



Handreiking: Oefenen met de ICF

Augustus 2017

Inhoud

Voorwoord	3
Deel I Theorie	4
1. Doel van deze handreiking	5
2. Achtergrondinformatie ICF	6
2.1 Wat is de ICDH?	6
2.2 Wat is de ICF?	6
2.3 Wat is de ICF-CY?	6
2.4 Wat is de ICF afgeleide versie voor de logopedie?	7
2.5 Samenvatting	8
3. Toepassing van de ICF.....	9
4. De opbouw van de ICF	10
4.1 Deel 1 'Functioneren en functioneringsproblemen'.....	10
4.2 Deel 2 'Externe- en persoonlijke factoren'	11
4.3 ICF-model.....	12
4.4 Medische diagnose niet gecodeerd in de ICF	13
5. De opbouw van de ICF-codering, afgeleide versie voor de logopedie	14
5.1 Functies	14
5.2 Anatomische eigenschappen	15
5.3 Activiteiten en participatie	16
5.4 Externe factoren	17
5.5 Persoonlijke factoren	17
5.6 Wanneer twee verschillende codes, wanneer één overkoepelende code?	18
5.7 Hoe diep coderen?.....	18
6. Typeringen.....	19
6.1 Ernst scores	19
6.2 Typeringen anatomische eigenschappen.....	20
6.3 Typeringen activiteiten.....	21
6.4 Mate van invloed van de externe factoren	21
6.5 Samenvatting	22
Deel II casuïstiek	23
7. Casuïstiek	24
7.1 Casuïstiek.....	24
7.2 Antwoorden	30
8. Literatuurlijst	38
Bijlage 1 structuur van de ICF	39
Bijlage 2 RPS formulier	40

Voorwoord

Beste logopedist,

Voor u ligt een handreiking om te oefenen met het ICF-model en met het coderen volgens de ICF-coderingslijst. De eerste versie van de handreiking is ontwikkeld in 2010; voor u ligt een iets aangepaste versie.

Zowel bij de ontwikkeling van de eerste versie van de handreiking als bij de bijstelling heeft dr. Yvonne F. Heerkens advies gegeven, waarvoor onze dank. Yvonne Heerkens is verbonden aan het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi) als senioronderzoeker Terminologie & Technologie en werkt als lector Arbeid & Gezondheid bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Vanuit het NPi is ze lid van het ICF-team van het Nederlandse WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC), onderdeel van het RIVM.

Tijdens het schrijven van de eerste versie van deze handreiking is aan de leden van de NVLF-werkgroep ICF (2008 / 2009) gevraagd om mee te lezen, feedback te geven en casuïstiek vanuit hun werkveld aan te leveren. Dit alles heeft geresulteerd in een handreiking waar theorie en praktijk samenkomen. Langs deze weg nogmaals onze dank voor alle input van deze werkgroepleden.

Deze handreiking bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit theorie (hoofdstuk 1 tot en met 6). Het tweede deel bestaat uit casuïstiek (hoofdstuk 7).

In de aangepaste versie is de meest recente informatie over de ICF verwerkt en is de handreiking niet meer specifiek voor kwaliteitskringbegeleiders en kwaliteitskringen geschreven, maar voor elke logopedist.

Als u na lezen van deze handreiking meer informatie wil over de ICF dan verwijzen wij naar de website <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm> waar veel informatie te vinden is over de ICF.

Als er vragen zijn over de inhoud van deze handreiking kan contact worden opgenomen met het bureau van de NVLF. Als er discussie ontstaat over de wijze van coderen dan adviseren wij om anderen, zo mogelijk collega's buiten de kwaliteitskring, te raadplegen. Ook is het mogelijk om een geanonimiseerde casus (dus niet herleidbaar tot een cliënt!) te plaatsen op social media van de NVLF en zo reacties van collega's te ontvangen.

NVLF, augustus 2017

Deel I Theorie

1. Doel van deze handreiking

Binnen de zorg wordt steeds vaker gebruik gemaakt van het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model en het bijbehorende ICF-coderingssysteem. In 2009 heeft de NVLF een afgeleide versie van de ICF voor de logopedie uitgebracht. Waarom en hoe gebruik je als logopedist dit model en de bijbehorende codering in de praktijk? Dit onderwerp kan binnen kwaliteitskringen geagendeerd worden.

Met deze handreiking wil de NVLF de logopedist ondersteunend materiaal bieden om met de ICF te oefenen. Allereerst volgt achtergrondinformatie over het ontstaan van de ICF en verwante classificaties (hoofdstuk 2). Vervolgens worden de toepassingen van de ICF besproken in hoofdstuk 3. De opbouw van de ICF komt aan bod in hoofdstuk 4. De opbouw van de voor de logopedie afgeleide versie van de ICF wordt besproken in hoofdstuk 5. Het laatste deel theorie wordt in hoofdstuk 6 besproken; de typering van de ICF. Daarna wordt casuïstiek beschreven (hoofdstuk 7). Door het oefenen met deze casuïstiek kan de logopedist ervaring opdoen met het ICF-model en de bijbehorende systematiek voor coderingen. Bij het lezen van deze handreiking is het praktisch om de van de ICF afgeleide versie voor de logopedie, binnen handbereik te hebben. Deze is aan te vragen op de NVLF-website via www.nvlf.nl

2. Achtergrondinformatie ICF

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het ontstaan van de ICF en de afgeleide versie voor de logopedie.

2.1 Wat is de ICIDH?

Voordat de ICF gepubliceerd werd, maakten logopedisten gebruik van de coderingen van de ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; Internationale Classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps).

De ICIDH beschrijft problemen die mensen kunnen hebben in het functioneren. In de ICIDH wordt onderscheid gemaakt tussen drie niveaus van problemen in het functioneren: stoornissen, beperkingen en handicaps.

De ICIDH is in 1980 gepubliceerd door de WHO (World Health Organization). Hoewel het niet zo bedoeld is, lijkt de ICIDH uit te gaan van een oorzakelijk verband tussen ziekten en problemen in het functioneren met een soort logische volgorde van ziekte, via stoornis en beperking naar handicap. De ICIDH beschrijft problemen in het functioneren los van de oorzaak.

2.2 Wat is de ICF?

De ICF is de opvolger van de ICIDH en is gepubliceerd in 2001. Het biedt begrippen voor het beschrijven van het menselijk functioneren (in neutrale termen) en problemen die daarin kunnen optreden. De ICF onderscheidt drie perspectieven: het perspectief van het lichaam (functies en anatomische eigenschappen), het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten) en het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie).

In tegenstelling tot de ICIDH bevat de ICF neutrale termen en zo nodig kunnen ook problemen worden aangeduid in het functioneren. In dat geval spreekt men over stoornissen (vanuit het eerste perspectief), beperkingen (tweede perspectief) en participatieproblemen (derde perspectief). Aan het ICF-schema toegevoegd zijn die factoren die, naast ziekten, op het functioneren van invloed zijn: externe en persoonlijke factoren. Voorbeelden van externe factoren zijn werk of onderwijs. Voorbeelden van persoonlijke factoren zijn leefstijl en communicatiebehoeften.

De ICF maakt deel uit van de Familie van Internationale Classificaties (FIC) van de WHO. Naast de ICF bevat de FIC ook de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tiende revisie), de ICHI (international Classification of Health Interventions) en een aantal gerelateerde en afgeleide classificaties. In de ICD-10 zijn ziekten, aandoeningen en letsels beschreven; in de ICHI staan verrichtingen/interventies. Een voorbeeld van een afgeleide classificatie is de ICF-CY, een versie van de ICF voor kinderen en jeugdigen ontwikkeld in 2007.

De ICF is complementair aan de ICD-10; de ICD-10¹ wordt gebruikt voor het beschrijven van ziekte/aandoening/syndroom/letsel, de ICF voor het beschrijven van het functioneren, eventuele problemen daarin en externe en persoonlijke factoren van invloed op het functioneren.

Samenvattend: Met de ICD-10 kan de logopedist de achterliggende ziekte/aandoening beschrijven (verwijsdiagnose, nevenpathologie) en met de ICF kan de logopedist het menselijk functioneren en problemen daarbij beschrijven. De ICF vult de ICD-10 dus aan en kijkt daarmee verder dan mortaliteit en ziekte. Dit is in lijn met het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen' (Zorginstituut Nederland, 2015) en het adviesrapport 'Anders kijken, anders leren, anders doen' (Zorginstituut Nederland, 2016), waarin het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van burgers centraal staan.

2.3 Wat is de ICF-CY?

In 2008 is er een aparte versie van de ICF verschenen voor kinderen en jeugdigen, de ICF-CY (Children and Youth), als afgeleide van de ICF. In de ICF-CY staan alle klassen uit de oorspronkelijke ICF, maar daarnaast zijn er klassen toegevoegd die voor het beschrijven van het functioneren van het (zich ontwikkelende) kind van belang zijn.

¹ Op dit moment wordt gewerkt aan de ICD-11; zie voor informatie: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

2.4 Wat is de ICF afgeleide versie voor de logopedie?

Niet alle begrippen, die in de ICF en ICF-CY staan, zijn relevant voor de logopedie. Bovendien zijn sommige delen van de ICF te globaal voor gebruik door logopedisten. Daarom is er van de officiële Nederlandse vertaling van de ICF-CY een afgeleide versie gemaakt voor de logopedie. De afgeleide versie voor de logopedie is dus wel gebaseerd op de ICF, maar in deze afgeleide versie zijn: 1) alle voor de logopedie niet relevante items weggelaten en 2) is waar nodig een verdere detaillering aangebracht door extra klassen toe te voegen met voor de logopedie relevante items. Hoewel er gesproken wordt over de 'ICF-logopedie', zou ICF-CY-logopedie in feite een betere benaming zijn. Gekozen is voor de kortere naam.

De NVLF heeft voor het maken van de ICF-logopedie bij Het Nederlandse WHO FIC Collaborating Centre toestemming gevraagd. Deze toestemming is verleend onder bepaalde voorwaarden. Een van de voorwaarden is dat deze afgeleide versie niet wordt gebruikt voor commerciële doeleinden. Dit betekent dat ook de leden van de NVLF deze afgeleide ICF niet voor commerciële doeleinden mogen gebruiken. Hiervoor worden de leden gevraagd te tekenen als ze de ICF, afgeleide versie voor de logopedie, opvragen bij de NVLF.

2.5 Samenvatting

Classificatie	Beschreven domeinen
ICIDH (WHO 1980, TNO 1982) <i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>	Consequenties van ziekten in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps
ICD-10 (1997) <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>	Ziekten/aandoeningen, syndromen, letsel
ICF (WHO 2001, RIVM 2002 met een update 2007) <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>	Classificatie van functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, persoonlijke factoren en externe factoren
<i>ICF-CY (WHO 2007, RIVM 2008)</i> <i>International Classification of Functioning, Disability and Health Children and Youth</i>	Classificatie van functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, persoonlijke factoren en externe factoren. Er zijn klassen toegevoegd die voor het beschrijven van het functioneren van (het zich ontwikkelende) kind van belang zijn.
<i>ICF afgeleide versie voor de logopedie (2009)</i>	Gebaseerd op de ICF en de ICF-CY. In deze afgeleide versie zijn alle niet-relevante items weggelaten. Waar nodig is een verdere detaillering aangebracht door extra klassen toe te voegen met voor de logopedie relevante items.

3. Toepassing van de ICF

Om te kijken naar de toepassingen van de ICF binnen de logopedie is het van belang om eerst te kijken naar de doelen van de ICF in het algemeen. Deze doelen zijn als volgt omschreven:

- De ICF biedt een wetenschappelijke grondslag voor het begrijpen en bestuderen van het menselijk functioneren, uitkomsten en determinanten;
- De ICF schept een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemands functioneren, met als doel het communiceren tussen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en in andere sectoren te verbeteren, als ook voor mensen met functioneringsproblemen;
- De ICF maakt gegevens vergelijkbaar uit verschillende tijden, landen, vakgebieden en sectoren;
- De ICF voorziet in een systematisch codestelsel voor informatiesystemen in de gezondheidszorg.

Bron: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (RIVM, 2002, 2007).

De ICF heeft meerdere toepassingen. Het kan onder meer dienen:

- Op macroniveau (landelijk/internationaal): het verzamelen en vastleggen van statistische gegevens; gebruik in het kader van wetenschappelijk onderzoek; ontwikkeling van meetinstrumenten; ontwikkeling van beroepsprofielen; ontwikkelen van landelijke richtlijnen
- Op mesoniveau (organisatie): het verzamelen van managementinformatie; het ontwikkelen van protocollen; het ontwikkelen van een elektronische dossier
- Op microniveau (de individuele cliënt): de keuze van klinische meetinstrumenten; de keuze van hulpmiddelen; en het klinisch redeneren, inclusief het formuleren van een logopedische diagnose en een logopedisch behandelplan.

De ICF is dus bruikbaar in een breed gebied van toepassingen. De ICF is een raamwerk van begrippen voor het verzamelen van gegevens en is toepasbaar op de gebieden van de individuele en publieke gezondheidszorg en de arbozorg. Bij gezondheidszorg horen ook preventie, gezondheidsbevordering en het vergroten van participatie door het wegnemen of verminderen van sociaal belemmerende factoren. Bovenstaande toepassingen worden niet door elke logopedist uitgevoerd. In het dagelijks handelen is de meerwaarde van de ICF vooral in het klinisch redeneren, waarbij het gebruik van het referentiekader dat de ICF biedt leidt tot een goed overzicht van (problemen in) het functioneren van de cliënt en de persoonlijke en externe factoren die daarop van invloed zijn. In hoofdstuk 4 wordt hier dieper op ingegaan.

4. De opbouw van de ICF

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de opbouw van de ICF. In paragraaf 4.1 wordt het eerste deel van de ICF uitgediept: functioneren en functioneringsproblemen. In paragraaf 4.2 wordt het tweede deel beschreven: de externe en persoonlijke factoren. In paragraaf 4.3 wordt het ICF-model schematisch weergegeven. Tot slot is er in paragraaf 4.4 aandacht voor medische coderingen ten opzichte van de ICF.

4.1 Deel 1 ‘Functioneren en functioneringsproblemen’

De ICF bestaat uit twee delen. In deel 1 ‘Functioneren en functioneringsproblemen’ staan termen waarmee het menselijk functioneren wordt beschreven. Dit deel bestaat uit twee componenten, te weten:

- Functies en anatomische eigenschappen,
- Activiteiten en participatie.

4.1.1 Functies en anatomische eigenschappen

De *eerste* component, functies en anatomische eigenschappen, gaat over het lichaam. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen functies enerzijds en anatomische eigenschappen anderzijds. Als er sprake is van problemen in de functies of anatomische eigenschappen spreekt men over stoornissen.

Samenvatting	Definitie	Voorbeeld
<i>Functies</i>	de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.	Bijvoorbeeld een functie van de larynx is stemvorming.
<i>Anatomische eigenschappen</i>	de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam.	Een voorbeeld van anatomische eigenschappen is de vorm en positie van onderdelen van de larynx.
<i>Stoornissen</i>		
<i>Stoornissen</i>	afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen	Voorbeelden zijn slikstoornissen of een afwijkende vorm van de larynx.

In de ICF worden de volgende functies (en stoornissen daarin) onderscheiden; mentale functies (inclusief mentale functies gerelateerd aan taal¹), sensorische functies, stem en spraak, functies van het ademhalingsstelsel, spijsverteringsstelsel, urogenitaal stelsel, functies van gewrichten, botten en spieren en functies van de huid.

Stoornissen worden in de ICF geordend naar hun aard en niet naar hun oorzaak of de wijze van ontstaan (zie de opsomming van functies hierboven). De aanwezigheid van een stoornis impliceert een oorzaak, de oorzaak hoeft echter niet afdoende te zijn om die stoornis te beschrijven. Als er dus sprake is van een stoornis, dan is er in elk geval sprake van een afwijkende functie of anatomische eigenschap, maar deze kan verband houden met één van de vele mogelijke ziekten of aandoeningen, maar kan ook samenhangen met een beperking of met externe of persoonlijke factoren.

¹ Het gaat om specifieke mentale functies gerelateerd aan het herkennen en gebruiken van tekens, symbolen en andere componenten van taal; taal in de zin van het overbrengen of begrijpen van gesproken of geschreven boodschappen en het voeren van een gesprek horen bij activiteiten & participatie.

4.1.2 Activiteiten en participatie

De tweede component van deel 1 is 'activiteiten en participatie'. Binnen deze component kent men verschillende begrippen. Onderstaand worden deze schematisch weergegeven.

Samenvatting	Definities
<i>Activiteiten</i>	Het onderdeel 'activiteiten' behelst de onderdelen van iemands handelen.
<i>Beperkingen</i>	De moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten, worden 'beperkingen' genoemd.
<i>Participatie</i>	Het onderdeel 'participeren' behelst deelname aan het maatschappelijk leven op alle levensterreinen, of iemand daadwerkelijk mee doet en of iemand een volwaardig lid van de maatschappij is/kan zijn.
<i>Participatieproblemen</i>	Problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven, worden participatieproblemen genoemd.

Functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie zijn terug te vinden in het middensegment van figuur 1 en 2 van paragraaf 4.3.

4.2 Deel 2 'Externe- en persoonlijke factoren'

Deel 2 van de afgeleide ICF bestaat eveneens uit twee componenten, te weten: externe factoren en persoonlijke factoren.

Externe en Persoonlijke factoren zijn opgenomen, omdat ze van invloed kunnen zijn op het functioneren van het individu. Deze factoren kunnen zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op het functioneren. Dat betekent dat twee personen met dezelfde ziekte een andere wijze van functioneren kunnen hebben door verschillende invloeden van externe en/of persoonlijke factoren.

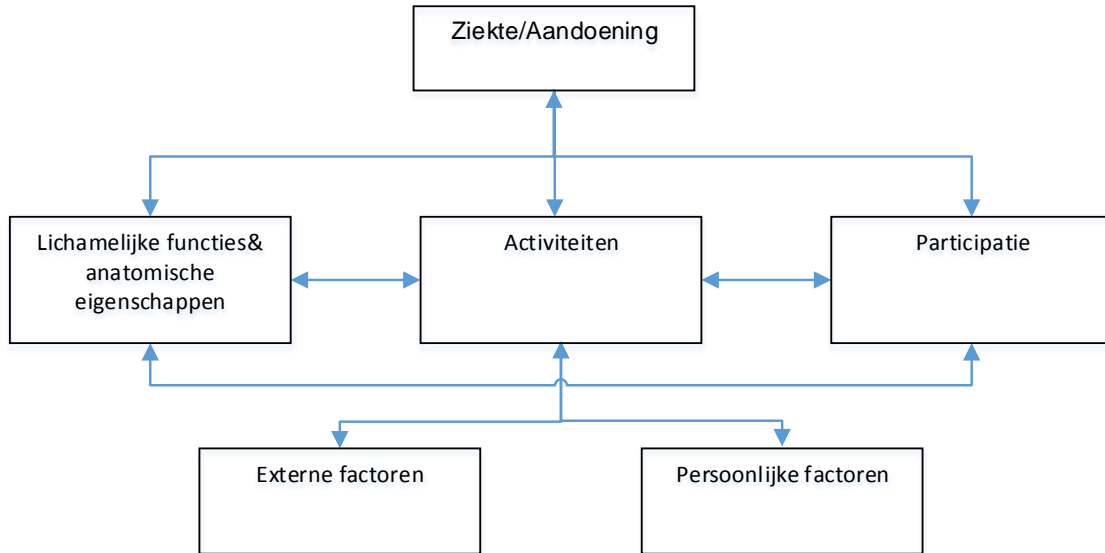
De Externe en Persoonlijke factoren zijn ook opgenomen in het ICF-schema, in het onderste deel van figuur 1 en 2 kan de logopedist de Externe en Persoonlijke factoren terugvinden.

Voor een schematisch overzicht van de gehele structuur van de ICF, zie bijlage 1.

Samenvatting	Definitie	Voorbeeld
Externe factoren	Factoren die van invloed kunnen zijn op het functioneren van het individu.	arbeidsomstandigheden, thuissituatie, woonomgeving, beschikbaarheid van hulp of hulpmiddelen.
Persoonlijke factoren	Factoren die van invloed kunnen zijn op het functioneren van het individu.	leeftijd, geslacht, leefstijl, self efficiency, coping, zingeving aan werk/ziekte en arbeidsverleden.

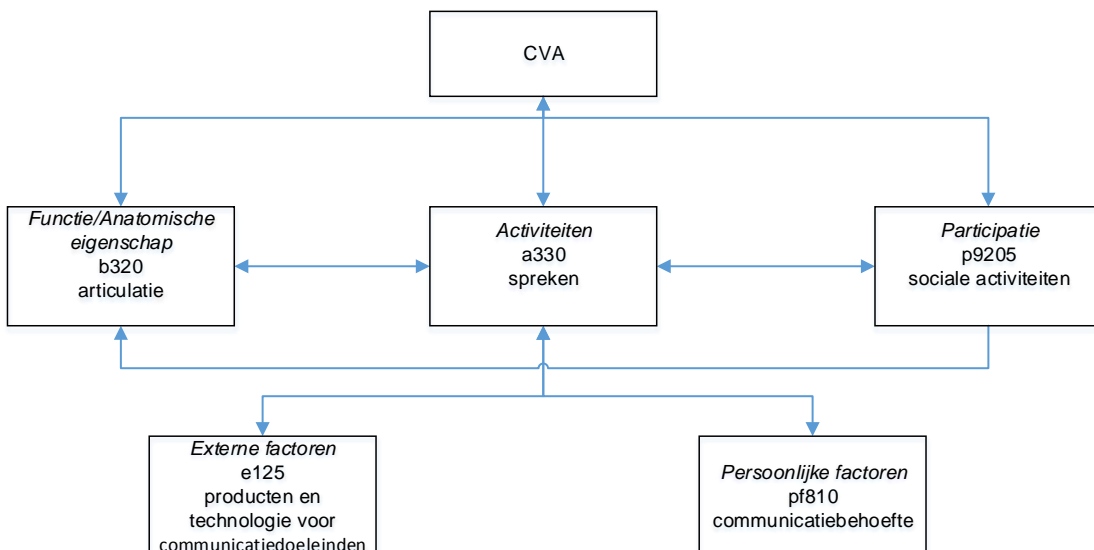
4.3 ICF-model

Als men bovenstaande functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie en factoren in een schema wil weergeven, dan ziet er dat als volgt uit:



Figuur 1: Algemeen ICF-schema

In onderstaande figuur (figuur 2) is te zien hoe een functie samen kan hangen met activiteiten en participatie, maar ook met persoonlijke en externe factoren. Stel dat de articulatie bemoeilijkt is dan kan dat gevolgen hebben voor het spreken en voor (deelname aan) sociale activiteiten. Wellicht heeft de desbetreffende persoon toch een grote communicatiebehoefte en krijgt hij een hulpmiddel voor het communiceren. Deze externe en persoonlijke factoren kunnen dus weer van invloed zijn op zijn spreken en op (deelname aan) sociale activiteiten.



Figuur 2: een voorbeeld van een ingevuld ICF-schema

Zoals te zien is in figuur 2, zal de logopedist voor het vastleggen van de eigen bevindingen, de logopedische diagnose of de behandelresultaten over het algemeen meerdere codes gebruiken voor één cliënt. Zij¹ kan een of meer codes kiezen voor functie(s)/stoornis(sen), voor de activiteiten/beperkingen en voor de participatie/participatieproblemen van een cliënt. En daarnaast kan de logopedist nog met codes aangeven of er externe en/of persoonlijke factoren zijn, die een positieve of negatieve invloed hebben op het functioneren van de cliënt. De logopedist hoeft zich dus niet te beperken tot één code. De ICF is neutraal geformuleerd waardoor de logopedist niet alleen kan aangeven waar problemen zijn, maar ook wat de cliënt nog wel kan en/of doet. De componenten van het menselijk functioneren en de problemen daarmee kunnen op twee manieren worden weergegeven; in neutrale termen (functies & anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie) en in negatieve termen (aanduiden van problemen, zoals stoornis, beperking en participatieprobleem). Het aanduiden van een stoornis, beperking of participatieprobleem geschiedt door achter de neutrale term een ernstcode te plaatsen. Hier wordt later in deze handreiking verder op ingegaan.

4.4 Medische diagnose niet gecodeerd in de ICF

Zoals eerder al is aangegeven staan in de ICF geen aandoeningen, die staan in de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) of in de ICPC (International Classification of Primary Care). De medische term, die bovenaan het schema staat, komt dus niet uit de ICF. Met andere woorden: de ziekte/aandoening staat wel in het ICF-schema (dat is belangrijk om een volledig plaatje te krijgen van de gezondheidstoestand van de betrokkene), maar voor de termen en coderingen zal gebruikgemaakt moeten worden van de ICD-10 of de ICPC.

¹ Overal waar 'zij' staat, kan ook 'hij' gelezen

5. De opbouw van de ICF-codering, afgeleide versie voor de logopedie

Hoe is de afgeleide versie van de ICF-codering opgebouwd? In dit hoofdstuk volgt een toelichting. Paragraaf 5.1 gaat in op de functies. Paragraaf 5.2 behandelt anatomische eigenschappen. Paragraaf 5.3 gaat in op activiteiten en participatie. Paragraaf 5.4 gaat dieper in op de externe factoren en paragraaf 5.5 op de persoonlijke factoren. Vervolgens wordt er in paragraaf 5.6 toegelicht wanneer men twee verschillende codes gebruikt en wanneer men één overkoepelende code gebruikt. Tot slot staat er in paragraaf 5.7 beschreven hoe diep men kan coderen in verschillende situaties.

5.1 Functies

Functies krijgen een /b/ voor de code om aan te geven dat het om het functieniveau gaat. De /b/ staat voor 'body'.

Binnen de ICF wordt gewerkt met verschillende niveaus van detaillering. Door het eerste cijfer achter de letter weet de logopedist in welk hoofdstuk ze zit (zie hieronder).

b1	Mentale functies
b2	Sensorische functies en pijn
b3	Stem en spraak
b4	Functies van hart en bloedvatstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en het ademhalingsstelsel
b5	Functies van het spijsverteringsstelsel, metabolisch stelsel en hormoonstelsel
b6	Functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies
b7	Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies
b8	Functies van huid en aanverwante structuren

Als de logopedist binnen een hoofdstuk de diepte in wil, kan dat door gebruik te maken van coderingen waarbij achter de letter /b/ en het eerste cijfer, meerdere getallen zijn toegevoegd. Hoe gedetailleerder de term is, die de logopedist wil vast leggen, hoe dieper zij moet 'afdalen' in de classificatie. Dat betekent vervolgens ook dat de codes die dan gebruikt worden langer zijn. Dat betekent bijvoorbeeld dat de code b1670 per definitie gedetailleerder is dan de code b167.

Voorbeelden op het tweede niveau (drie getallen) zijn:

b167	Mentale functies gerelateerd aan taal, inclusie afasie
b230	Hoofdfuncties
b310	Stem
b320	Articulatie
b330	Vloeiendheid en ritme van spreken
b355	Mondbehoefte, <i>inclusie</i> duim- en vingerzuigen, tandenknarsen, nagelbijten, wangbijten.

Voorbeeld 1	
b3101	Stemkwaliteit met daaronder:
b31010	Luidheid stem
b31011	Toonhoogte stem
b31012	Stemomvang

Voorbeelden op het derde of hogere niveaus (met vier of meer getallen) zijn:

Voorbeeld 2	
b1670	Mentale functies gerelateerd aan taalreceptie
b16700	Mentale functies gerelateerd aan receptie van gesproken taal
b167000	Pragmatische functies gerelateerd aan receptie van gesproken taal et cetera.

Tot welke laag de logopedist een functie of stoornis codeert, hangt af van de aard van de logopedische functie of stoornis, het doel van het vastleggen van het gegeven¹ en van de afspraken die zijn gemaakt binnen een praktijk / afdeling / instelling.

5.2 Anatomische eigenschappen

Anatomische eigenschappen krijgen een /s/ voor de code. De /s/ staat voor 'structure'.

Hieronder staan enkele voorbeelden van de verschillende hoofdstukken van anatomische eigenschappen, die relevant zijn voor de logopedie.

s1	Anatomische eigenschappen van zenuwstelsel
s2	Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren
s3	Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak
s4	Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel
s5	Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabolisch stelsel en hormoonstelsel.

Ook binnen deze hoofdstukken kan de logopedist de diepte in gaan om meer gedetailleerd zaken vast te leggen. De voorbeelden hieronder verschillen in hoe diep ze gaan in de beschrijving van de anatomische eigenschap.

s110	Anatomische eigenschappen van hersenen
s11001	Anatomische eigenschappen van temporale lob
s250	Anatomische eigenschappen van middenoor
S2500	Anatomische eigenschappen van trommelvlies
s320	Anatomische eigenschappen van mond
s3203	Anatomische eigenschappen van tong

¹ Zo zullen managementgegevens over het algemeen abstracter (minder gedetailleerd) zijn dan gegevens vastgelegd tijdens het klinisch redeneren.

5.3 Activiteiten en participatie

Activiteiten én participatie krijgen beide een /d/ voor de code. De /d/ staat voor 'domain'.

Bij het coderen van het menselijk handelen gaat het om welke *activiteiten* de cliënt nog uit kan voeren of uitvoert.

Als de logopedist (problemen met) deelnemen aan de samenleving codeert, dan gaat het er om of de cliënt mee kan doen aan het maatschappelijke leven op alle levensterreinen, of hij daadwerkelijk *participeert* aan het maatschappelijk leven en of iemand een volwaardig lid van de maatschappij is/kan zijn. Binnen 'activiteiten en participatie' wordt een onderscheid gemaakt tussen 'uitvoering' en 'vermogen'.

Vermogen	beschrijft of iemand een taak of een handeling kan uitvoeren. Dit heeft ten doel het meest waarschijnlijke niveau van functioneren aan te geven dat iemand kan bereiken op een bepaald terrein op een bepaald moment.
Uitvoering	beschrijft wat iemand in zijn/haar bestaande omgeving doet, eventueel met gebruik van hulpmiddelen. Het gebruik van hulpmiddelen wordt vervolgens met behulp van de externe factoren gecodeerd. Bij het coderen van 'uitvoering' beschrijft de logopedist letterlijk wat iemand doet.

Ook de codering van activiteiten en participatie kent een boomstructuur: binnen dit perspectief worden ook lagen onderscheiden. Ieder domein kent een onderverdeling.

De volgende domeinen worden vermeld (op het eerste niveau):

d1	Leren en toepassen van kennis
d2	Algemene taken en eisen
d3	Communicatie
d4	Mobiliteit
d5	Zelfverzorging
d6	Huishouden
d7	Tussenmenselijke interacties en relaties
d8	Belangrijke levensgebieden
d9	Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Enkele voorbeelden van diepere niveaus:

d210	Ondernemen van enkelvoudige taak
d220	Ondernemen van meervoudige taak
d2203	In groepsverband ondernemen van meervoudige taken
d310	Begrijpen van boodschappen
d315	Begrijpen van non-verbale boodschappen
d3152	Begrijpen van tekeningen en foto's
d330	Spreken
d335	Zich non-verbaal uiten
d3352	Gebruik van tekeningen en foto's

Let op: Omdat zowel activiteiten als participatie een /d/ voor de code krijgen, is het belangrijk dat de logopedist zelf goed in de gaten houdt wat zij wil coderen: activiteiten of participatie; vermogen of

uitvoering. Als er specifiek voor gekozen wordt om iets te benoemen als een activiteit kan de /d/ vervangen worden door een /a/ van 'activity' en als de logopedist specifiek aan wil geven dat het om participatie gaat dan kan de /d/ vervangen worden door een /p/.

5.4 Externe factoren

Externe factoren krijgen een /e/ voor de codering, de /e/ staat voor 'environmental factor'.

De hoofdstukken (op het eerste niveau) uit de lijst van Externe Factoren zijn:

e1	Producten en technologie
e2	Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin
e3	Ondersteuning en relaties
e4	Attitude
e5	Diensten, systemen en beleid

Een voorbeeld van het tweede niveau:

e535	Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot communicatie
------	---

5.5 Persoonlijke factoren

Persoonlijke factoren krijgen /pf/ voor de codering, dat staat voor 'personal factor'. Persoonlijke factoren betreffen de individuele achtergrond van het leven van een individu. Persoonlijke factoren bestaan uit kenmerken van het individu, die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand. Voorbeelden hiervan zijn: leeftijd, ras, geslacht, opleiding et cetera.

Omdat er internationaal geen consensus is verkregen over een lijst van persoonlijke factoren, is er voor de logopedie een eigen lijst opgesteld. Dit omdat persoonlijke factoren van invloed kunnen zijn op het functioneren van een cliënt, op de mogelijkheden tot participatie en op de therapie die de logopedist aanbiedt. De Persoonlijke factoren, zoals opgenomen in de afgeleide ICF voor logopedie, zijn gebaseerd op een artikel van Badley (2008).

De hoofdstukken (eerste niveau) die in de lijst Persoonlijke factoren zijn onderscheiden:

pf1	Sociodemografische gegevens / algemene persoonsgegevens
pf2	Functies en anatomische eigenschappen
pf3	Aan ziekte gerelateerde persoonlijke factoren
pf4	Mentale persoonlijke factoren
pf5	Life events
pf6	Leefstijl
pf7	Werkgerelateerde persoonlijke factoren
pf8	Overige persoonlijke factoren

Voorbeelden op het tweede niveau:

pf120	Taal die thuis gesproken wordt
pf430	Zelfvertrouwen
pf440	Ziektebeleving
pf450	Therapietrouw
pf610	Roken

pf630	Voedingsgewoonten
pf645	Hobby's
pf810	Communicatiebehoeften

5.6 Wanneer twee verschillende codes, wanneer één overkoepelende code?

De logopedist kan zelf bepalen wanneer zij twee codes en wanneer zij één overkoepelende code gebruikt om bepaalde aspecten van een functie, activiteit of participatie aan te geven. De reden hiervoor is dat dit afhankelijk is van de situatie waarin de codes gebruikt worden.

In sommige gevallen zal het prettig zijn om twee codes te gebruiken om aan te geven dat de logopedist aandacht heeft voor twee verschillende vraagstukken. Bijvoorbeeld bij een overleg over een cliënt met een collega logopedist. De logopedist kan dan bijvoorbeeld de volgende coderingen gebruiken:

- b1670.3 ernstige stoornis in mentale functies, taalreceptie.
- b16710.3 ernstige stoornis in mentale functies, expressie gesproken taal.

In een andere situatie kan het echter afdoende zijn om beide vraagstukken onder één globale noemer te laten vallen, omdat de toehoorder dan genoeg informatie heeft. Bijvoorbeeld als de logopedist de arts kort wil informeren over de wekelijkse voortgang van therapie bij een cliënt:

- b167 Mentale functies gerelateerd aan taal, inclusie afasie

5.7 Hoe diep coderen?

In paragraaf 5.1 is te zien dat de termen van globaal tot heel specifiek geformuleerd zijn. De logopedist kan zo zelf bepalen hoe diep/specifiek zij het probleem aan wil geven. Hier is dan ook geen richtlijn voor. Het is echter voorstelbaar dat de logopedist tijdens een multidisciplinair overleg wat hogere/oppervlakkigere codes gebruikt dan bijvoorbeeld bij logopedisch onderzoek. Bij een multidisciplinair overleg zit de logopedist namelijk met meerdere disciplines om tafel terwijl onderzoek vaak ingaat op een heel specifiek deelgebied. Daardoor adviseren wij de logopedist om goed naar de situatie te kijken waarin zij de codes gebruikt en aan de hand daarvan te bepalen hoe uitgebreid/hoe diep zij gaat coderen.

Net zoals bij het vraagstuk in paragraaf 5.6 is het van belang om af te vragen: wat wil de toehoorder/lezer weten? Heeft diegene genoeg aan een hogere, overkoepelende code of heeft deze meer gedetailleerde informatie nodig? Afhankelijk daarvan kiest de logopedist hoe diep zij gaat met de code en daarmee samenhangend of één code volstaat of dat ze de stoornis/beperving/het participatieprobleem met verschillende uitgesplitste codes gaat benoemen.

6. Typeringen

Typeringen zijn extra cijfers die achter de code kunnen worden geplaatst (tussen de code en de typering komt een punt te staan). Met typeringen kan extra informatie aan de code worden toegevoegd.

Bijvoorbeeld de ernst van de stoornis of beperking, de mate waarin een externe factor belemmerend of bevorderend werkt of de locatie van een stoornis.

6.1 Ernst scores

In de praktijk is het relevant om aan te kunnen geven wat de ernst van een stoornis, beperking of participatieprobleem is. Omdat er voor lang niet alle klassen in de ICF-meetinstrumenten beschikbaar zijn, is in de ICF een algemeen kenmerktype beschikbaar waarmee de 'ernst' kan worden aangegeven.

Bijvoorbeeld voor stoornissen:

xxx.0	geen stoornis (geen, afwezig, verwaarloosbaar, ...) of 0 - 4%
xxx.1	lichte stoornis (gering, laag, ...) of 5 – 24%
xxx.2	matige stoornis (tamelijk, ...) of 25 – 49%
xxx.3	ernstige stoornis (aanzienlijk, hoog, sterk, ...) of 50 – 95%
xxx.4	volledige stoornis (totaal, ...) of 96 – 100%
xxx.8	niet gespecificeerd
xxx.9	niet van toepassing

Noot 1: 'xxx.8 niet gespecificeerd' gebruikt de logopedist als er niet voldoende informatie is om de ernst van de stoornis aan te geven.

Noot 2: De xxx staat hier voor de gekozen ICF-code, omdat deze kan verschillen per cliënt, is deze hier vervangen door xxx.

In de gevallen dat er wel gekalibreerde meetinstrumenten beschikbaar zijn om een functie, activiteit of de participatie te kwantificeren, wordt voor de exacte interpretatie van de ernst van een eventueel probleem verwezen naar de desbetreffende testhandleiding.

De verwachting is dat er in de toekomst meer meetinstrumenten op het niveau van beperkingen en participatieproblemen ontwikkeld zullen worden.

Als er geen gekalibreerde meetinstrumenten zijn om de ernst van een stoornis, beperking of participatieprobleem aan te geven, zal de logopedist dat doen met behulp van beschrijvingen of op basis van haar eigen beoordeling.

Voorbeeld:

De logopedist kan aan een cliënt vragen hoe verstaanbaar hij/zij zichzelf vindt in het dagelijks leven. Dit kan bijvoorbeeld aangegeven worden op een schaal van één tot tien. De logopedist vraagt dan meestal ook na hoe de cliënt zijn/haar verstaanbaarheid inschat voor zijn/haar directe omgeving en voor onbekenden. Een logopedist kan daar vervolgens haar oordeel ook over geven en/of het oordeel van de partner vragen.

De cliënt geeft bijvoorbeeld zijn verstaanbaarheid een zes. Hij zegt dat zijn omgeving en onbekenden hem allemaal matig kunnen verstaan. Hij denkt dat daar geen wezenlijk verschil tussen zit.

De partner en de logopedist delen die mening niet; zij geven de verstaanbaarheid van de man ook een 6, maar denken dat onbekenden hem in een gesprek nog slechter zullen verstaan.

Dergelijke vragenlijsten / schalen kunnen een hulpmiddel zijn bij het beoordelen van de ernst van de aandoening als er geen gekalibreerde meetinstrumenten beschikbaar zijn.

6.2 Typeringen anatomische eigenschappen

6.2.1 Aard van de anatomische eigenschappen

Bij *anatomische eigenschappen* kunnen nog extra gegevens aangegeven worden; de aard van de anatomische eigenschappen (2^e typering):

xxx._0	geen verandering in anatomische eigenschap
xxx._1	volledige afwezigheid
xxx._2	gedeeltelijke afwezigheid
xxx._3	extra deel
xxx._4	afwijkende dimensies
xxx._5	discontinuïteit
xxx._6	afwijkende positie
xxx._7	kwalitatieve veranderingen in anatomische eigenschap, inclusief ophoping van vocht
xxx._8	niet gespecificeerd
xxx._9	niet van toepassing

Noot: Op de streep die voor deze getallen staat, komt de ernstscore.

6.2.2 Locatie van de anatomische eigenschappen

Ook kunnen anatomische lokalisaties aangegeven worden (3^e typering):

xxx._ _0	meer dan een regio
xxx._ _1	rechts
xxx._ _2	links
xxx._ _3	beiderzijds
xxx._ _4	voorzijde
xxx._ _5	achterzijde
xxx._ _6	proximaal
xxx._ _7	distaal
xxx._ _8	niet gespecificeerd
xxx._ _9	niet van toepassing

6.2.3 Samenvatting

De logopedist kan dus niet alleen de ernst aangeven, maar ook de aard en de lokalisatie van anatomische eigenschappen. Zij kan zowel de ernst, de aard en de lokalisatie in één code aangeven.

Dat gebeurt als volgt:

s3400. _ _ _
Op de eerste streep komt de ernst van de stoornis
Op de tweede plaats de aard van de stoornis en
Op de derde plaats de lokalisatie van de stoornis

Voorbeeld

s3400.262 houdt in dat er een matige stoornis is aan de anatomische eigenschappen van een stemband; de linker stemband staat in een afwijkende positie, want:
s3400 staat voor de 'anatomische eigenschappen van de stembanden'
de eerste 2 achter de punt geeft aan dat er een 'matige stoornis' is
de 6 geeft aan dat er sprake is van een 'afwijkende positie'
en de laatste 2 van de code geeft aan dat het de linker stemband betreft.

6.3 Typeringen activiteiten

6.3.1 Ernst van de activiteiten

Bij het coderen van *activiteiten* staat op de eerste plaats achter de punt de ernst van uitvoering. Uitvoering beschrijft wat iemand nog doet in zijn/haar bestaande omgeving, eventueel met het gebruik van hulpmiddelen.

6.3.2 Vermogen van de activiteiten

Bij het coderen van *activiteiten* staat op de tweede plaats de ernst van het vermogen. Vermogen beschrijft iemands vermogen een taak of handeling uit te voeren, zonder hulpmiddel¹.

6.3.3 Samenvatting

De logopedist kan dus de ernst aangeven van de uitvoering en de ernst van het vermogen. Beide kunnen weergegeven worden in één code. Dat gebeurt als volgt:

d335. _ _
Op de eerste streep komt de ernst van de uitvoering
Op de tweede plaats de ernst van het vermogen

Voorbeeld

d335.2_	Matige beperking in de uitvoering van zich non-verbaal uiten
d335._3	Ernstige beperking in het vermogen van het zich non-verbaal uiten

Het kan dat er slechts één typering wordt ingevuld, de ongebruikte ruimte hoeft niet worden ingevuld.

6.4 Mate van invloed van de externe factoren

Voor de mate van invloed van *externe factoren* geldt ook dat er extra gegevens aangegeven kunnen worden. Er is een onderscheid gemaakt tussen belemmerende factoren en ondersteunende factoren.

Hoe de logopedist dat scoort, is hieronder te zien:

Belemmerende factoren		Ondersteunende factoren	
xxx.0	Geen belemmerende factor	xxx+0	Geen ondersteunende factor
xxx.1	Licht belemmerende factor	xxx+1	Licht ondersteunende factor
xxx.2	Matig belemmerende factor	xxx+2	Matig ondersteunende factor

¹ Er zijn nog derde en vierde typeringen, deze zijn optioneel. Ze geven de mogelijkheid om de uitvoering zonder hulp te coderen en het vermogen met hulp. Zie: de Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (RIVM, 2002, 2007).

Belemmerende factoren		Ondersteunende factoren	
xxx.3	Aanzienlijk belemmerende factor	xxx+3	Aanzienlijk ondersteunende factor
xxx.4	Volledig belemmerende factor	xxx+4	Volledig ondersteunende factor
xxx.8	Belemmerende factor niet gespecificeerd	xxx+8	Ondersteunende factor niet gespecificeerd
xxx.9	Niet van toepassing	xxx+9	Niet van toepassing

Voorbeeld:

e310+3	houdt in dat de naaste familie een aanzienlijk ondersteunende factor is.
--------	--

De logopedist kan voor verschillende conventies kiezen voor de noteerwijze van de externe factoren.

Zij kan bijvoorbeeld kiezen om de externe factoren apart te coderen:

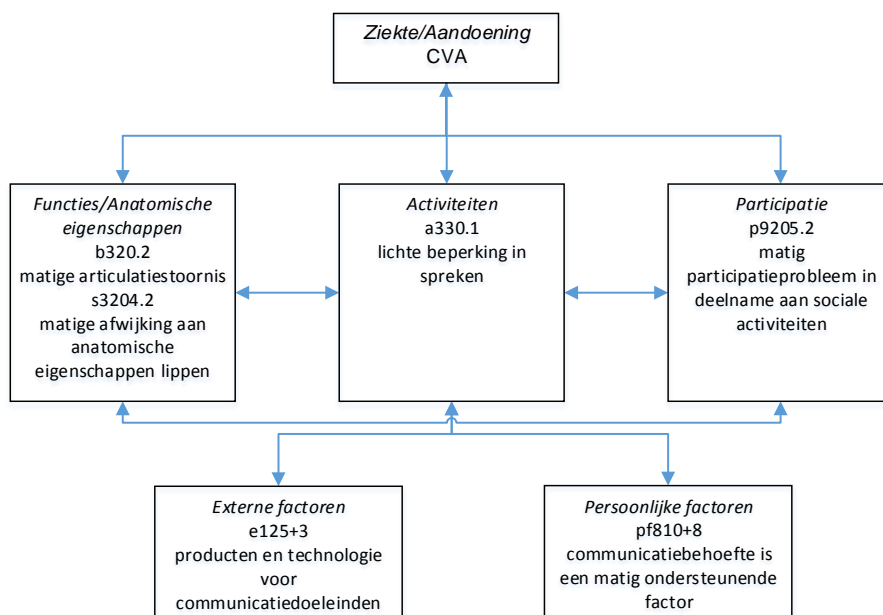
Funcities
Anatomische eigenschappen
Activiteiten & participatie
Externe factoren

Maar de logopedist kan er ook voor kiezen om de externe factoren bij elk component te coderen:

Funcities	E-codering
Anatomische eigenschappen	E-codering
Activiteiten & participatie	E-codering

6.5 Samenvatting

Alle componenten van de ICF afgeleide versie voor de logopedie zijn besproken, alsmede hoe de logopedist de ernst van een functie, een anatomische eigenschap of van een activiteit of van participatie mogelijkheden kan scoren. Het hierna volgende schema is een voorbeeld met daarin codes en ernstscores weergegeven.



Figuur 3: Een voorbeeld van een ingevuld ICF-schema, met ernst coderingen.

Deel II casuïstiek

7. Casuïstiek

Omdat de omschakeling van de ICDH naar ICF-coderingen oefening vraagt, is in deze paragraaf casuïstiek toegevoegd. Oefening baart kunst! In paragraaf 7.1 volgt de casuïstiek. Per casus is een schema ingevoegd dat de logopedist kan invullen. De bijbehorende coderingen zijn te lezen in paragraaf 7.2.

7.1 Casuïstiek

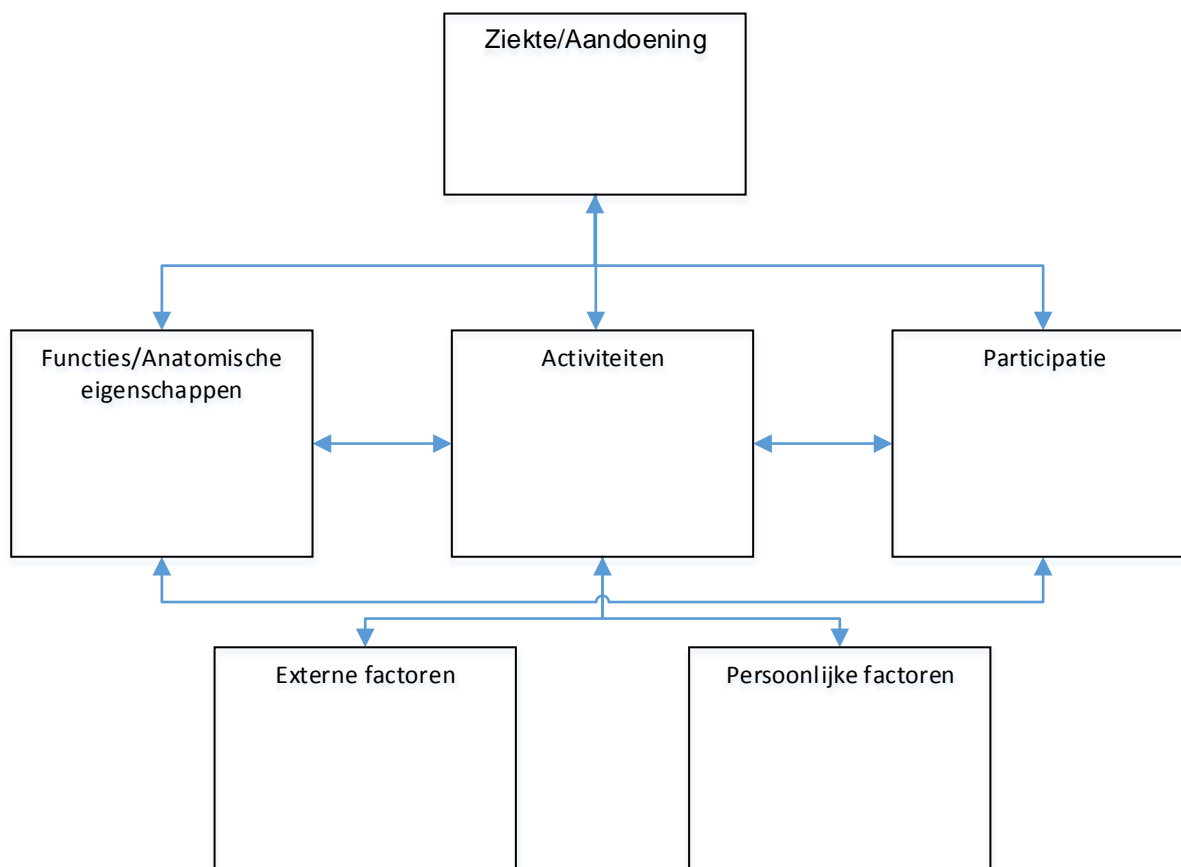
Casus 1 - stem

Een vrouw van achtendertig jaar heeft stembandknobbeltjes, links. Mw. klinkt hees.

Mw. heeft eenmaal eerder logopedie gehad voor deze aandoening, mw. is niet geopereerd aan haar stembandknobbeltjes. Mw. heeft nu weer logopedie, mw. hoopt op deze manier een operatie te voorkomen.

Mw. heeft een hoge ademhaling. Een logopedist heeft de stemkwaliteit beoordeeld aan de hand van de GRBAS schaal: G: 2, R: 0, B: 2, A: 0, S: 2.

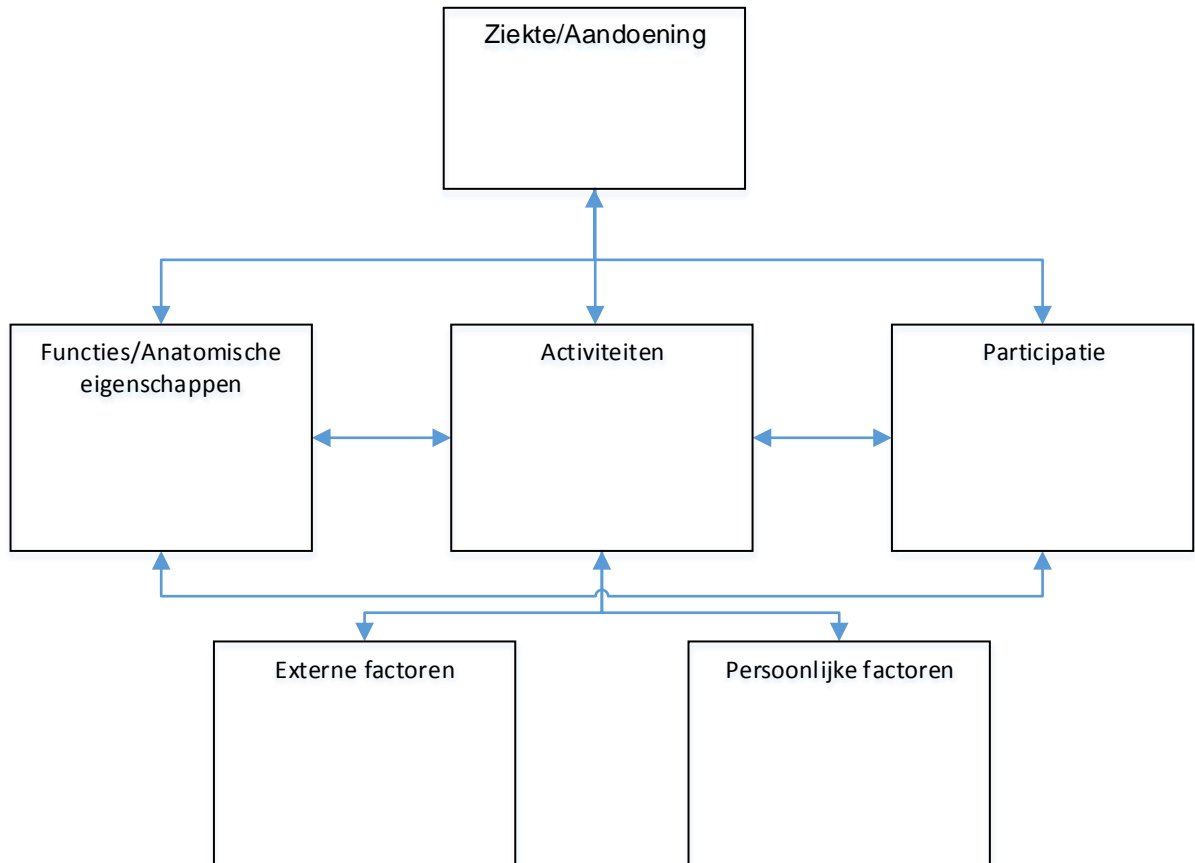
Ze is bloemist van beroep en heeft aan het einde van de dag een vermoeide stem, door de stembandknobbeltjes. Het spreken kost haar dan meer moeite. Door haar hese en vaak vermoeide stem, kan mw. niet meer zingen in haar band. Dit laatste deed mw. semiprofessioneel.



Casus 2 - spraak 1

Een tienjarige jongen wordt verwezen naar de logopedist met de verwijfsdiagnose 'stotteren'. Tijdens het onderzoek worden ernstige problemen in de continuïteit van de spraak gevonden, gekenmerkt door herhalingen van lettergrepen en verlengingen van klanken.

Op school zijn er problemen met het hardop lezen en het beginnen van een gesprek. Tijdens het groepsgesprek neemt hij geen enkele keer het initiatief om eraan deel te nemen. Thuis merken de ouders dat de jongen steeds minder initiatief neemt tot een gesprek, hij is zich bewust van het feit dat hij stottert. (bron: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, 2007)



Casus 3 - spraak 2

Een vierjarig meisje is slecht verstaanbaar voor vreemden, haar ouders verstaan haar wel. Ook de leerkracht verstaat haar slecht, waardoor het meisje in het kringgesprek nauwelijks de beurt krijgt. Het meisje is enig kind en wordt tweetalig opgevoed. Vader spreekt Engels tegen haar, moeder Nederlands. Er zijn geen gehoorproblemen of andere problemen in de ontwikkeling bekend.

Taal Schlichtingtest voor Taalbegrip én Schlichtingtest voor Taalproductie (alle onderdelen) worden binnen binnen het gemiddelde gescoord.

Observatie van de articulatie in de spontane spraak

/L/ wordt nog niet gevormd - veel consonantclusters worden gereduceerd of gesubstitueerd.

l -> r in alle posities

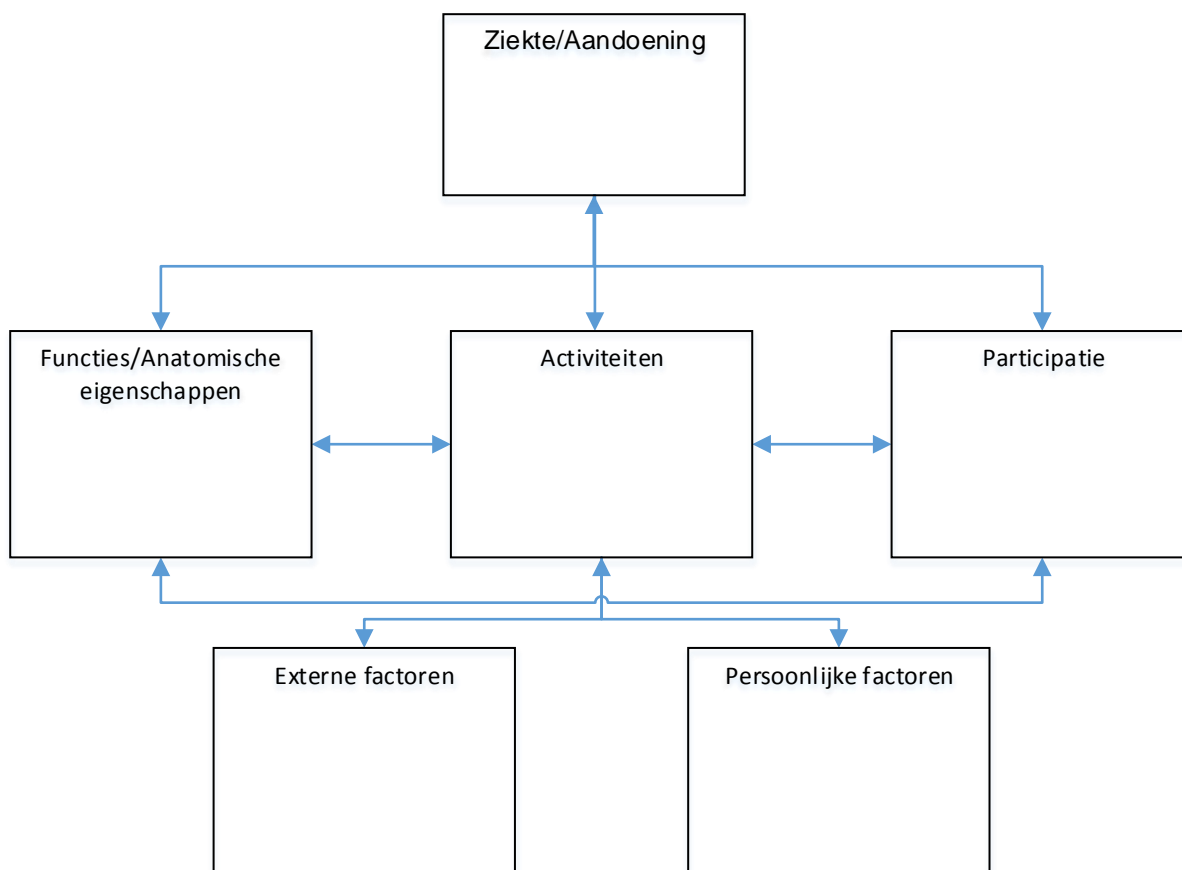
zw -> omissie

kl -> kr

bl -> k

pl -> pr

sn -> sr



Casus 4 - Taal 1

Een jongetje van vier jaar heeft een trage ontwikkeling op meerdere vlakken, waarvoor geen duidelijke oorzaak aan te wijzen is. Hij leek als baby te weinig gericht op geluiden om adequaat te reageren. Dergelijke problemen met gehoor of aandacht zijn er nu niet meer. Hij is voor derden onvoldoende verstaanbaar. Tegen vreemden neemt hij de laatste tijd geen spreekinitiatief meer. Hij is moeilijk te hanteren in de thuissituatie, hij wil niet zelfstandig slapen en eten. Zijn moeder ervaart hem als claimerig., waardoor zij weinig geduld heeft met hem. Hij is bovendien bang voor motorische activiteiten, zoals fietsen.

De logopedist heeft, tot nu toe, de volgende gegevens verzameld:

Taal:

Op de Schlichtingtest voor Taalbegrip behaalt het jongetje een TBQ van 80. Op de Schlichtingtest voor Taalproductie behaalt hij een WQ van 87. Zijn ZQ is 80.

Articulatie

Qua articulatie heeft de logopedist het volgende waargenomen:

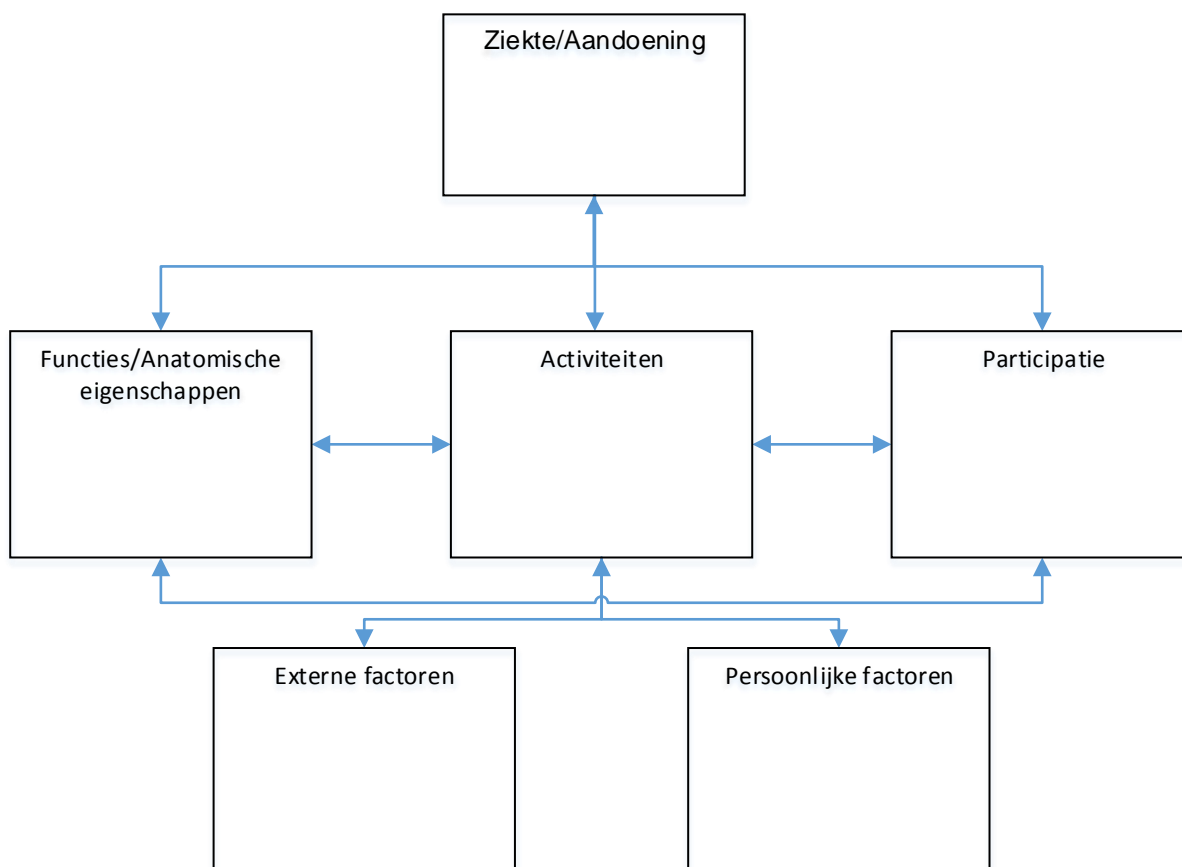
v/f □ s

g/gr □ h

finale r □ omissie

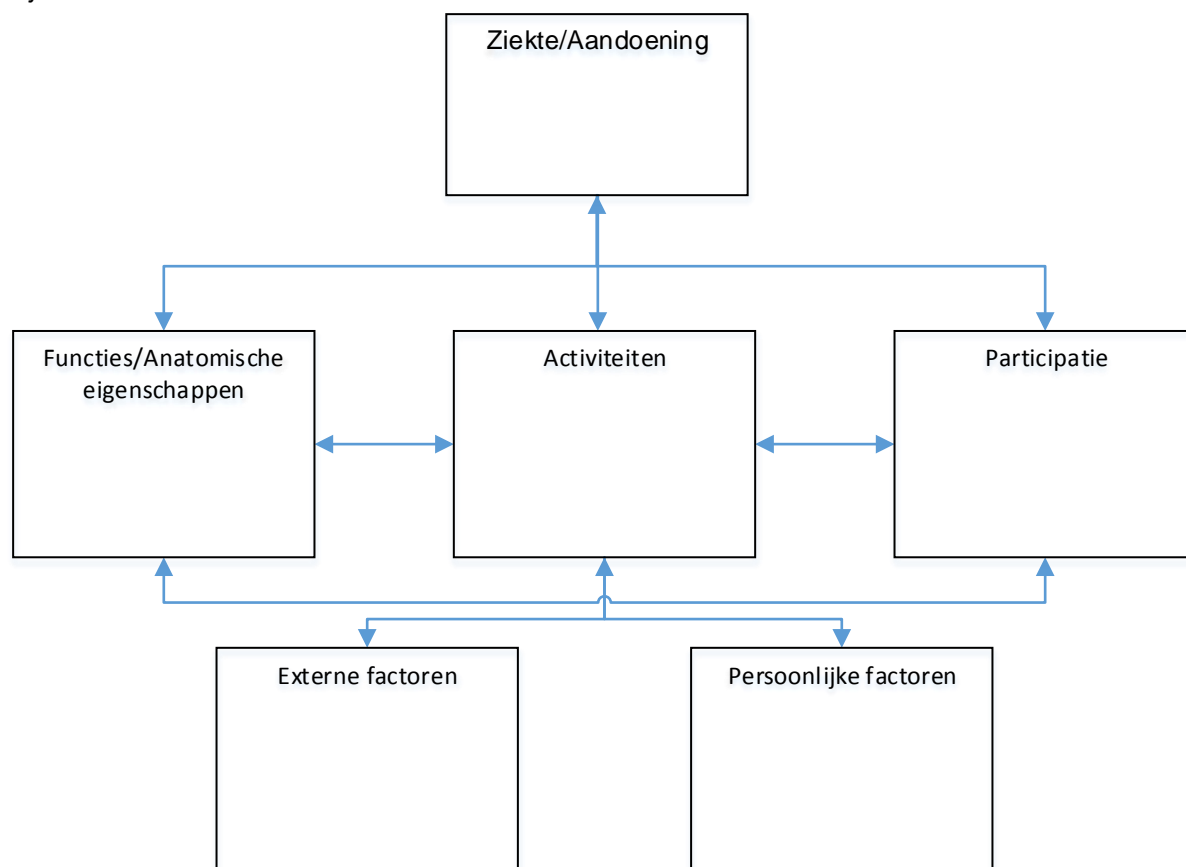
Bij meerlettergrepige woorden vindt er deletie van zwakke syllabe plaats.

In een observatie signaleerde de logopedist dat bij dit jongetje de spreekdrang afneemt, zodra er eisen aan hem worden gesteld.



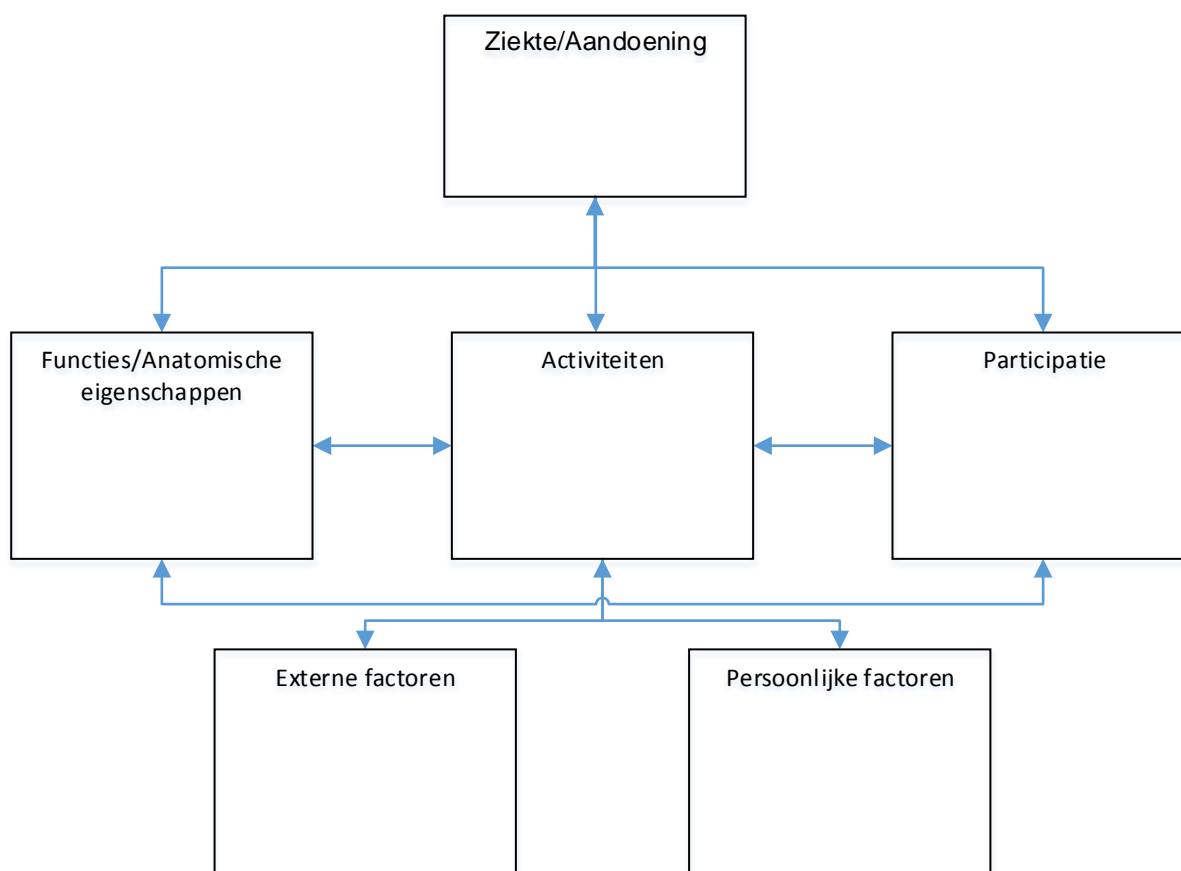
Casus 5 - Taal 2

Een man van zeventenzestig heeft een half jaar geleden een CVA links gehad en als gevolg daarvan een ernstige afasie meest lijkend op de afasie Wernicke (stoornisniveau: 1 en activiteitsniveau: 2 op de afasieschaal van de AUS-TOM (Enderby, 1997 - vertaling Afasieteam / SW juli 2009)). Hij heeft speekdrang, maar spreekt veelal in neologismen en jargon waardoor naasten en derden hem slecht begrijpen. Dhr. heeft dit zelf vaak niet door. Het begrip van dhr. is aangedaan; dhr. heeft veel moeite om lange zinnen te begrijpen, korte eenvoudige opdrachten of informatie kan dhr. adequaat verwerken. Het begrip van schriftelijke informatie is iets beter dan het begrip van verbale informatie. Dhr. heeft weinig behoefte aan sociale contacten buiten de familie om, dit was voor het CVA ook al zo. Dhr. heeft steun aan zijn familie.



Casus 6 - slikken

Een vrouw van eenenvijftig heeft MS. Zij merkt dat ze zich de laatste tijd steeds vaker verslikt in dunne dranken, zoals koffie, thee en water. De logopedist diagnosticeert na afname van een slikonderzoek een geringe tot matige orofaryngeale dysfagie (stoornisniveau: score 2-3 op de dysfagieschaal van de AUSTOM (Skeat & Perry, 2005) (niet gevalideerde vertaling) en activiteitsniveau: 6 op de functionele orale intakeschaal (FOIS) van (Crary et al., 2005) (niet gevalideerde vertaling). Mw. ervaart haar beperking als vervelend, omdat het hoesten de aandacht trekt van andere mensen. Dit geeft haar een gevoel van schaamte waardoor mw. tegenwoordig steeds minder vaak naar eet- en drinkgelegenheden gaat (score op participatieniveau: 1-2, 'Eating in public' subschaal van Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients (PSS-HN) van (List et al. 2005).



Casus 7 - gehoor

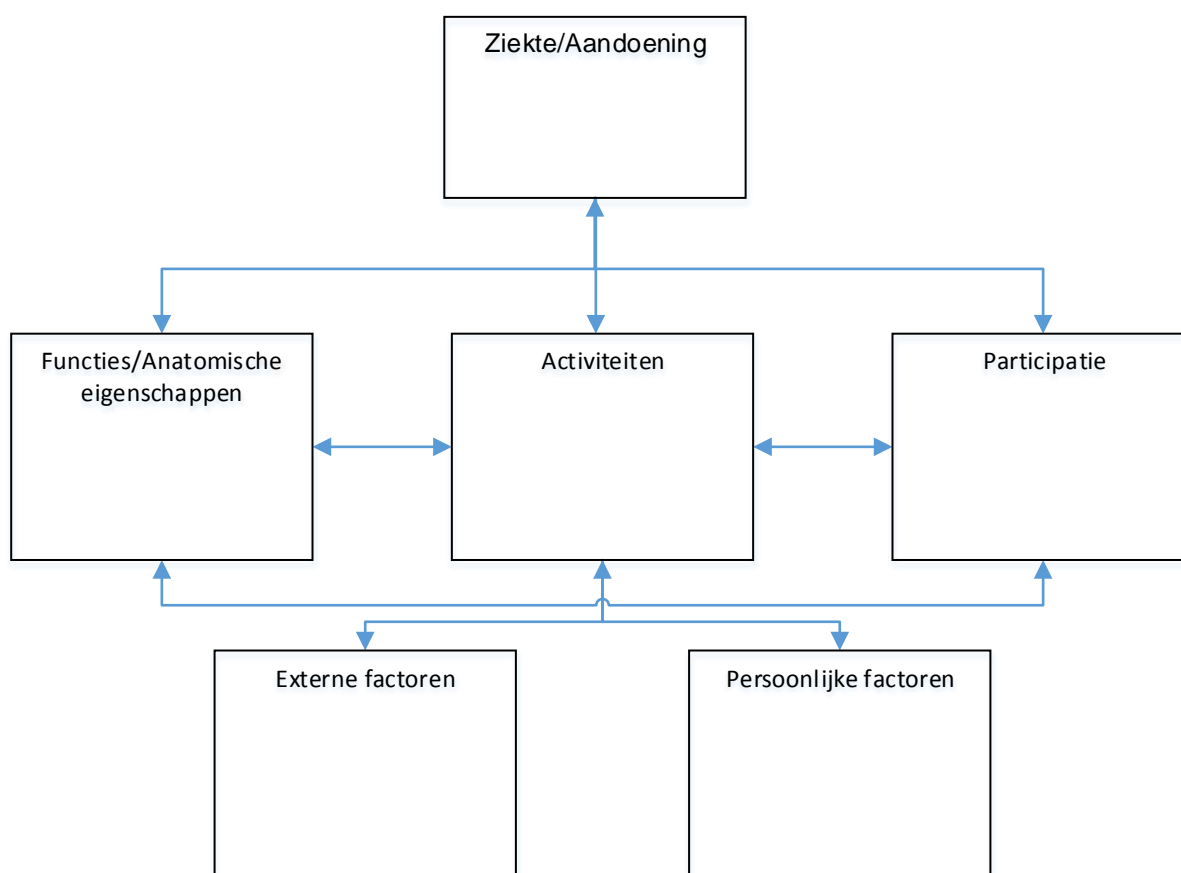
Een driejarig meisje heeft zeer ernstige perceptieverliezen, ze heeft daarom beiderzijds cochleaire implantaten gekregen. De cochleaire implantaten zijn van positieve invloed op de ontwikkeling van de articulatie.

Uit het eerste onderzoek van de logopedist bleek dat de ontwikkeling van de articulatie tot nu toe (matig) vertraagd verliep, ook heeft ze een vlakke intonatie.

Haar ouders en begeleiders op het medisch kinderdagverblijf verstaan haar en geven haar regelmatig positieve feedback. Andere kinderen hebben er moeite mee om het meisje te verstaan.

Ze heeft via non-verbale communicatie toch een goede ingang om samen te spelen met andere kinderen.

Ze reageert nu goed op geluid en spraak in een rustige omgeving. Bij rumoer merken haar ouders en begeleiders dat ze nog moeilijk geluid en spraak kan onderscheiden. Het meisje ondervindt hier zelf geen hinder van. Op alle andere gebieden ontwikkelt ze zich goed.

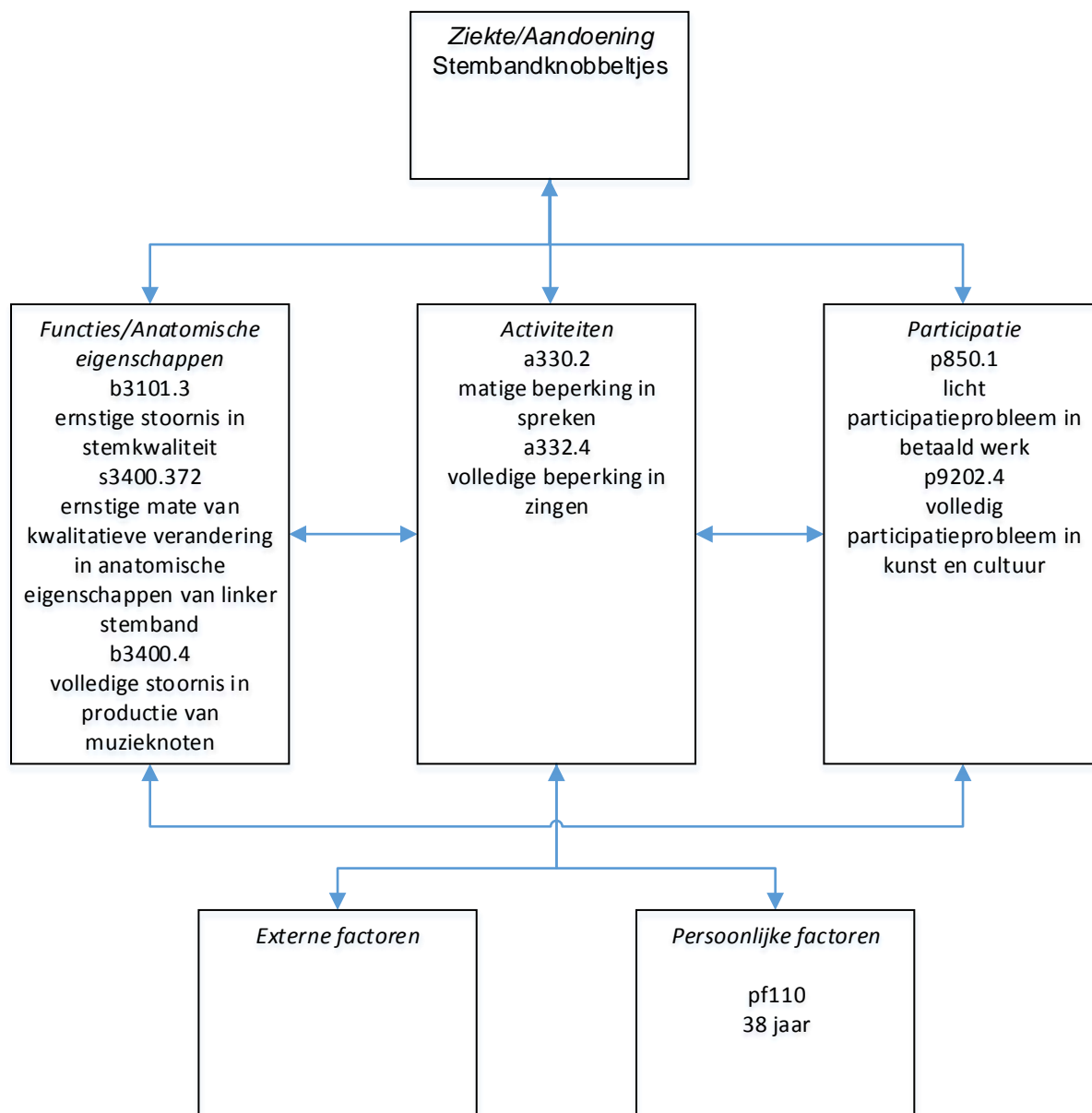


7.2 Antwoorden

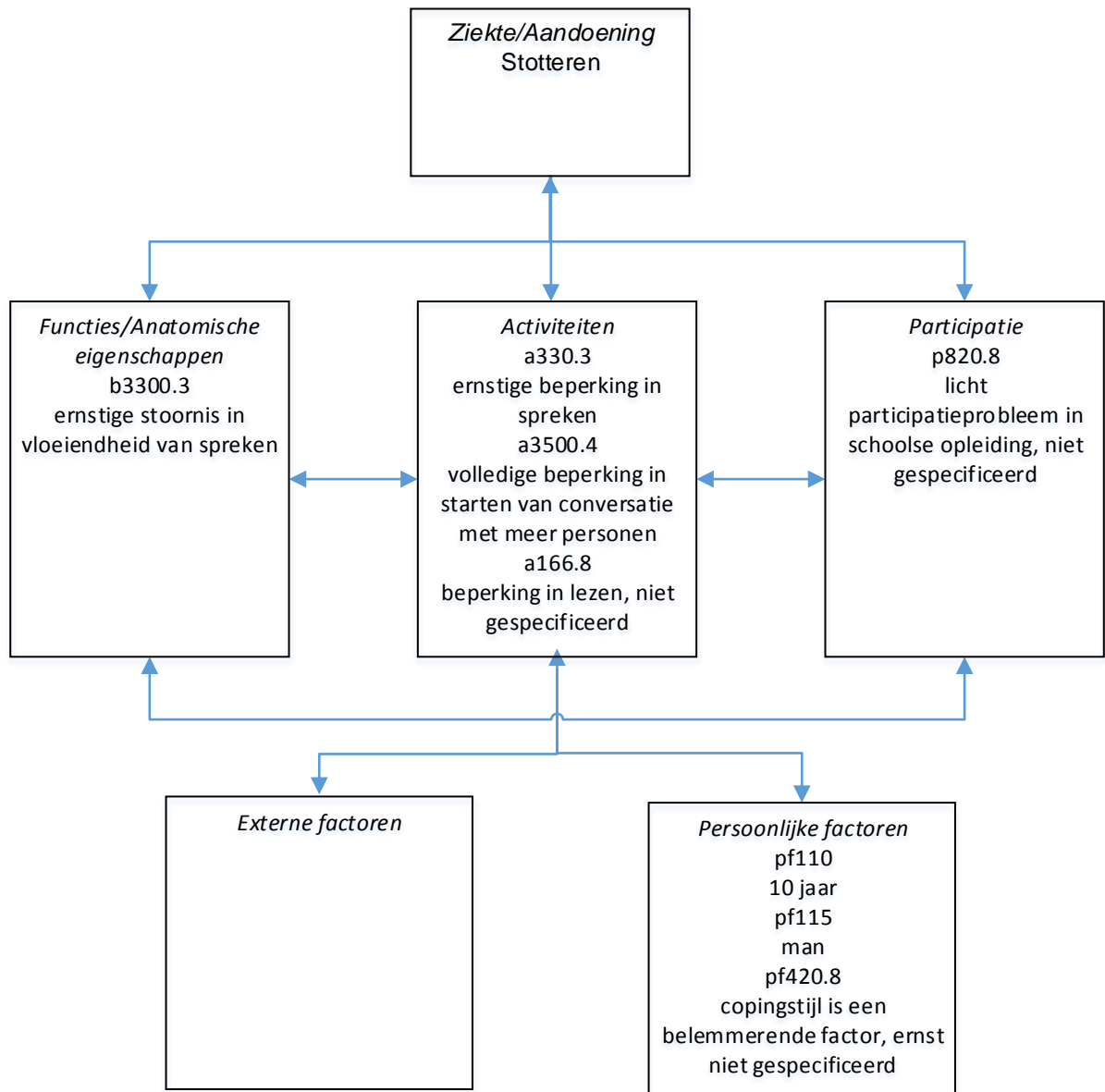
In deze paragraaf zijn de antwoorden op de casuïstiek te vinden. In het bovenste blokje staan de aandoeningen vermeld. Hier staan geen codes bij, omdat deze niet in de ICF te vinden zijn, maar in de ICD-10. De aandoeningen worden door de arts gediagnosticeerd. Het kan voorkomen dat er (nog) geen medische diagnose bekend is. In dat geval staat er bij 'ziekte/aandoening' de term waarmee de cliënt is doorverwezen door de (huis)arts. In onderstaande schema's zijn zoveel mogelijk ICF-coderingen in de schema's opgenomen om het volledige beeld van de cliënt te beschrijven. Van de ziekte/aandoening tot en met de externe en persoonlijke factoren. De logopedist kan dit volledige schema ook in de dagelijkse praktijk gebruiken. De logopedist kan er ook voor kiezen om alleen de coderingen te gebruiken van de functies, activiteiten en participatie.

Noot: Het is altijd lastig om casuïstiek te coderen; het kan zijn dat informatie te summier is of dat de informatie voor tweeërlei uitleg vatbaar is. Casuïstiek moet dan ook voornamelijk gezien worden als een mogelijkheid om met elkaar in discussie te gaan.

Casus 1 - stem

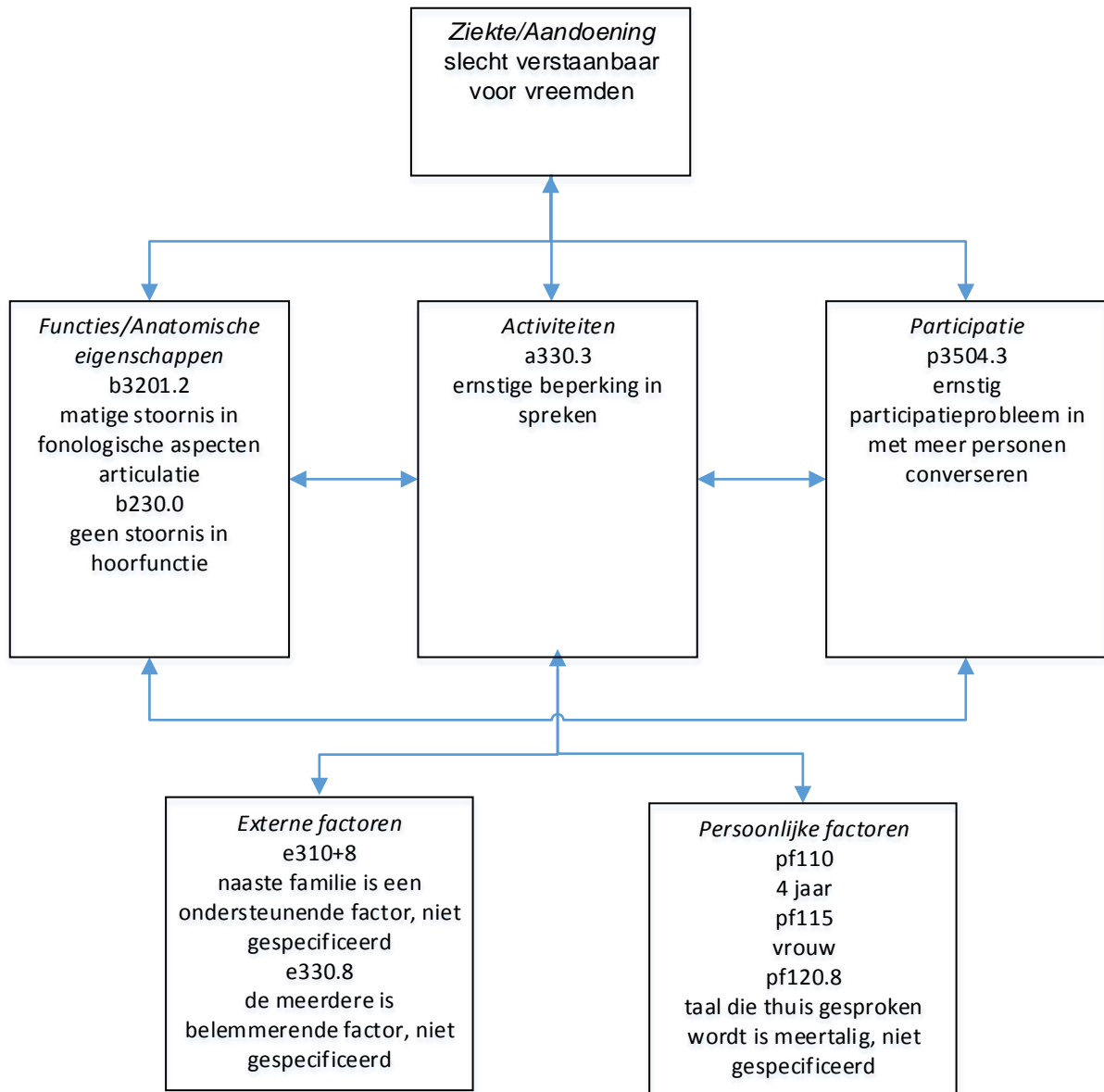


Casus 2 - spraak



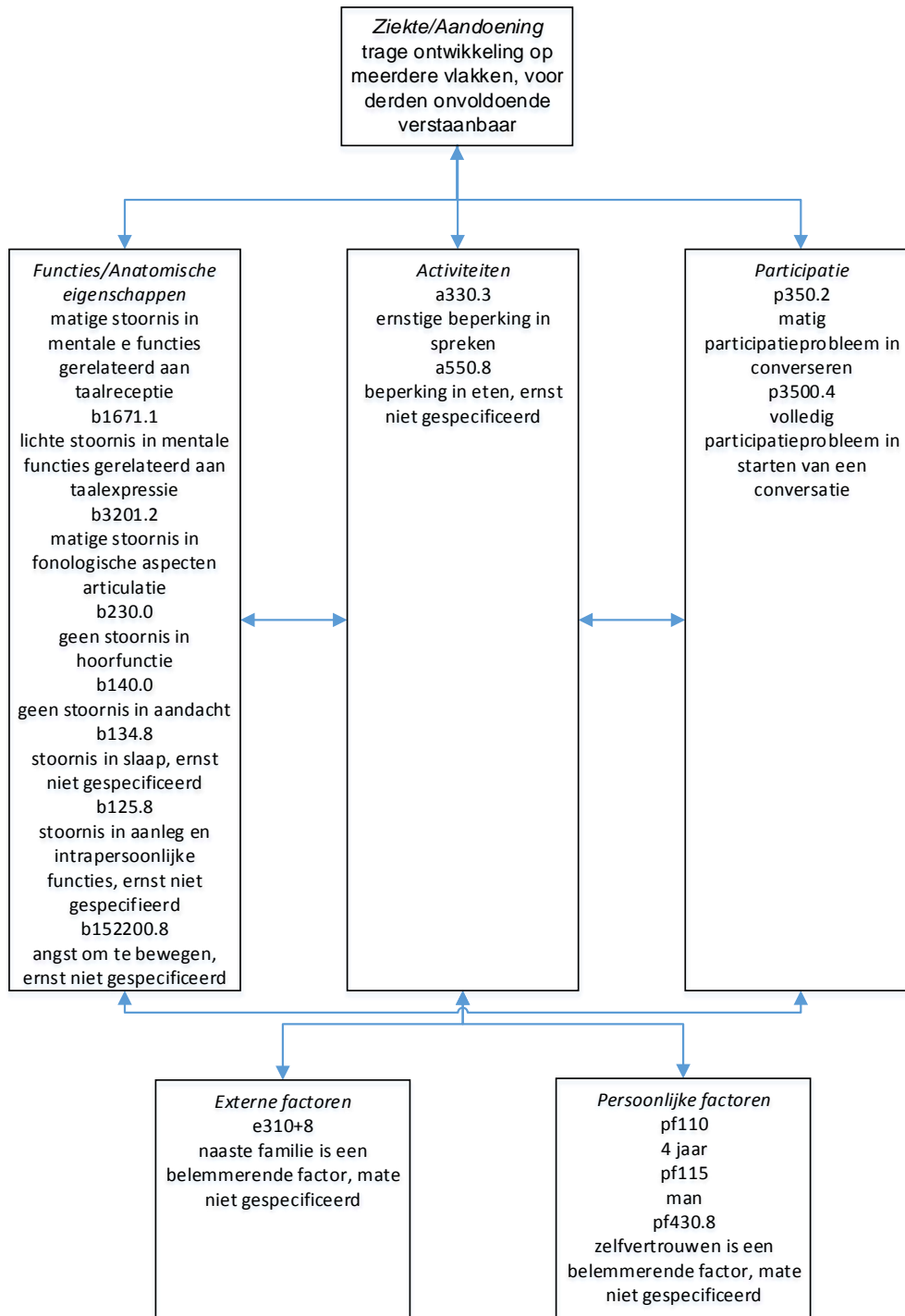
Hierbij is de ernstscore van 'starten van een conversatie' en van 'met meer personen converseren' gebaseerd op de situatie op school. Als de logopedist de thuissituatie wil scoren dan kan zij een andere ernstscore kiezen. Of dan kan zij een gemiddelde ernstscore voor beide situaties nemen. In bovenstaand schema zijn alle codes bij de functies, activiteiten en participatie opgenomen, om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen voor de logopedist. Voor communicatie naar de verwijzer kan de logopedist er ook voor kiezen om één overkoepelende code te gebruiken.

Casus 3 - spraak 2



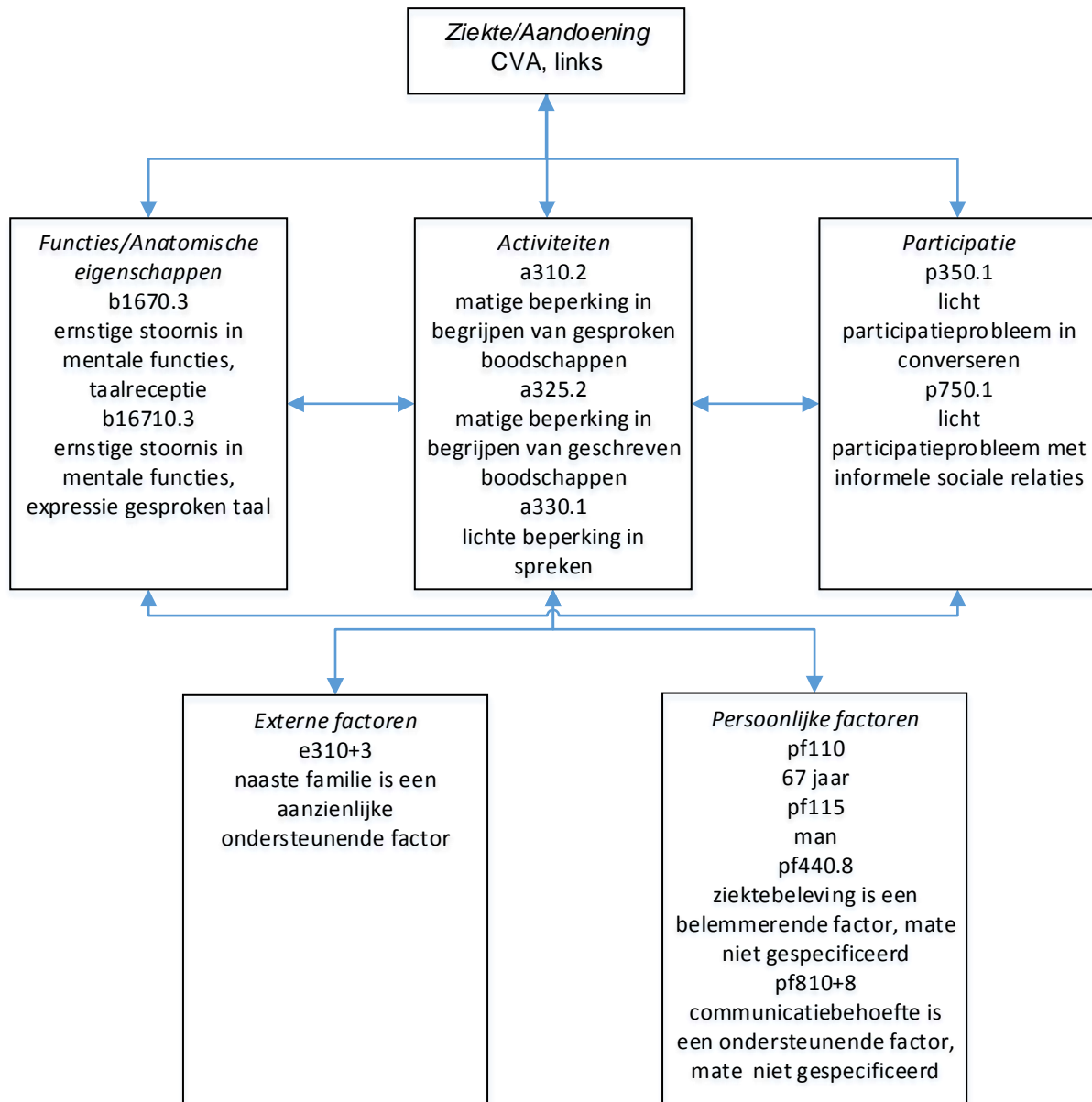
Er is een discrepantie tussen de ernst van de stoornis enerzijds en de ernst van de beperking en het participatieprobleem anderzijds, aangezien ze voor vreemden slecht te verstaan is en in het kringgesprek minder de beurt krijgt en neemt.

Casus 4 - Taal 1



Er is gekozen bij taalexpressie voor een 'lichte' ernst, omdat het kind op de WQ binnen de norm valt en op de ZQ buiten de norm. De ernstscore van 'starten van een conversatie' is gebaseerd op spreken met vreemden.

Casus 5 – Taal 2



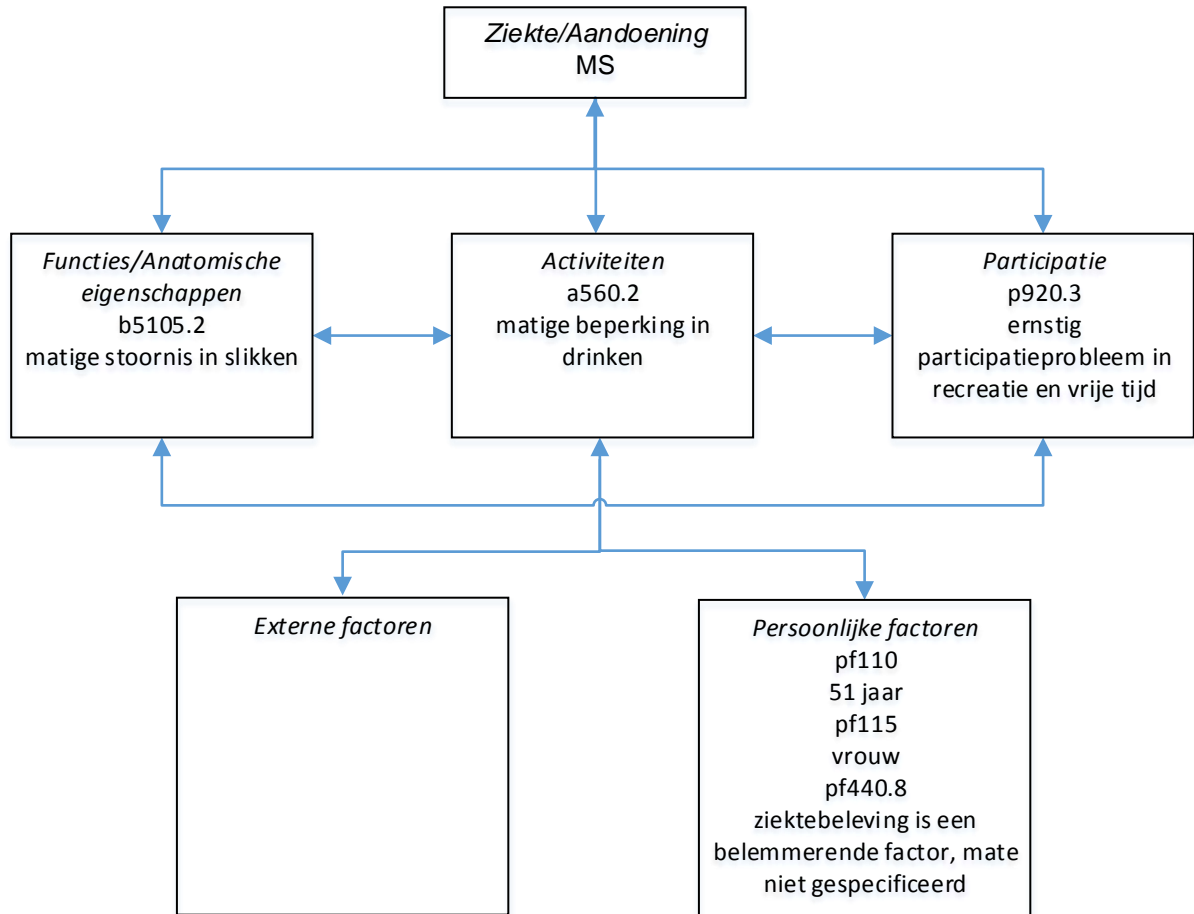
Een toelichting op de ernst van de beperking met betrekking tot het begrijpen: er is gekozen voor een matige ernst, omdat dhr. korte boodschappen nog wel begrijpt.

Toelichting op de ernst van de beperking met betrekking tot het spreken: er is gekozen voor een lichte ernst aangezien er is gekeken vanuit dhr. zelf en dhr. heeft vaak niet door dat men hem niet begrijpt.

De toelichting bij de ernst van het participatieprobleem: er is gekozen voor lichte problemen, aangezien dhr. weinig behoefte heeft aan sociale contacten buiten de familie om.

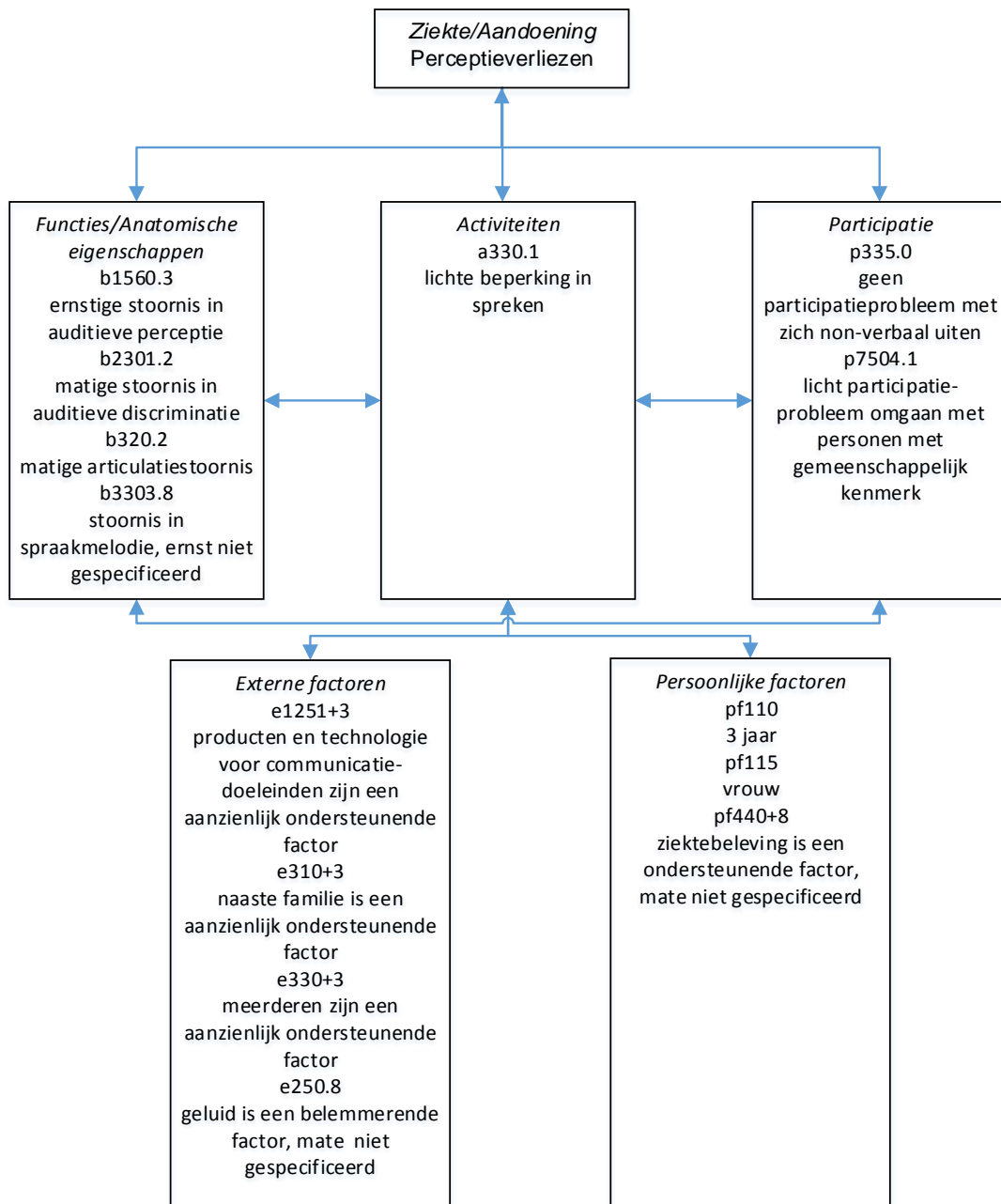
Ziektebeleving is bij persoonlijke factoren vermeld, aangezien dhr. vaak zelf niet door heeft dat mensen hem slecht begrijpen. Er is .8 gescoord, omdat uit de casus niet duidelijk wordt hoe dhr. de afasie als geheel ervaart. Communicatiebehoefte staat ook vermeld voor het feit dat dhr. weinig behoefte heeft aan sociale contacten buiten de familie om. Voor de meeste mensen levert een afasie frustraties op, omdat ze slecht sociale contacten kunnen onderhouden. Omdat dhr. weinig behoefte had én heeft aan sociale contacten wordt dit gescoord als een ondersteunende factor, aangezien deze meneer geen frustraties ondervindt van het feit dat hij weinig sociale contacten onderhoudt.

Casus 6 - slikken



Ziektebeleving is opgenomen, omdat mw. het vervelend vindt dat ze zich verslikt, aangezien het hoesten de aandacht trekt van andere mensen in eet- en drinkgelegenheden. Uit de casuïstiek werd echter verder niet duidelijk hoe de ziektebeleving van de MS als geheel is, daarom is er .8 gescoord.

Casus 7 – gehoor



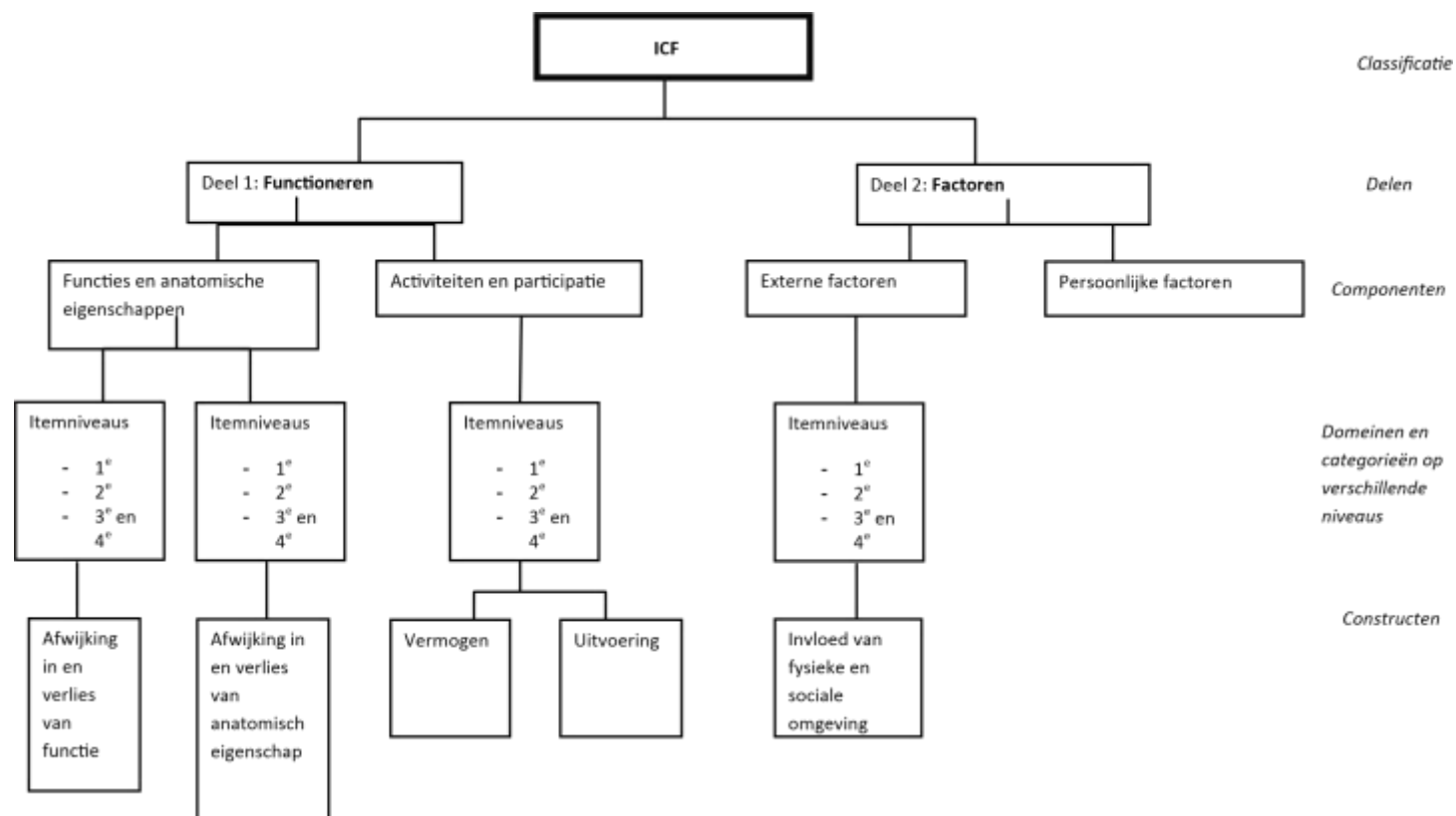
Toelichting:

Er is gekozen voor een matige ernst bij auditiële discriminatie, aangezien ze wel goed reageert in rustige ruimten, maar niet bij rumoer. Ziektebeleving wordt als positief genoemd, maar niet in welke mate, omdat uit de casus wel blijkt dat het meisje geen hinder ondervindt van haar moeilijkheden met het onderscheiden van spraak en geluid.

8. Literatuurlijst

- Badley, E. (2008) *Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health*. *Social Science & Medicine*, Volume 66, Issue 11, June 2008, pages 2335 – 2345.
- Beurskens, S., R. van Peppen e.a. (2008) *Meten in de praktijk. Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Cvl REC ZeON (2008) *Handleiding indicatiestelling REC ZeON, deel 2 Stoornis*. Versie 1.0 augustus 2008 □ Dixhoorn, J., I. van Dixhoorn – Verhoeven, N. Umland – Sikkema (2008) *AOT aan de tand gevoeld, opstellen over adem- en ontspanningstherapie. Hoofdstuk 7. De Nijmeegse Vragenlijst in de evaluatie van adem- en Ontspanningstherapie* (2008) Uitgeverij Centrum AOT, Amersfoort
- Heerkens, Y. & C. Koolhaas (2008) *ICF voor logopedie*. Issue 3, 2008, NPi
- Heerkens, Y. & J. de Beer (2007) *International Classification of Functioning Disability and Health – Gebruik van de ICF in de logopedie*. *Logopedie & Foniatrie*, nummer 4, 2007 □ Hemert, A. (2008) *Werkgroep maakt International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) specifiek voor de logopedie*. *Logopedie & Foniatrie*, nummer 11, 2008
- Meulenbergh, A., H. van der Pol – Top, C. Kuiper (2008) *Dialog, een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Uitgeverij Lemma – Den Haag
- NVLF (2009) *ICF-logopedie*. Heerkens Y.F., Koolhaas C. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- Paemeleire, F. & K. Holvoet (2004) *Een sociale benadering van afasie: implicaties voor diagnostiek en behandeling*. Download op www.neurocom.be
- RIVM (2002, 2007) *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Bilthoven: RIVM / WHO-FIC Collaborating Centre
- RIVM (2008) *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version*. Bilthoven: RIVM / WHO-FIC Collaborating Centre
- Schaerlaekens, A., S. Gillis (1987) *De taalverwerving van het kind*. Wolters-Noordhoff Groningen
- Steiner, A., L. Ryser e.a. (2002) *Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine*. *Physical Therapy*, vol. 82, no. 11, November 2002, pp. 1098 – 1107
- Zaalen, van Y., C. Winkelman (2009) *Broddelen een (on)begrepen stoornis, broddelende kinderen: informatie en advies voor ouders en leerkrachten*. Uitgeverij Coutinho

Bijlage 1 structuur van de ICF



Afkomstig uit: RIVM (2002, 2007) Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: RIVM / WHO-FIC Collaborating Centre

Bijlage 2 RPS formulier

Naam: _____ geb. datum: _____
 Formulier: _____

Aandoening/ziekte

volgens patiënt		
	functies en anatomische eigenschappen	activiteiten participatie
volgens therapeut		
	persoonlijke factoren	omgevingsfactoren
volgens therapeut		
volgens patiënt?		

(Bron: <http://www.fysiopedia.nl/Afbeelding:RPS-formulier.JPG>) Auteur: Steiner en collegae (2002)

Voor meer informatie zie ook: Steiner, A.L. Ryser e.a. (2002) Use of the ICF model as a clinical problem solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, vol. 82, no. 11, November 2002, pp. 1098 - 1107