor de logopedist(e) vaak jammer dat beeldvormingsgegevens, evenals gegevens van ORL of oftalmologie niet ter beschikking zijn bij de interpretatie van de logopedische onderzoeksresultaten. Soms treedt de partner van de patiënt op als tussenpersoon in de communicatie. Dan krijgt de logopedist(e) te horen: "de dokter is gisteren geweest en heeft gezegd...". Mogelijks krijgt de huisarts ook vragen over bepaalde cognitieve of talige tekorten en hun prognose.

Kortom, de behoefte aan uitwisseling van informatie is er vaak wel.

In de nomenclatuur voor logopedie is geen honorarium of tegemoetkoming voorzien voor interdisciplinair (team)overleg. Indien een overleg op vraag van de patiënt is, kan eventueel wel een vergoeding gevraagd worden. Dit gebeurt in de praktijk zelden.

De duur van de logopedische begeleiding is afhankelijk van de vastgestelde stoornis, de motivatie/financiële situatie van de persoon met NAH, de gemaakte vooruitgang en de mogelijkheden van de logopediste.

Voor een aantal stoornissen is er jammer genoeg geen tegemoetkoming voorzien in de nomenclatuur. Voor alexie en agrafie (zonder afasie), neurogeen stotteren en cognitieve communicatieproblemen wordt daarom zo goed als nooit een logopedische behandeling aan huis gegeven.

1.2. Logopedie bij ouderen en geriatrische patiënten

Doelgroepen:

- Afasie (na CVA, dementie)
- Dysarthrie (na CVA, Parkinson, Ziekte van Huntington, ALS, dementie, medicatie bijwerkingen,...)
- Stemstoornissen (functioneel, bv. bij depressieve stemming, organisch, bv. bij tumoren thv larynx, laryngectomie, radiotherapie, of bij neurologische oorzaken, bv. Parkinson)
- Slikstoornissen (na CVA, dementie, ...)
- Communicatie (functionele communicatie, communicatie hulpmiddelen)
- Gehoorstoornissen

Logopedie in een instelling voor residentiële ouderenzorg (Woon-en Zorgcentra)

Logopedie zit vervat in het forfait van de Woon- en Zorgcentra (de vroegere RVT en ROB)! In de praktijk zijn de rusthuizen dus verplicht alle logopedieverstrekingen, die door een geneesheer worden voorgeschreven, te verzekeren. De rusthuizen betalen zelf de logopedisten volgens de overeengekomen prijs voor deze verstrekingen. Omdat logopedie wettelijk erkend is, moet de therapie ook daadwerkelijk door een logopedist worden gegeven indien het voorschrift logopedie vermeldt. Als een bejaarde persoon (bv. na een hospitalisatie op geriatrie) een aantal dagen per week (ambulant) in een dagverzorgingscentrum zal verblijven, kan hij/zij daar logopedie krijgen als dat door het centrum/RVT aangeboden wordt (is dan in de dagprijs inbegrepen). Dit is op redelijk wat plaatsen het geval. Op de dagen dat hij/zij niet op het dagcentrum verblijft, is het mogelijk om thuis logopedie te volgen indien nodig en daar ook tegemoetkoming voor te krijgen.

De praktijk leert echter dat er heel wat centra zijn waar men NIET bereid is de logopedie uit het forfait te betalen. Alleen wanneer de familie goed geïnformeerd vanuit het ziekenhuis komt, en zij opkomen voor het recht op logopedie, is het centrum genoodzaakt aan deze vraag te voldoen. Elk centrum moet dan ook met een logopediste uit de regio een afspraak hebben omtrent het uitvoeren van dergelijke therapie.

Logopedie in een ziekenhuis met dienst geriatrie (G - en/of RVT- bedden) of geriatisch dagziekenhuis

Door de wet is aan de ziekenhuizen een “zorgprogramma geriatrie” opgelegd, dat naast een dienst geriatrie (opname) eveneens een consultatie geriatrie, een geriatisch dagcentrum en een interne en externe liaison moet omvatten. Voor de logopedie houdt dit in dat in elk ziekenhuis met afdeling geriatrie een logopediste werkzaam is. Hoeveel onderzoeken en begeleidingen de logopedist kan doen, is afhankelijk van hoe het ziekenhuis de beschikbare uren (VTE) verdeelt tussen de paramedici (logopedie, ergotherapie, kinesitherapie, psycholoog, diëtist). Ook als de persoon opgenomen is op een andere afdeling, maar wel geriatische zorgen nodig heeft, kan meestal een logopediste (op vraag) langskomen, in kader van de interne liaison geriatrie. Een pluridisciplinair geriatisch bilan, met inbegrip van logopedische diagnose en behandelplan/advies, kan worden opgesteld (ook op vraag van de huisarts) en dit wordt, als alles goed gaat, bezorgd aan de huisarts. Dit kan via een consult in het geriatisch dagziekenhuis. Verdere afhandeling en communicatie naar de thuissituatie (huisarts, betrokken paramedici, verpleging, ...) is dan de taak van de externe liaison.

Ook op ambulante basis kunnen vaak behandelingen (revalidatie) verder gezet worden via het geriatisch dagziekenhuis.

Logopedie in de psycho-geriatrie

Patiënten die in de psycho-geriatrie zijn opgenomen, kunnen enkel logopedie krijgen als dit in het aanbod van de afdeling/onderneming is opgenomen (inbegrepen in dagprijs). Terugbetaling via RIZIV nomenclatuur kan niet. (Als echter eerst al een behandeling voor een logopedische stoornis lopende was met goedkeuring voor tegemoetkoming, dan kan dit eventueel wel blijven lopen bij een opname in de psychiatrie.)

Logopedie in de thuiszorg voor ouderen

Ouderen die na een CVA een dysarthrie, afasie of dysfagie vertonen, kunnen thuis logopedie volgen. (zie “Logopedie bij patiënten met NAH”) Voor chronische spraakstoornissen, bv. bij Parkinson, is dit eveneens mogelijk. Over afasie (primair progressieve, of semantische bv.) in kader van dementie, wordt in de nomenclatuur geen uitspraak gedaan. Met andere woorden, eventueel zou ook hier logopedie aan huis mogelijk zijn.

Er worden deeldoelstellingen geformuleerd en de patiënt krijgt, afhankelijk van de stoornis, algemene mondmotorisch oefeningen, articulatie- en/of taal oefeningen, voedingsbegeleiding, alsook begeleiding naar beter sociaal contact .

Degeneratieve aandoeningen als Parkinson kennen vaak ook nog een langdurige aan-huis-behandeling. Hierbij wordt vooral gestreefd naar een zolang mogelijk behouden van de functies, zowel primaire als communicatieve.

Hier geldt dezelfde opmerking als bij logopedie aan huis bij patiënten met NAH, namelijk dat er – qua nomenclatuur - veel mogelijk is, maar dat het soms/vaak ontbreekt aan de logopedisten die dit soort werk kunnen en willen doen. Dit is een kleine vingerwijzing zowel naar de opleidingen logopedie, waar deze aandoeningen te weinig aan bod komen, als naar het RIZIV , die geen extra terugbetaling voorziet voor een aan-huis-behandeling.

1.3. Logopedie bij volwassenen met neurologische, degeneratieve ziekten

Doelgroepen:

- Spraakstoornissen (dysarthrie) (met inbegrip van stem en ademhaling)
- Communicatieproblemen (cognitief)
- Slikstoornissen (dysfagie)

Logopedie voor neurologische/neuromusculaire degeneratieve ziekten in revalidatiecentra

Patienten met neuromusculaire/neurologische aandoeningen (ALS, PLS, Ziekte van Steinert, Friedreich ataxie, Myasthenia Gravis, MS ..) kunnen een contract aangaan met één van de referentiecentra die een conventie afsloten met het RIZIV.

Men kan hier geraken op vraag van de patiënt, maar ook de huisarts.

Deze centra staan in voor de multidisciplinaire evaluatie (revalidatie-arts, kinesist, logopedist, ergotherapeut, sociaal ass., psychologe) van deze patiënten en het opstarten van hun zorgtraject.

De logopedische behandeling kan in zo'n centrum gevolgd worden, maar ook volledig of gedeeltelijk in de periferie (thuissetting, verzorgingsinstelling, dagcentrum, ..). De opvolging van het medisch en neurologisch traject gebeurt eveneens meestal in de periferie.

Logopedie voor neurologische/neuromusculaire degeneratieve ziekten in thuissetting

In tegenstelling tot bv. logopedische behandeling na NAH, waar je echt gaat revalideren, gaat het bij degeneratieve ziektes meer om stabiliseren, leren omgaan met, tips en trucs.

Informatieverstrekking en advies geven, zijn zeer belangrijk.

In de nomenclatuur is er tegemoetkoming voorzien voor de spraakstoornissen en slikstoornissen, maar jammer genoeg niet voor de (cognitieve) communicatieproblemen bij bv. MS.

Net zoals bij de andere populaties kan hier gesteld worden dat het niet altijd eenvoudig is om een logopedist(e) met de nodige specialisatie en ervaring te vinden.

1.4. Logopedie bij volwassenen met tumoren in het halsgebied

Doelgroepen:

- Spraakstoornissen (dysglossie)
- Slikstoornissen (dysfagie)
- Stemstoornissen (dysfonie)

Logopedische begeleiding in het ziekenhuis

In de meeste ziekenhuizen worden patiënten reeds **voor** hun geplande ingreep of behandeling in hoofd-halsgebied door een logopedist gezien om hen de consequenties van deze behandeling voor spraak, stem en slikken te duiden. Soms is deze begeleiding vervat in een multidisciplinaire aanpak samen met een psychologe, sociaal assistente en diëtiste.

In het geval van een chirurgische resectie en/of reconstructie zal ongeveer 1 week **na de ingreep** gestart worden met een logopedische begeleiding gericht op het opstarten van veilige en/of efficiënte orale voeding (in het geval van partiële orale/faryngeale/laryngeale ingrepen) of op het aanleren van slokdarmspraak met stemprothese (in het geval van totale laryngectomie). Dit gebeurt vrijwel steeds binnen een ziekenhuissetting waar de logopedische begeleiding meestal vervat zit in een standaard klinisch pad. De logopedische slikbegeleiding streeft een optimale en veilige orale voeding na al dan niet in combinatie met PEG sonde. In eerste instantie worden compenserende technieken aangeleerd of gewerkt met consistentie- en houdingsaanpassingen. Bijkomend kunnen revaliderende oraal-motorische oefeningen gestart worden.

In het geval van radio (chemo) therapeutische behandeling worden in toenemende mate chronische slikmoeilijkheden en stembeperkingen gerapporteerd. Een tijdige logopedische interventie is ook hier aangewezen gericht op het behoud van de slikmogelijkheden.

Logopedische begeleiding aan huis

Na ontslag uit het ziekenhuis wordt de begeleiding meestal verder gezet op ambulante basis bij een logopediste in de periferie en/of revalidatiecentrum al dan niet verbonden aan een ziekenhuis. Deze patiënten hebben recht op gedeeltelijke terugbetaling van hun therapie sessie via de nomenclatuur logopedie. Ook voor deze patiënten is het aantal logopedisten met ervaring met deze problematiek eerder beperkt.

2. Wat te verwachten van de logopedische begeleiding

2.1. Logopedie voor dysfagie

Dysfagie is het geheel van gedrags-, sensorische- en motorische handelingen ter voorbereiding op de slikbeweging, inclusief de cognitieve bewustwording van de aankomende eetsituatie, de visuele herkenning van het voedsel en alle fysiologische reacties op de geur en aanwezigheid van voedsel zoals bijvoorbeeld toename van speeksel. (Leopold & Kagel, 1996)

Het **normale slikproces** bestaat uit 4 stappen:

- de orale voorbereidende fase
- de orale fase van de slikbeweging
- de faryngeale fase
- de oesofageale fase

In de orale voorbereidende fase wordt voedsel in de mond bewerkt: gekauwd, vermengd met speeksel, enz. tot het een consistentie heeft waarin het doorgeslikt kan worden. Vervolgens (orale fase van de slikbeweging) transporteert de tong deze voedselbolus naar achteren. Hierdoor wordt de zogenaamde slikreflex opgewekt. Eens de bolus de mondholte verlaat, spreekt men van de faryngeale fase van het slikken. Daarna bereikt de bolus de slokdarm, waar de oesofageale peristaltiek ervoor zorgt dat het voedsel in de maag terecht komt. Deze laatste fase noemen we de oesofageale fase. In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de betreffende anatomie.

Fase van het slikproces	Betrokken structuren	Betrokken spiergroepen	Soort bezenuwing
Orale voorbereidende fase	Mondholte: mond, mondbodem, speekselklieren, tongbeen, tong, tanden, hard verhemelte, kaken, temporo-mandibulair gewricht	m. mylohyoïdeus m. geniohyoïdeus m. digastricus m. stylohyoïdeus	Onwillekeurige en willekeurige controle
Orale fase van de slikbeweging	Idem		
Faryngeale fase	Farynx en larynx, zachte gehemelte, tongbasis, onderkaak, tongbeen, thyreoïd, cricoïd, sinus piriformes, faryngo-oesofagale sfincter, epiglottis	m. thyreoïdeus m. tensor veli palatini m. levator veli palatini m. constrictor faryngis superior m. constrictor faryngis medialis m. constrictor faryngis inferior m. cricofaryngeus m. glossopharyngeus	Onwillekeurige controle
Oesofageale fase	Oesofagus, 2 ^{de} slokdarmsfincter		Onwillekeurige controle

Klachten en symptomen van dysfagie waarvoor men alert moet zijn:

- onvoldoende alert om veilig te kunnen eten of drinken,
- onvermogen om voedsel op te merken en te herkennen,
- problemen met herkennen en hanteren van bestek,
- problemen met het aanhouden van een adequate lichaams-/zithouding (of houding van het hoofd) om te kunnen eten,
- grote vermoeidheid bij het eten,
- onvermogen voedsel of speeksel in de mond onder controle te houden,
- speekselverlies (of morsen van voedsel) door verlies van controle en spierkracht in de lippen,
- snel en onbeheerst eten en/of drinken,

- hoesten voorafgaand, tijdens of na een slikbeweging,
- veelvuldig hoesten aan het einde van of direct na een maaltijd,
- telkens terugkerende longontsteking (aspiratiepneumonie),
- gewichtsverlies zonder andere oorzaak,
- borrelige stemkwaliteit,
- voedselresten die achterblijven in de mond (bv. tussen wangen en tanden, klevend op gehemelte),
- niet kunnen inschatten van de temperatuur, textuur of hoeveelheid van voeding in de mond,
- klacht van teveel slijm in de keel na een slikbeweging of na het eten,
- klacht van moeite hebben met slikken,
- klacht van een “krop in de keel”
- veranderde smaak- en geurgewaarwordingen

Bij een screening of een diagnostisch onderzoek zal de logopedist(e) nagaan hoe de kracht en bezuwning in de betrokken spiergroepen is. De patiënt zal bevraagd worden naar eigen bevindingen (inzicht?) en klachten. Vervolgens zal geobserveerd worden (indien veilig genoeg geacht) hoe iets vloeibaars, halfvast en vast, gedronken of gegeten wordt.

Hierbij let de logopedist op:

- aspiratie: komt het voedsel of de vloeistof in de luchtwegen onder het niveau van de ware stembanden? (hoesten)
- penetratie: komt het voedsel of de vloeistof in de nabijheid van de stembanden, maar niet eronder? (hoesten, borrelige stemgeving)
- residu: blijft er na het slikken voedsel achter in de mondholte (tussen wangen en tanden) of in de keel (typisch: persoon verslikt zich na de maaltijd, wanneer hij zich op bed ligt)?
- terugstroming van voedsel bv. naar de neus
- slikreflex: treedt de slikreflex op? Is hij snel en krachtig genoeg?

Verder wordt de algemene fysieke en cognitieve toestand van de patiënt in kaart gebracht en meegeteld in de diagnostiek.

Om volledig te kunnen objectiveren (bv. aspiratie/penetratie?), verwijst de logopedist vaak door voor een slikvideofluoroscopie, waarmee men (m.b.v. barium) exact het transport van de voedselbolus kan volgen. De diagnose aspiratie/penetratie kan enkel op deze wijze gesteld worden.

In de eerste plaats zal de logopedist(e) aan de patiënt en familie/betrokken hulpverleners informatie en advies geven betreffende het slikken. Vaak is dit al voldoende.

Indien nodig wordt therapie opgestart. Deze logopedische interventie bij slikken kan vanuit verschillende invalshoeken gebeuren.

- Ten eerste kan men werken aan het verbeteren van de orale fase(s) van de slikbeweging,
- ten tweede zijn er oefeningen en technieken ter verbetering van het opwekken van de slikreflex en de faryngeale fase
- en ten derde kan men kiezen voor aanpassing van vloeibare en/of vaste voeding, of een aanpassing aan de wijze waarop de voeding/drank in de mond wordt gebracht. Dit impliceert in bepaalde gevallen dat een diëtist geraadpleegd dient te worden. (Gebeurt in de praktijk soms te weinig)

Tenslotte kan het nodig zijn om aandacht te geven aan de cognitieve aspecten en te zorgen voor een rustige omgeving zonder afleiding, met eventueel begeleiding of reminders om het eten en slikken te controleren.

2.2. Logopedie voor afasie

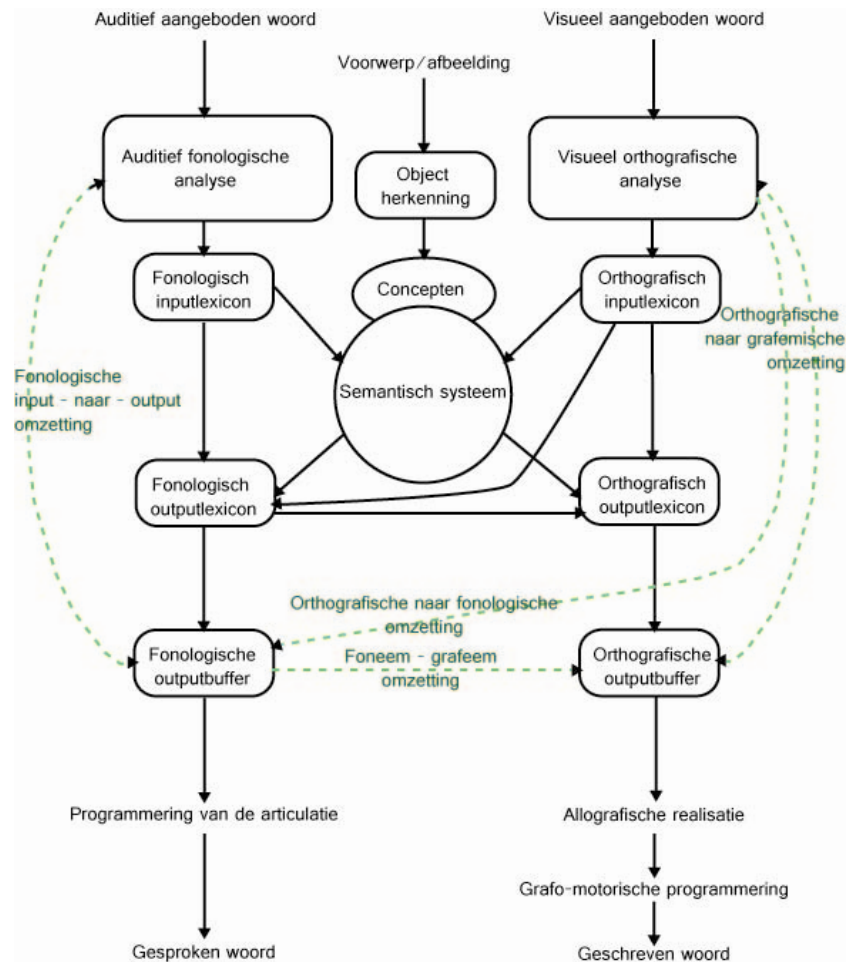
Afasie is een verworven communicatiestoornis, veroorzaakt door een hersenletsel, die het vermogen om taal te begrijpen, te gebruiken en te produceren, verstoort. (Lapointe, 2005)

Taal omvat:

- mondelinge taalproductie (gesproken taal)
- schriftelijke taalproductie (geschreven taal)
- auditief taalbegrip (begrijpen van gesproken taal)
- leesinhoudelijk taalbegrip (begrijpen van geschreven taal)
- fonologie (klankstructuur), syntaxis (zinsstructuur) en morfologie (kennis van vervoegingen en verbuigingen, enz.)

- pragmatiek (weten hoe taal te gebruiken in bepaalde communicatieve context)

Bij een logopedisch onderzoek zullen al deze componenten in kaart worden gebracht, aan de hand van bestaande genormeerde diagnostische instrumenten en eigen materiaal/observaties. Op basis van de cognitief neuropsychologische (CNP) taalmodellen kan men verder exact gaan uitpluizen welke deelcomponenten gestoord zijn. Voorbeeld van zo een CNP taalmodel (voor normaal taalgebruik):



Verder wordt in kaart gebracht hoe de patient en zijn omgeving de taalstoornis ervaren en ermee omgaan.

Informatieverstrekking en advies rond communicatie is zeer belangrijk. Vervolgens stellen we, op basis van onze diagnostiek, een behandelplan op, speciaal op maat van deze persoon met afasie. Als de persoon met afasie een goede therapeutische behandeling krijgt, die voldoende intensief wordt aangeboden, kunnen we het (spontane) herstel na het hersenletsel maximaliseren. Zo is het wetenschappelijk aangetoond dat taalstoornissen die na het hersenletsel enige spontane verbetering kennen, (veel) meer kunnen verbeteren dankzij therapie.

Het is niet meer dan realistisch om (ondanks therapie) uit te gaan van blijvende levenslange beperkingen in één of meerdere communicatieve aspecten.

Het vaststellen van een "anomie" (woordvindingsstoornis), is nog vrij neutraal en weinig zeggend, ook voor de patiënt. Hoe de "anomie" ervoor zorgt dat hij niet meer bij de slager om vlees gaat, maar vanaf nu langs de zelfbediening in de supermarkt gaat, omdat hij niet op de juiste woorden kan komen, is al pijnlijker. Hoe de anomie ervoor zorgt dat hij niet meer deelneemt aan een gesprek en daardoor op lange termijn sociale contacten verliest, is schrijnend. Het venijn zit hem in de sociale aspecten van de stoornis. (cfr. ICF model)

Het trachten te verbeteren van het vinden van de woorden, door een stoornisgerichte therapie, is bij zo'n persoon belangrijk. Als hij beter op zijn woorden zou komen, zouden een aantal sociale situaties gemakkelijker verlopen. Therapie aanbieden is dus een must.

Maar niet alle taalstoornissen zullen verbeteren of verdwijnen in stoornisgerichte therapie, dus veel belangrijker is de sociale component en de ondersteuning van de patiënt op langere termijn.

Hierin kunnen de logopedische begeleiding aan huis en coaching van de omgeving van de afaticus een belangrijke rol spelen.

In bepaalde gevallen (bv. ernstige motorische afasie + verbale apraxie) is een alternatief communicatiemiddel de beste oplossing. Dan is de logopedist(e) vaak diegene die contact legt met een onafhankelijk adviescentrum/bedrijf en de patiënt. Zo'n middel dient na aanschaf verder gepersonaliseerd te worden en er wordt geoefend in alledaagse communicatie eer het efficiënt zelfstandig gebruikt kan worden. Dit is dan meestal een onderdeel logopedische therapie.

2.3. Logopedie voor dysglossie en dysarthrie

Dysarthrie is een verworven spraakstoornis ten gevolge van een neurologische, neuromusculaire ziekte of stoornis of een hersenletsel.

Dysglossie is een verworven spraakstoornis ten gevolge van organische afwijkingen aan de "spraakorganen" zoals o.a. lippen, tong, tanden en gehemelte.

Dysglossie betreft enkel de articulatie, uitspraak van de woorden. Dysarthrie wordt ruimer opgevat, en bevat meerdere componenten van het spreken: ademhaling, stemgeving, articulatie, intonatie en prosodie, spraakverstaanbaarheid.

Bij een logopedisch onderzoek zullen dus al deze componenten in kaart worden gebracht. Afhankelijk van de onderliggende pathologie (en het type dysarthrie) zal slechts één component, of meerdere als doel in de behandeling worden opgenomen.

De spraakverstaanbaarheid bepaalt de ernst van de aandoening en bij zeer slechte spraakverstaanbaarheid zal een alternatief communicatiemiddel soms de enige mogelijke oplossing bieden. Het is dan de taak van de logopedist om dit middel te zoeken, aan te passen en het gebruik in te oefenen.

Als de spraakverstaanbaarheid niet zo slecht is, en/of er goede verbetering kan verwacht worden, dan zullen de aangedane spraakcomponenten getraind worden in de logopedische therapie.

In behandeling van de spraakstoornissen bij MS staan ademhalingsoefeningen en articulatie oefeningen centraal in de logopedische behandeling. Bij Parkinson zal daarnaast een belangrijk accent liggen op stemoefeningen.

Niet alle componenten kunnen verbeterd worden, vaak worden er naast oefeningen daarom compensatiestrategieën aangeleerd, die als doel hebben de spraakverstaanbaarheid te verhogen. In de logopedische begeleiding worden deze compensatiestrategieën ingeoeffend tot ze gegeneraliseerd zijn naar het spontane spreekgedrag van de patiënt.

Bij dysglossie is er sprake van een verworven organische afwijking aan de articulatoren (denk bv. aan een gedeeltelijke verwijdering van de tong omwille van een tumor). Logopedische therapie zal deels bestaan uit compensatiestrategieën, spraakoefeningen en indien nodig het op maat aanpassen van een alternatief communicatiemiddel en het gebruik daarvan inoefenen.

2.4. Logopedie bij laryngectomie

Voor de operatie ging het spreken als volgt: door uitademingslucht konden de stembanden in trilling worden gebracht, dit was het stemgeluid. Door tong, lippen en kaak te bewegen kon de patiënt dit omzetten in spraak.

Nadat het strottenhoofd is verwijderd, kan de patiënt niet meer hetzelfde geluid maken. De patiënt is echter in het algemeen nog wel in staat lippen, kaak en tong te bewegen. Het doel van de logopedie is het aanleren van een nieuw stemgeluid. Er zijn drie manieren om het nieuwe geluid voort te brengen. Dit kan met behulp van de stemprothese, slokdarmspraak of de electrolarynx. De logopediste zal met de patiënt het spreken en stemgeven inoefenen.