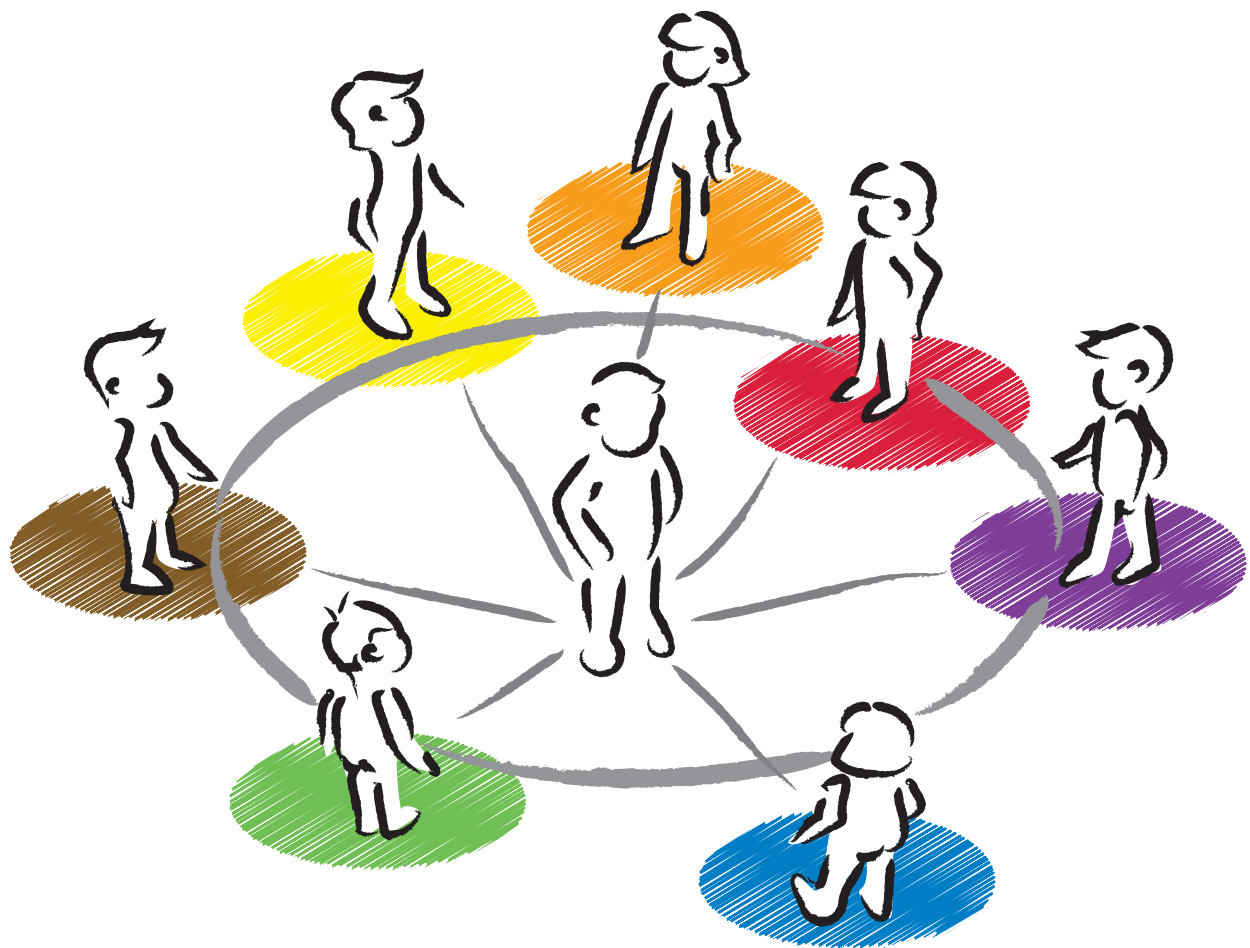


P-BAC

PARTICIPATIEGERICHT BEHANDELMATERIAAL
AFASIE EN COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN



Maakt participeren binnen de samenleving vanzelfsprekender

Opleiding:

Studenten:

Logopedie, Zuyd Hogeschool te Heerlen

Sarah Barten, 1005731barten@zuyd.nl

Nina Delsemmé, 1434225delsemme@zuyd.nl

Mandy Hepp, 1451073hepp@zuyd.nl

Thesis coach/opdrachtgever:

Tweede beoordelaar:

Datum van inleveren:

Dr. Ruth Dalemans

Nicole Wijland

04.06.2018

Cursusjaar:

2017 / 2018

Zuyd
Hogeschool

**ZU
YD**

@Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Sarah Barten, Nina Delsemmé en Mandy Hepp.

Dankwoord

Deze bachelorthesis maakt deel uit van de opleiding logopedie van Zuyd Hogeschool te Heerlen. Gedurende dit project werden wij ondersteund door verschillende mensen die een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van het eindproduct.

In eerste instantie danken wij Ruth Dalemans die ons door haar begeleiding gedurende het project met kritisch feedback en adviezen heeft ondersteund en een belangrijke rol hierbinnen heeft ingenomen.

Ten tweede gaat onze dank aan Sandra Hepp die verantwoordelijk voor het geweldige lay-out van de P-BAC is. Bedankt voor de tijdsinvestering en dat de P-BAC door jouw creativiteit een persoonlijke tentje van ons allen inhoudt.

Ten derde danken wij de logopedisten die ons door hun expertise ideeën en tips voor de ontwikkeling van oefeningen hebben gegeven.

Ten vierde gaat onze dank aan alle die ons hebben geholpen met betrekking tot spelling en grammatica.

Ook willen wij onze ouders, partners en vrienden bedanken die ons tijdens het traject ondersteund hebben en ons bekrachtigd hebben vol te houden.

Samenvatting

Inleiding: Personen met afasie hebben vanwege hun communicatieve beperkingen vaak problemen met participeren in de samenleving (Pommerehn, Delboni, & Fedosse, 2016). Om juist deze problemen te behandelen is participatiegericht therapiemateriaal noodzakelijk. Echter, tot op heden is er geen participatiegericht behandelmateriaal ter beschikking voor personen met afasie in Nederland. De doelstelling van deze thesis was het ontwikkelen van participatiegericht therapiemateriaal dat ingezet kan worden bij mensen met afasie gericht op de uitkomsten van de “Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie” (BEBA) en de “Behoeft Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve activiteiten” (BIPAC I). Dit vormde de aanleiding voor de ontwikkeling van de P-BAC (Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en communicatievaardigheden).

Methode: Om tot het eindproduct van deze thesis te komen, zijn oefeningen bedacht die rekening houden met de ernst van de afasie en de communicatieve mogelijkheden van de persoon met afasie (PMA). Bovendien is de expertise van professionals meegenomen gedurende de ontwikkelingsfase van de oefeningen in verschillende feedbackrondes.

Resultaten: Uiteindelijk zijn in de klapper oefeningen voor de volgende hoofdthema's van de BIPAC I bedacht: boodschappen doen, telefoneren beantwoorden, telefoneren opbellen, telefoneren ernstige afasie en praatje maken. Alle oefeningen zijn gelijkaardig opgesteld met een specifiek doel, uitleg van de oefening, benodigdheden en de suggesties om oefeningen aan te passen. Aan het begin van de klapper is een handleiding te vinden die de therapeut handvatten biedt voor het gebruik hiervan.

Discussie/Conclusie: Binnen deze thesis werd het effect van het materiaal m.b.t. de ondersteuning in het bereiken van de participatiebehoeften van de PMA in de revalidatiefase niet onderzocht. Dit is een aanleiding voor een vervolgonderzoek. Zodra de P-BAC is bijgewerkt en aangepast aan de wensen en behoeften van zowel de PMA als de logopedist en de uiteindelijke versie van de P-BAC gepubliceerd wordt, kan hiermee een brug geslaan worden binnen de gezondheidszorg en vooral binnen de logopedie naar participatiegericht behandelen.

Sleutelwoorden:

afasie – participatiegericht – behandeling – therapiemateriaal – logopedisten

Summary

Instruction: Due to their communicative limitations people with aphasia often have problems participating in everyday life (Pommerehn, Delboni, & Fedosse, 2016). To treat this particular problem participation- related therapy materials are needed, which at this time do not exist yet in the Netherlands. The goal of this thesis was to develop participation-related therapy materials for people with aphasia which is rest upon the results of the “Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie” (BEBA) and “Behoeft Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve activiteiten” (BIPAC). This gave rise for developing the P-BAC (Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en communicatievaardigheden).

Method: To get to the final product, exercises were developed for a part of the sub-themes of BIPAC I, always in consideration of the degree of severity of aphasia and the thereto related communicative skills. During the entire development process of the materials the feedback of experienced speech and language therapists was taken into consideration.

Results: Finally, exercises from the following sub-themes are included: to do the shopping, to accept an incoming call, to call sb., to make a phone call – severe aphasia, small talk and specific conversations. The structure of all exercises is as follows: target position, explanation of the exercises, necessities of the exercises, recommendations for the therapist. Attached to the folder is a manual that supports the therapist in correctly using the materials.

Discussion/Conclusion: Within this thesis the effectivity of the materials with regard to the support of achieving the participation- related needs of the patient in the rehabilitation phase (post-acute phase) could not be proven. This gives reason for a further examination of the materials. As soon as the P- BAC has been revised by means of this examination and been adapted to the aphasia patient’s wishes and needs, the P-BAC can be published and fills therefore a wide gap in the field of participation- related materials within the health system- and especially within the field of speech therapy.

Keywords:

aphasia – participation-related – therapy – therapy material – speech and language therapists

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. Theoretische achtergrond	4
2.1 Niet-aangeboren hersenletsel	4
2.2 CVA	4
2.3 Afasie en oorzaken	4
2.4 Taalstoornissen i.v.m. afasie	4
2.4.1 Taalbegripsstoornissen	5
2.4.2 Taalproductiestoornissen	5
2.5 Afasie en comorbiditeit	6
2.6 ICF	7
2.7 A-FROM	8
2.8 Participatiegerichte therapie	9
2.9 Revalidatiefase	9
2.10 BIPAC en BEBA	9
2.10.1 BIPAC	10
2.10.2 BEBA	11
3. Methode	12
3.1 Probleemstelling	13
3.1.1 Vraagstelling (PICO-vraag)	13
3.1.2 Doelstelling	13
3.2 Projectmatig werken	14
3.2.1 Aanloopfase	14
3.2.2 Initiatieffase	15
3.2.3 Definitieffase	17

3.2.3.1 Activiteitenplannen	17
3.2.4 Realisatiefase.....	20
3.2.4.1 Ontwikkelingsfase.....	20
3.3 Doelgroep.....	24
4. Resultaten	25
4.1 Definitiefase.....	25
4.2 Resultaten realisatiefase.....	26
4.2.1 Opbouw P-BAC	30
4.2.1.1 Handleiding	31
4.2.1.2 Opbouw van de oefeningen.....	33
5. Discussie en conclusie	34
5.1 Discussie vraagstelling	34
5.2 Discussie tijdsplanning	35
5.3 Opbouw van de P-BAC	36
5.4 Opbouw van de oefeningen	36
5.5 Inhoud van de oefeningen.....	38
5.6 Onverwachte uitkomsten	39
5.6.1 M.b.t. de opbouw van de P-BAC	39
5.6.2 M.b.t. de opbouw van de oefeningen	40
5.6.3 M.b.t. de inhoud van de oefeningen	41
5.6.4 M.b.t. feedback.....	42
5.7 Adviezen voor vervolgonderzoek	42
5.8 Adviezen voor toekomstige projectactiviteiten	45
5.9 Conclusie	45
Referenties.....	46

Bijlage 1 Brainstorm.....	51
Bijlage 2 Mindmap's	52
Bijlage 3 E-mail aan logopedisten.....	74
Bijlage 4 Ingevulde formulieren van logopedisten.....	76
Bijlage 5 Formaat van de opbouw van de oefeningen.....	85

1. Inleiding

In Nederland leven momenteel ongeveer 650.000 mensen met de gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) of een hersenziekte. Naar schatting komen er jaarlijks 160.000 (nieuwe) mensen bij. Eén van de mogelijke gevolgen van een NAH is afasie. Het aantal mensen in Nederland met een gediagnosticeerde afasie wordt in totaal op 30.000 geschat (hersenchirurgie, 2017).

Afasie is een verworven taalstoornis. Dat betekent dat een normale taalontwikkeling heeft plaatsgevonden. Kenmerkend voor afasie zijn stoornissen in taalproductie en -begrip bij zowel gesproken als geschreven taal. De taalstoornis is in dit geval een gevolg van een focaal (plaatselijk) hersenletsel (Bastiaanse, 2011).

Binnen de gezondheidszorg heeft de World Health Organization (WHO) het “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) ontwikkeld. In dit model wordt vanuit verschillende perspectieven naar de invloed van de ziekte op het menselijk functioneren gekeken. Het model is ingedeeld in functie- (vanuit het lichaam), activiteiten- (vanuit het menselijk handelen) en participatieniveau (vanuit de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven). Naast deze drie niveaus spelen ook persoonlijke- en externe factoren een belangrijke rol, welke zowel belemmerend als bevorderend kunnen werken (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014).

Het Aphasia Institute heeft op basis van het ICF het “Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement” (A-FROM) ontwikkeld. Het meetinstrument omvat vier domeinen die een rol spelen bij de Quality of life (QOL) van de persoon met afasie (PMA). Deze domeinen houden de ernst van de afasie, de participatie en leefgewoonten, persoonlijke factoren met identiteit en emoties en de omgeving in (Kagan, et al., 2008). Het model heeft als doel de invloed van de afasie op de PMA, zijn omgeving en de QOL in kaart te brengen. Op deze manier kunnen therapiedoelen op participatieniveau opgesteld worden die passen bij de wensen en behoeften van de PMA (Kagan, A-FROM in Action at the Aphasia Institute, 2011).

Zowel in het ICF als in de A-FROM wordt een verschil gemaakt tussen beperkingen op functie- en beperkingen op participatieniveau. Deze indeling wordt ook gemaakt bij de behandeling van afasie (Wielaert, Jünger, & Berns, 2015).

Een behandeling op functieniveau, ook cognitief-linguïstische therapie genoemd (CLT), heeft als doel, een herstel van taalfuncties in het brein door veranderingen op neurale niveau te bereiken (Code, 2001). Tevens heeft dit soort therapie volgens de logopedische richtlijn “Diagnostiek en Behandeling van afasie” het doel om de onderliggende taalniveaus te activeren: semantiek (woordenschat), fonologie (klankleer) en syntaxis (zinsbouw) (Berns, et al., 2015). Binnen deze richtlijn wordt verwezen naar Maas et al. (2012) die aangeeft dat na zes maanden een plafond op deze taalniveaus bereikt lijkt te zijn.

Anders dan de CLT is de functionele therapie een soort afasietherapie die gericht is op communicatieve activiteiten binnen alledaagse situaties (Visch-Brink, Links, & Hurkmans, 2012). Bovendien is deze therapie gericht op de individuele sociale context (participatie) van de PMA met het doel de communicatie in deze context te verbeteren (Visch-Brink & Wielaert, 2005). Dat een herstel van communicatie op participatieniveau ook daadwerkelijk kan plaatsvinden, wordt beschreven in de logopedische richtlijn “Diagnostiek en Behandeling van afasie” (Berns, et al., 2015).

“Dit herstel lijkt langer na het ontstaan van de afasie voort te duren dan herstel op functieniveau” (Berns, et al., 2015, p. 36).

De geleerde vaardigheden op functieniveau vormen dus de basis voor de verdere behandeling op participatieniveau.

Volgens Dalemans (2009) moeten logopedisten een omslag maken van stoornisgericht denken en werken naar een participatiegerichte benadering. In dit artikel wordt ook het onderzoek van Parr (2001) benoemd. Hieruit komt naar voren dat de PMA de focus in de therapie op participatieniveau wil leggen en stoornisgerichte therapie niet aan bod hoeft te komen. Verder wordt dit bevestigd door het onderzoek van Pommerehn et al. (2016) waaruit blijkt dat de PMA vooral problemen ondervindt in participatiegerichte activiteiten met betrekking tot taal. Daarnaast beschrijven Dalemans et al. (2009) dat de PMA vooral gerespecteerd en betrokken wil worden in de maatschappij. Hieruit wordt duidelijk dat een participatiegerichte benadering van de PMA gewenst is.

Echter binnen de bestaande methodieken ligt de nadruk erg op het behandelen van specifieke stoornissen (auditief begrip, woordvinding, syntactische stoornissen, etc.) en worden er amper participatiegerichte mogelijkheden genoemd. Dit laat zien dat binnen de literatuur vooral

aandacht wordt besteed aan stoornisgerichte therapie. Deze stelling wordt bevestigd door Berns en Wielaert (2014) die in hun boek “Status Afasie Therapie” een reeks instrumenten noemen die voor begeleiding en behandeling van de PMA gebruikt kunnen worden. Hiervan is maar één van zes instrumenten gericht op participatieniveau. Het wordt duidelijk dat methoden specifiek gericht op activiteiten- en participatieniveau nog in de minderheid zijn hoewel uit het onderzoek van de Jong-Hagelstein, et al. (2012) blijkt dat er geen significant verschil in de effectiviteit van CLT en communicatieve therapie bestaat. Het is dus van belang participatiegerichte methoden te ontwikkelen. Op deze manier kan men tegemoetkomen aan de wensen en behoeften van de PMA.

Omdat elke PMA andere klachten op participatieniveau ondervindt, is het belangrijk de hulpvraag van het individu zo goed mogelijk in kaart te brengen. Mogelijke vervolgonderzoeken die gebruikt kunnen worden om de behoeften, eisen en wensen van de PMA op het gebied van participatie te inventariseren zijn de “Behoeft Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve activiteiten” (BIPAC) en de “Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie” (BEBA). Deze zijn in 2001 ontwikkeld door R.G. Sevat en I.M.E Heesbeen (ZUYD Hogeschool, 2015). Beide meetinstrumenten kunnen – afhankelijk van de medische toestand van de PMA – in elke fase van afasie worden afgenomen. Dat het participatiegericht meten en opstellen van doelen ook in het vroege stadium van afasie van belang is, wordt duidelijk in het boek “Status Afasie Therapie” van Berns en Wielaert (2014). Hierin wordt gezegd dat de PMA ook al in de vroege revalidatiefase een sociale rol inneemt.

Zoals eerder beschreven komt uit de literatuur naar voren dat er niet voldoende behandelmateriaal voor een participatiegerichte therapie bestaat. Aangezien het feit dat te weinig participatiegericht behandeld wordt en de PMA juist deze behoefte heeft, is de volgende vraagstelling tot stand gekomen:

“Welke aspecten dienen opgenomen te worden in een participatiegerichte therapiemethode op basis van de uitkomsten op de BIPAC I en BEBA om personen met afasie in de revalidatiefase effectief te ondersteunen in het bereiken van hun participatiebehoeften en hoe geef je deze therapiemethode vorm op een aantrekkelijke, motiverende manier?”

2. Theoretische achtergrond

2.1 Niet-aangeboren hersenletsel

Bij een NAH is er schade aan de hersenen, welke in de loop van het leven is ontstaan. Er zijn twee soorten NAH, het traumatisch hersenletsel en het niet-traumatisch hersenletsel. Bij een traumatisch hersenletsel ligt de oorzaak buiten het lichaam, bijvoorbeeld een botsing in het verkeer of een val op de trap. Een niet-traumatisch hersenletsel ontstaat door een proces in het lichaam, bijvoorbeeld door een CVA, een tumor of een infectie (Hersenstichting, 2017).

2.2 CVA

Een CVA is de meest voorkomende oorzaak voor afasie.

“Een CVA is een acute verstoring van de bloedverzorging van de hersenen, die tot neurologische verschijnselen aanleiding geeft en langer dan 24 uur duurt of binnen die tijd leidt tot de dood” (Limburg, Voogd, & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA, 2012, S. 4).

De verschijnselen treden plotseling en focaal op en er is geen andere oorzaak dan een vasculaire stoornis aanwezig. Het hersenweefsel wordt tijdens een CVA door zuurstof- en glucosegebrek of door de directe druk van de bloeding beschadigd. Na een CVA is herstel mogelijk met relatief weinig restverschijnselen, het is echter ook mogelijk dat de patiënt met blijvende beperkingen te maken krijgt of eraan overlijdt (Limburg, Voogd, & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA, 2012).

2.3 Afasie en oorzaken

Afasie is een taalstoornis die ontstaat nadat de taal verworven is. Het wordt veroorzaakt door een focaal hersenletsel en betekent “geen taal”. Het kan enerzijds zowel de taalproductie als het taalbegrip en anderzijds zowel gesproken als geschreven taal betreffen. Bastiaanse (2011) beschrijft een CVA, een trauma, een tumor en een ontsteking als de vier mogelijke oorzaken van een verworven hersenletsel. Andere oorzaken voor een afasie kunnen een ongeluk of een operatie zijn (Hersenstichting, 2017).

2.4 Taalstoornissen i.v.m. afasie

Afhankelijk van de ernst en de locatie van de CVA zijn er verschillende symptomen van afasie. Binnen de spontane taal van de PMA wordt een indeling in vloeiende- en niet- vloeiende afasie gehanteerd (Koster & ten Brinke, 2015). Een vloeiende afasie is gekenmerkt door een vloeiende, onbegrijpelijke taalproductie. Deze houdt vooral fonematische en/ of verbale parafasieën en/of neologismen in. Bovendien is het communiceren voor mensen met een vloeiende afasie beperkt

door een ernstig gestoorde taalbegrip.

Daarentegen is de spontane taalproductie bij een niet vloeiende afasie gekenmerkt door telegramstijlachtige zinnen. Hierbij is er een gebrek aan functiewoorden en morfemen. Hoewel het taalbegrip redelijk goed is, heeft de PMA door de niet- vloeiende taalproductie problemen met communiceren (Kremer, 2016).

2.4.1 Taalbegripsstoornissen

De PMA kan problemen met het taalbegrip hebben. Deze problemen kunnen zich uiten op verschillende manieren:

- PMA kan spraakklanken niet meer onderscheiden (woorddoofheid)
- Woordbetekenissen worden niet meer begrepen, vooral bij laagfrequente woorden
- Problemen om woordreeksen en complexe grammaticale structuren te begrijpen (Bastiaanse, 2011)

2.4.2 Taalproductiestoornissen

Woordvindingsstoornissen

Woordvindingsmoeilijkheden of “lexicale problemen” komen het duidelijkst naar voren in een benoemtaak (het benoemen van plaatjes, etc.). Deze problemen kunnen echter ook in de spontane taal optreden. Dit kan op verschillende manieren tot uiting komen:

- Geen problemen met zinsbouw en articulatie, maar de taal wordt inhoudelijk gekenmerkt door gebrek aan informatie (empty speech). Er worden algemene termen gebruikt en een groot aantal inhoudswoorden wordt weggelaten, omschreven of vervangen.
- De PMA blokkeert en geeft dan vaak aan, dat hij/zij woordvindingsproblemen heeft.
- De PMA gebruikt “verbale parafasieën” (woordsubstituties, het vervangen van woorden). Dit kan ertoe leiden dat de PMA niet of nauwelijks te begrijpen is (Bastiaanse, 2011).

Er is een algemeen kenmerk voor woordvindingsproblemen: de PMA heeft het bedoelde woord wel in zijn hersenen opgeslagen (dus hij heeft het ooit geleerd), maar heeft er geen toegang toe (hersenletsel-uitleg, 2013-2017).

Fonologische stoornissen

Fonologische problemen in de spontane taal kunnen zich op verschillende manieren uiten:

- Het vervangen van klanken (bijvoorbeeld ‘panaan’ in plaats van ‘banaan’);
- Het weglaten van klanken (bijvoorbeeld ‘anaan’ in plaats van ‘banaan’);
- Het verwisselen van klanken (bijvoorbeeld ‘nabaan’ in plaats van ‘banaan’);
- Het toevoegen van klanken (bijvoorbeeld ‘blanaan’ in plaats van ‘banaan’).

Ernstige fonologische en semantische parafasieën kunnen een neologisme tot gevolg hebben, wat betekent dat het oorspronkelijke woord niet meer herkenbaar is. (Prins & Bastiaanse, 1999)

2.5 Afasie en comorbiditeit

Naast afasie komt het vaak voor dat de PMA door de CVA nog bijkomende problemen ondervindt. De reden daarvoor is dat hersencellen voor andere functies getroffen zijn die dicht bij het taalgebied liggen (Afasie Vereniging Nederland, 2014).

Tijdens logopedische behandeling moet de therapeut rekening houden met volgende comorbiditeiten:

Bijkomende stoornis	Uitleg
Executieve functies	Aandacht, concentratie, geheugen, planning, organisatie
Dysartrie	Spraakstoornis
Spraakapraxie	Fonetisch- motorische stoornis
Dysfagie	Slikstoornis
Neglect	PMA heeft geen aandacht voor lichamelijke stimuli en stimuli uit de omgeving (éénzijdig).
Agnosie	Personen/ voorwerpen niet meer kunnen herkennen
Hemianopsie	Halfzijdige blindheid
Lichamelijke gevolgen	o.a. verlamming
Emotionele/ gedragsmatige gevolgen	o.a. depressie, agressie, emotioneel ongeremd zijn

Tabel 1: Mogelijke bijkomende stoornissen van afasie (Promes, Hofman, & Dalemans, 2016; Hersenstichting, 2017; BetekenisDefinitie.nl, 2013; Bergsma & Elshout)

2.6 ICF

Het ICF is een classificatiemodel waarmee men de impact kan beschrijven die de aandoening heeft op vijf verschillende niveaus van het individu. Het **functieniveau** wordt gedefinieerd als: de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijke organisme. Stoornissen hierin zijn afwijkingen in functies of anatomische eigenschappen of het verlies hiervan. Onder het **activiteitsniveau** vallen de onderdelen van iemands handelen. Het **participatieniveau** beschrijft iemands deelname aan het maatschappelijk leven.

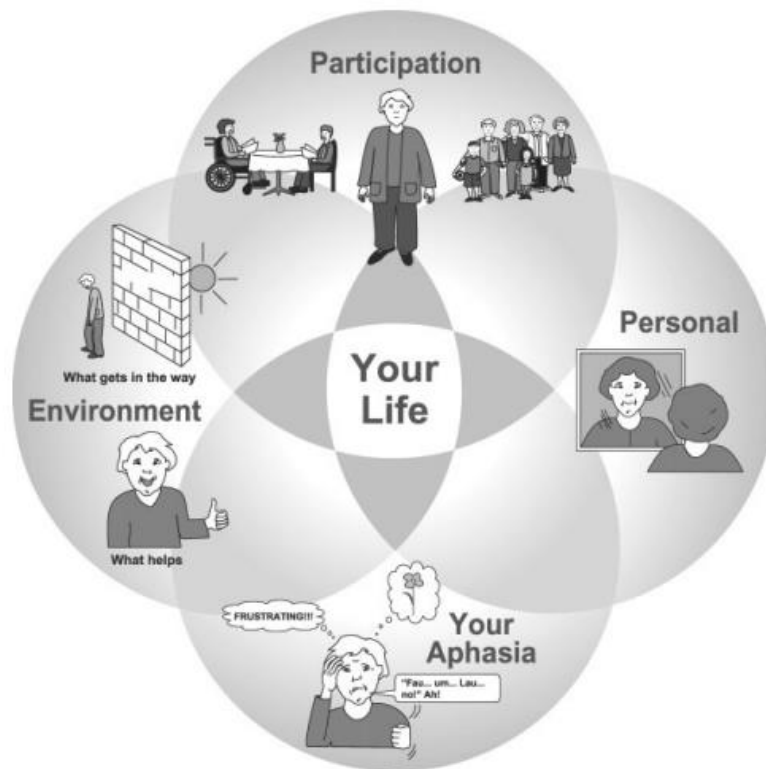
“Social participation is the performance of people in actual activities in social life domains through interaction with others in the context in which they live. Four social life domains are included, namely 1) domestic life, 2) interpersonal life, 3) education and employment and 4) community, civic and social life.” (Dalemans R. J., De Witte, Wade, & Van den Heuvel, 2008, p. 1073)

Onder **Externe factoren** verstaat men de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven in. Deze factoren kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op de participatie van het individu of op de functies van diens organisme (Nederlandse WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, 2007). In de “logopedische Richtlijn Diagnostiek en behandeling van afasie” worden **persoonlijke factoren** in het ICF gedefinieerd als *“iemands persoonlijke achtergrond. Persoonlijke factoren hebben invloed op het ontstaan of in stand houden van stoornissen en beperkingen”* (Berns, et al., 2015, p. 14).

Het ICF-model heeft vier doelstellingen:

1. Het geven van een wetenschappelijke grondslag voor het begrijpen en bestuderen van het menselijk functioneren.
2. Het vergemakkelijken van de communicatie tussen de disciplines door een gemeenschappelijke taal.
3. Het mogelijk maken van vergelijken van gegevens tussen verschillende landen.
4. Het voorzien van een codestelsel voor informatiesystemen in de gezondheidszorg (Nederlandse WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, 2007).

2.7 A-FROM



Figuur 1: A-FROM (Kagan, 2011)

De A-FROM visualiseert de impact van de afasie op de PMA aan de hand van vier cirkels die elkaar overlappen. Door samen met de PMA en de sociale omgeving de vier domeinen te bespreken, wordt de invloed van de afasie op de QOL van de PMA in kaart gebracht. Bovendien kan de A-FROM als evaluatie van de therapie gebruikt worden, door deze aan het begin en aan het eind van de behandeling in te vullen (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014).

2.8 Participatiegerichte therapie

Participatiegerichte interventie is gericht op de individuele sociale context van de PMA (Visch-Brink & Wielaert, 2005).

Catherine De Vos (2015) beschrijft participatiegerichte benadering bij PMA als volgt:

“Een participatiegerichte interventie richt zich op het verhogen van de participatie (en zodoende de Quality of life) van de PMA en nodigt cliënt en omgeving uit om actief deel te nemen aan het revalidatieproces. Hun behoeften vormen het uitgangspunt van de therapie. Het revalidatieteam/ de logopedist brengt het functioneren van de individuele PMA in kaart en achterhaalt de doelen van de cliënt (en zijn omgeving).”

Om deze doelen te bereiken, is een transfer van de geleerde vaardigheden in praktische situaties van groot belang (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2015).

2.9 Revalidatiefase

De revalidatiefase duurt tot zes maanden na het ontstaan van het CVA. Deze fase start zodra de patiënt stabiel en mobiliseerbaar is. Dit kan al binnen 72 uur na het CVA zijn (Berns, et al., 2015). Het grootste herstel vindt met name in de eerste drie maanden plaats (de Jong-Hagelstein, et al., 2011). Er is spontaan herstel van bepaalde functies mogelijk, maar er zijn ook functies die training nodig hebben om weer te verbeteren, zoals cognitieve functies met onder andere de taalfuncties (Berns, et al., 2015).

2.10 BIPAC en BEBA

De “Behoefte Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve activiteiten” (BIPAC) en de “Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie” (BEBA) werden in 2001 ontwikkeld door R.G. Sevat en I.M.E Heesbeen. In 2014 werden deze meetinstrumenten door R. Dalemans, M. Lacroix en M. Jungen gedigitaliseerd en toegankelijk gemaakt via de website www.meetexpert.nl.

2.10.1 BIPAC

De BIPAC heeft als doel de behoeften van de PMA in kaart te brengen die nodig zijn om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven.

Het meetinstrument is ingedeeld in 3 delen welke hiërarchisch van opbouw zijn. Elk onderdeel heeft een specifiek doel dat door de afname bereikt wordt:

Onderdeel BIPAC	Doel van het onderdeel
BIPAC I: Behoeften- Inventarisatie: Overzicht	Het verkrijgen van een overzicht van de concrete communicatieve behoeften van de cliënt m.b.t. volgende activiteiten: Boodschappen doen, vervoer bus, vervoer taxi, uit eten gaan, telefoneren; beantwoorden, telefoneren; opbellen, administratie, afspraak maken.
BIPAC II: Probleem- Analyse: Observatie activiteit totaal	Het in kaart brengen van de problemen bij de gekozen activiteit. Binnen de BIPAC II worden 9 activiteiten doorlopen.
BIPAC III: Probleem- Analyse: Observatie gesprek	Doel: Het gedetailleerd in kaart brengen van de problemen bij de gesprekken die plaatsvinden tijdens de gekozen activiteiten

Tabel 2: Overzicht BIPAC (v.d. Meer & v.d. Wielen, 2014)

Tijdens de afname van de BIPAC I kan de PMA samen met de therapeut beslissen welke testitems doorgenomen en beoordeeld worden. Bovendien wordt aan de PMA gevraagd aan te geven hoe hij de activiteit op dit moment kan uitvoeren. Daarvoor wordt volgende schaal gebruikt:

- + + zeer goed
- + goed
- + - neutraal
- slecht
- - zeer slecht

Verder kan de PMA inschatten of hij door het oefenen van deze activiteit denkt deze te kunnen verbeteren. Vervolgens kan de PMA aangeven of hij tijdens de therapie aandacht wil besteden aan deze activiteit. Aan het eind van de test krijgt de PMA 12 foto's van de activiteiten te zien. Met behulp van deze foto's kan de cliënt samen met de therapeut de volgorde van de categorieën in de behandeling bepalen. Zo wordt door “shared decision-making” (“gezamenlijke besluitvorming”) de inhoud van de therapie bepaald.

2.10.2 BEBA

“De Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie (BEBA) is een instrument dat is ontwikkeld om de functionele mogelijkheden en de subjectieve beleving hiervan op het gebied van een communicatieve activiteit vast te leggen. Het instrument bestaat uit vijf 4-puntsschalen, te weten frequentie, zelfstandigheid, probleemoplossend vermogen, spanning en tevredenheid. Voor iedere schaal is omschreven wanneer de score 0, 1, 2, of 3 toegekend moet worden. Met het instrument wordt een communicatieve activiteit beoordeeld door de patiënt zelf, door de therapeut en zo mogelijk door een directbetrokkene” (Heesbeen & Sevat, 2001, p. 126).

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van deze thesis beschreven. Voor deze bachelorthesis werd participatiegericht therapiemateriaal in de vorm van een klapper ontwikkeld. Omdat de BIPAC I een heel uitgebreid meetinstrument is, werd het therapiemateriaal door twee thesishoofdstukken ontwikkeld. Daarvoor werden de onderdelen van de BIPAC I verdeeld over de twee thesishoofdstukken. Binnen deze thesis werd het materiaal gericht op de uitkomsten van de BEBA en volgende onderdelen uit de BIPAC I:

Hoofddthema BIPAC	Onderdelen van hoofddthema
Boodschappen doen	1. Boodschappenlijstje maken 2. Geld pinnen (pinautomaat) 3. Geld wisselen voor winkelwagen 4. Om product vragen 5. Om hulp vragen 6. Om informatie vragen 7. Afrekenen (a. contant, b. pin) 8. Om bon vragen 9. Product terugbrengen 10. Praatje maken
Telefoneren: beantwoorden	11. Opnemen en openen 12. Reageren op gesprekspartner 13. Notities maken 14. Specifieke gesprekken 15. Afspraak maken 16. Gesprek afsluiten 17. Boodschap doorgeven
Telefoneren: opbellen	18. Nummer opzoeken en intoetsen 19. Gesprek openen 20. Vraag/boodschap overbrengen 21. Specifieke gesprekken 22. Afspraak maken 23. Gesprek afsluiten
Afspraak maken	24. Eventueel: telefoneren 25. Reden afspraak aangeven 26. Reageren op uitnodiging 27. Samen datum bepalen 28. Noteren afspraak
Praatje maken	29. Praatje maken
Specifieke gesprekken	30. Specifieke gesprekken (met bekenden)

Tabel 3: Onderdelen thesis BIPAC I

Om tot een eindproduct te komen, werden de zes fases van projectmatig werken ingezet. Deze fases worden in het verloop van deze thesis beschreven.

3.1 Probleemstelling

3.1.1 Vraagstelling (PICO-vraag)

In deze bachelorthesis werd de vraagstelling volgens de PICO-systematiek (**P**atiënt, **I**nterventie, **C**omparison, **O**utcome) opgesteld.

“De PICO-strategie is een vanuit de EBP (Evidence Based Practice) ontwikkeld hulpmiddel voor het bepalen van de onderdelen van de onderzoeksvraag” (Wouters & van Zaalen, 2013, p.30).

De volgende PICO-vraagstelling is tot stand gekomen:

“Welke aspecten dienen opgenomen te worden in een participatiegerichte therapiemethode op basis van de uitkomsten op de BIPAC I en BEBA om personen met afasie in de revalidatiefase effectief te ondersteunen in het bereiken van hun participatiebehoeften en hoe geef je deze therapiemethode vorm op een aantrekkelijke, motiverende manier?”

P <i>patiënt</i>	Mensen met afasie in de revalidatiefase
I <i>interventie</i>	Niet van toepassing
C <i>comparison (vergelijking)</i>	Niet van toepassing
O <i>outcome (uitkomst)</i>	Aantrekkelijke en motiverende therapiemateriaal binnen een participatiegerichte therapie om participatiebehoeften te ondersteunen

Tabel 4: PICO-systematiek met onderzoeksvraag

3.1.2 Doelstelling

De doelstelling van deze thesis was het ontwikkelen van participatiegericht therapiemateriaal dat ingezet kan worden bij mensen met afasie gericht op de uitkomsten van de BEBA en de BIPAC I. Het materiaal is ook inzetbaar om onafhankelijk van de BEBA en de BIPAC participatiegericht te behandelen. Bovendien zijn de oefeningen individualiseerbaar en aanpasbaar aan de verschillende behoeften van elke PMA. Omdat er naast afasie meestal nog andere bijkomende stoornissen optreden, worden binnen het materiaal tips gegeven hoe rekening met comorbiditeit kan worden gehouden.

3.2 Projectmatig werken

Algemeen: Projectmatig werken, zoals beschreven in het boek “projectmatig werken bij de hand” van R. Kor en G. Wijnen (1997) ook beschreven als projectaanpak, bestaat uit een verdeling in drie componenten namelijk: faseren, beheersen en beslissen. Deze indeling wordt ook gehanteerd in het boek van Migchelbrink (2012) “Projectmatig werken en onderzoek- Een handleiding voor professionals in onderwijs, zorg, welzijn en wonen”.

Om professioneel projectmatig te kunnen werken, is het faseren in zes fases niet weg te denken. Op deze manier is gestructureerd en gedisciplineerd werken door de teamleden (medewerkers van het project) mogelijk. De fases zijn in de literatuur ingedeeld in initiatiefase, definitiefase, ontwerpfase, voorbereidingsfase, realisatiefase en nazorgfase (Kor & Wijnen, 1997). In het boek van Migchelbrink (2012) worden dezelfde fases beschreven en door de “aanloophase”, “implementatiefase” en “afsluitingsfase” aangevuld.

3.2.1 Aanloophase

Binnen deze fase werden de rollen van de verschillende personen als volgt beschreven:

Rol	Betrokkene persoon
Initiatiefnemer	Ruth Dalemans, docente logopedie bij Hogeschool Zuyd te Heerlen. Wij (Sarah Barten, Nina Delsemmé, Mandy Hepp, 4 ^e jaars studenten logopedie) als aannemer
Probleemhebbers en probleemdragers	Logopedisten binnen het werkveld die vooral werken met PMA.
Direct betrokken personen	PMA omdat er niet voldoende geschikt therapiemateriaal ter beschikking staat.
Indirect betrokken personen	Gezinnen en de omgeving van de PMA. Deze ondervinden problemen m.b.t. communicatie binnen alledaagse situaties met de PMA.
Bekende opdrachtgever	Ruth Dalemans
Potentiele projectgebruikers	Logopedisten in hun werk met de PMA.

Tabel 5: Rolverdeling binnen het project

3.2.2 Initiatieffase

Zoals in de inleiding en aanloopfase reeds aangegeven, bestaat volgens de literatuur en de opdrachtgever Ruth Dalemans onvoldoende therapiemateriaal op participatieniveau voor PMA. Dit was de aanleiding voor het ontwikkelen van participatiegericht therapiemateriaal.

Door gebruik te maken van databanken en literatuuronderzoek werd informatie en kennis verzameld over de vraagstelling en het probleem.

Het eindproduct van deze thesis is een klapper met een gestructureerde samenstelling van participatiegericht therapiemateriaal voor de behandeling van PMA in de revalidatiefase. Dit materiaal kan gebruikt worden in aansluiting op de uitkomsten op de BEBA en de BIPAC I. Daarnaast kan het ook los van deze meetinstrumenten worden ingezet tijdens de logopedische therapie. Met behulp van de klapper wordt het voor logopedisten in het werkveld gemakkelijker participatiegerichte therapie uit te voeren en de doelen van de PMA op dit niveau te bereiken.

Verschillende aspecten waren belangrijk om dit project af te bakenen. Tijdens het ontwikkelen van de oefeningen werd niet specifiek rekening gehouden met comorbiditeit bij afasie. Binnen de handleiding worden wel tips gegeven hoe je met comorbiditeit tijdens de oefeningen om kunt gaan.

Omdat binnen de NAIS participatiegerichte doelen voor drie ernstgradaties (licht, matig-ernstig en ernstig) van afasie opgesteld zijn, werd ook het therapiemateriaal afgestemd op deze drie niveaus (Wielaert, Jünger, & Berns, 2015). Hierdoor bestaat de mogelijkheid het materiaal aan te passen voor elk individu. Zo kan de therapeut bij vooruitgang van de cliënt moeilijkere oefeningen gebruiken.

Verder is het materiaal niet gericht op specifieke talige gevolgen van afasie, maar het houdt wel oefeningen voor zowel taalbegrips- als taalproductiestoornissen in. Hierdoor wordt het mogelijk om op de hoofdproblematiek van de PMA in te gaan en vervolgens de oefeningen zelfstandig af te stemmen op de individuele knelpunten van de PMA.

Om de realiseerbaarheid van het project te beoordelen, was het belangrijk op de volgende aspecten te letten:

1. Tijd

Over een periode van twee jaar vond maandelijks een thesiskring plaats. De thesiskring bestond uit een aantal thesisgroepen met het hoofdthema “neurogene communicatiestoornissen (en dysfagie)”. Tijdens de bijeenkomsten hebben de groepen hun stand van zaken bespreekbaar gemaakt en gaven elkaar feedback. Verder waren er per student 20 weken ingepland om aan het project te werken, waarbij iedere student vijf dagen per week ter beschikking stond. Twee studenten binnen de thesisgroep hadden hun 20 weken gezamenlijk ingepland. De derde studente had na deze 20 weken nog 5 weken alleen ingepland, waar de andere twee studenten stage zijn gelopen. Desondanks werd steeds verder gewerkt aan de thesis en het werk werd gelijkwaardig opgedeeld. Binnen deze tijd werd twee keer per week via Skype afgesproken en gewerkt. Het project moest juni 2018 af zijn.

2. Menskracht en projectorganisatie

De samenstelling van het projectteam is door overeenkomende interesses en het gezamenlijke doel een eigen project te ontwikkelen tot stand gekomen. Omdat de opdrachtgever van het project een docente logopedie is, was zij altijd via mail of persoonlijk bereikbaar. De opdrachtgever verwachtte van de projectleden zowel een actieve deelname tijdens de bijeenkomsten als een goede voorbereiding en ondersteuning aan medestudenten door het geven van feedback. De projectleden verwachtten van de opdrachtgever constructief feedback en hulp indien nodig. Voor zowel de opdrachtgever als de projectleden waren deze verwachtingen duidelijk.

3. Faciliteiten, productiemiddelen en hulpmiddelen

Zowel het schrijven van de thesis als het ontwikkelen van het materiaal vond plaats op Zuyd Hogeschool en privé bij de projectleden. Alle productie- en hulpmiddelen (TV, laptops, meetinstrumenten, therapiemateriaal) stonden vrij ter beschikking.

3.2.3 Definitiefase

3.2.3.1 Activiteitenplannen

Projectactiviteiten

Het project begon met het vastleggen en formuleren van een probleem-, vraag- en doelstelling. Dit gebeurde in samenwerking met de andere thesisgroep en de thesiskring. Door middel van deskresearch maakten we gebruik van boeken, onlinebronnen, richtlijnen en verschillende databanken zoals PubMed, Google Scholar en ScienceDirect. Met behulp van deze bronnen werd algemene informatie verzameld over afasie (oorzaken en gevolgen), NAH en CVA. Bovendien werd de stand van zaken met betrekking tot participatiegerichte therapie in kaart gebracht. De resultaten ervan werden voor de inleiding van deze thesis gebruikt. Op deze manier werd de opgestelde probleemstelling onderbouwd. Om kennis over het ontwikkelen van een eigen project te krijgen, werd door deskresearch bovendien informatie over projectmatig werken verzameld. Verder werden met behulp van brainstorming eerste ideeën over de mogelijke opbouw van oefeningen verzameld (Bijlage 1). Dit werd gedaan voordat met het ontwikkelen van het materiaal wordt gestart, zodat een eerste overzicht ontstond.

Om ideeën over de inhoud van elk onderdeel vast te houden, werd gebruik gemaakt van mindmap's (Bijlage 2). Het ontwikkelen van mindmap's vond structureel plaats voor de start met ieder nieuw hoofdthema van de BIPAC I.

Bovendien werd naar de expertise van zes logopedisten uit het werkveld gevraagd. Er werd via mail en een bijgevoegd formulier (Bijlage 3) gevraagd, hun mening te geven over:

- Wat voor hun kenmerkend is voor aantrekkelijk en motiverend therapiemateriaal;
- Wat zij aan bestaand materiaal waarderen en wat voor hun belangrijk is betreffend nieuw ontwikkeld materiaal;
- Hun ervaringen, welke oefeningen/oefenprincipes niet of juist goed aanslaan.

De twee thesisgroepen hadden regelmatig contact met elkaar en hebben de vooruitgang van het project besproken. Dit gebeurde voornamelijk maandelijks binnen de thesiskring. Bovendien werd een groepsapp geopend waar alle zes groepsleden van de twee thesisgroepen in zitten. Deze app werd gebruikt wanneer er vragen, problemen of meningsverschillen zijn opgetreden. Indien er een meningsverschil opkwam, werden de argumenten van elke persoon genoemd. Zo kon iedereen zijn eigen mening geven en over de visie van de anderen nadenken. Als er geen

consensus tot stand kwam, werd de vraag of het probleem in de grote groep binnen de thesiskring besproken. Er werd dan samen met de opdrachtgever en onafhankelijke studenten over een oplossing nagedacht.

Faseren

Fase	Inhoud	Gehanteerde bronnen
Fase 1	- Probleem-, vraag- en doelstelling	- Projectgroep (= 2 thesishgroepen) - Stuurgroep (= thesiscoach, projectgroep en thesiskring, COP Neuro)
Fase 2	- Deskresearch en literatuurstudie - Inleiding van de thesis schrijven	PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, boeken, online bronnen, richtlijnen
Fase 3	- Verdeling van de onderdelen van de BIPAC I	- Projectgroep (= 2 thesishgroepen)
Fase 4	- Schrijven van de methode	- zie fase 2
Fase 5	- Ontwikkelen van het materiaal • Brainstorm en mindmapping • Voorwoord van de klapper • Boodschappen doen, telefoneren beantwoorden, telefoneren opbellen, afspraak maken, praatje maken en specifieke gesprekken • Feedback van docenten vragen en verwerken • Feedback van PMA over lay-out vragen en verwerken	- 3 expert docenten afasie - 6 logopedisten uit het werkveld - Projectgroep (= 2 thesishgroepen die voortdurend met elkaar afstemmen zodat de volledige inhoud, lay-out therapiemateriaal is afgestemd) - Stuurgroep - 5 PMA
Fase 6	- Resultaten - Samenvoegen van het ontwikkeld materiaal tot een klapper - Testen bij kleine steekproef	- Projectgroep - PMA van stageplekken
Fase 7	- Discussie	
Fase 8	- Conclusie	

Tabel 6: Fasering

Tussenproducten, mijlpalen en eindproduct

Om succesvol tot een eindproduct te komen, waren tussenproducten en mijlpalen nodig.

Volgens Migchelbrink (2012) zijn mijlpalen “*belangrijke momenten waarop belangrijke tussenresultaten zijn bereikt en beslissingen worden genomen.*”

Binnen deze thesis werden de volgende onderdelen van de BIPAC I als tussenproducten gehanteerd:

1. Boodschappen doen → met de mijlpaal: week 12 van de thesisperiode
2. Telefoneren beantwoorden → met de mijlpaal: week 15 van de thesisperiode
3. Telefoneren opbellen → met de mijlpaal: week 17 van de thesisperiode
4. Afspraak maken → met de mijlpaal: week 19 van de thesisperiode
5. Praatje maken → met de mijlpaal: week 20 van de thesisperiode
6. Specifieke gesprekken → met de mijlpaal: week 20 van de thesisperiode

Deze tussenproducten werden gebruikt om gestructureerd te werken. Pas wanneer een mijlpaal was bereikt, werd gewerkt aan het volgende tussenproduct. Indien een tussenproduct vóór de vastgelegde mijlpaal was afgerond, kon verder worden gewerkt aan het volgende tussenproduct. De mijlpalen dienden als deadline voor het ontwikkelen van de oefeningen die bij het tussenproduct horen. Als een tussenproduct was afgerond, werd een mijlpaal bereikt. Aan de hand van de mijlpalen werd de definitieve planning vastgelegd en het eindproduct stapsgewijs afgesloten.

Tijdspad en doorlooptijd

Tijdens het schrijven van de thesis en het ontwikkelen van het product werd onderstaand tijdschema gehanteerd:

Fase	Week van de thesisperiode
Fase 1	Week 1 t/m 2
Fase 2	Week 3 t/m 5
Fase 3	Week 6
Fase 4	Week 7 t/m 8
Fase 5	Week 9 t/m 20
Fase 6	Week 21 t/m 23
Fase 7	Week 24
Fase 8	Week 25

Tabel 7: Tijdsplanning

De totale doorlooptijd omvat 25 weken.

3.2.4 Realisatiefase

3.2.4.1 Ontwikkelingsfase

Binnen deze fase werden ideeën voor oefeningen per onderdeel verzameld en omgezet in concrete oefeningen. Bovendien werd de verkregen feedback verwerkt en het therapiemateriaal afgerond. Wat de opbouw en de lay-out van de oefeningen betreft, hebben we gebruik van brainstorming gemaakt. Dit is gebaseerd op het bestuderen van bestaand therapiemateriaal dat als inspiratie diende.

Om inhoudelijk een eerste indruk over de onderdelen te krijgen, werd zoals eerder beschreven mindmapping gebruikt. Dit werd beïnvloed door ervaringen uit eerdere stages en het bestuderen van diagnostische tests. Tijdens het ontwikkelen van de oefeningen werd rekening gehouden met verschillende aspecten:

1. Evidence based:

Om naast eigen ervaringen ook wetenschappelijk gebaseerde kennis te benutten in de ontwikkeling van het materiaal werd gebruik gemaakt van de Logopedische Richtlijn “Diagnostiek en behandeling van afasie”. Hierin staan verschillende evidence based therapieprincipes beschreven die gebruikt werden voor taalproductieoefeningen:

- *Compenserende Strategietraining:* Hier leert de PMA als compensatie een strategie te gebruiken om op het doelwoord te komen. Het worden in plaats van de gestoorde functie andere, nog intacte vaardigheden gebruikt. Om de geleerde compensatievaardigheden te generaliseren, wordt communicatieve therapie toegepast. Hieronder vallen zowel rollenspellen als ook schriftelijk ondersteunde gesprekken en het gebruiken van ondersteunende communicatieve vaardigheden (tekenen, aanwijzen, gebaren maken) (Berns, et al., 2015).
- *Stimulatietherapie:* Hierbij worden de vaardigheden impliciet getraind die de PMA door de CVA niet meer kan uitvoeren. De PMA moet vanuit zichzelf de oefeningen zo goed mogelijk uitvoeren en leert hierbij door herhaling. Indien de PMA vanuit zichzelf niet verder komt, geeft de therapeut cues ter ondersteuning. Het wordt zo veel hulp aangeboden als de PMA nodig heeft.
- De volgende therapieprogramma's en meetinstrumenten werden geraadpleegd om ideeën over de inhoud en de vorm van de oefeningen te krijgen:

- Comprehensive Aphasia Test Nederland (CAT – NL)
- Bogenhausener Semantik – Untersuchung
- Aphasie Check – Liste (ACL)
- Aachener Aphasie Test (AAT)
- Bielefelder Aphasie Screening (BIAS)
- Scenario Test
- BOX
- Neurolinguistische Aphasietherapie (NAT)
- Dysamix
- Frontomix
- Focumix
- Aphasie Partizipations Training (APT)
- *Lay- Out:* Binnen de “Logopedische richtlijn ‘diagnostiek en behandeling’” (Berns, et al., 2015) wordt een overzicht van aanpassingen voor geschreven teksten voor PMA gegeven. Volgende punten zijn van belang:
 - Lettertype Verdana
 - Lettergrootte 14
 - Zinnen van maximaal 10 woorden
 - Regelafstand 1,5
 - Belangrijkste begrippen onderstrepen en dik drukken

2. Relevantie van de oefeningen:

Binnen de “Logopedische richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van afasie’” (Berns, et al., 2015) wordt beschreven dat het aanleren van een strategie of compensatievaardigheden een positief effect hebben op het gedragsniveau van de PMA. Om deze reden hebben we ook ervoor gekozen in ons materiaal gebruik te maken van strategieën en compensatievaardigheden.

Het doel van ons materiaal was een verschuiving te bereiken van functie- naar participatieniveau. Volgens de “Logopedische richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van afasie’” (Berns, et al., 2015) is een behandeling pas dan succesvol als deze overgang gemaakt is.

3. Aantrekkelijk en motiverend:

Om de oefeningen zo aantrekkelijk mogelijk vorm te geven, hebben we bovenstaand therapiemateriaal bekeken. Hierbij hebben we onze aandacht vooral op de opbouw van de oefeningen gericht. Bovendien verwerkten we de formulieren van de logopedisten uit bijlage 3. Hierdoor werd de mening van ervaren logopedisten in het materiaal betrokken. Omdat de PMA tijdens de afname van de BEBA en BIPAC aangeeft waaraan hij het liefst wil werken, helpen de oefeningen zijn doel te bereiken en zo snel mogelijk de gekozen activiteit beter uit te kunnen voeren. Bij het ontwikkelen van de oefeningen werd specifiek gelet op realistische situaties en gespreksinhouden. Zo werd het materiaal voor de PMA motiverend en nog aantrekkelijker.

4. Moeilijkheidsgraad:

Per onderdeel werden de ernstgradaties (licht, matig-ernstig en ernstig) uit de NAIS gebruikt. Er werden oefeningen voor elke ernstgradatie bedacht. Binnen het voorwoord werden de ernstgradaties gedefinieerd zodat voor de therapeut het verschil tussen deze niveaus duidelijk is.

5. Materiaalkeuze en afwisseling:

Om het materiaal af te stemmen op de verschillende ernstgradaties werd ervoor gekozen om visuele ondersteuning (picto's, afbeeldingen) toe te voegen. Deze kunnen als hulpmiddel dienen. Volgens de "Logopedische Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie'" (2015) zijn volgende punten van belang: 1. Een volwassen uitstraling, 2. Een goede kwaliteit en 3. Altijd dezelfde stijl. Bovendien hebben we ervoor gekozen, zowel werkbladen voor de PMA te ontwikkelen als ook auditief aangeboden oefeningen te gebruiken.

Om binnen de therapie een zo reëel mogelijke situatie te creëren, krijgen de therapeuten instructies voor rollenspellen. Deze hebben als doel, de transfer naar alledaagse situaties te vergemakkelijken. Bovendien zal het therapiemateriaal aansprekend en afwisselend zijn. Hiervoor werden picto's/ afbeeldingen, werkbladen voor de PMA en rollenspellen gebruikt.

Op basis van deze aspecten heeft iedereen individueel oefeningen met doelstelling en instructie bedacht. Op een later tijdstip werden deze individuele uitwerkingen samen besproken. Bij het samenvoegen van de oefeningen hebben we rekening gehouden met de volgende punten:

- werd bij de oefeningen rekening gehouden met de bovengenoemde aspecten;
- zijn de oefeningen realistisch voor een PMA;
- zijn de oefeningen om te zetten voor cliënt en therapeut;
- passen de oefeningen bij het opgestelde doel;
- passen de oefeningen bij het onderdeel van het hoofdthema;
- zijn oefeningen dubbel.

Zo kon iedereen eigen ideeën inbrengen en er is een product ontstaan wat gemaakt is door de hele groep. De uitwerkingen werden dan samengevoegd zodat we voor elk onderdeel tenminste twee oefeningen per ernstgradatie hebben. Om meer afwisseling en mogelijkheden voor cliënt en therapeut te scheppen, werd steeds geprobeerd meer dan twee oefeningen voor elk onderdeel te ontwikkelen.

De eerste opzet van de oefeningen werd naar drie docenten logopedie van Zuyd Hogeschool Heerlen gestuurd. Dit werd gedaan om tijdens het ontwikkelen van het materiaal rekening te houden met de feedback van ervaren deskundigen. Op deze manier werden de oefeningen steeds concreter en uiteindelijk afgerond.

De benaderde docenten hebben tijdens de opleiding lesgegeven over afasie. Voordat de oefeningen naar de docenten werden doorgestuurd, werd persoonlijk contact met hun opgenomen. Volgende punten werden met hun besproken:

- De doelstelling van de thesis
- De redenen voor de benadering (ervaring met cliënten, beoordeling van de begrijpelijkheid van de doelstellingen en instructies van de oefeningen, is de opbouw van de oefeningen helder?)
- Tot wanneer we de feedback nodig hebben (max. 10 werkdagen)

Bovendien werd de eerste opzet van de oefeningen ter beoordeling aan zes logopedisten binnen het werkveld gegeven. Hier werden dezelfde instructiecriteria als voor de docenten gebruikt. Ook deze feedback werd meegenomen in de verdere ontwikkeling van het materiaal.

In week 20 werden een aantal uitgewerkte oefeningen in het juiste formaat aan vijf PMA voorgelegd zodat zij konden aangeven wat zij van de lay-out vinden. De bevindingen van de PMA werden opgenomen en verwerkt tot de uiteindelijke oefeningen.

In week 21 t/m 25 werd het materiaal mee genomen naar twee stageplekken om het bij een kleine steekproef van vijf PMA te testen. Het werd vooraf naar toestemming van de

stagebegeleider gevraagd voor het testen van het ontwikkeld materiaal. Hiervoor werden personen met afasie benaderd van wie de therapiedoelen passen bij de oefeningen. Om zeker te zijn dat voor de juiste oefeningen werden gekozen, werd de inhoud van de therapie eerst met de stagebegeleider besproken.

Evaluatie

Tijdens het ontwikkelen van het product was het van belang door middel van een interne evaluatie (binnen de projectgroep) steeds de vooruitgang te evalueren. Dit hebben we met behulp van de vooraf vastgelegde mijlpalen gedaan. Doordat de eerste opzet van de oefeningen naar logopedisten uit het werkveld en naar docenten logopedie werd gestuurd, hebben we het product ook door professionals laten evalueren. Hun feedback was dus ook een belangrijk punt in het ontwikkelen van dit materiaal.

Presenteren van het product

In verband met het afstudeerproject wordt aan het eind van jaar vier op 26 juni 2018 een presentatie gegeven. Hierbinnen wordt het projectproduct voorgesteld.

3.3 Doelgroep

De doelgroep van dit project zijn logopedisten die aandacht willen besteden aan participatiegerichte therapie bij patiënten met afasie in de revalidatiefase.

Het ontwikkelde therapiemateriaal kan zowel gebruikt worden in aansluiting op de resultaten van de BEBA en de BIPAC I als ook onafhankelijk ervan. In beide gevallen staat altijd de behandeling van de behoeftes van de PMA centraal.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze bachelorthesis beschreven.

Deze zijn m.b.v. de stappen van het projectmatig werken (Migchelbrink, 2012) tot stand gekomen. Allereerst worden de resultaten uit de definitiefase voorgesteld welke een belangrijke voorbereiding waren voor het ontwikkelen van het behandelmateriaal binnen de realisatiefase. Binnen deze fase is het eindproduct, namelijk “Participatiegericht Behandelprogramma Afasie en Communicatievaardigheden” (P-BAC) ontwikkeld. De resultaten hiervan worden in dit hoofdstuk nader toegelicht.

4.1 Definitiefase

Om tot de uiteindelijke resultaten te komen werden enkele stappen doorlopen.

Hiervoor werd een brainstorm van eerste ideeën over de mogelijke opbouw van de oefeningen gemaakt (Bijlage 1). In totaal werden 21 mindmap’s met eerste ideeën voor een aantal subthema’s opgesteld (Bijlage 2). Bovendien werden vragenlijsten m.b.t. de kenmerken voor aantrekkelijk en motiverend therapiemateriaal per e-mail aan tien logopedisten uit het werkveld verstuurd. De kenmerken van de logopedisten zijn opgenomen in tabel 8:

Geslacht	Leeftijd	Aantal jaren werkervaring	Aantal jaren werkervaring met PMA
Vrouwelijk	44	21	21
Vrouwelijk	31	7	7
Vrouwelijk	32	10	10
Vrouwelijk	35	12	12
Vrouwelijk	32	5	5
Vrouwelijk	26	3	3
Vrouwelijk	22	1	1
Vrouwelijk	60	35	35
Vrouwelijk	27	4	4

Tabel 8: Kenmerken van benaderde logopedisten m.b.t. aantrekkelijk en motiverend therapiemateriaal.

Negen formulieren werden ingevuld teruggestuurd (Bijlage 4). Door middel hiervan werd de expertise van de logopedisten meegenomen in de ontwikkeling van het materiaal.

4.2 Resultaten realisatiefase

Tijdens de ontwikkeling van de oefeningen werd rekening gehouden met volgende aspecten van de realisatiefase: “evidence based”, “relevantie van de oefeningen”, “aantrekkelijk en motiverend”, “moeilijkheidsgraad” en “materiaalkeuze en afwisseling”.

Nadat een eerste opzet van de oefeningen werd ontwikkeld, werd contact opgenomen met vijf docenten logopedie uit de COP Neurogene communicatiestoornissen en dysfagie van Zuyd Hogeschool te Heerlen. Verder werden zes logopedisten uit het werkveld mondeling benaderd. Zowel de docenten als de logopedisten werden gevraagd om feedback op de voorlopige oefeningen te geven. In totaal hebben drie docenten en drie logopedisten uit het werkveld aangegeven de oefeningen van feedback te willen voorzien. De kenmerken van alle logopedisten die feedback op de conceptoefeningen hebben gegeven, worden weergegeven in tabel 9.

Geslacht	Leeftijd	Aantal jaren werkervaring	Aantal jaren werkervaring met PMA
Vrouwelijk	39	15	15
Vrouwelijk	55	33	33
Vrouwelijk	59	38	21
Vrouwelijk	32	10	10
Vrouwelijk	35	12	12
Vrouwelijk	32	5	5

Tabel 9: Kenmerken van benaderde logopedisten m.b.t. feedback op conceptoefeningen

De ontvangen feedback van de logopedisten is hieronder opgesomd:

- “Het doel zo formuleren dat het zowel verbaal als non- verbaal bereikt kan worden.”
- “Maak de oefeningen direct functioneel door bijv. het eigen hulpmiddel erbij te nemen en daaruit te laten kiezen!”
- “Het is mooi om video-opnames te gebruiken. Dat kan gerichte feedback opleveren.”
- “Laat spelling, grammatica en zinsbouw controleren!”
- “Suggesties geven voor rollenspellen en opdrachten, met kleine dagelijkse situaties om een realistische context en oefensituatie te creëren.”
- “Laat de logopedist verschillende rollen innemen, die de cliënt in het echte leven ook tegen zou kunnen komen!”
- “Met ‘echte’ materialen oefenen (niet alleen speelgeld maar vooral echt geld).”

- “Oefeningen bedenken om de co-therapeut te betrekken en met hem oefenen.”
- “Doelen concreet formuleren.”
- “Zinnen aanpassen aan de doelgroep.”
- “Let op de volgorde van de oefeningen (opbouw van gemakkelijk naar steeds moeilijker)!”
- “Leer de cliënt hoe hij in noodsituaties (wanneer hij paniek of stress ondervindt) kan reageren om de situatie te beëindigen.”
- “Duidelijke beschrijving en inhoudelijk relevante en zinvolle oefeningen.”

De bovengenoemde feedback werd meegenomen in de ontwikkeling van de oefeningen.

In de volgende tabellen (Tabel 10-15) is het aantal oefeningen die zijn opgenomen in de P-BAC per subthema en ernstgradatie weergegeven.

Hoofdthema “Boodschappen doen”

Subthema	Licht	Matig-ernstig	Ernstig	Werkbladen
Boodschappenlijstje maken	7	5	2	2
Geld pinnen (pinautomaat)	2	3	1	1
Geld wisselen v. winkelwagen	1	2	2	4
Om product vragen	3	1		2
Om hulp/ informatie vragen	3	3	2	3
Afrekenen contant	5	5	10	10
Afrekenen pin	3	6	4	6
Om bon vragen	1	2	1	4
Product terugbrengen	3	5	2	7
Totaal aantal oefeningen per ernstgradatie	28	27	25	39

Tabel 10: Opgenomen oefeningen Boodschappen doen

Hoofddthema “Telefoneren beantwoorden”

Subthema	Licht	Matig-ernstig	Werkbladen
Opnemen en openen	1	1	1
Reageren op gesprekspartner	3	3	3
Notities maken	1	3	1
Specifieke gesprekken	3	3	6
Afspraak maken	3	3	4
Gesprek afsluiten	1	1	1
Boodschap doorgeven	3		2
Totaal aantal oefeningen per ernstgradatie	15	17	18

Tabel 11: Opgenomen oefeningen Telefoneren beantwoorden

Hoofddthema “Telefoneren opbellen”

Subthema	Licht	Matig-ernstig	Werkbladen
Nummer opzoeken en intoetsen	3	3	3
Gesprek openen	1	1	3
Vraag/boodschap overbrengen	2	1	2
Specifieke gesprekken	2	1	4
Afspraak maken	4	3	5
Gesprek afsluiten	1	1	2
Totaal aantal oefeningen per ernstgradatie	13	10	19

Tabel 12: Opgenomen oefeningen Telefoneren opbellen

Hoofdthema “Praatje maken”/ Subthema “Praatje maken” (Hoofdthema “Boodschappen doen”)

Licht	Matig-ernstig	Ernstig	Werkbladen
5	3	2	4

Tabel 13: Opgenomen oefeningen Praatje maken

Hoofdthema “Telefoneren – Ernstige afasie”

Aantal oefeningen	Aantal werkbladen
7	0

Tabel 14: Opgenomen oefeningen Telefoneren – Ernstige afasie

Hoodthema “Specifieke gesprekken”

Aantal oefeningen	Aantal werkbladen
7	0

Tabel 15: Opgenomen oefeningen Specifieke gesprekken

Hoofdthema “Afspraak maken” - Conceptoefeningen

In de volgende tabel worden de conceptoefeningen weergegeven welke niet in de P-BAC werden opgenomen omdat deze niet volledig werden uitgewerkt:

Subthema	Aantal conceptoefeningen per ernstgradatie
Eventueel telefoneren	0
Noteren afspraak	4
Reageren op uitnodiging	1
Reden afspraak aangeven	5
Samen datum bepalen	0

Tabel 16: Conceptoefeningen hoofdthema Afspraak maken

De thesisgroep heeft ervoor gekozen om bepaalde thema's samen te voegen. Deze thema's zijn:

- Hoofdthema “praatje maken (met minder bekenden)” en subthema “praatje maken” van het hoofdthema “boodschappen doen”.
- Subthema “om hulp vragen” en “om informatie vragen” van het hoofdthema “boodschappen doen”.
- Alle subthema's van de hoofdthema's “telefoneren opbellen” en “telefoneren beantwoorden” van de ernstgradatie “ernstige afasie”.

Bij een aantal oefeningen werden audio opnames gemaakt, waar de cliënt in de oefening naar moet luisteren. Deze audio opnames werden opgenomen door drie bekenden van twee studenten van de thesisgroep.

Alle oefeningen werden door drie Nederlandse medestudenten, een Nederlandstalig familielid van een student en voor een deel door de opdrachtgever gecontroleerd op spelling, grammatica, zinsbouw en begrijpelijkheid. Dit gebeurde regelmatig tijdens de ontwikkeling van de oefeningen. De feedback werd vervolgens verwerkt om tot de uiteindelijke oefeningen te komen.

4.2.1 Opbouw P-BAC

De P-BAC – het eindproduct van deze thesis – is een gestructureerde klapper die participatiegericht behandelmateriaal voor PMA inhoudt.

De P-BAC is als volgt opgebouwd:

Aan het begin van de klapper bevindt zich de handleiding. Hierin zijn bijlagen opgenomen die binnen de handleiding verder worden toegelicht. Hierop volgend is de inhoudsopgave weergegeven met alle hoofd- en subthema's. Om de oefeningen die passen bij de resultaten van de BIPAC I zo snel mogelijk te kunnen vinden, is gebruik gemaakt van gekleurde tabbladen voor elk hoofdthema. Hierna volgt een pagina met de passende afbeelding van het hoofdthema uit de BIPAC I en de titel van het hoofdthema met een opsomming van de bijhorende subthema's inclusief de bijhorende paginanummers. Binnen het hoofdthema heeft elk subthema een eigen titelpagina. Hierop zijn de volgende aspecten weergegeven: titel van zowel het hoofdthema als het subthema, afbeelding van het subthema uit de BIPAC I, het hoofddoel, de bijdrage aan participatie van de oefeningen met de passende ICF-codes, de context en onderaan een

inhoudsopgave van de oefeningen per ernstgradatie en de werkbladen van het subthema. Na de titelpagina van het subthema volgen alle oefeningen voor lichte-, matig-ernstige- en ernstige afasie die voor dit subthema zijn ontwikkeld. Aan het eind van elk subthema zijn de bijhorende werkbladen (met titel & instructie) voor alle ernstgradaties te vinden. Het leeg formaat van de opbouw van elk subthema is weergegeven in Bijlage 5.

4.2.1.1 Handleiding

De handleiding biedt een leidraad aan logopedisten om de P-BAC optimaal te kunnen gebruiken. Binnen de handleiding werd uitgelegd hoe de P-BAC in de therapie kan worden toegepast. De opbouw hiervan staat beschreven in de volgende tabel:

Onderdeel handleiding	Korte toelichting
Inventariseer de wensen en behoeften van de cliënt	Hierbij gaat het om de terugkoppeling van de resultaten van de cliënt van de BIPAC en de BEBA. De wensen en behoeften van de cliënt staan centraal.
Breng het ICF-model en A-FROM van de cliënt in beeld	Deze twee modellen kunnen ingezet worden om een compleet beeld van de cliënt en zijn sociale participatie te krijgen.
Inventariseer het sociaal netwerk	Aan de hand van het sociaal netwerk krijgt de logopedist inzicht in het aantal gesprekspartners en in de frequentie van gesprekken met hun. Het kan ter ondersteuning dienen om een passende co-therapeut te vinden.
Wees alert op de ernstgradatie	Doordat de oefeningen ingedeeld zijn in de drie verschillende ernstgradaties van de NAIS is het voor de logopedist mogelijk oefeningen te kiezen die passen bij het taalniveau van de cliënt.
Gebruik van ondersteunende communicatie	Voor bij ernstigere vormen van afasie is het belangrijk om taal met hulpmiddelen te ondersteunen. Binnen de P-BAC wordt regelmatig gewezen op de inzet van een bestaand hulpmiddel. Bovendien worden er samen met de cliënt hulpmiddelen uitgewerkt, zoals hulpkaartjes of schema's.
Pas de behandelintensiteit aan (min. frequentie 2 uur per week)	Om voor de cliënt het best resultaat te bereiken moet op een adequate behandelintensiteit worden gelet. Hierbij kan de co-therapeut worden betrokken om met de cliënt te oefenen.
Maak gebruik van een co-therapeut	De co-therapeut speelt een belangrijke rol in het behandeltraject. Hij ondersteunt de cliënt niet alleen bij het

	aanleren van nieuwe vaardigheden maar ook bij de transfer van deze naar dagelijkse situaties.
Opbouw van de P-BAC	Hier wordt beschreven hoe de P-BAC en de oefeningen zijn opgebouwd.
Het gebruiken van het stopteken en vraagteken	In de bijlage van de P-BAC is een stop- en vraagteken geplaatst. Deze kan de cliënt tijdens de oefeningen en later in dagelijkse situaties gebruiken als gesprekken te snel gaan of hij iets niet begrijpt.
Communicatiekanalen	Er zijn iconen voor verschillende communicatiekanalen: spreken, schrijven, lezen, lichaamstaal en auditief taalbegrip. De iconen geven aan welke kanalen tijdens de oefeningen en rollenspellen worden getraind.
Participatie, transfer en participatievaardigheden P-BAC	De oefeningen in de P-BAC hebben het doel een bijdrage te leveren aan het herstel van participatievaardigheden van de cliënt.
Rollenspel en transfer	Om de cliënt zo goed mogelijk op het alledaagse leven voor te bereiden en de geleerde vaardigheden in te oefenen, staat na elk subthema een rollenspel uitgeschreven. Hierop volgend is het de bedoeling dat co-therapeut en cliënt – indien mogelijk met de logopedist – de transfer naar de dagelijkse situaties maken.
Comorbiditeit	Hierbij gaat het om mogelijke comorbiditeiten die vaak gepaard gaan met een afasie. Met deze comorbiditeiten moet rekening worden gehouden tijdens het uitvoeren van de oefeningen. Een lijst met tips voor de logopedist is in de bijlage bijgevoegd.
Bijlagen	In de bijlage zijn een aantal documenten te vinden die de logopedist, de cliënt en zijn omgeving tijdens het communiceren kunnen ondersteunen: Bijlage 1: Communicatietips voor logopedist en omgeving Bijlage 2: Sociaal Netwerk Bijlage 3: Stopteken en vraagteken Bijlage 4: Algemene suggesties inzetbaar bij alle oefeningen Bijlage 5: Evaluatieformulier rollenspel en transfer voor co-therapeut en Evaluatieformulier rollenspel en transfer voor cliënt Bijlage 6: Tips comorbiditeiten

Tabel 17: Samenvatting handleiding

4.2.1.2 Opbouw van de oefeningen

De oefeningen uit de P-BAC werden als volgt opgebouwd:

Om voor de logopedist duidelijk te maken voor welke ernstgradatie de oefening is, werd deze samen met de titel van het subthema boven elke oefening geschreven. Op de eerste pagina van elke ernstgradatie is tussen de ernstgradatie en de titel van de eerste oefening een wijsneus (figuur 1) met erbij behorend de zin “Denk aan de resultaten van de cliënt op dit onderdeel van de BIPAC I en check in hoeverre dit relevant is voor de cliënt!” te vinden. Dit herinnert de logopedist nog een keer eraan te checken wat de wensen en behoeften van de cliënt zijn om relevante oefeningen voor hem te kiezen.

Naast het nummer en de titel van de oefening werden de iconen van de verschillende communicatiekanalen aangegeven die binnen deze oefening getraind worden.

Hieronder staat het doel, de uitleg en de benodigdheden voor de oefeningen. Ten slotte werden er suggesties gegeven. Deze bevatten tips die de logopedist kan gebruiken om de oefening individueel aan de wensen en behoeften van de cliënt aan te kunnen passen. Naast deze suggesties werd er een nerd geplaatst die de suggesties aangeeft (figuur 2). De twee figuren werden met de hand ontworpen door de moeder van een student van de thesishgroep. Ze werden door de oefeningen heen gebruikt.



Figuur 1: Wijsneus



Figuur 2: Nerd

Voor sommige oefeningen werden oefenbladen ontwikkeld die meteen na de betreffende oefening te vinden zijn. Ook de oefenbladen werden genummerd en hebben dezelfde titel als de bijhorende oefening. Onder de titel staat een instructie voor de logopedist zodat hij weet hoe dit oefenblad gebruikt moet worden.

5. Discussie en conclusie

Binnen dit hoofdstuk staat het beantwoorden van de onderzoeksvraag en het kritisch reflecteren op de resultaten centraal. Hierbij wordt een verbinding gelegd naar de vooraf opgestelde tijdsplanning, de opbouw van de P-BAC en de opbouw en inhoud van de oefeningen.

Vervolgens worden adviezen voor onderzoek betreffend de effectiviteit van de P-BAC beschreven. Hierop volgend worden tips gegeven voor toekomstige afstudeerprojecten die uit meer dan één thesisgroep bestaan. Afsluitend wordt een conclusie van deze bachelorthesis getrokken.

5.1 Discussie vraagstelling

De volgende vraagstelling stond binnen deze bachelorthesis centraal:

“Welke aspecten dienen opgenomen te worden in een participatiegerichte therapiemethode op basis van de uitkomsten op de BIPAC I en BEBA om personen met afasie in de revalidatiefase effectief te ondersteunen in het bereiken van hun participatiebehoeften en hoe geef je deze therapiemethode vorm op een aantrekkelijke, motiverende manier?”

Om op deze vraagstelling een antwoord te kunnen krijgen, werd vanwege de omvang van de BIPAC I met een andere thesisgroep samengewerkt. Voordat werd begonnen met het ontwikkelen van de oefening, werden de onderdelen van de BIPAC I opgesplitst rekening houdend met dezelfde aantal subthema's die uitgewerkt moeten worden. Hoewel deze thesisgroep niet voor alle hoofdthema's van de BIPAC I oefeningen moest bedenken, kan toch maar gedeeltelijk antwoord op de bovengenoemde vraagstelling worden gegeven. Tijdens het ontwikkelen van de oefeningen werd rekening gehouden met verschillende aspecten die binnen de methode werden beschreven (evidence based, lay-out, relevantie van de oefeningen, aantrekkelijke en motiverende vorm, moeilijkheidsgraad en materiaalkeuze en afwisseling). Het effect van enkele aspecten is wel wetenschappelijk onderbouwd (Berns, et al., 2015) maar of deze ook in combinatie het therapiemateriaal positief beïnvloeden, is vanwege tijdsgebrek niet onderzocht. Hierdoor kon de effectiviteit van het materiaal m.b.t. de ondersteuning in het bereiken van de participatiebehoeften van de PMA in de revalidatiefase niet worden bewezen.

Om de P-BAC zo aantrekkelijk en motiverend mogelijk te maken, werden tips en adviezen van professionals tijdens de ontwikkeling betrokken. Of de PMA de uiteindelijke vorm van het

materiaal daadwerkelijk als aantrekkelijk en motiverend ervaart, werd niet onderzocht. Het is wel van belang dat dit in de toekomst wel wordt gedaan.

5.2 Discussie tijdsplanning

Het beoogde doel was de bachelorthesis en de P-BAC in een totale doorlooptijd van 25 weken volledig af te ronden. Gedurende de ontwikkeling van de P-BAC werd duidelijk dat dit doel niet realistisch en haalbaar was. Voor de ontwikkeling van alle oefeningen en het bereiken van alle mijlpalen werden in totaal twaalf weken ingepland, tussen de mijlpalen steeds een tot drie weken. Deze planning bleek niet realistisch en werd daarom tijdens het proces gewijzigd. Het aanpassen van de tijdsplanning werd op de eerste plaats beïnvloed van de feedback van de opdrachtgever. Het verkregen feedback werd aangepast bij alle oefeningen en was om deze reden tijdsintensief. Verder was een hechte samenwerking met de parallelle thesisgroep, die ook betrokken was bij het ontwikkelen van de oefeningen, zeer belangrijk. Gezamenlijke beslissingen werden i.p.v. aan het begin van het ontwikkelingstraject enkel in het verloop hiervan besloten. Om deze reden moesten alle oefeningen – welke werden ontwikkeld voordat de andere thesisgroep met het ontwikkelen is begonnen – worden aangepast. Ook dit had een grote invloed op het niet tijdelijk kunnen behalen van het vooraf gestelde doel.

Verder kan worden gezegd dat het bedenken en opstellen van oefeningen een creatief proces is waarbinnen het op verschillende momenten moeilijk was in tijd, deadlines en doelen te vatten. Soms hadden de leden van de thesisgroep verschillende ideeën die op talloze manieren toe te passen waren bij verschillende subthema's. Hierdoor werden subthema's veelal tegelijk ontwikkeld i.p.v. na elkaar. Dit heeft het feedbackproces wellicht vertraagd en lastiger gemaakt. Als achteraf op deze werkwijze wordt gereflecteerd, was het beter geweest deze ideeën te noteren en pas te verwerken als dit subthema in de uitwerking aan bod komt.

Tijdens het opstellen van de tijdsplanning werd er niet op gelet dat de oefeningen op spelling, grammatica, zinsbouw en begrijpelijkheid moeten worden gecontroleerd. Dit was wel noodzakelijk omdat de thesisgroep alleen uit Duitstalige studenten bestaat.

Vanwege de bovengenoemde aspecten werden i.p.v. de beoogde 30 subthema's 25 subthema's in de P-BAC opgenomen.

5.3 Opbouw van de P-BAC

Om de inhoud van de P-BAC een overzichtelijke vorm te geven, werd zoals in de methode beschreven de opbouw van verschillende therapieprogramma's met elkaar vergeleken. Allereerst werd de opbouw van de "Dysamix" (Paemeleire, Desmet, Savonet, & Van Beneden, 2011) en de "Anomix" (Paemeleire, Olson, & Savonet, 2010) geraadpleegd. Zeker omdat deze zoals de P-BAC de vorm van een klapper hebben en best veel oefeningen inhouden. Zowel de "Dysamix" als de "Anomix" zijn qua opbouw gestructureerd door voor elk nieuw onderwerp een gekleurd tabblad in te steken en voor elk onderwerp een aparte inhoudsopgave te hanteren. Dit maakt het materiaal heel gebruiksvriendelijk. Deze opbouw werd vergeleken met de opbouw van de "Aphasie Partizipations Training (APT)" (Grönke & Mebus, 2011). Dit materiaal lijkt op een boek en hanteert veel verschillende participatiegerichte thema's. Eerst zijn alle oefeningen per thema te vinden, vervolgens alle rollenspellen en hierna volgt het materiaal dat nodig is om de oefeningen uit te voeren. Doordat de rollenspellen los van de oefeningen staan en de thesisgroep deze opbouw niet goed hanteerbaar vond, werd niet voor deze opbouw gekozen. Het werd ervoor gekozen de rollenspellen meteen na het subthema te plaatsen. De werkbladen werden zoals in de APT na de oefeningen geplaatst maar wel aansluitend aan het passende subthema. Om de logopedist een snelle inzet van het materiaal mogelijk te maken, wordt zoals in de "Dysamix" en de "Anomix" ervoor gekozen gekleurde tabbladen en inhoudsopgaven per hoofdthema. Voor de opbouw van de P-BAC werd dus voor een combinatie van de boven genoemde behandelmaterialen gekozen.

5.4 Opbouw van de oefeningen

In gezamenlijk overleg met de andere thesisgroep en de opdrachtgever werd voor een uiteindelijke opbouw van de oefeningen gekozen. Hieronder wordt beschreven waarom deze opbouw gehanteerd wordt:

Om te waarborgen dat de logopedist niet lang naar een passende oefening voor de PMA moet zoeken, wordt voor elke oefening bovenaan het doel ervan beschreven. Indien de logopedist a.d.h.v. het doel herkent dat de oefening niet past bij de wensen en behoeften van de PMA kan hij verder naar de volgende oefening zonder eerst de uitleg ervan te moeten lezen. Na het doel wordt de oefening uitgelegd met de bijhorende benodigdheden eronder. Deze worden apart weergegeven zodat de logopedist meteen kan zien wat er voor het uitvoeren van deze oefening nodig is. Dit bespaart tijd en maakt het gemakkelijker voor de logopedist de sessie voor te

bereiden. Vervolgens wordt binnen de suggesties beschreven hoe de oefening kan worden aangepast voor de individuele PMA. Er werd voor gekozen dit in een apart vak te plaatsen zodat de uitleg van de oefening niet te lang en onoverzichtelijk voor de logopedist wordt. De inzet van suggesties en de plaatsing hiervan binnen het materiaal wordt zo tevens in de “Aphasie Participations Training APT” (Grönke & Mebus, 2011) gehanteerd.

Na de pagina waarom de oefening beschreven staat, zijn bij sommige oefeningen oefenbladen toegevoegd. Deze zijn alleen voor de logopedist bedoeld en worden alleen voor een specifieke oefening gebruikt. Daarom zijn de oefenbladen meteen achter de oefening te vinden en niet aan het einde van een subthema zoals de werkbladen voor de PMA. Deze werden aan het einde geplaatst omdat ze soms voor meerdere oefeningen gebruikt kunnen worden en zo niet meerdere keren in een subthema aan bod moeten komen.

Maar niet alleen een goede opbouw van de oefeningen was voor de opdrachtgever en de thesishoofden belangrijk, ook aspecten zoals de uitkomsten van de BIPAC I en mogelijke individuele aanpassingen voor de PMA die voor elk oefening werden gegeven, zouden nadruk moeten krijgen. Hiervoor werd binnen het materiaal voortdurend gebruik gemaakt van de wijsneus en de nerd.

Wijsneus: Deze herinnert de logopedist altijd een koppeling te maken naar de resultaten van de BIPAC I en na te gaan of de oefening op dit moment relevant is voor de PMA. Dit moet altijd in samenspraak met de PMA gebeuren. Het is het “gezamenlijk tot een besluit komen” oftewel “shared decision making” wat tijdens het gehele behandeltraject centraal moet staan (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014). Daarom komt de wijsneus in het gehele behandel materiaal terug.

Nerd: Deze herinnert de logopedist rekening te houden met de gegeven suggesties. Deze houden onder andere tips in hoe de oefeningen individueel aangepast kunnen worden aan de PMA. Verder werden binnen de suggesties tips en adviezen gegeven om de co-therapeut te betrekken wanneer dit mogelijk is.

5.5 Inhoud van de oefeningen

Aan het begin van de ontwikkeling werden m.b.v. mindmap's de ideeën van alle leden van de thesisgroep vastgehouden. Als deze mindmap's achteraf door de thesisgroep werden bekeken, viel op dat hierin de focus nog erg op functieniveau lag. In het verloop van de ontwikkeling van de P-BAC werd hier steeds meer rekening mee gehouden. Het werd voor de thesisgroep – vooral door het verkrijgen van feedback en de transfer hiervan op andere oefeningen – gemakkelijker, zich te verplaatsen in de PMA en steeds meer participatiegericht te denken.

Kagan (2011) schrijft dat het verbeteren van een taalfunctie niet het hoofddoel mag zijn, belangrijk is in hoe verre de cliënt zijn taal in het alledaagse leven kan inzetten en of hierin een verbetering heeft plaatsgevonden. Die gedachte heeft de thesisgroep tijdens de verdere ontwikkeling van het materiaal geholpen om oefeningen te bedenken die juist naar dit doel streven. De leden van deze thesisgroep hebben – zoals Dalemans (2009) het ook aanbeveelt – geleerd verder te kijken dan de stoornis. Samenvattend kan worden gezegd dat deze thesisgroep heeft begrepen hoe belangrijk het is te leren in een andere richting te denken. Op basis van deze inzicht werden nieuwe conceptoefeningen meteen participatiegerichter opgesteld.

Omdat – zoals door Visch-Brink & Wielaert (2005) bevestigd – binnen de literatuur, anders dan bij stoornisgerichte therapie, niet duidelijk wordt beschreven waarop de functionele therapie is gericht, baseert dit materiaal enig op eigen ervaringen, feedback van de logopedisten en de feedback van de opdrachtgever.

Tijdens de opleiding en in de feedback van de professionals werd de inzet van een co-therapeut aanbevolen. Hij heeft onder andere de opdracht de vaardigheden die de PMA binnen de sessie heeft geleerd, om te zetten in het dagelijks leven. De co-therapeut ondersteunt niet alleen de transfer van de geleerde vaardigheden van de PMA naar het alledaagse leven maar draagt bovendien de communicatietips aan de directe omgeving van de PMA over. Ook Dalemans (2009) zegt dat de directe omgeving van de PMA altijd in het behandeltraject betrokken moet worden. Maar niet alleen de contactlegging naar de directe omgeving was voor de thesisgroep een reden voor de inzet van een co-therapeut. Het was verder de bedoeling dat de co-therapeut aanwezig is bij de rollenspellen die plaatsvinden in de therapie. Binnen deze rollenspellen heeft de PMA voor het eerst de mogelijkheid de nieuwe communicatieve vaardigheden binnen een meer “reële” context te oefenen. Door de aanwezigheid van de co-therapeut kunnen meerdere rollen worden gespeeld (bijv. logopedist: kassière, co-therapeut: een onbekende klant) en kan de

context waarbinnen wordt geoefend, beter aangepast worden aan de individuele PMA. Dat dit van belang is schrijft ook Peters, et. al. (2014). M.b.v. deze aanpassingen aan de context krijgt de PMA de mogelijkheid op verschillend taalgedrag van de communicatiepartners te reageren en binnen verschillende taalsituaties te ageren wat volgens Peters ook belangrijk is om te trainen. Bovendien is het de bedoeling dat de co-therapeut thuis de geleerde vaardigheden van de sessies met de PMA herhaalt. Hier kan worden verwezen naar Berns (2015) die aangeeft dat het verhogen van de behandelintensiteit m.b.v. de co-therapeut bereikt kan worden. Samenvattend kan worden gezegd dat de co-therapeut een grote meerwaarde voor de PMA heeft omdat de PMA door hem zowel in het dagelijks leven ondersteuning krijgt als ook meer oefensituaties kan toepassen binnen een reële context. Om deze reden werd de co-therapeut – zo vaak mogelijk – opgenomen in de oefeningen van de P-BAC.

5.6 Onverwachte uitkomsten

5.6.1 M.b.t. de opbouw van de P-BAC

De hoofd- en subthema's uit de BIPAC I – welke de opbouw van de P-BAC bepalen – stonden vanaf het begin van dit project vast. Tijdens de uitwerking en ontwikkeling van de oefeningen horend bij de enkele subthema's vielen verschillende aspecten op welke de opbouw beïnvloedden.

Tijdens het bedenken van oefeningen voor de subthema's "Om hulp vragen" en "Om informatie vragen" van het hoofdthema "Boodschappen doen" viel op dat deze twee subthema's dezelfde vaardigheden vergen. Dit maakte het moeilijk verschillen tussen de oefeningen te maken zodat ervoor werd gekozen deze twee subthema's samen te vatten tot één subthema "Om hulp/om informatie vragen".

Tijdens het ontwikkelen van oefeningen voor het hoofdthema "Praatje maken (met minder bekenden)" en het subthema "Praatje maken" van het hoofdthema "Boodschappen doen" vielen dezelfde aspecten op. Vandaar dat deze oefeningen samen werden gevat tot het nieuwe hoofdthema "Praatje maken".

Verder werden alle subthema's van de hoofdthema's "Telefoneren opbellen" en "Telefoneren beantwoorden" voor de ernstgradatie "ernstige afasie" tot een nieuw hoofdthema "Telefoneren ernstige afasie" samengevoegd. Hiervoor werd gekozen omdat een PMA met een ernstige afasie zeker grote problemen met het telefoneren ondervindt. Kolonko & Hunziker (2013) schrijft dat

de verbaal communicatieve uitdrukking bij deze ernstgradatie niet alleen maar sterk beperkt maar zelfs helemaal niet meer mogelijk zou kunnen zijn. Deze beperking heeft zeker invloed op het telefoneren. Dit vanwege tijdens het telefoneren geen gebruik kan worden gemaakt van non-verbale communicatie en visuele ondersteuning.

Om deze reden bleek de inzet van “Skype” met de bijhorende videofunctie een goede optie te zijn om toch tot oefeningen voor een PMA met ernstige afasie op dit gebied te komen. Deze manier maakt de inzet van een communicatiehulpmiddel zoals een taalzakboek, hulpkaartjes of de inzet van gebaren toch mogelijk. Binnen het nieuw hoofdthema “Telefoneren ernstige afasie” leert de PMA dus een nieuwe strategie zodat hij ondanks zijn communicatieve beperkingen in sociale interactie per telefoon kan treden.

5.6.2 M.b.t. de opbouw van de oefeningen

De opbouw van de oefeningen werd in het verloop van de ontwikkeling meerdere keren aangepast. Dit omdat beide thesishgroepen en de opdrachtgever niet vanaf het begin een concrete opzet van de oefeningen hebben besproken.

Aan het begin van de ontwikkelingsfase werden binnen de oefeningen enkel het doel en de uitleg hiervan opgenomen omdat deze voor een oefening essentieel zijn. Verder werd voor elk subthema per ernstgradatie een rollenspel uitgeschreven met tips voor de transfer. Op basis van feedback door de opdrachtgever werd in het verloop van de ontwikkelingsfase bij rond 50 al bestaande oefeningen de bijdrage aan participatie toegevoegd.

Ondertussen was ook de andere thesishgroep begonnen met het ontwikkelen van de oefeningen. Omdat vooraf niet over een algemene opbouw werd gesproken, hebben beide groepen een ander opbouw gehanteerd. Pas nadat de opbouw door beide groepen en de opdrachtgever duidelijk bespreekbaar werd gemaakt, werd gezamenlijk voor volgende opbouw gekozen:

- Naam van de oefening;
- Doel van de oefening;
- Uitleg van de oefening;
- Benodigdheden;
- Suggesties;
- Oefenblad.

Bovendien werd voor elk subthema een algemeen doel opgesteld, de bijdrage aan participatie werd voor het gehele subthema beschreven en er werd een vakje toegevoegd waar rekening werd gehouden met het veranderen van de context passend bij de individuele PMA.

Hierdoor moesten de volgende aanpassingen worden gemaakt:

- De bijdrage aan participatie werd algemeen voor een subthema beschreven i.p.v. voor elke oefening.
- Voor elke oefening moesten suggesties voor de logopedist worden toegevoegd (tips voor logopedist om de oefeningen aan te passen aan de individuele PMA)
- De benodigde materialen/ documenten voor elke oefening moesten worden toegevoegd.
- De vooraf uitgewerkte rollenspellen per ernstgradatie moesten samengevoegd worden tot een algemeen rollenspel per subthema. In de suggestie van het rollenspel wordt de therapeut tips gegeven hoe hij hierbinnen rekening kan houden met de verschillende ernstgradaties. De vooraf uitgewerkte tips voor de transfer werden helemaal verwijderd omdat deze in de handleiding werden opgenomen.

De bovenstaande aanpassingen maken duidelijk dat het definitief afmaken van de oefeningen een lang proces was, wat vooral voortkwam uit het moeilijke communicatieproces tussen de thesisgroepen. De afhankelijkheid van de thesisgroepen van elkaar en van de begeleidster is voor dit relatief grootschalige project wellicht onderschat. Dat de tijdsplanning in het gedrang is gekomen is deels hierdoor te verklaren.

5.6.3 M.b.t. de inhoud van de oefeningen

Binnen de methode werd geschreven dat gestreefd werd naar tenminste twee oefeningen per subthema en ernstgradatie. Tijdens de ontwikkeling van de oefeningen werd duidelijk dat dit voor sommige subthema's niet realistisch was. Dit had te maken met de actie die bij de bepaalde subthema's hoort en de ernstgradatie van de afasie. Zo zou een PMA met een lichte afasie zeker geen moeite hebben bij het telefoneren opbellen zijn naam te zeggen of het gesprek af te sluiten door "Tot ziens" te zeggen, terwijl iemand met een ernstige afasie binnen deze activiteit zeker de meeste moeite mee zou hebben. Hetzelfde betreft de actie om bon vragen en het vragen om wisselgeld tijdens het boodschappen doen. Ook dit zijn activiteiten die voor een PMA met een lichte afasie geen grote hinderen zouden zijn.

Maar niet alleen het bedenken van oefeningen voor bepaalde subthema's was moeilijker dan vooraf gedacht, ook het opstellen van SMART-doelen was vanwege de grote doelgroep van de P-BAC niet altijd mogelijk. Het opstellen van doelen is een actie die altijd in samenspraak tussen therapeut en cliënt (en indien mogelijk met zijn familie) moet plaatsvinden (Hersch, Worrall, Howe, Sherratt, & Davidson, 2012; Dalemans R. , 2009). Dat geeft ook Visch-Brink & Wielaert (2005) aan. De doelen van functionele communicatietherapie moeten altijd in samenspraak met de PMA worden opgesteld, hij staat met zijn individuele communicatieve behoeften altijd in de voorgrond (Peters, et al., 2014). Alleen op deze manier kan gewaarborgd worden dat voor doelen wordt gekozen die echt relevant zijn voor het leven van de cliënt. Bovendien kan het best dat tijdens het behandeltraject met een PMA de therapiedoelen moeten worden herzien omdat de PMA met alledaagse situaties geconfronteerd wordt en zijn wensen en behoeften veranderen. Vanwege deze aspect wordt de therapeut in de P-BAC steeds door de wijsneus herinnert rekening te houden met de relevantie van de gekozen oefening op dit moment.

5.6.4 M.b.t. feedback

Om tijdens het ontwikkelen rekening te houden met de expertise van ervaren logopedisten, werden elf logopedisten (vijf docenten logopedie, zes logopedisten uit het werkveld) benaderd om feedback op de eerste opzet van de oefeningen te geven. Hiervan gaven vijf logopedisten aan geen feedback te kunnen geven omdat het te tijdsintensief is waardoor uiteindelijk 6 logopedisten feedback gaven. Als meer logopedisten werden benaderd en de hoeveelheid oefeningen die naar hun werd gestuurd hierdoor minder was geweest, bestond de kans dat meer logopedisten feedback hadden gegeven.

5.7 Adviezen voor vervolgonderzoek

Om de lay-out van de oefeningen aan te passen aan de wensen en behoeften van de PMA, was het de bedoeling vijf PMA m.b.t. dit aspect te raadplegen zodat hun feedback kon worden opgenomen. Dit was vanwege de grote tijdsinvestie voor het opstellen van de enkele oefeningen binnen deze thesis niet haalbaar. Toch is het van belang de oefeningen die voor de P-BAC werden ontwikkeld, aan personen met afasie te laten zien. Hierbij zou vooral moeten worden gelet op de opbouw van het materiaal. Is dit passend bij de betreffende ernst van de afasie? Zijn er te veel items per bladzijde of is het juist goed gehanteerd? Bovendien moet worden gekeken naar het taalgebruik. Past de woordkeuze bij de betreffende ernst?

Verder is aanbevolen het materiaal bijvoorbeeld door de inzet van een vragenlijst te laten beoordelen door logopedisten. Tijdens de ontwikkeling is wel al de feedback van ervaren logopedisten opgenomen, de uiteindelijke versie werd echter niet door hun beoordeeld. Vervolgens is het belangrijk om te overleggen in hoeverre de BEBA meer binnen de enkele oefeningen betrokken kan worden. Het was de bedoeling dat de oefeningen zowel op de uitkomsten van de BIPAC I als op die van de BEBA baseren. Op dit moment zijn de oefeningen meer gefocust op de uitkomsten van de BIPAC I. Het wordt niet expliciet aangegeven aan welke aspecten van de BEBA (frequentie, zelfstandigheid, probleemoplossend vermogen, spanning en tevredenheid) tijdens de oefening werd gewerkt maar tijdens de ontwikkeling van de oefeningen had de thesishoofdgroep altijd het doel voor ogen dat de cliënt achteraf de activiteit zelfstandiger en met minder stress zou kunnen uitvoeren. Doordat de aspecten altijd in het achterhoofd van de thesishoofdgroep zaten, werd automatisch het doel gevolgd dat de cliënt de gekozen activiteit weer vaker en zelfstandiger kan uitvoeren. Hierdoor wordt de kans vergroot dat de cliënt tevredener wordt met de uitvoering van de activiteit. In verder onderzoek kan worden nagegaan of logopedisten en personen met afasie tevreden zijn over de inbreng van de aspecten van de BEBA zoals het op dit moment gehanteerd wordt. Dit zou moeten worden onderzocht en indien nodig worden aangepast.

Bovendien werden met de andere thesishoofdgroep en de opdrachtgever een aantal aspecten besproken waarover verdeeldheid bestond. Deze aspecten kunnen in verder onderzoek worden opgenomen:

- Is de handleiding overzichtelijk en goed te begrijpen en zijn alle informatie m.b.t. de opbouw, inhoud en inzet vervat?
- Is de P-BAC in het gebruik handig? Hierbij is te denken aan:
 - Zijn de gewenste hoofdthema's snel te vinden?
 - Is de opbouw van hoofd- en subthema's helder en handig voor de logopedist?
 - Kan snel voor passende opdrachten worden gekozen?
- De opbouw van de oefeningen:
 - Zijn er voldoende suggesties/oefeningen gegeven om aanpassingen aan de betreffende ernst van de afasie te maken?
 - Zijn er voldoende mogelijkheden om communicatie ondersteunende middelen in te zetten?

- Wordt voldoende rekening gehouden met de persoonlijke context van de PMA waarbinnen hij de moeilijkheden ondervindt?
- Is een uitleg van de transfer binnen de handleiding voldoende of moet er binnen enkel subthema meer aandacht aan worden besteed?
- De inhoud van de oefeningen:
 - Is de inhoud van de oefeningen geschikt voor de betreffende ernstgradatie?
 - Zijn er voldoende oefeningen voor elke ernstgradatie per subthema?
 - Sluit de inhoud van de oefeningen aan bij de wensen en behoeften van de PMA?
 - Is het uitvoeren van de oefeningen binnen de therapiesituatie realistisch en omzetbaar?
 - Zijn de oefeningen helder uitgelegd zodat er geen vragen opkomen tijdens het lezen?
 - Is er voldoende verschil in het niveau van de oefeningen tussen de enkele ernstgradaties?
- Verdere aspecten:
 - Zal binnen het materiaal gekozen worden voor “logopedist” of voor “therapeut”?
 - Hebben de ICF-Codes een relevantie en/of meerwaarde voor de logopedist?

Het is belangrijk om deze punten na te gaan omdat er binnen de literatuur geen informatie over de best geschikte opbouw en inhoud van behandelmateriaal voor participatiegerichte benadering te vinden is. M.b.v. de uitkomsten van deze onderzoeken kan de P-BAC worden aangepast aan de wensen en behoeften van zowel de PMA als de logopedist.

Omdat het testen van het materiaal niet uitgevoerd kon worden vanwege tijdsgebrek is dit een aanbeveling voor toekomstig onderzoek. Wanneer de boven genoemde aspecten worden onderzocht en de P-BAC op deze werd aangepast, is het belangrijk de effectiviteit van de enkele oefeningen te onderzoeken. Hiervoor zou het waardevol zijn om voor elk subthema en elke ernstgradatie een onderzoekspopulatie te kiezen zodat alle oefeningen door meerdere personen met afasie worden uitgevoerd. Om achteraf het effect van de oefeningen te kunnen beoordelen, kan vooraf gebruik worden gemaakt van de BIPAC I en BEBA en/of het A-FROM. Op deze manier worden de wensen en behoeften van de PMA aan het begin van het behandeltraject in

kaart gebracht zodat voor de juiste subthema's kan worden gekozen. Bovendien kunnen zowel de BIPAC I en de BEBA als het A-FROM na het behandeltraject worden ingevuld om de behandeling te evalueren en een mogelijke verbetering vast te kunnen stellen.

5.8 Adviezen voor toekomstige projectactiviteiten

Na het kritisch bekijken van het gehele ontwikkelingstraject kunnen tips worden gegeven welke vooral het samenwerken van meerdere thesishoofden betreffen. Deze tips hebben tot doel andere thesishoofden tijdens het ontwikkelen van eigen materiaal te helpen:

- Het is belangrijk aan het begin van het ontwikkelingstraject de concrete opbouw/inhoud van het materiaal te bespreken.
- Het is belangrijk regelmatig afspraken te plannen en de vooruitgang van de ontwikkeling te evalueren.
- Het is belangrijk dat aan het begin van het project de verwachtingen van iedereen duidelijk bespreekbaar worden gemaakt.
- Het is belangrijk gekregen feedback met elkaar te delen.

5.9 Conclusie

De P-BAC is het eindresultaat en binnen de logopedie het eerste handvat m.b.t. participatiegerichte therapie. Dit soort behandelmateriaal bestaat in deze vorm nog niet. Deze thesishoofd heeft in samenwerking met de andere thesishoofd wat dit betreft een grondslag gelegd. Voordat de P-BAC uiteindelijk gepubliceerd kan worden, moeten de ontbrekende hoofdstukken worden bijgewerkt. Bovendien zal de opbouw van zowel de hele klapper als de enkele oefeningen aan de wensen en behoeften van de logopedisten worden aangepast. Hetzelfde geldt voor de inhoud en opbouw van de werkbladen die door feedback van personen met afasie moeten worden aangepast. Zodra de P-BAC uiteindelijk gepubliceerd wordt, kan hiermee een brug geslaan worden binnen de gezondheidszorg en vooral binnen de logopedie naar participatiegericht behandelen.

TAKE HOME MESSAGE

Der Kopf ist rund damit das Denken den Weg ändern kann!

Het hoofd is rond zodat het denken de weg kan veranderen!

Referenties

- Afasie Vereniging Nederland. (2014). *Bijkomende problemen*. Opgehaald van www.afasie.nl:
<https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=5>
- Bastiaanse, R. (2011). In *Afasie* (pp. 12-15, 36, 40-41). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bergsma, D., & Elshout, J. (sd). *Wat is hemianopsie?* Opgehaald van www.hemianopsie.nl:
<http://www.hemianopsie.nl/index.php/wat-is-hemianopsie/>
- Berns, P., & Wielaert, S. (2014). *Status Afasie Therapie: Nieuwe gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk* (p. 37, 52, 53). Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Berns, P., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M., van Wessel, S., . . . TNO, C. &. (2015, november 13). Logopedische richtlijn "Diagnostiek en behandeling van afasie". pp. 10, 11, 14, 36, 67-70.
- BetekenisDefinitie.nl. (2013). *Betekenis Neglect*. Opgehaald van www.betekenis-definitie.nl:
www.betekenis-definitie.nl/Neglect
- Code, C. (2001, Februari 15). Multifactorial Processes in Recovery from Aphasia: Developing the Foundations for a Multileveled Framework. *Brain and Language*, pp. 25-44.
- Dalemans, R. (2009). Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering. *Logopedie en Foniatrie*, pp. 380-383.
- Dalemans, R. J., De Witte, L. P., Wade, D. T., & Van den Heuvel, W. J. (2008). A description of social participation in working- age people with aphasia: A review of the literature. (T. a. Group, Red.) *Aphasiology*(22), pp. 1071- 1091.
- Dalemans, R., De Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2009, juli). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, pp. 537-550.
- de Haan-Neven, V., Dalemans, R., & van Rumst, M. (2014, januari). *Weer dirigent zijn van mijn Eigen levenslied: Coaching van een person met chronische afasie in zijn sociale participatie: een gevalsbespreking* (p.35). Opgehaald van
https://www.researchgate.net/publication/266949412_Weer_dirigent_zijn_van_mijn_Eig

en_levenslied_Coaching_van_een_person_met_chronische_afasie_in_zijn_sociale_participatie_een_gevalsbespreking

- de Haan-Neven, V., Dalemans, R., & van Rumst, M. (2015, Juni). *Sociale participatietraining bij afasie; een praktijkvoorbeeld*. Opgehaald van www.arteveldehogeschool.be:
https://www.arteveldehogeschool.be/elpa/logopedie/neurocom/bestanden_neurocom/2015Logopedie06artikeldeHaan.pdf
- de Jong- Hagelstein, M., van de Sandt- Koenderman, M. W., Prins, N. D., Dippel, D. W., Koudstaal, P. J., & Visch- Brink, E. G. (2012). De effectiviteit van vroeg ingezette cognitief- linguïstische en communicatieve therapie voor afasie na een beroerte: een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RATS-2). *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*(17), p. 2.
- de Jong-Hagelstein, M., van de Sandt-Koenderman, W., Prins, N., Dippel, D., Koudstaal, P., & Visch-Brink, E. (2011, april). Efficacy of early cognitive-linguistic treatment and communicative treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2). *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, pp. 399-404.
- De Vos, C. (2015, maart 20). *Participatiegerichte benadering bij personen met afasie: welke doelen heeft de cliënt?* Opgehaald van
https://expertise.hogent.be/files/15084343/P9_Participatiegerichte_benadering_bij_PMA_Catherine_De_Vos.pdf
- Dharmaperwira-Prins, R., & Maas, W. (2006). Hoofdstuk 15 Behandel materiaal. In R. Dharmaperwira-Prins, & W. Maas, *Afasie, beschrijving onderzoek behandeling* (pp. 249-253). Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Grönke, C., & Mebus, M. (2011). *Aphasie Partizipations Training APT*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Heesbeen, I., & Sevat, R. (2001). *Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven*. Opgehaald van
<https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/812/c9.pdf;jsessionid=14A9D9422B2C969AE10F5B8B52C1EB35?sequence=42>

Hersch, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S., & Davidson, B. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 2(26), pp. 220-233.

hersensletsel-uitleg. (2013-2017). Opgehaald van www.hersensletsel-uitleg.nl:

<http://www.hersensletsel-uitleg.nl/gevolgen/neurologische-gevolgen-nah/afasie-dysartrie-en-spraakpraxie-1>

Hersenstichting. (2017). *Beroerte gevolgen*. Opgehaald van www.hersenstichting.nl:

<https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel>; <http://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/beroerte>

hersensstichting. (2017). www.hersenstichting.nl. Opgehaald van www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/cijfers-over-patienten,

<https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/afasie>

Kagan, A. (2011). A-FROM in Action at the Aphasia Institute. *Seminars in speech and language*(32), pp. 216-228. Opgehaald van <https://www.aphasia.ca/wp-content/uploads/2011/01/Kagan-A-A-FROM-in-action.pdf>

Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., . . . Sharp, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real- life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*(22), pp. 258-280.

Kolonko, B., & Hunziker, E. (2013). *Therapieindikatioren Aphasie TInA - Eine ICF-orientierte Entscheidungshilfe für die Aphasietherapie* (p.13). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Kor, R., & Wijnen, G. (1997). In *Projectmatig werken bij de hand* (pp. 11-17). Amersfoort: Kluwer.

Koster, A., & ten Brinke, M. (2015). Het gebruik van preposities en lidwoorden door Engels sprekende niet- vloeiende afasiepatiënten. *Masterscriptie*, 3.

Kremer, K. (2016). *Afasie- Roeilien Basiaanse Samenvatting* (p.5).

- Lacroix, M., Dalemans, R., & Beurskens, S. (sd). *www.meetexpert.nl*. Opgehaald van https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie/onderzoek-en-projecten/~media/Files/Onderzoek/Kenniskring%20Autonomie%20en%20participatie%20van%20chronisch%20zieken/Factsheet%20CIQ_Q%20BIPAC%20BEBA.pdf
- Limburg, P., Voogd, D., & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA. (2012, november). *Zorgstandaard CVA/TIA.*, (p. 4). Opgehaald van www.hersenletsel-uitleg.nl: <http://www.hersenletsel-uitleg.nl/oorzaken-ziektenbeelden/hersenletsel-door-cva-beroerte-bloeding-of-infarct1>
- Maas, M., Lev, M., Ay, H., Singhal, A., Greer, D., Smith, W., . . . Furie, K. (2012, juli). The Prognosis for Aphasia in Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, pp. 350-357.
- Migchelbrink, F. (2012). *Projectmatig werken en onderzoek - een handleiding voor professionals in onderwijs, zorg, welzijn en wonen*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.
- Nederlandse WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications. (2007). *ICF Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health* (p.5). Bohn Stafleu van Loghum.
- Paemeleire, F., Desmet, L., Savonet, A., & Van Beneden, G. (2011). *Dysamix Werkboek dysartrie bij volwassenen*. Destelbergen: Sig .
- Paemeleire, F., Olson, E.-M., & Savonet, A. (2010). *ANOMIX Werkboek woordvindingsproblemen* . Destelbergen: sig.
- Parr, S. (2001). Psychosocial aspects of aphasia: whose perspectives? *Folia phoniatrica et logopaedica: official organ of the international Association of Logopedics and Phoniatrics*, pp. 266-288.
- Peters, H. F., Bastiaanse, R., Van Borsel, J., Dejonckere, P. H., Jansonijs-Schultheiss, K., Van der Meulen, S., & Mondelaers, B. J. (2014). *Verworven taalstoornissen: Deel 19 - Handboek Stem-, Spraak- en Taalpathologie* (p.111). Houten: Bohn Stafleu van Loghum Springer Media.

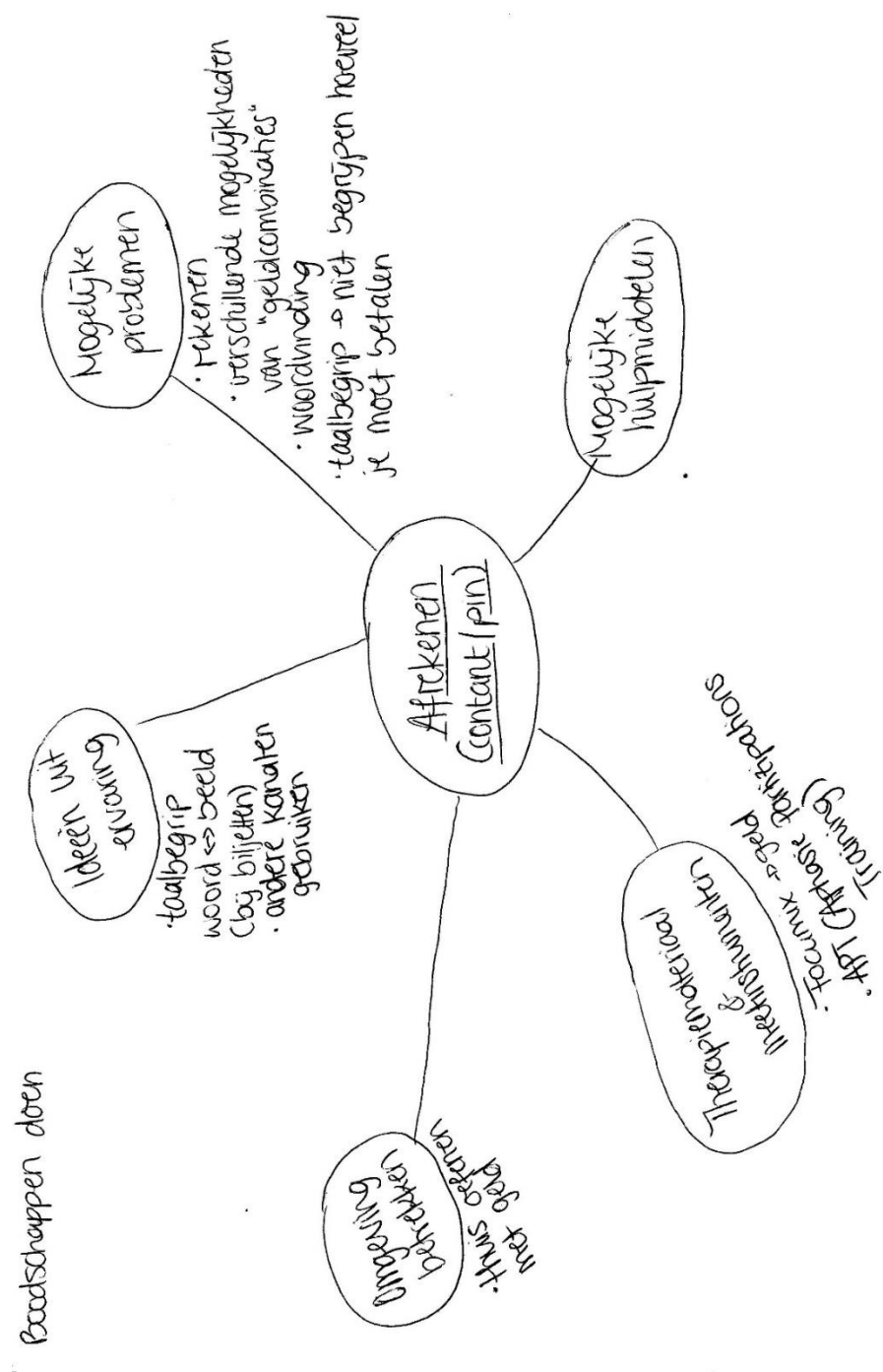
- Pommerehn, J., Delboni, M. C., & Fedosse, E. (2016). International Classification of Functioning, Disability and Health, and aphasia: a study of social participation. *CoDAS*, p. 139. Opgehaald van International Classification of Functioning, Disability and Health, and aphasia: a study of social participation:
http://www.scielo.br/pdf/codas/v28n2/en_2317-1782-codas-28-2-132.pdf
- Prins, R., & Bastiaanse, R. (1999). Afasie: symptomatologie en wetenschappelijke inzichten. In *Boekblok Handboek stem-spraak-en taalpathologie* (pp. 1417-1446). Bohn Stafleu van Loghum.
- Promes, M., Hofman, M., & Dalemans, R. (2016). *Afasie: Een inleiding*. Opgehaald van www.blackboard.zuyd.nl:
https://blackboard.zuyd.nl/webapps/blackboard/content/listContent.jsp?course_id=_1294_1&content_id=_5075_1
- v.d. Meer, & v.d. Wielen. (2014). *meetexpert*. Opgehaald van www.meetexpert.nl:
<http://testen.meetexpert.nl/infomanuals.php?language=nl>
- Visch-Brink, E., Links, P., & Hurkmans, J. (2012, augustus). Richtlijn linguïstische diagnostiek en therapie bij een verworven afasie (p.9). Vereniging voor klinische linguïstiek.
- Visch-Brink, E., & Wielaert, S. (2005). Stoornisgerichte en/of functionele therapie voor gestoorde functies bij een verworven afasie? *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, pp. 153-172.
- Wielaert, S., Jünger, N., & Berns, P. (2015, maart). Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten. *NVAT Afasie Interventie Schema*, (p. 7). Opgehaald van NVAT Afasie Interventie Schema: https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/NAIS_maart2015.pdf
- ZUYD Hogeschool. (2015). *www.meetexpert.nl*. Opgehaald van <https://www.meetexpert.nl/?cat=4>

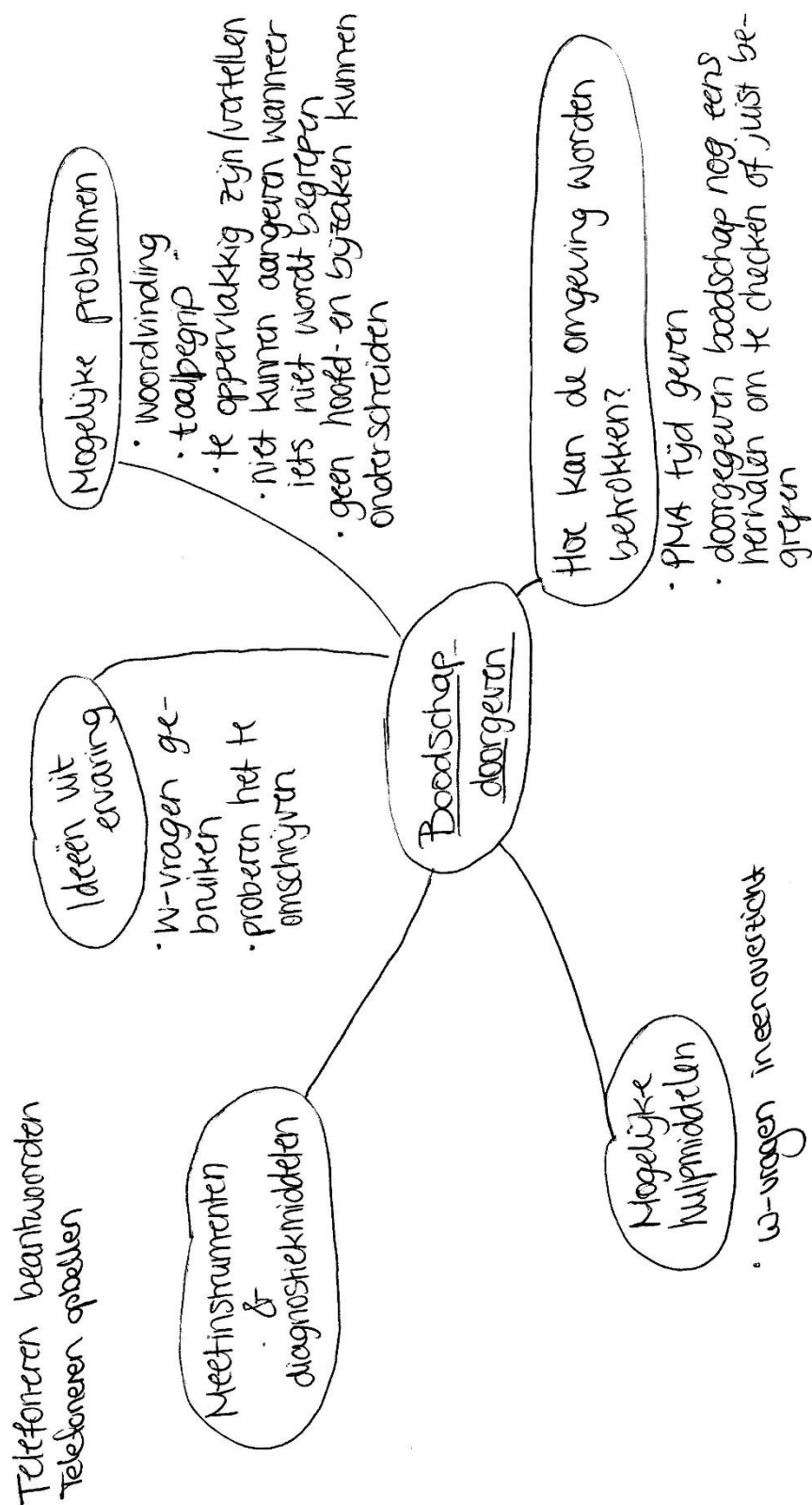
Bijlage 1 Brainstorm

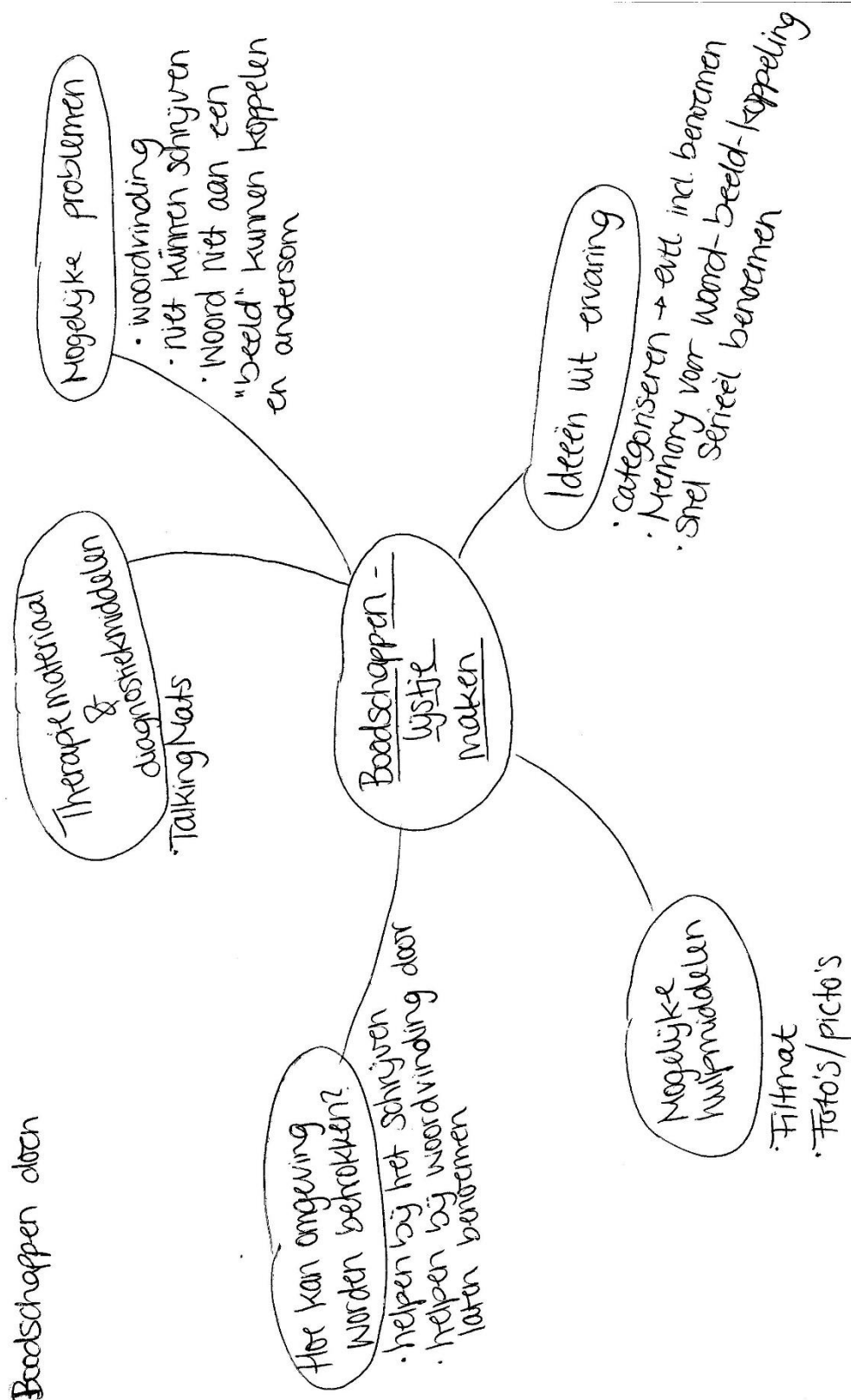
Brainstorm opbouw oefeningen

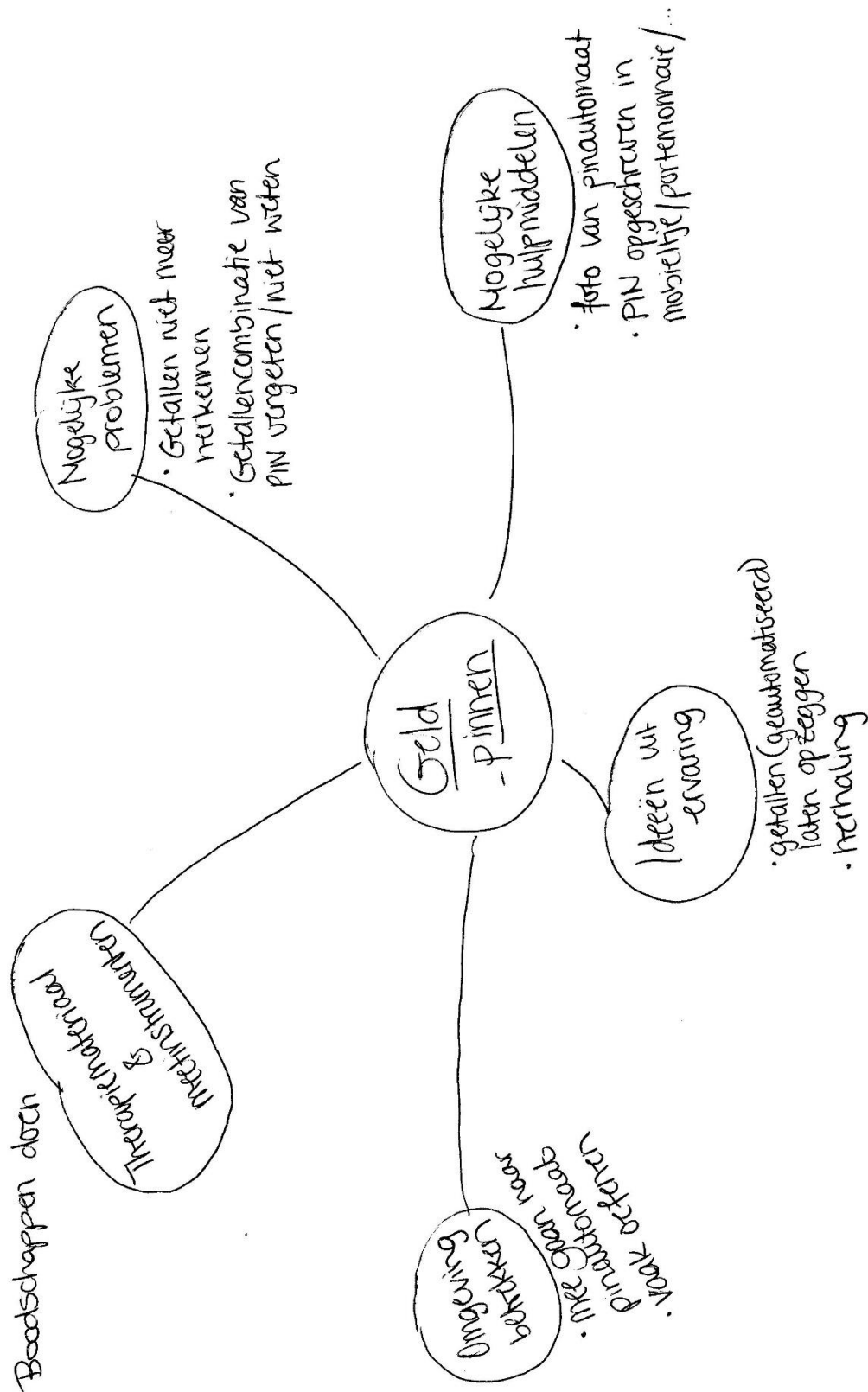
- doelstellingen + instructies voor elk oefening
- oefeningen per onderdeel bedenken
- 3 ernstgradaties
- één hoofdoel per onderdeel en subdoel per oefening
- verwijzingen indien een opdracht dubbel gebruikt kan worden
- tips → communicatie
- overzichtelijk → niet te veel tekst
- aantal items per werkblad aanpassen op het niveau van PMA
- instructies + doelstellingen niet op het werkblad voor PMA
- bij ernstige afasie meer picto's / foto's / plaatjes gebruiken dan bij licht / matig ernstig

Bijlage 2 Mindmap's

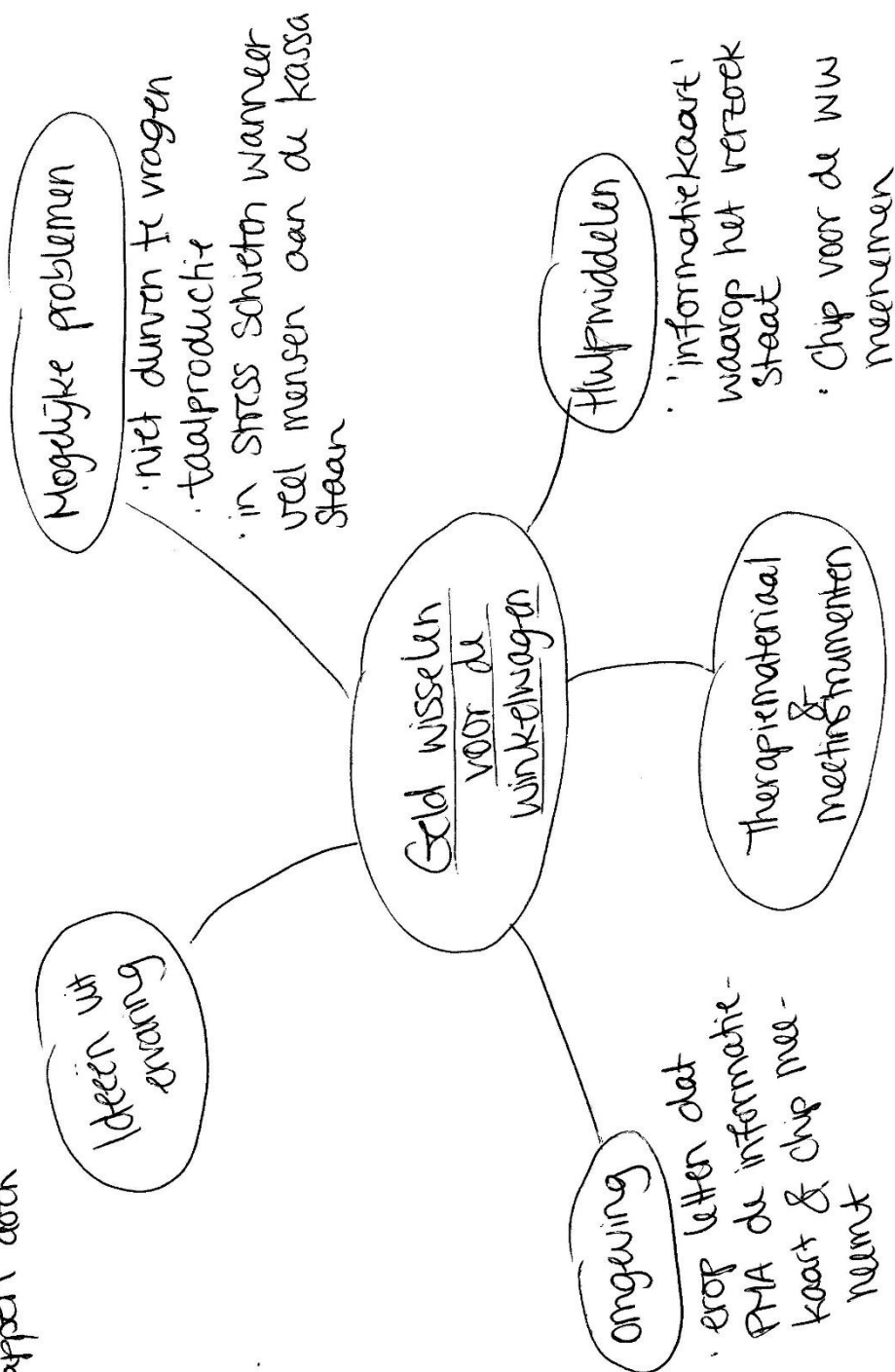


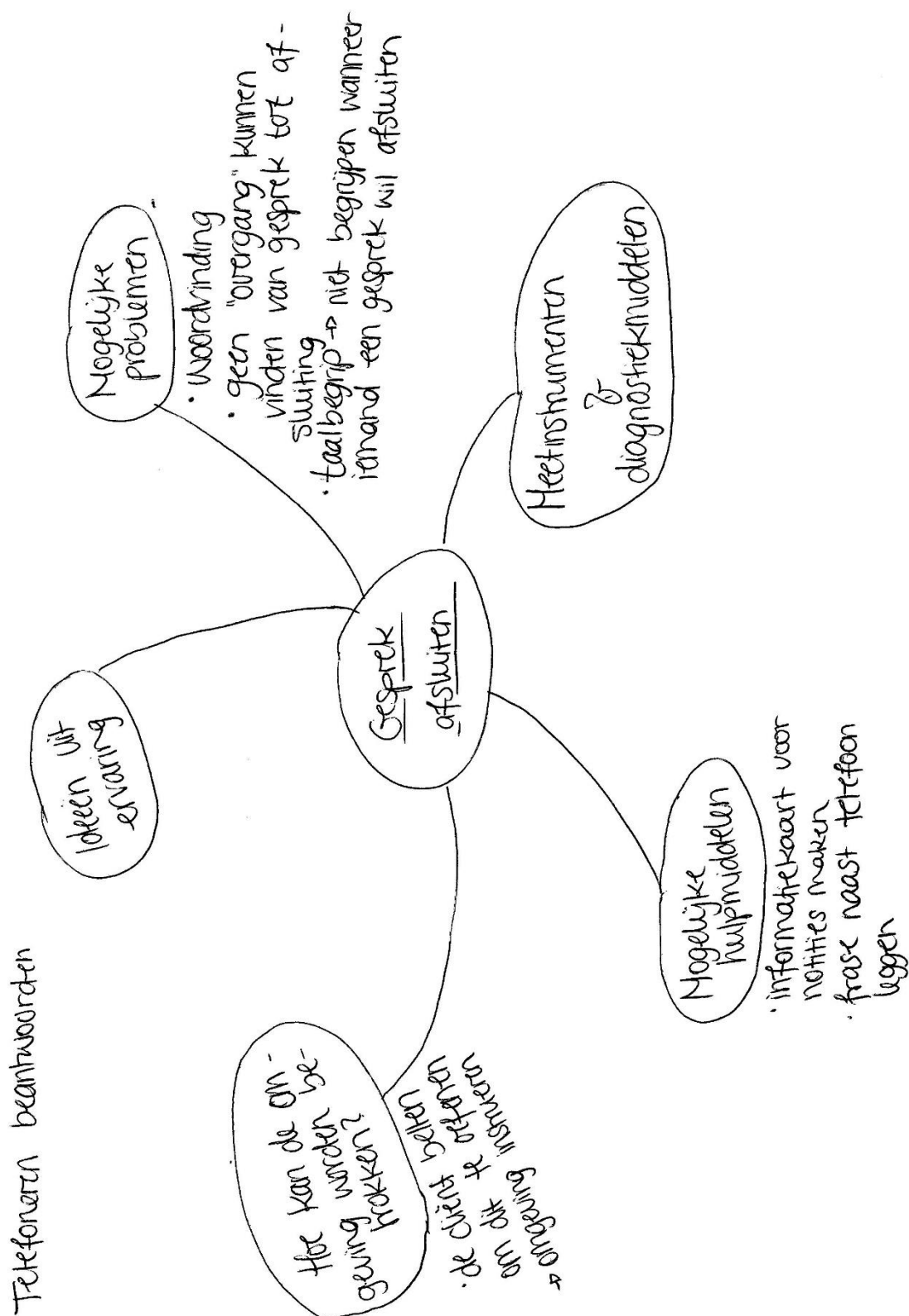


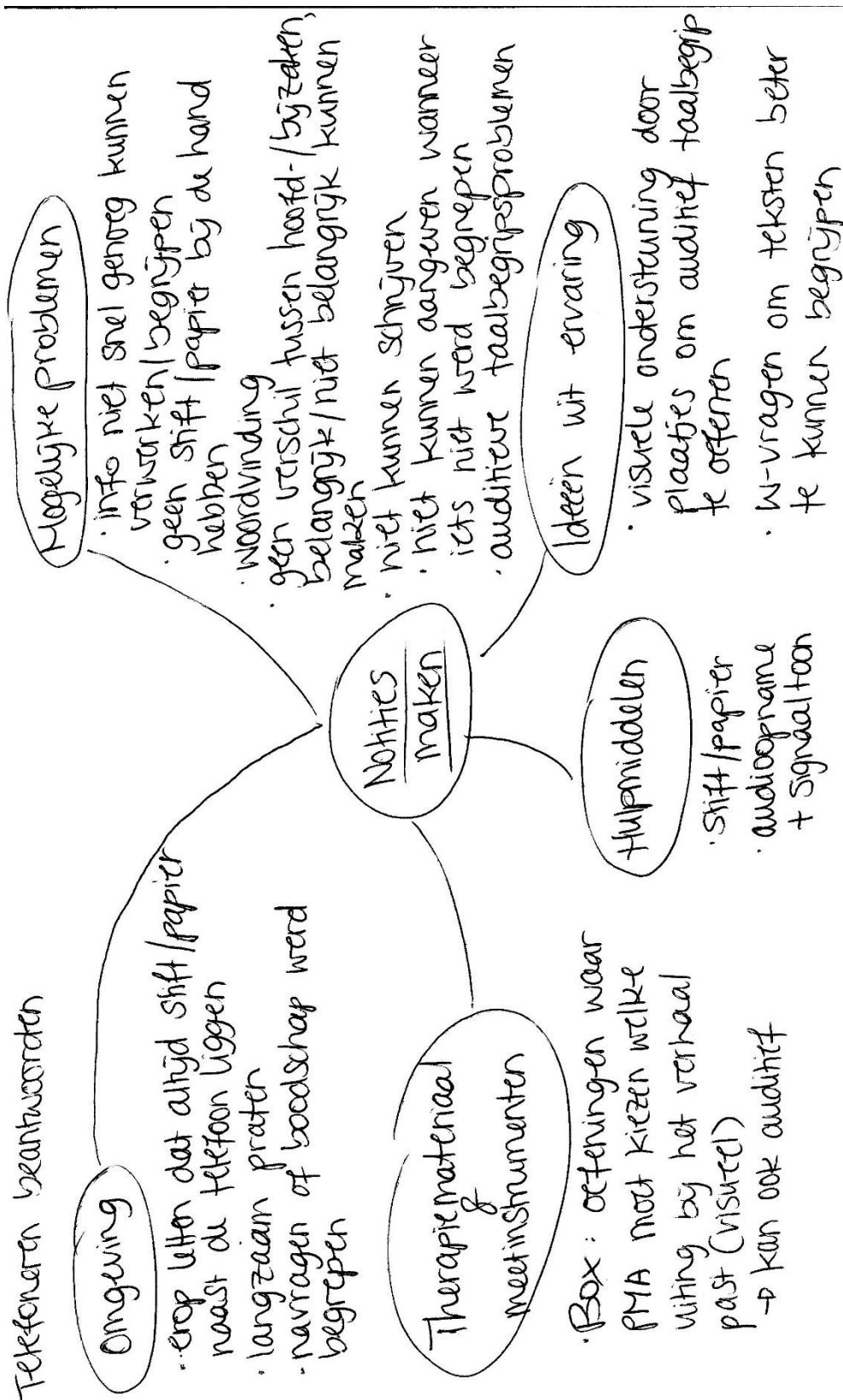


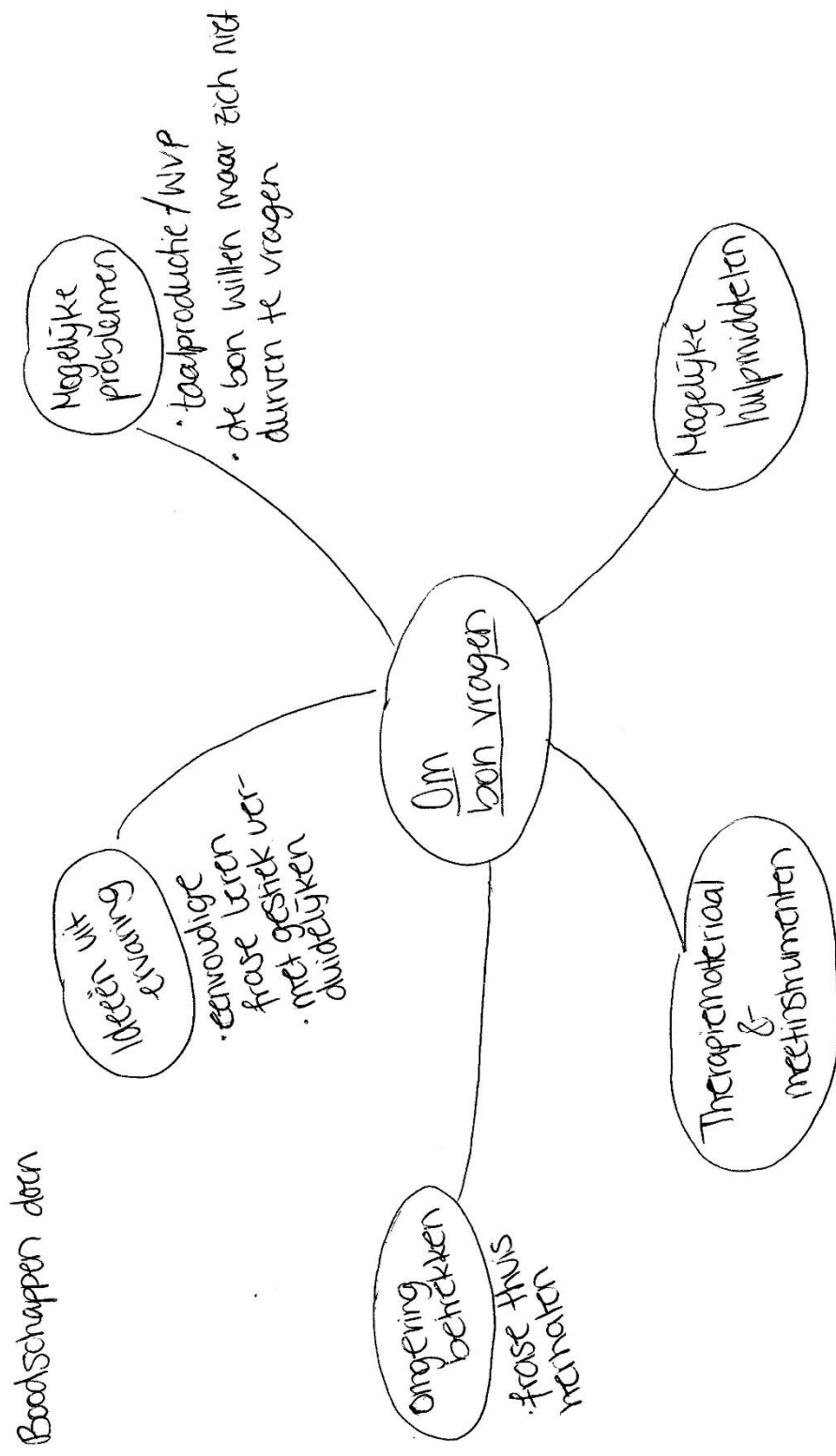


Boodschappen doen

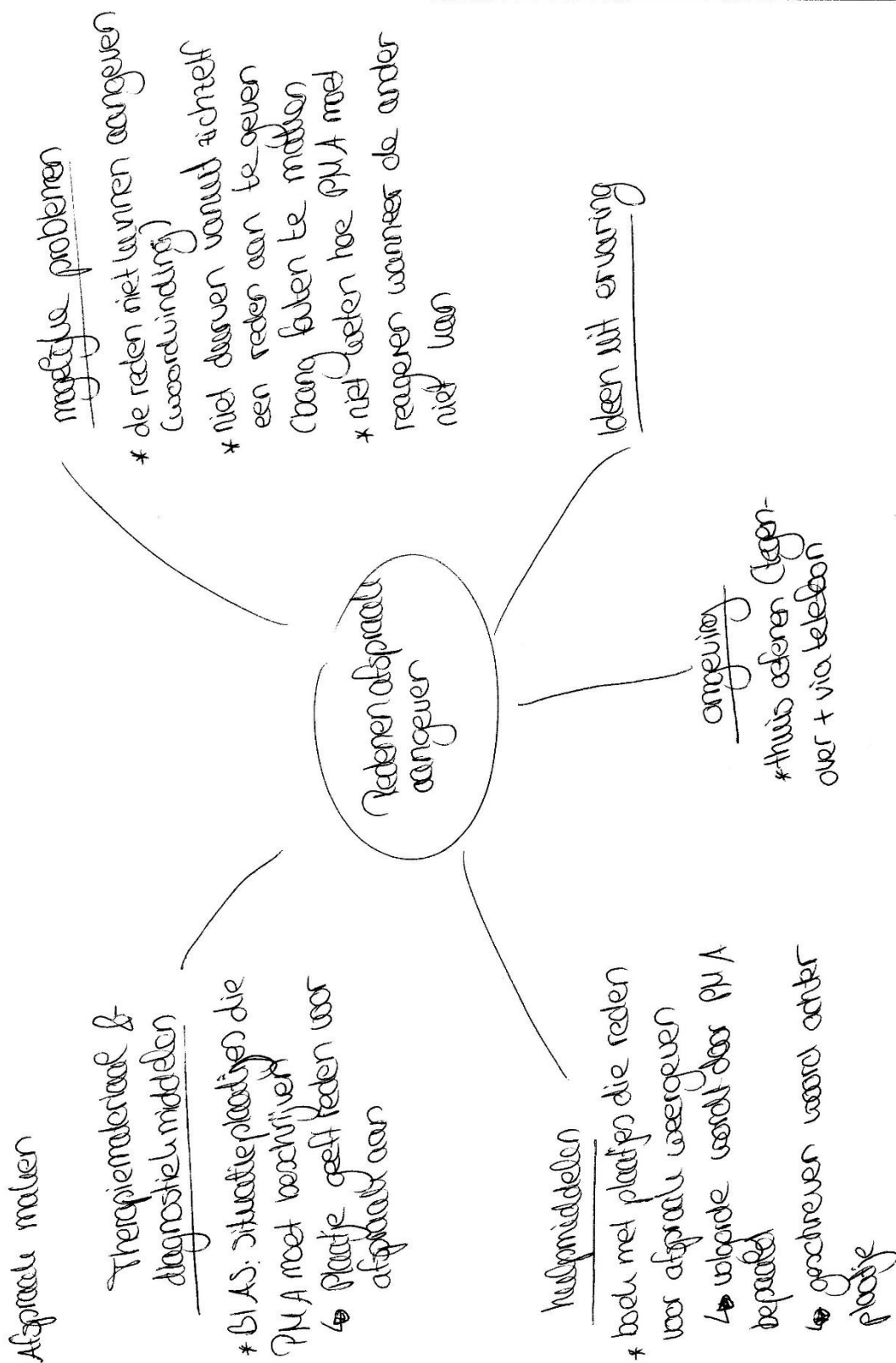


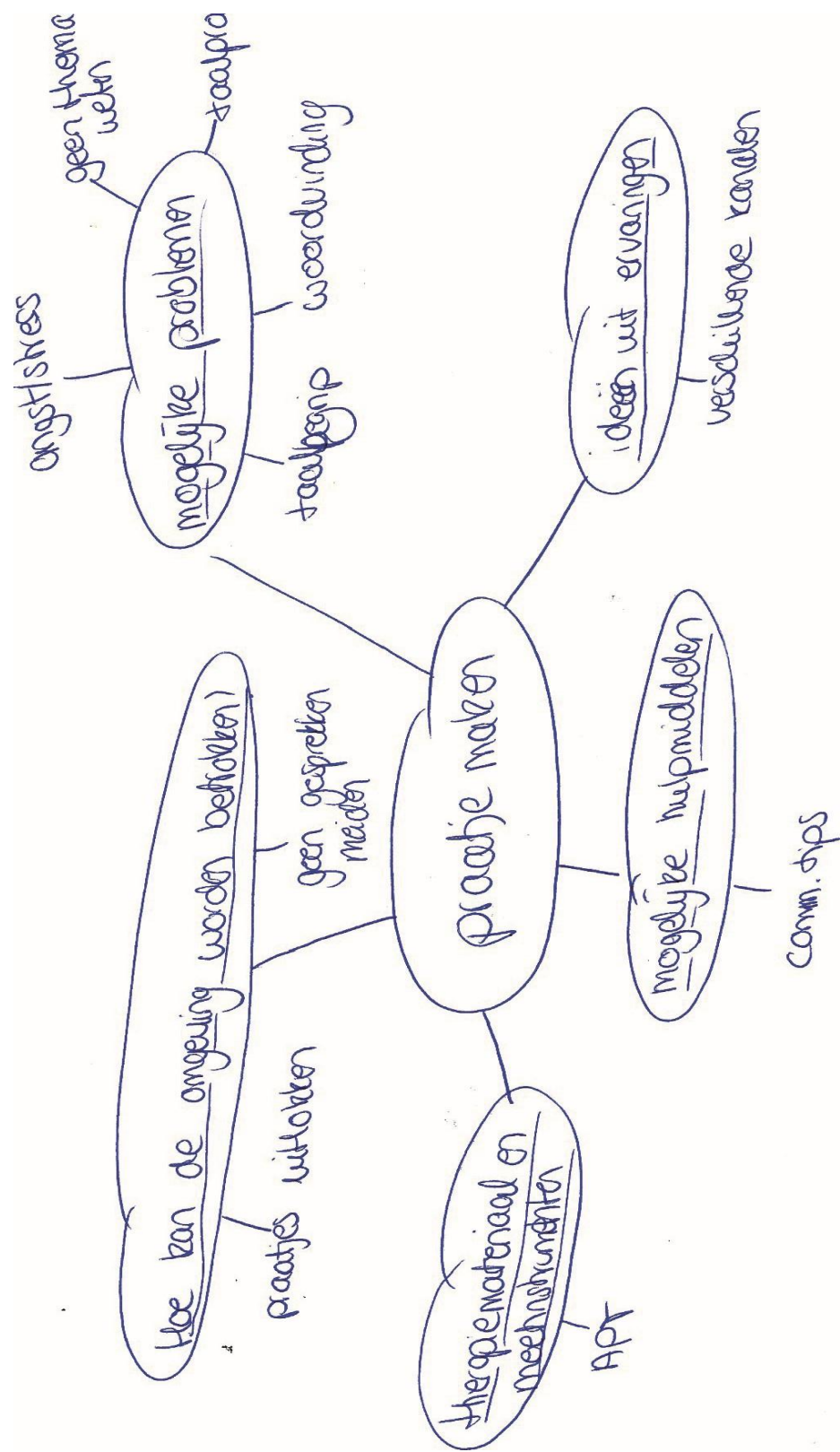


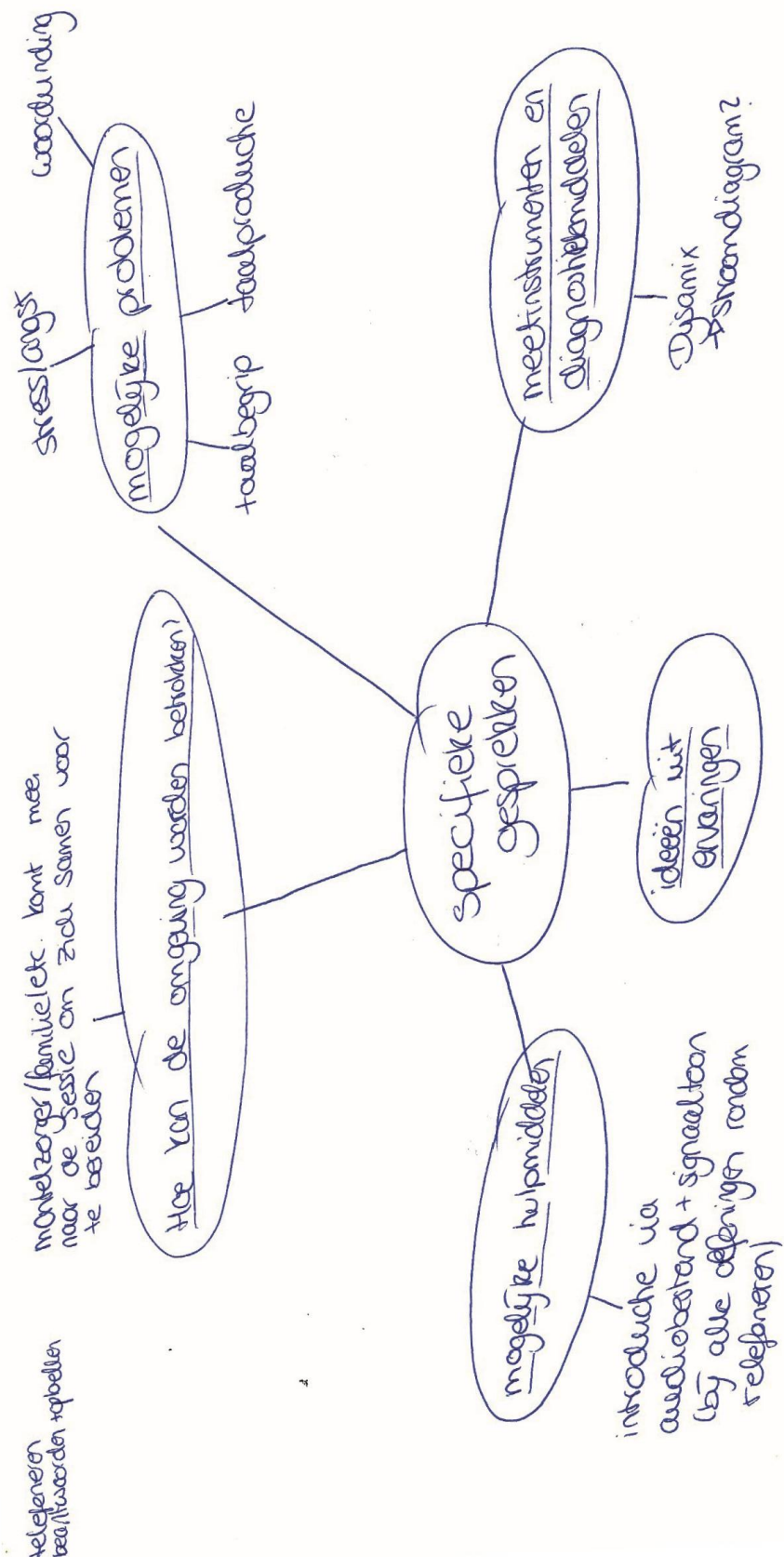




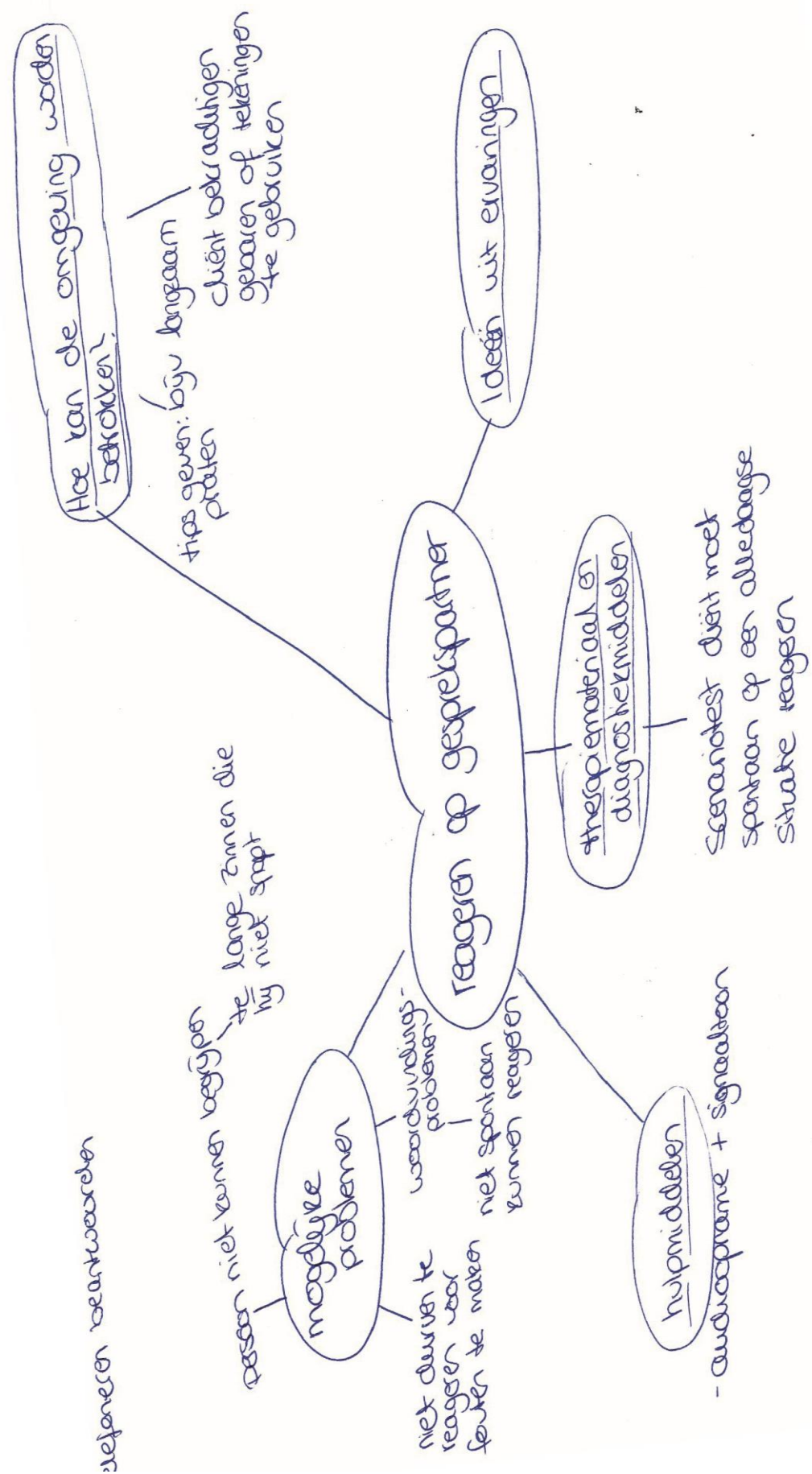
Boodschappen doen



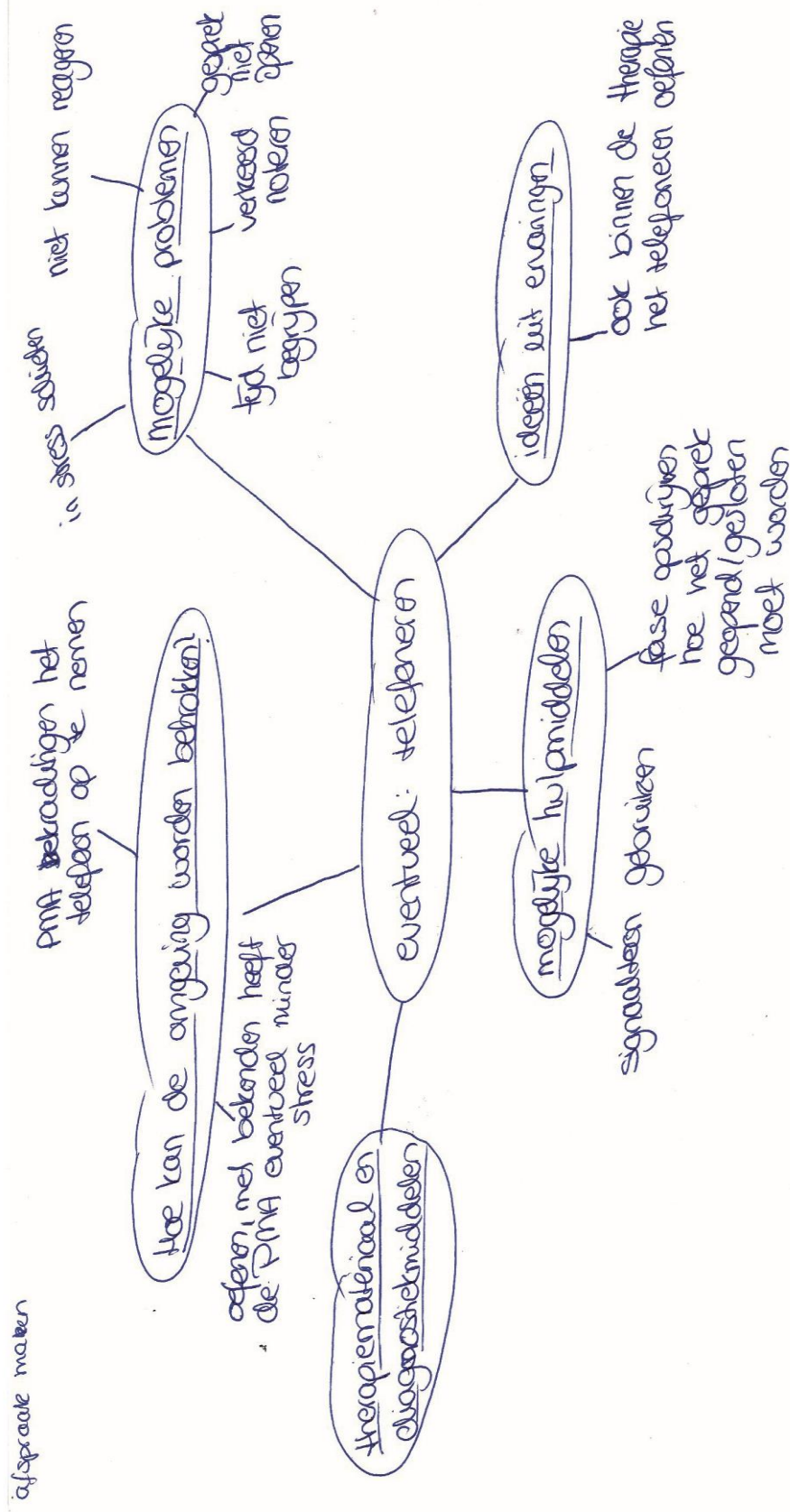


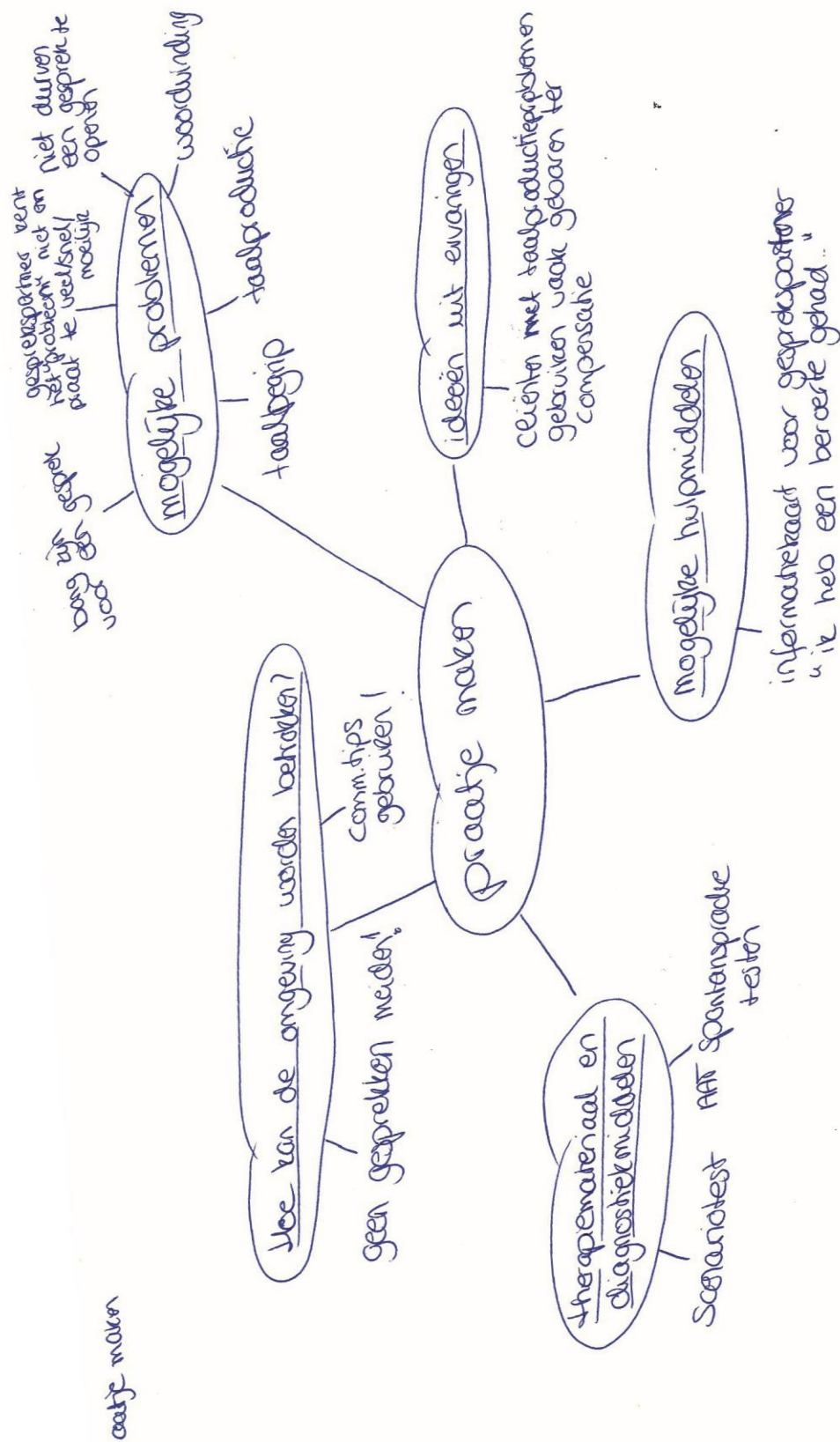


telefoneren
beantwoorden roepen



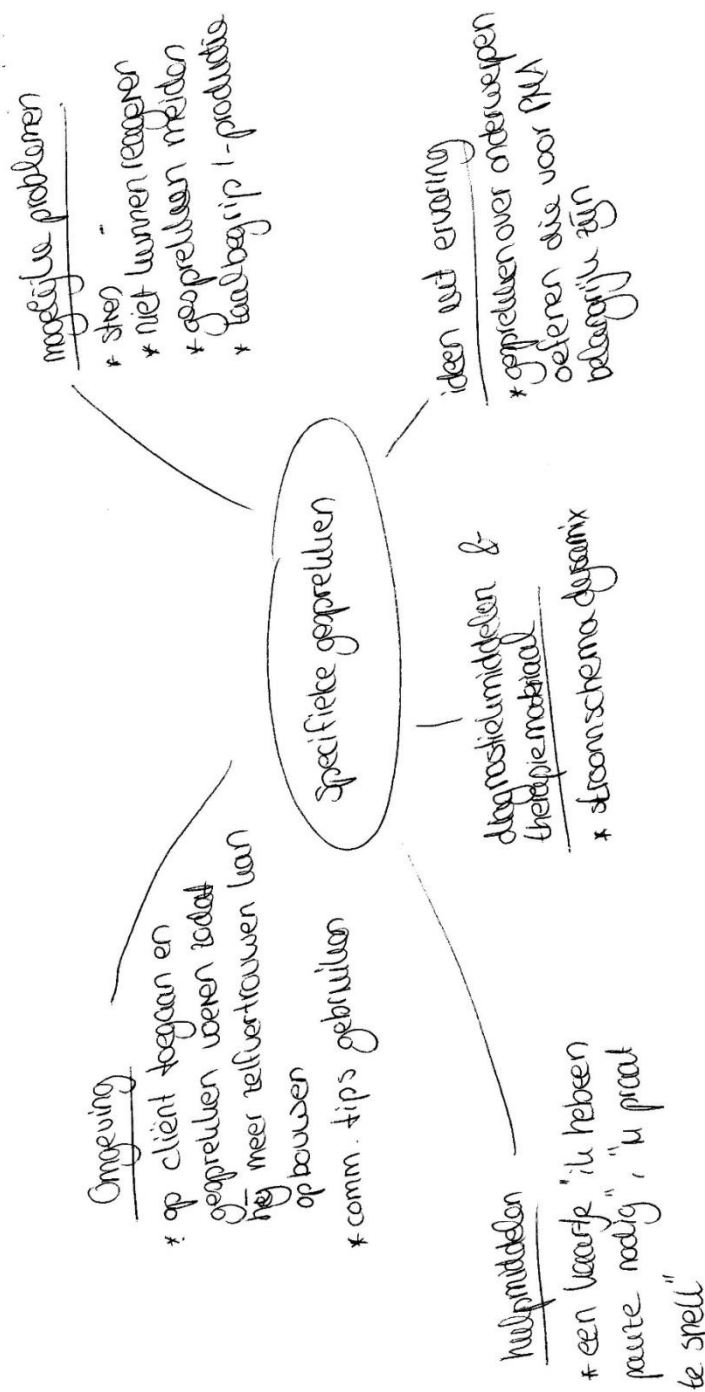
reageren beantwoorden





aatje maken

Specifieke gesprekken (bevenden)



Telefoneren beantwoorden & opbellen

Omgeving

- comm. tips gebruiken
- achtervragen of PMA juist wordt begrepen
- naar audiotape luisteren en met PMA vergelijken
- evtl. roepzet "What's App" sturen met de afspraak, dan heeft de PMA de mogelijkheid alles nodig te noteren

mogelijke hulpmiddelen

- valenter gebruiken
- telefoonspijet opzetten zodat een familielid terug kan luisteren of de afspraak juist gendeerd is

Afspraak maken

Mogelijke problemen

- * datum tijd niet begrijpen
- * niet kunnen noteren
- * geen eigen voorstel kunnen maken
- * niet kunnen overtuigen wanneer een afspraak mogelijk niet past.

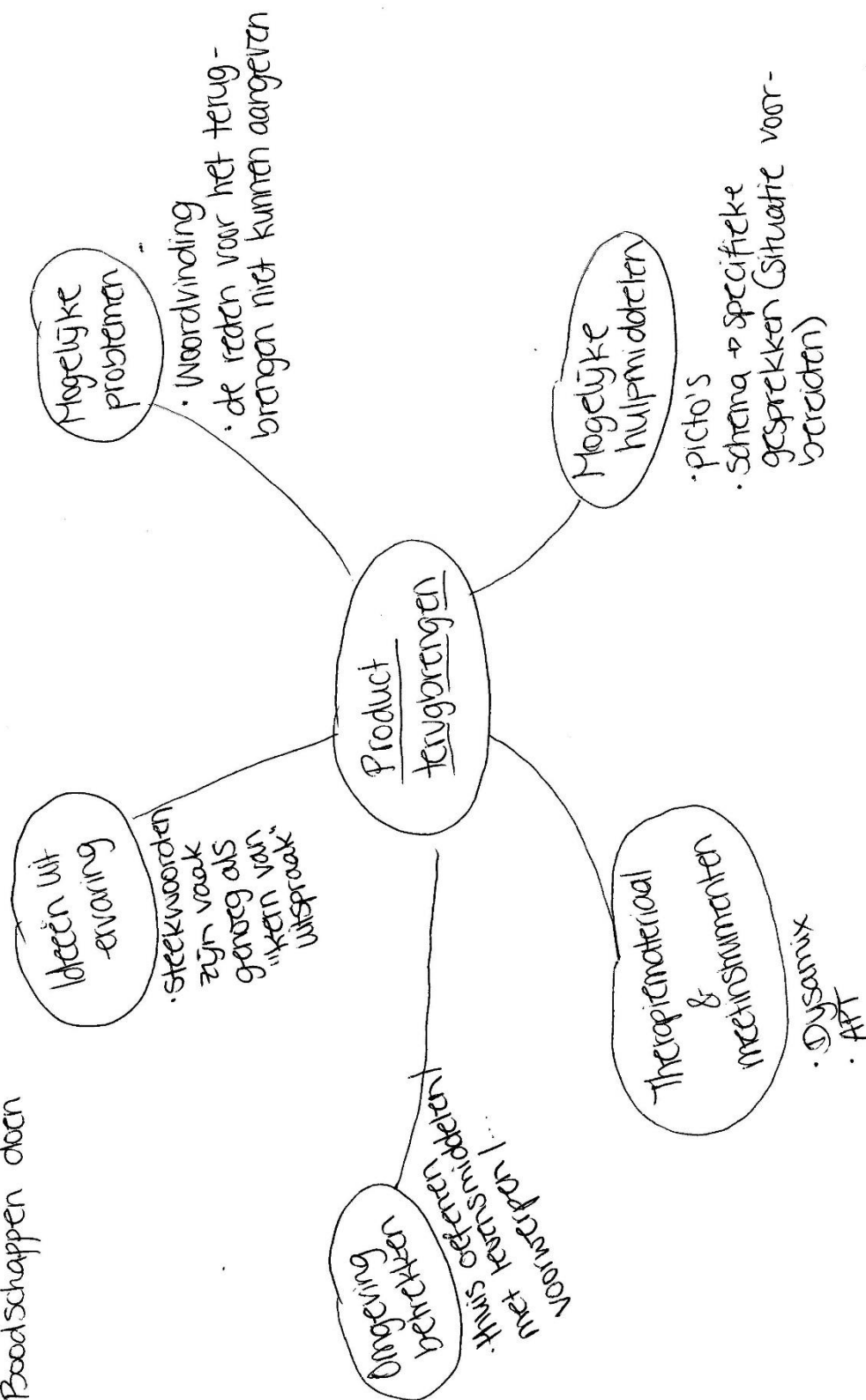
Heelismumenten & diagnostiek-middelen

- NAT: oefeningen drij

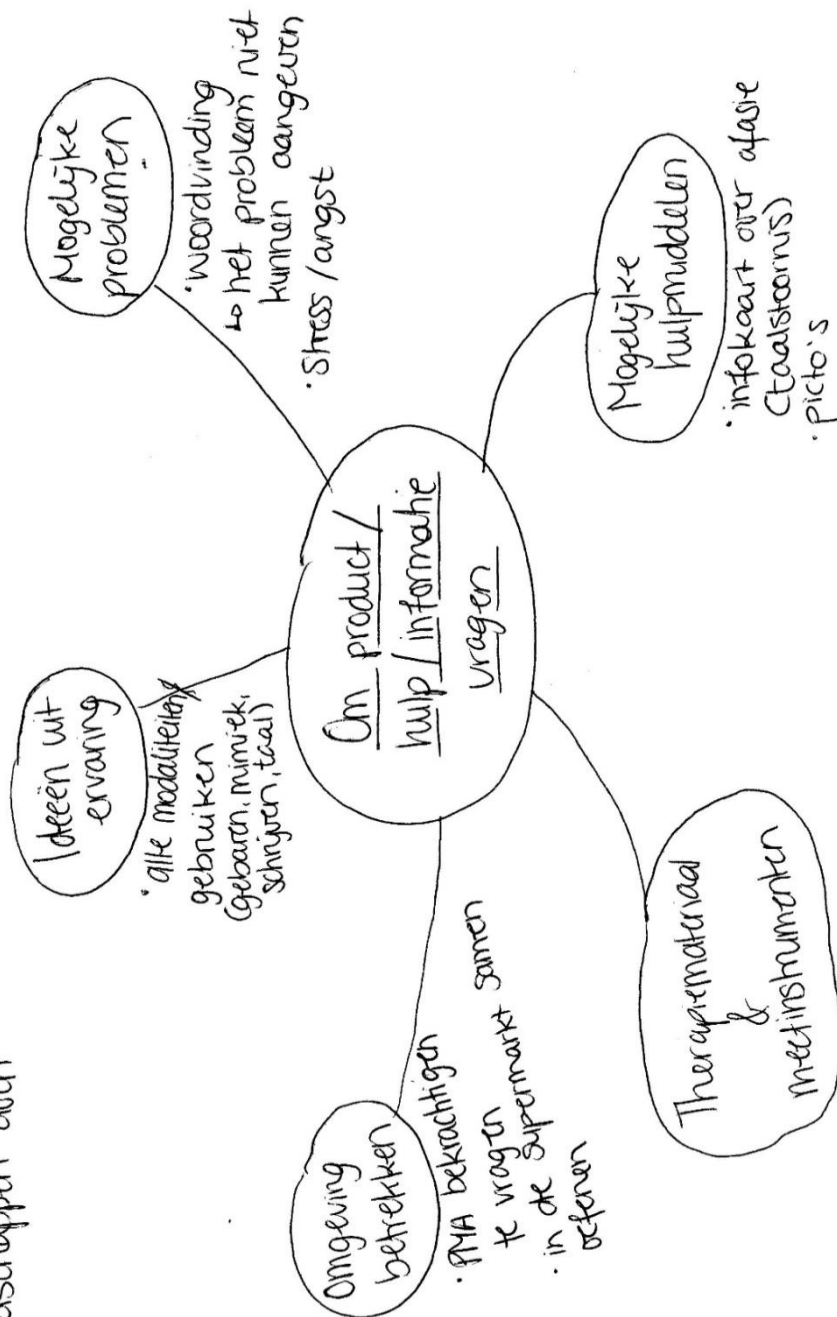
Wet met ervaring

- * medelijer de tijd op zinniveau te begrijpen dan op woordniveau

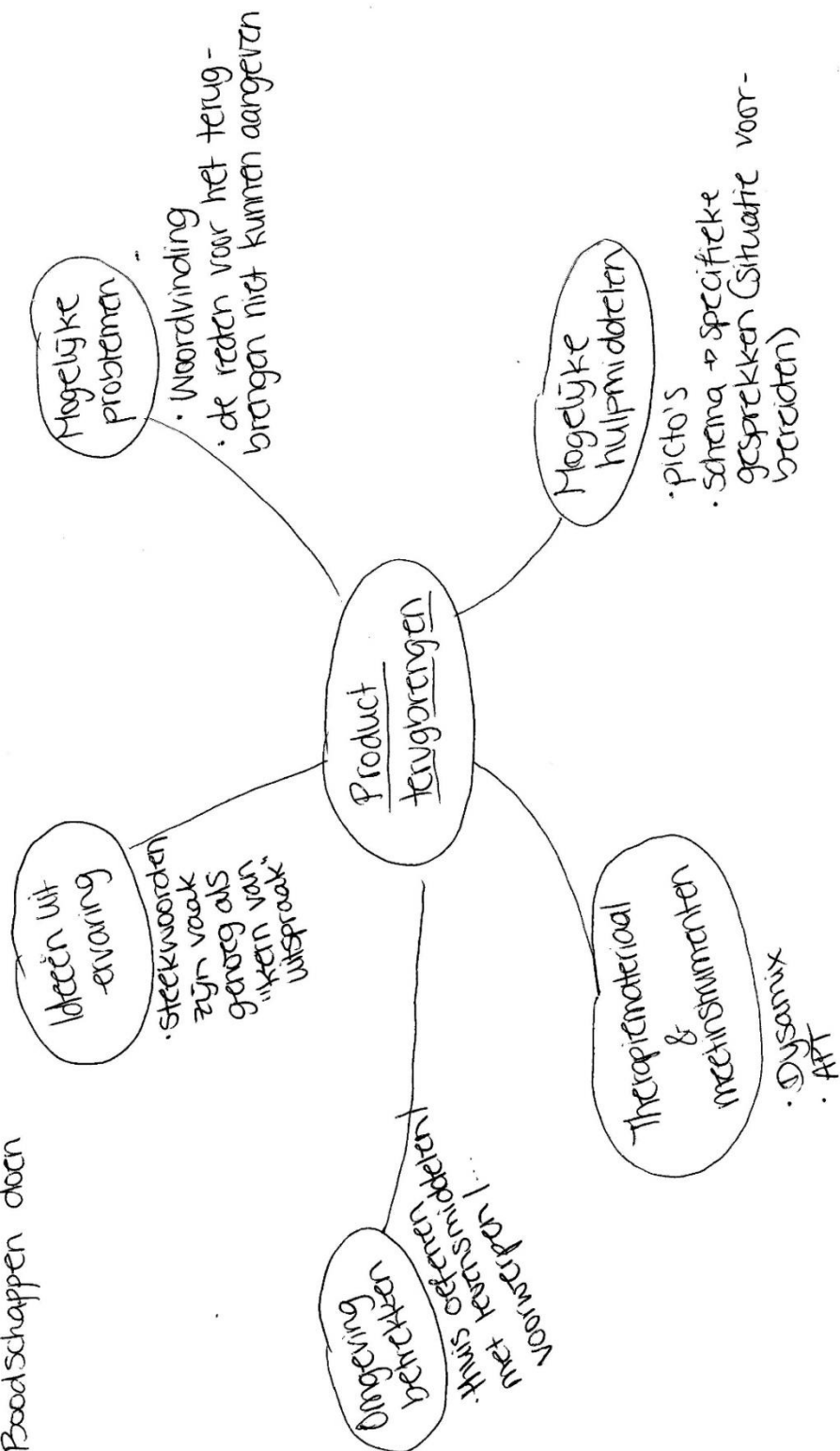
Boodschappen doen

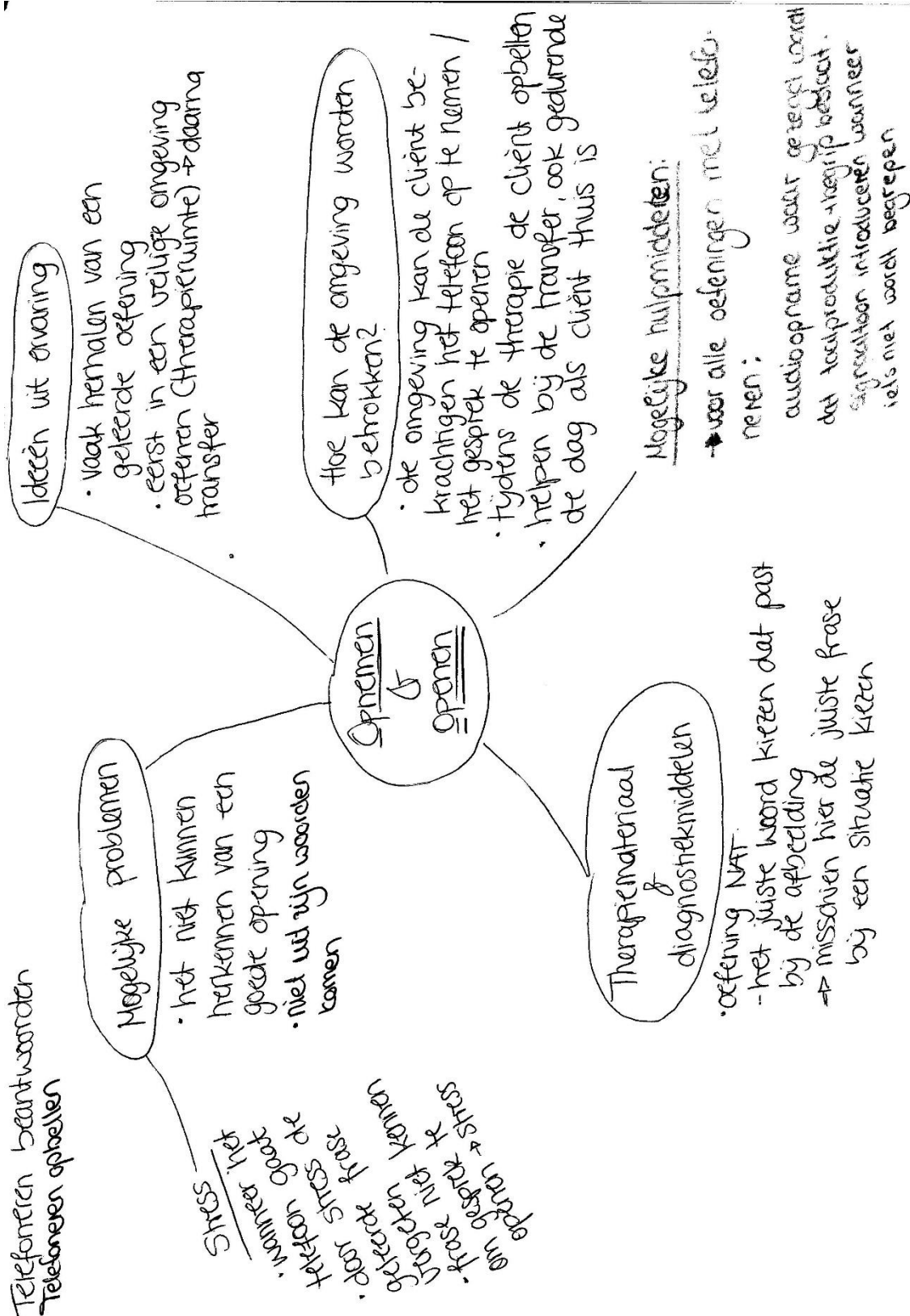


Beoefeningen doen

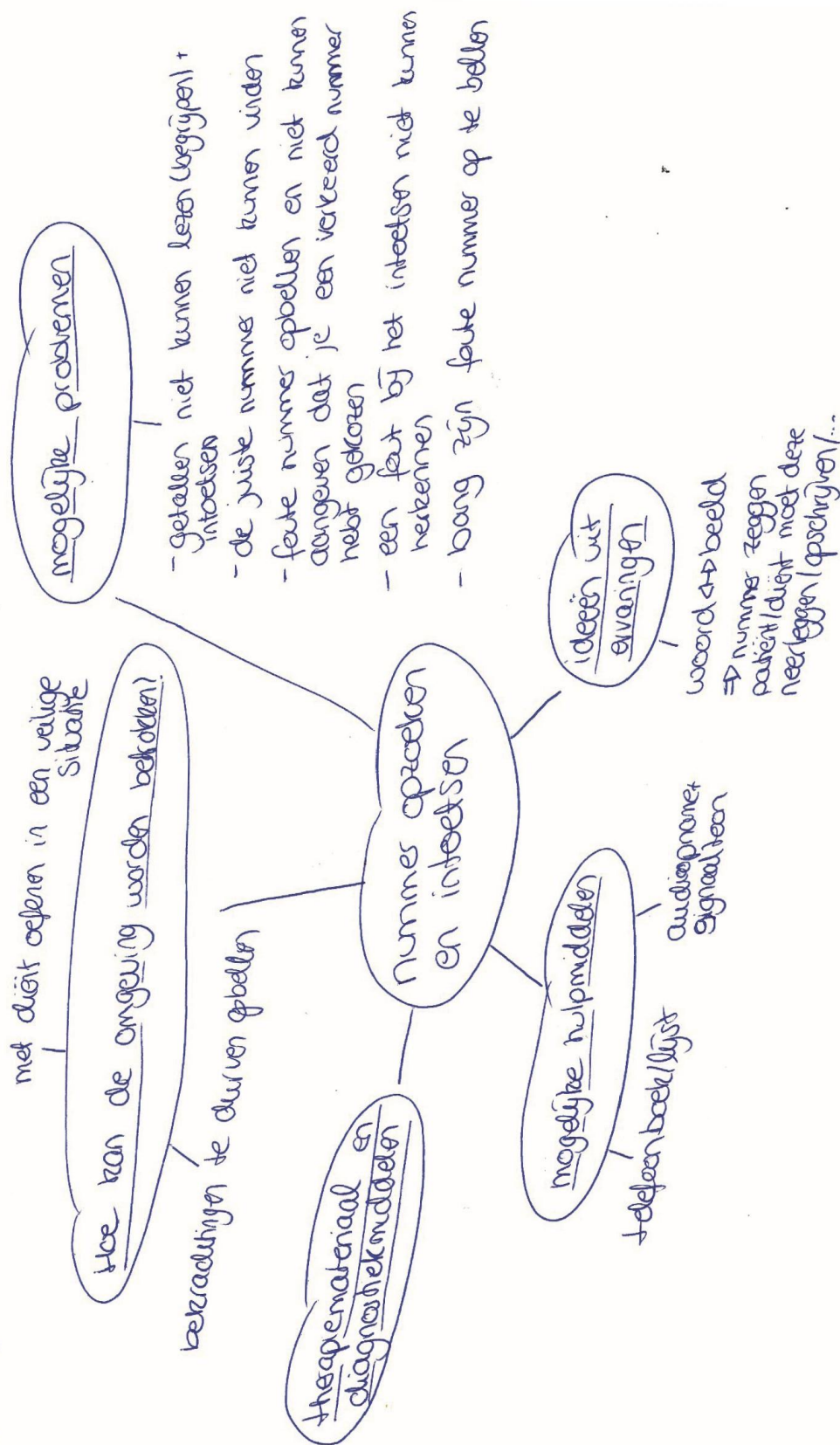


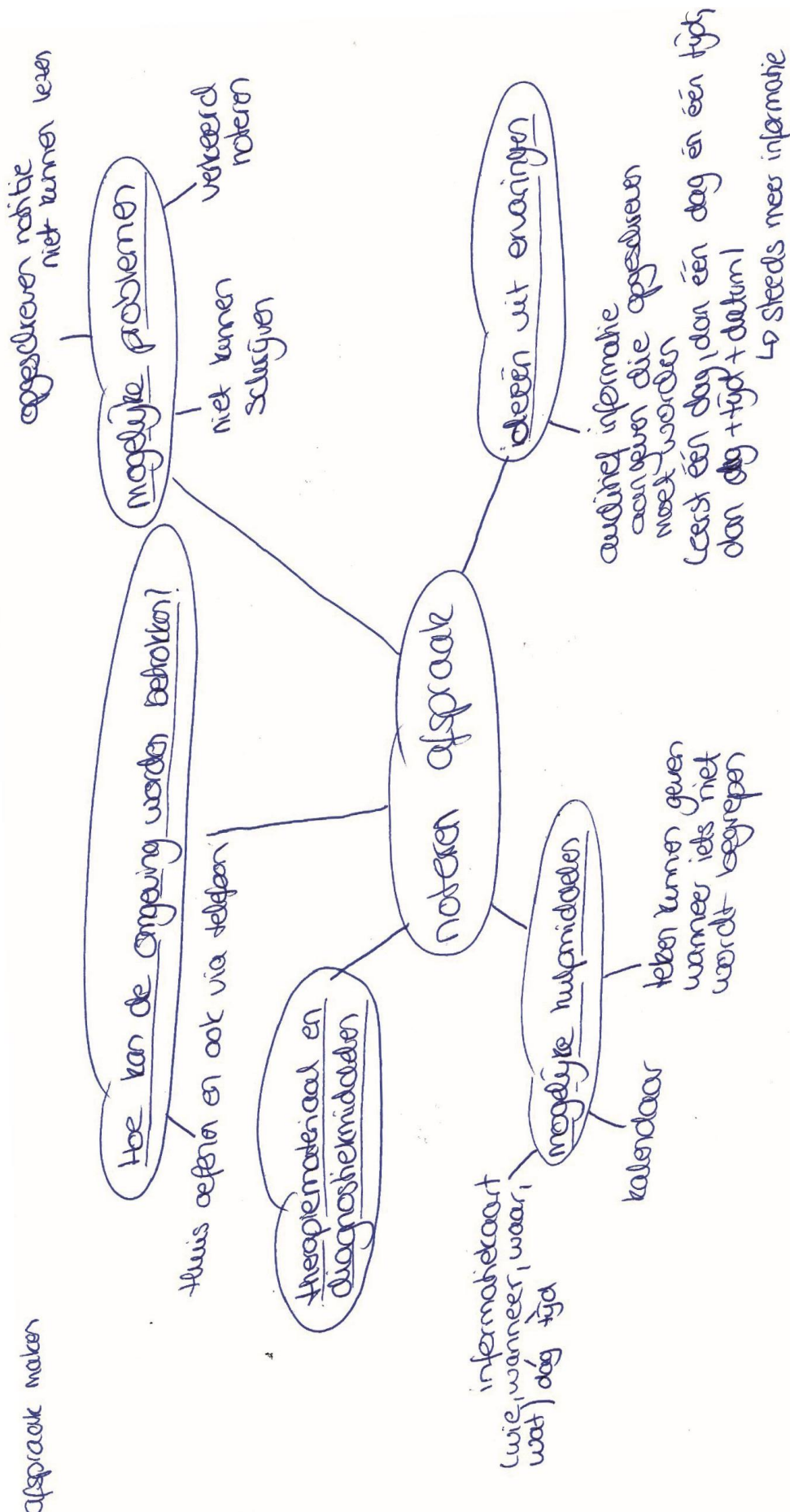
Boodschappen doen





telefoneren opbellen





Bijlage 3 E-mail aan logopedisten

St. Augustinus Krankenhaus
Renkerstr. 45
52355 Düren

Nina Delsemmé
Roermonder Straße 303
52072 Aachen

Sehr geehrte Frau Preiskowski und Team,

wir sind Sarah Barten, Mandy Hepp und Nina Delsemmé und studieren Logopädie im vierten Jahr an der Hogeschool Zuyd in Heerlen.

Momentan schreiben wir unsere Bachelorthesis über das Thema „Partizipationsbezogenes Therapiematerial für Aphasiepatienten in der Rehabilitationsphase“.

Das Therapiematerial wird für Patienten mit einer leichten, mittelgradigen und schweren Aphasie sein, sowohl für flüssige als auch nicht-flüssige Aphasie.

Dieses Therapiematerial bezieht sich auf den niederländischen Test „BIPAC I“. Dieser hat als Ziel, Wünsche des Patienten mit Aphasie, bezogen auf partizipationsbezogene Aktivitäten, zu verdeutlichen.

Unser Material schließt an die Ergebnisse dieses Tests an.

Um unser Material bestmöglich zu entwickeln und Form zu geben, würden wir Sie bitten, uns Ihre Meinung und Vorschläge (im beiliegenden Formular) zu folgenden Fragen mitzuteilen:

1. Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten? (Aufbau, Lay-Out, Farbe)
2. Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?
3. Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?
Dies gilt ebenso für Übungen die bei Aphasiepatienten meist gut anslagen. (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)

Mithilfe Ihrer Expertise können Sie uns helfen, das Therapiematerial so gut möglich auf die Zielgruppe anzupassen und auch für Therapeuten so übersichtlich wie möglich zu gestalten.

Wir bitten Sie, uns innerhalb von 7 Werktagen eine Antwort zukommen zu lassen.

Falls Fragen aufkommen, können Sie uns diese gerne stellen.

Bei Interesse schicken wir Ihnen gerne nach Fertigstellung der Thesis eine Zusammenfassung!

Vielen Dank im Voraus und mit freundlichen Grüßen,

Sarah Barten, Mandy Hepp und Nina Delsemmé

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	

Name _____

Unterschrift _____

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Bijlage 4 Inge vulde formulieren van logopedisten

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Zeitgerechtes Material, aktuelle Bilder, strukturierter Aufbau, Ziel der Übungen muss beschrieben sein
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Übungen für mehrere Schwierigkeitsstufen
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	Nein
Können Sie aus Erfahrung Übungen Empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	Ist von Patient zu Patient unterschiedlich, Ergänzungssätze, phonologische Unterstützung etc.

Name: M.J.

Unterschrift:

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Übersichtliche Gestaltung; größere Schriftgröße; keine Verwendung von Versalien (Großbuchstaben); Verwendung von schw.-weiß Abbildungen /Zeichnungen/Pictogrammen; deutliche Formulierung des Therapieziels in der Kopfzeile zur Übersichtlichkeit für den Therapeuten
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Strukturierter Aufbau nach Themen und Schwierigkeitsstufen, viele Variationsmöglichkeiten bei mangelndem / geringfügigem Fortschritt des Patienten
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	Nein, dies kann je nach Störungsbild sehr unterschiedlich sein
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	Je mehr cues, je besser der Abruf....versteht sich von selbst; Ansonsten variiert auch dies je nach Störungsbild

Name: T.L.

Unterschrift: _____

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Bei Bildmaterial: klare, eindeutige Abbildungen. Nach Möglichkeit keine Zeichnungen, sondern Realgegenstände oder zeitgemäße Fotos Bei leichten Aphasien Textmaterial aufgebaut nach Komplexität, Möglichkeit zum „Shaping“ Generell gut, wenn so viele Modalitäten wie möglich angesprochen werden KÖNNEN, für eine breite Einsetzbarkeit (Je nach Patient und Störung bzw. Therapieziel) Alltagsnahe Themen Einfache Handhabung (Bsp. auch ohne Schrift für Patienten mit Hemi)
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Evidence based, Anlehnung an wissenschaftliche Modelle
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	• REST- Reduzierte Syntaxtherapie • CIAT - Constraint-Induced Aphasia Therapy (in der Gruppentherapie) • MODAK

Name: K.P.

Unterschrift: _____

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Verwendung von Zeichnungen, schwarz/weiß und Farbe sodass gewechselt werden kann, Übersichtliches Inhaltsverzeichnis sodass passende Übungen schnell gefunden werden können
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Stabiles Material, Einzelbilder Wahlweise Bild oder Schrift
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	Nein
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	MODAK Aber sehr abhängig vom Patienten und dem Störungsbild

Name: L.H.

Unterschrift:

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Anspruchsvolleres themenbezogenes Material für leichte Aphasien, z.B. Textmaterial zu Hobby, Beruf ist meiner Meinung nach nicht ausreichend strukturiert und abwechslungsreich auf dem Markt
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Material soll strukturiert sein und möglichst viele Modalitäten umfassen. Material soll Wiederholungsmöglichkeiten der geübten Wörter/ Strukturen in anderen Kontexten anbieten.
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	Nein. Jede Aphasie ist anders und muss individuell angegangen werden. Methode A kann bei Pat. 1 absolut hilfreich sein, bei Pat. 2 absolut kontraindiziert.
Können Sie aus Erfahrung Übungen Empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	Stimulation in möglichst vielen Modalitäten, von leicht nach schwer. z.B. Mitsprechen, Nachsprechen, miteinander Lesen, laut Lesen, Benennen, Abschreiben, auswendig schreiben, Lückenwörter, Wörter aus Buchstaben zusammensetzen mit/ohne Ablenker, Ergänzungssätze mit viel/wenig semantischem Zusammenhang, Gegensätze bei Adjektiven, Wortfindung nach semantischen oder phonologischen Kriterien etc. Sprachverständnis auf Wort/Satz/Textebene, Sprachverständnis für semantisch/phonologisch ähnliche Wörter, Sprachverständnis für spezifische Satzstrukturen etc. Wiederholung von geübten Items/Strukturen

Name: R.S.

Unterschrift: _____

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Wechselmöglichkeit schwarz/weiß Stabiles Material (laminiert) Ansprechende Größe, gut lesbar
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Gut in der Handhabe, möglichst viele Modalitäten einbinden
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	Nein, aufgrund der hohen Individualität der Patienten
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	Aufbau des Schwierigkeitsgrades

Name: D.G.

Unterschrift:

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	-Multimodaler Aufbau -zur Übersichtlichkeit würde eine Protokollbogen helfen, der die Leistungen des Patienten zusammenfasst und sich vergleichen lassen - insgesamt sollten Abbildungen zeitlich aktuell und teilhabeorientiert sich an den Patienten richten
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Das Material sollte sich auf wissenschaftliche Modelle (wie bsp. Logogen) beziehen
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	nein
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	NAT-Material MODAK CIAT PACE

Name: B.Z.

Unterschrift: _____

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Einfache/ eingeschränkte Situationen und komplexe Situationen
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Fester Karton, Einzelbilder, wissenschaftlich unterstützt
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	Nein, die Ziele und somit auch die Übungen müssen individuell an den Patienten angepasst werden.
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	Strategien erarbeiten, semantische und phonologische Cues, Ergänzungssätze Aber auch das unterscheidet sich stark, je nach Aphasie und Patient

Name: I.M.

Unterschrift:

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Formular

Was kennzeichnet für Sie motivierendes und attraktives Therapiematerial für Aphasiepatienten (Aufbau, Lay- Out, Farbe)?	Genügend Platz für Schriftsprachen, Übungen anpassen können an den Patienten
Was schätzen Sie an bestehendem Therapiematerial und was ist für Sie dementsprechend wichtig bei neu entwickeltem Material?	Laminierte Bilder, sodass diese stabiler und abwaschbar sind und öfters benutzt werden können
Können Sie aus Erfahrung Übungen für spezielle Ziele in der Behandlung ausschließen, weil sie im Durchschnitt bspw. nicht wirksam sind?	Das ist immer Patientenabhängig
Können Sie aus Erfahrung Übungen empfehlen die bei Aphasiepatienten meist gut anschlagen (z.B. Übungsprinzipien wie Ergänzungssätze, etc.)?	Cues zur Unterstützung des Wortabrufes, erarbeiten von Strategien wie z.B. Umschreiben von Wörtern oder der Einsatz von Gestik.

Name: J.T.

Unterschrift:

Sarah Barten: +491787159531, 1005731barten@zuyd.nl
 Nina Delsemmé: +491623217998, 1434225delsemme@zuyd.nl
 Mandy Hepp: +4915786599560, 1451073hepp@zuyd.nl

Bijlage 5 Formaat van de opbouw van de oefeningen

Hoofdthema - Subthema

AFBEELDING BIPAC SUBTHEMA

Hoofddoel

Bijdrage aan participatie

Context

■ Oefeningen lichte afasie p. xxx ■ Oefeningen matig-ernstige afasie p. xxx ■ Oefeningen ernstige afasie p. xxx ■ Werkbladen p. xxx

ernstgradatie afasie - subthema



*Denk aan de resultaten van de cliënt op dit onderdeel van de BIPAC
en check in hoeverre dit relevant is voor de cliënt!*

Oefening (nummer) – Titel oefening



Doel

Oefening

Benodigdheden

-



Suggesties

-

Werkblad (nummer) - Titel werkblad