

P-BAC

Participatiegericht **B**ehandelmateriaal **A**fasie **C**ommunicatievaardigheden

Maakt participeren binnen de samenleving vanzelfsprekender....



Ontwikkelen van participatiegericht therapiemateriaal op basis van de uitkomsten op de BIPAC en de BEBA, voor personen met afasie

Ann Dominikus
Bo Giesen
Seline van Heel

Thesiscoach: Dr. Ruth Dalemans
Faculteit Gezondheidszorg, Logopedie
Cursusjaar: 2017-2018

©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 Zuyd Hogeschool.

Voorwoord

Voor u ligt onze bachelorthesis, welke gericht is op het ontwikkelen van participatiegericht therapiemateriaal genaamd: “**Participatiegericht Behandel materiaal Afasie Communicatievaardigheden**”, oftewel de P-BAC. Deze bachelorthesis is uitgevoerd middels de stappen van projectmatig werken en is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Van februari 2017 tot en met juni 2018 zijn wij bezig geweest met het schrijven van deze bachelorthesis en het ontwikkelen van participatiegerichte oefeningen voor de P-BAC.

In samenspraak met onze thesiscoach, dr. Ruth Dalemans en medestudenten van de thesiskring Neurogene communicatiestoornissen II (en dysfagie), is onze vraagstelling tot stand gekomen. Na uitvoerig literatuuronderzoek, het ontvangen van feedback en het verwerken van deze feedback in de ontwikkelde oefeningen hebben wij de onderzoeksvraag gedeeltelijk beantwoord.

Deze bachelorthesis is geschreven voor logopedisten en iedereen die het interessant vindt om meer te weten te komen over afasie, de daarbij behorende communicatieve gevolgen in het dagelijkse leven en hoe men middels participatiegerichte therapie de deelname van personen met afasie in het dagelijkse leven kan bevorderen.

Wij willen in het bijzonder onze thesiscoach dr. Ruth Dalemans bedanken voor het beantwoorden van onze talloze vragen, het geduld en de eindeloze feedback, welke allen bijgedragen hebben aan het eindresultaat. Daarnaast danken wij onze docenten Marga Hofman, Janneke Ploum en Margriet Promes voor de uitvoerige en zorgvuldige feedback op onze conceptoefeningen, welke een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen en verbeteren van de oefeningen. Tevens danken wij onze tweede beoordelaar Vera de Haan voor haar zorgvuldige beoordeling en onze medestudenten uit de thesisgroep voor de feedback, samenwerking en een luisterend oor.

Tot slot danken wij onze partners, familie, vrienden en kennissen voor de morele steun en motiverende woorden die ons geholpen hebben, deze bachelorthesis tot een goed eind te brengen.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Ann Dominikus, Bo Giesen en Seline van Heel.

Heerlen, 26 mei 2018

Samenvatting

Inleiding: Een persoon met afasie staat voor grote communicatieve uitdagingen in het opnieuw deelnemen aan het sociale leven. Het is belangrijk dat de logopedist vanaf het begin van de revalidatie -naast het werken op functieniveau- aandacht heeft voor participatie. Een participatiegerichte benadering kan deelname aan het dagelijks leven bevorderen. Door de BIPAC en BEBA kunnen de dagelijkse communicatieve behoeften van een persoon met afasie onderzocht en in kaart worden gebracht. Logopedisten hebben daarvoor behandelmateriaal nodig dat aansluit op deze behoeften.

Doel: Het ontwikkelen van aantrekkelijk en motiverend participatiegericht behandelmateriaal dat aansluit op de hoofdthema's "vervoer bus", "vervoer trein", "vervoer taxi", "uit eten gaan", "administratieve problemen oplossen", "werk/tijdsbesteding" en van de BIPAC I en de daarbij behorende subthema's. Dit behandelmateriaal sluit aan op de individuele wensen en behoeften van de persoon met afasie, rekening houdend met de ernstgradaties.

Methode: Middels de vaste stappen van projectmatig werken, literatuuronderzoek en contact met ervaringsdeskundigen (logopedisten) zijn aan de hand van kwaliteitseisen en verschillende ernstgradaties van afasie participatiegerichte oefeningen opgesteld. De conceptoefeningen zijn meerdere malen voorzien van feedback door 4 logopedisten.

Resultaat: Een klapper genaamd P-BAC (**P**articipatiegericht **B**ehandelmateriaal **A**fasie en **C**ommunicatievaardigheden) met handleiding, 171 uitgewerkte oefeningen ("vervoer bus", "vervoer trein" en "uit eten gaan") en 62 conceptoefeningen ("vervoer taxi", "administratieve problemen oplossen" en "werk/tijdsbesteding"). De ontwikkelde oefeningen hebben allen dezelfde opbouw, namelijk een wijsneus die de logopedist herinnert aan de individuele resultaten van de persoon met afasie op het desbetreffende onderdeel van de BIPAC I, de titel met iconen (communicatievaardigheden), het doel, de uitleg van de oefening, benodigdheden en tot slot de suggesties om de oefeningen aan te passen aan de behoeften van de persoon met afasie, welke weergegeven worden door een nerd.

Conclusie: De P-BAC kan handvaten en ondersteuning bieden aan de logopedist, waardoor het de participatiegerichte therapie kan bevorderen, met als verwachting dat de PMA beter kan participeren in het dagelijkse leven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de basis is gelegd en vanuit hier de P-BAC in de toekomst kan worden doorontwikkeld.

Discussie: Verder onderzoek (effectstudie) is noodzakelijk om te bepalen in hoeverre de ontwikkelde oefeningen van de P-BAC bijdragen aan het effectief ondersteunen van personen met afasie in het bereiken van hun participatiebehoeften, alvorens het materiaal in de toekomst kan worden uitgegeven.

Introduction: A person with aphasia faces major communicative challenges in re-engaging in social life. In the case of aphasia, it is important that the speech and language therapist should pay attention to participation from the beginning of the rehabilitation, alongside working at job level. A participatory approach can encourage participation in daily life. By means of the BIPAC and the BEBA, the daily communicative needs of a person with aphasia can be investigated and mapped. Speech therapists need treatment material to meet these needs.

Aim: To develop attractive and motivating participation-oriented treatment material that is in line with the main themes "transport bus", "transport train", "transport taxi", "eating out", "solve administrative problems" and "work / time spent" of the BIPAC I and the associated sub-themes. This treatment material meets the individual wishes and needs of the person with aphasia, taking into account the severity grades.

Method: Through the fixed steps of project-based work, literature research and contact with experiential experts (speech therapists), based on quality requirements and various severity gradations of aphasia, participatory exercises were developed. The concept exercises have been provided with feedback by 4 speech therapists several times.

Result: A ring binder named P-BAC (Participation-oriented Treatment Material Aphasia and Communication Skills) with manual, 171 exercises ("transport bus", "transport train" and "eating out") and 62 concept exercises ("transport taxi", "work / time spent" and "solve administrative problems"). The developed exercises all have the same structure, namely a smarty-pants who reminds the speech therapist of the individual results of the person with aphasia on the relevant part of the BIPAC I, the title with icons (communication skills), the goal, the explanation of the exercise, requirements and finally the suggestions to adapt the exercises to the needs of the person with aphasia, which are represented by a nerd.

Conclusion: The P-BAC can provide handles and support to the speech therapist, which can stimulate participatory therapy, with the expectation that the PMA can participate better in daily life. From this it can be concluded that the basis has been laid and from here the P-BAC can be further developed in the future.

Discussion: Further research (effect study) is necessary to determine to what extent the developed exercises of the P-BAC contribute to the effective support of persons with aphasia in achieving their participation needs, before the material can be published in the future.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	9
2. THEORETISCH KADER.....	12
2.1 CVA.....	12
2.1.1 Oorzaken CVA.....	12
2.1.2 Gevolgen CVA.....	12
2.2 AFASIE.....	13
2.2.1 Oorzaken afasie.....	13
2.2.2 Vloeiende- en niet-vloeiende afasie	14
2.2.3 Ernst afasie	14
2.3 AFASIESTADIA	14
2.3.1 Revalidatiefase	14
2.4 PARTICIPATIEGERICHTE THERAPIE	15
2.4.1 Participatie.....	15
2.4.2 Therapie.....	15
2.4.3 Therapiemateriaal.....	16
2.5 BIPAC EN BEBA	16
2.5.1 BIPAC	16
2.5.2 BEBA	17
2.6 ICF EN A-FROM.....	18
3. METHODE	20
3.1 PROBLEEM-, VRAAG- EN DOELSTELLING	21
3.1.1 Probleemstelling.....	21
3.1.2 Vraagstelling	21
3.1.3 Doelstelling	21
3.2 THERAPIEPOPULATIE	22
3.3 PROJECTMATIG WERKEN	22
3.3.1 Fasering projectmatig werken	22

3.3.1.1	Aanloopfase	22
3.3.1.2	Initiatieffase	23
3.3.1.3	Definitiefase	25
3.3.1.4	Realisatiefase	27
3.3.1.4.1	Ontwikkelings- en voorbereidingsfase	27
4.	RESULTATEN.....	31
4.1	ONTWIKKELDE OEFENINGEN	31
4.2	OPBOUW	33
4.2.1	Handleiding	33
4.2.1.1	Netwerkcirkel	33
4.2.1.2	Comorbiditeiten	33
4.2.1.3	Communicatietips	33
4.2.1.4	Algemene suggesties	34
4.2.1.5	Stop- en vraagteken	34
4.2.1.6	Evaluatieformulier	34
4.2.2	FEEDBACKVERWERKING	34
4.2.3	MOTIVEREND EN AANTREKKELIJK	35
4.2.4	OPBOUW P-BAC	35
4.2.5	OPBOUW OEFENINGEN	36
4.2.5.1	Ernstgradaties	37
4.2.5.2	Communicatiekanalen	38
4.2.5.3	Rollenspel en transfer	39
5.	DISCUSSIE EN CONCLUSIE	40
5.1	ANTWOORD OP DE VRAAGSTELLING	40
5.2.	DISCREPANTIES, LIMITATIES EN ONVERWACHTE UITKOMSTEN	41
5.2.1.	Discrepanties	41
5.2.2	Limitaties	41
5.2.3	Onverwachte uitkomsten	43
5.3.	TERUGKOPPELING MET DE LITERATUUR	44
5.4	IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK	45

5.5. AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK	45
5.6 CONCLUSIE	46
BIJLAGEN.....	47
BIJLAGE 1: INDICATIEBEPALING VAN DE ERNST VAN DE AFASIE (NVAT, 2015).	47
BIJLAGE 2: DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN ERNSTIGE, MATIG-ERNSTIGE EN LICHT AFASIE (NVAT, 2015).....	48
Ernstige afasie	48
Matig-ernstige afasie	49
Lichte afasie	50
BIJLAGE 3: BRAINSTORM EN KRACHTENVELDANALYSE	51
BIJLAGE 4: BRAINSTORM SITUATIES THERAPIEMATERIAAL.....	53
BIJLAGE 5: UITGEWERKTE OEFENINGEN MET TITELS	56
BIJLAGE 6: CONCEPTOEFENINGEN MET TITELS.....	62
BIJLAGE 7: SOCIAAL NETWERK (PAEMELEIRE, DESMET, SAVONET, & BENEDEN, 2011)	65
BIJLAGE 8: TIPS COMORBIDITEITEN	66
BIJLAGE 9: COMMUNICATIE TIPS VOOR LOGOPEDIST EN OMGEVING	68
BIJLAGE 10: ALGEMENE SUGGESTIES.....	69
BIJLAGE 11: STOPTEKEN EN VRAAGTEKEN	71
BIJLAGE 12: EVALUATIEFORMULIER.....	72
Evaluatieformulier co-therapeut.....	72
Evaluatieformulier cliënt.....	74
BIJLAGE 13: OPBOUW OEFENINGEN	77
REFERENTIELIJST	79

1. Inleiding

Jaarlijks zijn er in Nederland ongeveer 48.000 personen die een beroerte krijgen, oftewel een Cerebrovasculair Accident (CVA) (Afasie Vereniging Nederland, 2013). Bij een CVA is er sprake van een verstoorde doorbloeding in de hersenen (Bastiaanse, 2011). Van de eerder genoemde 48.000 personen ontstaat bij ongeveer 20% een afasie (Afasie Vereniging Nederland, 2013; Hersenletsel, 2014). Peters et al. (2014) definieert een afasie als volgt:

“Afasie is een stoornis in het produceren en begrijpen van gesproken en geschreven taal [taalproductie, taalbegrip, schrijven en lezen] als gevolg van een meestal eenzijdig gelokaliseerde hersenlaesie [hersenenbeschadiging] bij personen die een normale taalontwikkeling hebben gehad” (p.6).

Afasie wordt ervaren als de aandoening die de kwaliteit van leven het meest beïnvloedt, gevolgd door kanker en Alzheimer. De impact van afasie op het leven is enorm (Hersenz, 2017). Na enige tijd blijkt soms dat de afasie niet zal verdwijnen en onderdeel blijft van het leven. Dit kan heel ingrijpend zijn omdat het leven dat iemand voorheen had, nooit meer hetzelfde zal zijn (Afasiecentrum Noord-Limburg, 2017). De persoon met afasie (PMA) kan moeilijkheden ondervinden in het contact met de omgeving en tijdens het uitvoeren van activiteiten, welke uiteindelijk kunnen leiden tot een sociaal isolement (Berns P. , et al., 2015; National Aphasia Association, 2016).

Een PMA staat vaak voor grote uitdagingen aangezien zij/hij moet leren omgaan met afasie (Sjögqvist Nätterlund, 2010). Niet alleen het ontstaan van een sociaal isolement, maar ook het gevoel van eenzaamheid, verlies van autonomie en problemen binnen verschillende activiteiten kunnen voorkomen (Dalemans R. , 2010). Dit kan worden veroorzaakt doordat mensen met afasie vaak beperkt sociaal participeren. Sociale participatie wordt gedefinieerd als de uitvoering van activiteiten in interactie met anderen, binnen sociale levensdomeinen in de context waarin men leeft. Onder sociale levensdomeinen verstaat men: huishoudelijk leven, interpersoonlijk leven, onderwijs en werk en burgerlijk, sociaal en maatschappelijk leven (Dalemans, Witte, Wade, & Heuvel, 2008). Mogelijk ervaren veranderingen door een PMA kunnen het niveau van betrokkenheid binnen de sociale participatie versterken dan wel verzwakken (Dalemans R. , 2010).

Binnen de gezondheidszorg wordt er gebruik gemaakt van het ICF. De afkorting ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health en betreft een classificatiesysteem. Dit model visualiseert het functioneren van mensen in hun leefomgeving, waarbij men verder kijkt

dan de eventueel aanwezige gezondheidsproblemen (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie 'NVLF', 2016; WHO FIC Collaborating Centre , 2002). Het ICF is een wat ingewikkelder model, voor de PMA is een ander communicatievriendelijker model ontwikkeld, namelijk de A-FROM (Framework for Outcome Measurement). Aan de hand van de A-FROM (figuur 2) kan tijdens een gesprek met de professional worden weergegeven wat de impact is van afasie op de sociale participatie (Haan-Neven, Dalemans, & Rumst, 2014; Kagan, 2011). De uitkomsten van de A-FROM kunnen helpen bij het opstellen van behandeldoelen binnen een participatiegerichte benadering.

Een participatiegerichte benadering kan een manier zijn om deelname aan het dagelijks leven van een PMA te bevorderen. Hierbij is het denken voorbij de stoornis, rekening houdend met de wensen en behoeften van de PMA en zijn omgeving van groot belang (Dalemans R. , 2009). Om een participatiegerichte benadering te hanteren start de logopedist met het in kaart brengen van de hulpvragen van de PMA en zijn/haar omgeving (Berns & Wielaert, 2014).

Het instrument in Nederland dat het beste beantwoordt aan de functionele benadering binnen de therapie, waarbij direct wordt uitgegaan van de wensen c.q. behoeften van de patiënt, is de Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve Activiteiten [BIPAC]. De communicatieve wensen van de patiënt worden geïnventariseerd en vergeleken met zijn/haar vaardigheden voor en na het ontstaan van de afasie. Het effect van een functionele behandeling op basis van de voornoemde inventarisatie kan men vastleggen met de Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie [BEBA]. BIPAC en BEBA zijn bewerkingen van de Functional Communication Therapy Planner (FCTP) (Visch-Brink & Wielaert, 2011, p. 162).

Tijdens het verblijf in een revalidatiecentrum valt op, dat er vooral aan het begin van de afasietherapie wordt gewerkt aan herstel op functieniveau (Haan-Neven, Dalemans, & Rumst, 2014; Chapey, et al., 2001; Dalemans R. , 2009). Dit komt mede doordat de PMA graag weer wil functioneren zoals voorheen (Haan- Neven, Dalemans, & Rumst, 2015). Echter is het belangrijk dat men naast het werken op functieniveau, vanaf het begin van de revalidatie, aandacht heeft voor de participatie (Dalemans R. , 2009). De logopedist moet ervoor zorgen dat de PMA en zijn omgeving op aangepast tempo en op maat voorbereid worden op de blijvende veranderingen binnen de communicatie. Het is daarom van belang dat de behandeldoelen naast functieniveau ook gericht zijn op activiteiten- en participatieniveau, om zo het leven van een PMA te bevorderen (Haan-Neven, Dalemans, & Rumst, 2014; Dalemans R. , 2009).

Desondanks geven zorgverleners aan dat ze niet goed weten waar een PMA op participatieniveau behoefte aan heeft. Veel zorgverleners zijn zich bewust van de impact van afasie op de kwaliteit van leven, maar gaan er slechts op een geringe manier op in (Visch-Brink & Wielaert, 2011; Sjögvist Nätterlund, 2010). Men richt zich echter steeds meer op het bevorderen van de participatie en dit zal binnen de logopedische behandeling steeds meer centraal staan (Chapey, et al., 2001; Dalemans R. , 2009). Echter bestaan er op participatieniveau maar twee therapiemethoden, namelijk de PACE (Promoting Aphasia Communicative Effectiveness) en PACT (Partner van Afasiepatiënten Conversatietraining) (Afasienet, z.d.; Visch-Brink, Links, & Hurkmans, 2012).

De dagelijkse communicatieve behoeften van de PMA kunnen door middel van de BEBA en BIPAC onderzocht en in kaart worden gebracht (Visch-Brink & Wielaert, 2011). Wanneer dit onderzocht is, is er therapiemateriaal nodig dat aansluit op deze geïnterpreteerde behoeften. Logopedisten hebben na afname van het meetinstrument (BEBA/BIPAC) momenteel geen duidelijke handvaten voor verdere participatiegerichte therapie, waardoor ze geneigd zijn toch weer op stoornisniveau te behandelen. Daarom is het van belang dat er therapiemateriaal ontwikkeld wordt dat aansluit op de therapiebehoeften van de cliënt op participatieniveau en voldoende handvaten biedt voor de professional.

Vanuit dit laatste oogpunt is de volgende vraagstelling tot stand gekomen: *“Welke aspecten dienen opgenomen te worden in een participatiegerichte therapiemethode op basis van de uitkomsten van 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. Theoretisch kader

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven. Hierin worden de relevante begrippen van deze bachelorthesis uitgelegd aan de hand van bijpassende literatuur.

2.1 CVA

Een Cerebro Vasculair Accident (CVA) kan omschreven worden als een ongeluk in de vaten van de hersenen (Bastiaanse, 2011).

Tot een CVA behoren zowel een hersenbloeding als een herseninfarct (Cranenburgh, 2014). Bij een herseninfarct en een hersenbloeding is er een verstoring van de bloedtoevoer naar de hersenen, waardoor er een verminderde hoeveelheid aan zuurstof aanwezig is in het getroffen gebied, met als gevolg beschadiging van dit gebied (CVA-vereniging, 2014).

2.1.1 Oorzaken CVA

De meest voorkomende oorzaak van een CVA is de slechte kwaliteit van de binnenwand van bloedvaten, welke het gevolg kan zijn van ouderdom (aderverkalking), een ongezonde levensstijl (bv. roken), suikerziekte, te hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterolgehalte. Een andere, minder vaak voorkomende oorzaak is een aangeboren afwijking van de bloedvaten, deze wordt vaak pas na het doormaken van een CVA gediagnosticeerd (Hersenstichting, 2017).

Een herseninfarct kan worden veroorzaakt door een verdikking van de vaatwand (trombose) of door een bloedpropje (embolie), waardoor verstopping van een bloedvat optreedt (Afasienet, z.d.). Hierdoor wordt een bepaald deel van de hersenen van te weinig bloed voorzien en sterft af (Hersenstichting, 2017). Daarentegen kent een hersenbloeding andere oorzaken zoals een zwakke plek in de bloedvaten (aneurysma), misvorming in de bloedvaten (arterioveneuze malformatie), hoge bloeddruk, of een ongeval. Wanneer er een scheurtje optreedt in een bloedvat spreekt men van een hersenbloeding, met als gevolg bloed in of rond de hersenen. Doordat bloed zich ophoopt in de hersenen, wordt hersenweefsel weggeduwd en kan hersenweefsel beschadigd raken (Hersenletsels-uitleg, 2013-2016).

2.1.2 Gevolgen CVA

Men kan lichamelijke (o.a. verlamming, incontinentie), emotionele/gedragsmatige (o.a. geen rem op emoties, depressie) en/of cognitieve problemen ervaren als gevolg van een CVA. Onder cognitieve gevolgen worden onder andere trager denken, geheugenzwakte, afasie, apraxie (moeite met meervoudige handelingen), neglect (verwaarlozen linker- of rechterhelft van het lichaam) en agnosie

(o.a. het niet herkennen van personen of voorwerpen) verstaan (Hersenstichting, 2017). Deze gevolgen kunnen de PMA beperken in het dagelijks functioneren (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Des te meer hersenweefsel beschadigd, des te groter de gevolgen (Hersenstichting, 2017). Wanneer men kijkt naar herstel is de aard van de beschadiging minder belangrijk, dan de grootte en de plaats (Cranenburgh, 2014).

2.2 Afasie

Eén van de mogelijke gevolgen van een CVA is afasie. Afasie ontstaat met name door beschadiging van de linkerhersenhalft. Het is namelijk zo dat bij 92% van de rechtshandige en 69% van de linkshandige mensen de belangrijkste taalgebieden in de linkerhersenhalft gevestigd zijn (Commissie CVA-Revalidatie, 2001).

“Afasie is een stoornis in het produceren en begrijpen van gesproken en geschreven taal als gevolg van een meestal eenzijdig gelokaliseerde hersenlaesie [hersenenbeschadiging] bij personen die een normale taalontwikkeling hebben gehad” (Peters, et al., 2014, p6).

Hierbij zijn een of meer onderdelen van het taalgebruik aangedaan (Association Internationale Aphasia, 2016). Afasie is een niet-aangeboren taalstoornis, welke van invloed is op de mogelijkheid om te communiceren (American Stroke Association, 2015; Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Momenteel wordt het aantal afasiepatiënten in Nederland geschat op 30.000 (Afasie Vereniging Nederland, 2013).

Door hersenletsel kan er naast afasie een halfzijdige blindheid ontstaan (hemianopsie), problemen ontstaan m.b.t. de volgorde van handelingen tijdens dagelijkse activiteiten, bijvoorbeeld wassen en aankleden (apraxie), moeite hebben met spreken (dysartrie), problemen ondervinden tijdens het slikken (dysfagie) en kan er sprake zijn van geheugen en/of aandachtsproblemen (Communicatie en Patiëntenvoorlichting, 2010; Bergsma & Elshout, sd). Deze stoornissen kunnen zowel los van elkaar voorkomen als gecombineerd, dit laatste wordt comorbiditeit genoemd.

2.2.1 Oorzaken afasie

In 85% van de gevallen ontstaat afasie door een CVA. Andere minder vaak voorkomende oorzaken zijn een trauma, tumor en/of ontsteking (Bastiaanse, 2011; Peters, et al., 2014). Een trauma verwijst naar een oorzaak van buitenaf (bijv. een verkeersongeval). Bij een tumor bestaat de kans dat deze binnen de hersenen op gezond weefsel drukt. Wanneer dit weefsel belangrijk is voor de taal, kan afasie ontstaan. Daarnaast kan in zeldzame gevallen afasie ontstaan als gevolg van meningitis (hersenvliesontsteking) of een encefalitis (hersenenontsteking) (Bastiaanse, 2011).

2.2.2 Vloeiende- en niet-vloeiende afasie

Het uiteindelijk ontwikkelde therapiemateriaal zal zowel inzetbaar zijn voor personen met een vloeiende- als een niet-vloeiende afasie, vandaar de volgende toelichting. Een vloeiende- afasie wordt vooral gekenmerkt door ‘paragrammatisme’ (fouten bij grammaticale regels waarbij de structuur onjuist is). Opvallend zijn de fouten binnen het taalbegrip. De taal van niet-vloeiende afasie wordt ‘Agrammatisme’ (vereenvoudigen van een zin met voornamelijk inhoudswoorden) genoemd. Opvallend bij een niet-vloeiende afasie is het weglaten of vervangen van voorzetsels, lidwoorden en andere functiewoorden (Koster, 2015).

2.2.3 Ernst afasie

De ernst van afasie is niet eenduidig toe te lichten aangezien iedere afasie anders is en er per PMA andere problemen voorkomen. Binnen de afasie maakt het Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten (NAIS) (2015) een verdeling van ernst en heeft drie schema’s ontwikkeld waarin het therapeutische proces van de logopedist beschreven wordt. Deze schema’s beschrijven de diagnostiek en behandeling van ernstige afasie, matig-ernstige afasie en lichte afasie (zie bijlage 1 en 2) (NVAT, 2015).

2.3 Afasiestadia

In de NAIS wordt onderscheid gemaakt tussen drie verschillende fasen tijdens de behandeling van afasie: de acute fase (0-2 weken), de revalidatiefase (2 weken - 6 maanden) en de chronische fase (vanaf 6 maanden) (NVAT, 2015).

2.3.1 Revalidatiefase

Deze bachelorthesis richt zich op de revalidatiefase, dit is de reden waarom deze fase verder toegelicht wordt. Wanneer de PMA lichamelijk stabiel is, eindigt de acute fase en start de revalidatiefase (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Tijdens de revalidatiefase bestaat de mogelijkheid op spontaan herstel, welke het grootst is tijdens de eerste drie maanden (Bastiaanse, 2011). In eerste instantie richt men zich op het verbeteren van de talige functies met als uitgangspunt een gunstig effect op activiteiten-en participatieniveau. De door de PMA opgestelde doelen gaan uit van communiceren in bepaalde situaties, waarbij de nadruk minder op verbetering van woordvinding en/of zinsstructuren ligt (NVAT, 2015). Er wordt gewerkt aan het voorkomen en verminderen van problemen op activiteiten- en participatie niveau (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). De zelfstandigheid tijdens het uitvoeren van activiteiten en participatie kan worden verbeterd, doordat er momenteel in de revalidatiefase steeds meer aandacht wordt besteed aan het verbeteren van zelfmanagement (omgaan

met de gevolgen van een CVA en aanpassingen van de leefstijl) en autonomie (zelfstandigheid en onafhankelijkheid). Dat is een van de redenen waarom doelen gericht op de participatie aanvangen in de revalidatiefase (Limburg, Voogdt, & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA, 2012).

2.4 Participatiegerichte therapie

2.4.1 Participatie

Deze bachelorthesis richt zich voornamelijk op de participatie van de PMA, middels participatiegericht therapiemateriaal. Allereerst is het van belang te weten wat er met participatie bedoeld wordt. Participatie wordt door Dalemans R. (2009) als volgt gedefinieerd: *‘Participatie is actieve deelname aan sociale levensdomeinen in interactie met anderen, in de context waarin men leeft.’ P. 83.*

2.4.2 Therapie

Het woord therapie komt van therapeia. Dit betekent het bieden van zorg en aandacht aan een ander, door steun te bieden gericht op het leven van de desbetreffende persoon. Therapie is de behandelwijze van lichamelijke of geestelijke ziektes, met als doel de ziekte te voorkomen, symptomen te verminderen of genezen (Psychologisch Bureau, 2002; Spiritueel woordenboek, z.d.). Een voorbeeld hiervan is participatiegerichte therapie. Het doel van participatiegerichte therapie is het verbeteren van de communicatie binnen de context waarin men zich bevindt en de sociale participatie van de PMA (Vandenborre, Visch-Brink, & Mariën, 2014; Visch-Brink & Wielaert, 2011). Door de logopedist wordt een inschatting gemaakt van de belemmering op communicatief vlak (afasie) en kiest hij/zij vervolgens een therapie-aanpak waarbij de sociale context op de voorgrond staat (Visch-Brink & Wielaert, 2011). Om de sociale participatie van de PMA te bevorderen is het van belang te investeren in de sociale rollen van de PMA (partner, familielid, ouder, vriend, collega enz.) (Berns & Wielaert, 2014).

Het is belangrijk te kijken naar de context waarin de communicatie plaatsvindt om een PMA zo goed mogelijk voor te bereiden op terugkeer naar het dagelijkse leven. Dit kan aan de hand van participatiegerichte therapie gelet op het individuele sociale leven van de PMA waarbij er verder gekeken wordt dan de stoornis (Visch-Brink & Wielaert, 2011; Dalemans R. , 2009). Een belangrijk principe hierbij is positieve gezondheid. Positieve gezondheid gaat niet alleen over de af- of aanwezigheid van een ziekte, maar gaat ook om fysieke, emotionele en sociale uitdagingen. Het is hierbij belangrijk dat de PMA zoveel mogelijk regie heeft over zijn/haar eigen leven. Centraal staat het omgaan met veranderde omstandigheden (Steekelenburg, Kersten, & Huber, 2016; Alles is

gezondheid, z.d.). Dit kan aan de hand van vraaggericht werken, waarbij de cliënt en zorgverlener middels een dialoog samen op zoek gaan naar de meest geschikte therapie. Daarbij is het van belang dat de PMA samen met de logopedist doelen opstelt gericht op zijn/haar participatie (Haren, 2014; Vandenborre, Visch-Brink, & Mariën, 2014). Bij participatiegerichte benadering is het van belang de PMA en zijn/haar omgeving actief te betrekken (Dalemans R. , 2009).

2.4.3 Therapiemateriaal

In de vraagstelling staat geschreven dat er aantrekkelijk en motiverend participatief therapiemateriaal ontwikkeld zal worden voor de PMA. Aantrekkelijk therapiemateriaal is uitnodigend voor de PMA en motiverend therapiemateriaal zorgt ervoor dat de PMA zoveel mogelijk uit zichzelf haalt (Montessori, z.d.; Sales Gids, 2017).

2.5 BIPAC en BEBA

De BIPAC en de BEBA zijn beide onderzoeksinstrumenten, welke ontwikkeld zijn met het oog op de sociale context (Vandenborre, Visch-Brink, & Mariën, 2014).

“Met de BIPAC en BEBA wordt het gedrag van de PMA in functionele, concrete situaties (bv. telefoneren met een vriend) geëvalueerd en beoordeeld.” (Vandenborre, Visch-Brink, & Mariën, 2014, p. 21).

Beiden zijn onderzoeksinstrumenten, welke de behoeften, wensen en eisen in kaart brengen van personen met een chronische neurologische aandoening (Lacroix, Beurskens, Dalemans, & Jungen, z.d.). Deze kunnen gebruikt worden voor een inventarisatie, evaluatie en het meten van effectiviteit van de logopedische behandeling (Vandenborre, Visch-Brink, & Mariën, 2014). De BIPAC en BEBA worden in de hoofdstukken 2.5.1 en 2.5.2 verder toegelicht.

2.5.1 BIPAC

De BIPAC is een inventarisatie-instrument, waarmee de communicatieve behoeften van de PMA inclusief de gedachten van de directe omgeving in kaart worden gebracht. Aan de hand van de door de PMA aangekaarte problemen, kan de inhoud en het doel voor afasietherapie worden vastgesteld. De BIPAC bestaat uit zowel een vragenlijst als een observatielijst (Meetinstrumentenzorg, 2011). Het instrument bevat hoofd- en deelactiviteiten (Sevat & Heesbeen, 2001).

Onderdelen

Er behoren vijf onderdelen tot de BIPAC met daarbij verschillende afnamehulpmiddelen, welke ingezet kunnen worden als visuele ondersteuning (Sevat & Heesbeen, 2001).

1. BIPAC 1 Behoeften-Inventarisatie: Overzicht;

Hierdoor krijgt men een overzicht van de behoeften ten aanzien van de communicatie
Afnamehulpmiddelen:

- ✓ Foto's
- ✓ Afnamekaart C
- ✓ Afnamekaart E

2. BIPAC 2 Probleem-Analyse: Observatie activiteit totaal;

Welke problemen worden ervaren tijdens een activiteit? Hierbij wordt gekeken naar de problemen tijdens het voeren van gesprekken bij een gekozen activiteit. De activiteiten zijn boodschappen doen, busvervoer, treinvervoer, taxivervoer, uit eten, telefoneren; opbellen en beantwoorden, administratie en het maken van een afspraak.

3. BIPAC 3;

a. Doelgericht gesprek

Beginnen van een gesprek en het overbrengen van een boodschap

b. Praatje maken met een minder bekend persoon

Zowel contact maken met, reactie geven, als inspelen op de opmerking van de communicatiepartner

c. Gesprek met een bekende

Observatie van de PMA en zijn/haar communicatiepartner in een gesprek om in kaart te brengen welke hulp vanuit de PMA nodig is (Sevat & Heesbeen, 2001).

Uitkomst BIPAC 1 en 2

De PMA dient aan te geven hoe de activiteit momenteel verloopt en kan kiezen uit: zeer goed (++), goed (+), neutraal (+/-), slecht (-), zeer slecht (--). Vervolgens vraagt de logopedist of de PMA dit wil verbeteren. Zo kan de logopedist nagaan of de PMA aandacht wil geven aan deze activiteit. Tot slot wordt er samen gekeken welke activiteit prioriteit heeft binnen de logopedische behandeling (Sevat & Heesbeen, 2001).

2.5.2 BEBA

Aan de hand van de BEBA (Birkhovense Evaluatie Behandeldoelen Afasie) kunnen de mogelijkheden in kaart worden gebracht, gericht op communicatieve activiteiten waarbij de PMA (op de eerder afgenomen BIPAC) aangeeft moeilijkheden te ondervinden. Daarna zal de logopedist samen met de PMA bespreken welke communicatieve activiteiten behandeld zullen worden op basis

van deze uitkomsten (Meetinstrumentenzorg, 2011). De eerder opgestelde doelen kunnen aan de hand van de BEBA geëvalueerd worden met de PMA en zijn/haar omgeving (NVAT, 2015).

De BEBA bestaat uit vijf schalen waarop beoordeling plaats vindt aan de hand van een 4-puntschaal (0-3).

1. Frequentie: hoe vaak wordt de desbetreffende activiteit uitgevoerd (0 =bijna nooit, 3= bijna altijd);
2. Zelfstandigheid: er wordt gekeken naar de hoeveelheid hulp van de omgeving die nodig is om tot uitvoering van de activiteit te komen (0 = lukt niet, 3=zonder hulp);
3. Probleemoplossend vermogen: hoe gaat de PMA om met probleemsituaties? (0= niet (-) oplossen, 3=goed (++) oplossen);
4. Spanning: er wordt een inschatting gemaakt van de spanning tijdens een activiteit (0= zeer spannend, 3=niet/nauwelijks spannend);
5. Tevredenheid: hoe tevreden is de PMA over de uitvoering van de activiteit? (0=slecht (-), 3=goed (++) (Heesbeen & Sevat, 2001; Meetinstrumentenzorg, 2011).

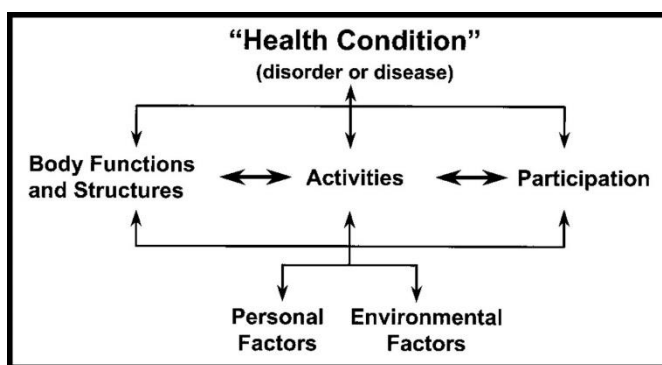
Wanneer de score lager is dan drie, kan de logopedist de PMA een aantal vragen stellen om de behoeften voor logopedische therapie in kaart te brengen. Zoals: “wilt u de activiteit vaker/zelfstandiger uitvoeren?” Zo ja, dan zal de communicatieve activiteit tijdens de participatiegerichte therapie aan bod komen (Heesbeen & Sevat, 2001).

2.6 ICF en A-FROM

De BEBA en BIPAC richten zich op communicatieve activiteiten binnen het dagelijkse leven. Evenals het ICF en de A-FROM, welke zich verder nog richten op andere aspecten. Deze worden voor de logopedische behandeling gebruikt om een compleet beeld te krijgen van de PMA. Het ICF is onderverdeeld in lichamelijke functies en anatomische eigenschappen, activiteiten (menselijk handelen) en participatie (deelname aan het maatschappelijke leven). Daarnaast worden omgevingsfactoren (persoonlijke- en externe) beschreven, die zowel versterkend als verzwakkend kunnen werken (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie 'NVL', 2016).

Naast het ICF is er voor een PMA de A-FROM ontwikkeld. De A-FROM is een communicatievriendelijk model waarmee de sociale participatie van de PMA in kaart kan worden gebracht. Daarom is deze belangrijk binnen het participatiegerichte therapie materiaal. De vier cirkels van de A-FROM bestaan uit de domeinen ernst van de afasie, participatie/leefgewoonten,

persoonlijke factoren inclusief identiteit en emoties en de omgeving. Deze vier cirkels kruisen elkaar in het leven met afasie (centrale cirkel) (Kagan, et al., 2008). Het is een hulpmiddel om therapiedoelen en verwachte uitkomsten te bepalen. Daarnaast kan het houvast bieden om een evaluatie uit te voeren aan het einde van het behandeltraject (Haan- Neven, Dalemans, & Rumst, 2015). Deze wordt besproken door de logopedist samen met de PMA en iemand uit de omgeving. Samen worden er doelen opgesteld die een deelname in het dagelijks leven tot stand kunnen brengen. Hierbij staan het belang, de behoeften en de haalbaarheid centraal (Haan-Neven, Dalemans, & Rumst, 2014).



Figuur 1: ICF (DPT Developmental Portfolio, z.d.)



Figuur 2: A-FROM (Kagan, 2011)

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode beschreven, waarin beschreven staat hoe het uiteindelijke product tot stand is gekomen. De BIPAC I bevat verschillende thema's die wegens de omvang verdeeld werden over twee thesagroepen. Onderstaand de thema's van deze bachelorthesis:

Thema	Activiteiten per thema
Vervoer bus	<i>Vervoersbewijs kopen loket Vervoersbewijs kopen - automaat Uitzoeken juiste buslijn en halte Om hulp vragen Aangeven bestemming Weten waar uit te stappen Praatje maken</i>
Vervoer trein	<i>Vervoersbewijs kopen loket Vervoersbewijs kopen - automaat Uitzoeken juiste trein/perron Om hulp vragen Weten waar uit te stappen Praatje maken</i>
Vervoer taxi	<i>Taxi bestellen (telefoneren) Duidelijk maken bestemming Aanwijzingen geven over route Praatje maken Afrekenen (contant)</i>
Uit eten gaan	<i>Afspraak maken Reserveren (telefoneren) Bestellen - zonder kaart Bestellen - met kaart Overige wensen aangeven Praatje maken Afrekenen (contant)</i>
Administratieve problemen oplossen	<i>Telefoneren n.a.v. post Administratieve hulp vragen Afspraak maken</i>
Werk/tijdsbesteding	<i>Afasiesoos Hobbyclub Sport/bewegingsclub Patiëntenvereniging (Vrijwilligers)werk</i>

Tabel 1: thema's BIPAC

Bij bovenstaande thema's werden verschillende logopedische oefeningen ontwikkeld waarbij de BEBA geïmplementeerd werd, om samen met de PMA te kijken aan welke communicatieve activiteiten hij/zij wil werken.

3.1 Probleem-, vraag- en doelstelling

3.1.1 Probleemstelling

Dalemans R. (2009) en NVAT (2015) beschrijven dat er door de logopedist een omslag gemaakt moet worden van het denken op stoornisniveau naar een participatiegerichte benadering, waarbij de logopedist aandacht heeft voor het leven van een PMA. Zoals eerder beschreven is participatiegerichte therapie bij afasie erg belangrijk. Echter bestaat er nog weinig participatiegericht therapiemateriaal. BIPAC I en BEBA zijn instrumenten om communicatieve vaardigheden in het dagelijks leven in kaart te brengen. Echter worden deze instrumenten weinig gebruikt door logopedisten vanwege het ontbreken van daarop aansluitend therapiemateriaal.

3.1.2 Vraagstelling

Op grond van bovenstaande probleemstelling werd de volgende vraagstelling geformuleerd: *“Welke aspecten dienen opgenomen te worden in een participatiegerichte therapiemethode op basis van de uitkomsten van 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?”*

Deze vraagstelling werd opgesteld aan de hand van het *Patient-Intervention-Comparison-Outcome* (=PICO) systeem. Dit is een evidence based schema en dient gebruikt te worden voor het opstellen van vraagstellingen binnen de gezondheidszorg (Kalf & de Beer, 2004).

Patiënt	Personen met licht, matige of ernstige afasie in de revalidatiefase
Intervention	Niet van toepassing op de vraagstelling
Comparison	Niet van toepassing op de vraagstelling
Outcome	Aantrekkelijke en motiverende participatiegerichte therapiemethode

Tabel 2: PICO-vraagstelling

3.1.3 Doelstelling

Door het ontwikkelen van een aantrekkelijke en motiverende participatiegerichte therapiemethode aansluitend op de thema's binnen de BIPAC I en BEBA kan een PMA tijdens de revalidatiefase participatiegerichte logopedische behandeling krijgen die aansluit op de wensen en behoeften van de PMA. Door het ontwikkelen van een aantrekkelijke en motiverende participatiegerichte therapiemethode, aansluitend op de thema's binnen de BIPAC I en BEBA heeft de logopedist gebruiksvriendelijke handvaten om participatiegerichte therapie aan te bieden.

3.2 Therapiepopulatie

De therapiepopulatie betrof personen met een lichte, matige of ernstige afasie die zich in de revalidatiefase bevinden. Tevens werd in het therapiemateriaal rekening gehouden met comorbiditeit bij de PMA. Elke PMA kan gebruik maken van het therapiemateriaal aangezien er ondanks een vast programma ingegaan wordt op de behoeften van elk individu aan de hand van shared decision making (gezamenlijk besluiten nemen) door logopedist en de PMA (Ouwens, Burg, Faber, & Weijden, 2012).

3.3 Projectmatig werken

Projectmatig werken wordt niet gezien als een doel op zich (Grit, 2012). Het betreft een methode die ingezet wordt om het werk te ordenen, aan te sturen, te managen en zo een optimale werkvorm te hanteren (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012). Het is een manier om een project doelgericht en efficiënt uit te voeren (Schouten, 2017). Bij projectmatig werken is het van belang alvorens te denken en dan pas te doen om tot het gewenste eindresultaat te komen (ontwikkelde product). Dit alles verloopt volgens vaste fasen (projectfasen) (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012). Onderstaand worden de vaste projectfasen beschreven.

3.3.1 Fasering projectmatig werken

Door te faseren werden activiteiten die nodig waren om het doel (eindresultaat) te bereiken verdeeld in verschillende fasen om het overzicht te behouden. Binnen een fase stonden bepaalde activiteiten centraal en hoorde bij elkaar. Iedere fase werd afgesloten indien het gewenste resultaat was bereikt. Dit gewenste resultaat sloot tevens aan bij de volgende fase. Projectmatig werken bestaat uit 6 fasen namelijk, aanloophase, initiatieffase, definitiefase, ontwerpfase en voorbereidingsfase, realisatiefase, implementatie nazorgfase en afsluitfase (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012). Onderstaand worden de eerste vijf fasen van projectmatig werken toegelicht, aangezien deze betrekking hadden tot deze bachelorthesis. De laatste fase werd niet uitgevoerd omdat deze een te grote omvang had en deze binnen de ingeplande tijd van de bachelorthesis niet haalbaar was.

3.3.1.1 Aanloophase

In deze fase is het idee ontstaan van het project. Het idee voor dit project is ontstaan middels het initiatief van een professional, namelijk Dr. Ruth Dalemans. Dr. Ruth Dalemans heeft ervaring met personen met afasie en richt zich op de participatie. In samenspraak met Dr. Ruth Dalemans is

geconcludeerd dat de BIPAC I en BEBA weinig ingezet werden, vanwege het ontbreken van daarop aansluitend therapiemateriaal.

Om daadwerkelijk tot een goed project te komen was er ondersteuning nodig. Het was van belang om in de voorfase van het project te weten van wie deze ondersteuning nodig was en op welke manier, om vervolgens met deze gewenste personen in gesprek te gaan. Onderstaand worden de personen die betrokken waren bij het project kort weergegeven (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012).

Taak	Betrokkenen
Initiatiefnemer/ leider/ opdrachtgever <i>Degene met het idee en betrekking tot het project.</i>	Hoofddocent opleiding logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Dr. Ruth Dalemans.
Probleemdragers <i>Personen bij wie het probleem speelt.</i>	De logopedisten werkzaam met PMA.
De direct betrokkenen <i>Personen die onderdeel zijn van het probleem.</i>	PMA.
De indirect betrokkenen <i>Personen die niet direct onderdeel zijn van het probleem maar toch betrokken.</i>	Omgeving van PMA.
Doelsysteemactoren <i>Personen waarbij verbetering kan optreden door het project.</i>	PMA Logopedisten werkzaam met PMA.
Projectmedewerkers <i>Ontwikkelaars van het project.</i>	Logopediestudenten: Ann Dominikus , Bo Giesen en Seline van Heel.
De potentiële gebruikers <i>Personen die gaan werken met het product.</i>	Logopedisten werkzaam met PMA.
De projectomgeving <i>Organisaties of personen waar men binnen het project mee samen werkt.</i>	Zuyd Hogeschool, docenten, opdrachtgever, PMA, zorginstellingen.

Tabel 3: toelichting betrokkenen

3.3.1.2 Initiatieffase

In deze fase werd gewerkt van het idee naar de projectopdracht. Het projectidee werd verkend waarbij achtergrond, het projectdoel, het resultaat, de voorwaarden (o.a. kosten en tijd), aandachtspunten en projectmedewerkers in kaart werden gebracht (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012).

Vaststellen van projectinhoud en projectgroep

Voordat men het project kon gaan ontwikkelen diende de inhoud vastgesteld te worden. Aan de hand van gesprekken met de opdrachtgever werd nagegaan wat er al bekend was over participatiegerichte

therapie, wat er hierbij ontbrak en de vraag hiernaar vanuit het werkveld. Vervolgens vond er een literatuuronderzoek plaats, waarbij gebruik gemaakt werd van verschillende databanken (o.a. Pubmed, Google Scholar en DIZ). Dit literatuuronderzoek was gericht op personen met afasie (oorzaak/gevolgen), participatiegerichte therapie, participatie in het algemeen, huidig therapiemateriaal, behoeften van de logopedisten en de PMA. Het uiteindelijke doel van het project was het ontwikkelen van motiverend en aantrekkelijk participatiegericht therapiemateriaal dat aansloot op de BIPAC I en de BEBA voor een PMA in de revalidatiefase. Met als resultaat een toenemende inzet van participatiegerichte therapie. Dit therapiemateriaal werd vervolgens samengevoegd in een klapper. Het project werd afgebakend door de vraagstelling goed voor ogen te houden en te focussen op de doelstelling. Tijdens de ontwikkeling van het therapiemateriaal werden logopedische oefeningen bedacht aan de hand van de ernstgradaties van afasie, zoals deze in de NAIS worden weergegeven (bijlage 1 en 2). De logopedische behandeling diende inzetbaar te zijn voor alle ernstgradaties en eventueel aanwezige comorbiditeiten. Wat betrof de aanwezigheid van comorbiditeiten, werd er een pagina toegevoegd met tips. Gekeken naar de inhoud van het project werd de projectgroep geheel zelfstandig samengesteld binnen een onderwijssetting, gericht op affiniteit, studiehouding en ambities.

Voorwaarden

Onder de voorwaarden vielen onder andere de tijd, kosten voor de projectgroep, projectorganisatie, faciliteiten, productiemiddelen en hulpmiddelen. Het project (therapiemateriaal) diende in juni 2018 afgerond te zijn. Om tot een goed resultaat te komen was het van belang dat er op vaste dagen middels een tijdschema groepsbijeenkomsten gehouden werden. Er werd gestreefd naar minimaal vier dagen per week met daarnaast individuele tijdsbesteding. Mogelijke kosten waren voor eigen rekening, denk hierbij aan kopiëren, printen, telefoneren en het uitlenen van boeken. Binnen de organisatie van het project was duidelijk wat men van elkaar kon en mocht verwachten en werden hierover duidelijke afspraken gemaakt. Zo moest elke student vijf dagen per week beschikbaar zijn en werden er in totaal 20 weken ingepland om aan de bachelorthesis te werken. Van de opdrachtgever verwachtte men tijdige en zorgvuldige feedback en beschikbaarheid via e-mail. Daarentegen werd er van de projectleden een goede inzet en aanwezigheid bij de maandelijkse thesiskringen verwacht, verspreid over twee jaar. De thesiskring waarbij het project was aangesloten heette “neurogene communicatiestoornissen (en dysfagie)”. Faciliteiten, productiemiddelen en hulpmiddelen droegen bij aan een fijne werkomgeving. Tijdens het werken aan het project was een fijne werkomgeving van belang. Deze werd gerealiseerd binnen Zuyd Hogeschool te Heerlen, te Sittard en thuislocaties van

de projectleden. Binnen Zuyd Hogeschool bestond de mogelijkheid om materialen te huren, zoals logopedische materialen, computers, boeken en kon er gebruik worden gemaakt van kopieer- en printapparatuur. Op de thuislocaties waren eveneens computers aanwezig en kopieer/print mogelijkheden.

3.3.1.3 Definitiefase

In deze fase werd weergegeven wat het gewenste eindproduct was en werden activiteiten en tussenproducten ingepland. Daarnaast werd gewerkt aan een verbinding tussen alle betrokkenen, werden afspraken gemaakt over de organisatie en werden de beheersaspecten (tijd, geld, organisatie, kwaliteit en informatie/communicatie) in kaart gebracht. Er werd gekeken welke projectproducten werden ontwikkeld. Vervolgens werd het projectplan opgesteld waarbij het resultaat en de werkwijze binnen het project duidelijk beschreven werden (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012).

De projectinhoud werd vastgesteld door de projectleden, opdrachtgever en projectleider. Het uiteindelijke doel van het project was het ontwikkelen van motiverend en aantrekkelijk participatiegericht therapiemateriaal dat aansloot op de BIPAC I en de BEBA voor een PMA in de revalidatiefase. Met als resultaat een toenemende inzet van participatiegerichte therapie. Dit therapiemateriaal werd samengevoegd in een klapper. Hierbij werd gebruik gemaakt van verschillende technieken, welke leidden tot verdieping en verbreding van de projectinhoud. Binnen deze fase werden de volgende technieken gebruikt, namelijk: brainstormen, krachtenveldanalyse (bijlage 3) en deskresearch. In deze fase werden de activiteiten die binnen het project aan bod kwamen in kaart gebracht en gepland. Het was belangrijk om het projectverloop in fasen in te delen zodat de voortgang gewaarborgd werd.

Fasen	Activiteiten
Fase 1	Vaststellen probleem-, vraag- en doelstelling
Fase 2	Literatuuronderzoek om verbreding en verdieping te zoeken t.o.v. het probleem (inleiding)
Fase 3	Relevante begrippen toelichten en belangrijkste informatie afbakenen (theoretische achtergrond)
Fase 4	Methode stapsgewijs beschrijven aan de hand van projectmatig werken (methode)
Fase 5	Tussenproducten ter evaluatie (conceptresultaat)
Fase 6	Eindproduct (resultaat)
Fase 7	Conclusie
Fase 8	Discussie

Tabel 4: Projectplan en fasering

Kwaliteitseisen product

Het ontwikkelde projectproduct moest aan de door de projectleden opgestelde kwaliteitseisen voldoen. Het was belangrijk dat het product motiverend, aantrekkelijk, duidelijk en helder geformuleerd werd, ondersteund werd met pictogrammen, inzetbaar was voor de verschillende ernstgradaties en eventuele comorbiditeiten. Het projectproduct bevat participatiegericht logopedisch behandelmateriaal dat aansluit op de wensen en behoeften van de PMA en gebruiksvriendelijke handvaten voor de logopedist om participatiegerichte therapie aan te bieden. In de realisatiefase worden de kwaliteitseisen verder toegelicht, mede door het gebruik van de ‘‘Logopedische richtlijn diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen’’ (2015).

Tussenproducten en mijlpalen

Tussenproducten en mijlpalen waren van belang om tot een goed eindproduct te komen. Alvorens men verder mocht naar de volgende stap moest het tot nu toe ontwikkelde product (tussenproduct) voorzien worden van feedback. Wanneer goedkeuring gegeven werd, was een mijlpaal bereikt. Deze tussenproducten werden (binnen maximaal zeven werkdagen) voorzien van feedback door logopediedocenten aan Zuyd Hogeschool te Heerlen, welke werkzaam zijn met afasiepatiënten. Deze docenten werden allereerst persoonlijk benaderd, waarbij de doelstelling en kwaliteitseisen van het project werden toegelicht. Bij het geven van feedback was het van belang de kwaliteitseisen voor ogen te houden. De uiteindelijke goedkeuring werd gegeven door de opdrachtgever, initiatiefnemer en projectleider, Dr. Ruth Dalemans.

Tijdsschema projectactiviteiten

Alle projectactiviteiten werden vastgelegd binnen een tijdsschema dat hieronder weergegeven wordt.

Fasen	Datum
Fase 1 <i>Vaststellen probleem-, vraag- en doelstelling</i>	20-04-2017
Fase 2 <i>Literatuuronderzoek om verbreding en verdieping te zoeken t.o.v. het probleem (inleiding)</i>	28-04-2017
Fase 3 <i>Relevante begrippen toelichten en belangrijkste informatie afbakenen (theoretische achtergrond)</i>	08-05-2017
Fase 4 <i>Methode stapsgewijs beschrijven aan de hand van projectmatig werken (methode)</i>	13-12-2017
Fase 5 <i>Tussenproducten ter evaluatie (conceptresultaat)</i>	15-02-2018
Fase 6 <i>Eindproduct (resultaat)</i>	26-04-2018
Fase 7 <i>Conclusie</i>	26-04-2018
Fase 8 <i>Discussie</i>	26-04-2018

Tabel 5: Tijdschema projectactiviteiten

Projectorganisatie en projectomgeving

Binnen de organisatie van het project ging het om de interne projectorganisatie en de projectomgeving. De drie projectleden behoorden met elk hun eigen kwaliteiten, achtergronden, competenties en kenmerken tot de interne projectorganisatie. Daarnaast bestond er zowel een directe als een wijdere omgeving. De directe omgeving bestond uit de opdrachtgever en de opleiding logopedie. De wijdere omgeving bestond uit de gebruikers van het therapiemateriaal (logopedisten) en de doelgroep (personen met afasie). Het contact met de opdrachtgever en opleiding vond plaats tijdens de vastgestelde maandelijkse thesiskringen. Daarnaast was het mogelijk om feedback via e-mail te ontvangen of indien nodig een afspraak in te plannen.

3.3.1.4 Realisatiefase

In deze fase werd het denken omgezet in doen en kwam het uiteindelijke product (therapiemateriaal) tot stand. Deze fase werd onderverdeeld in de subfasen ontwikkelingsfase en voorbereidingsfase (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012).

3.3.1.4.1 Ontwikkelings- en voorbereidingsfase

In de ontwikkelingsfase werd besproken hoe het uiteindelijke product (therapiemateriaal) eruit zou komen te zien en werden de mogelijkheden geselecteerd en uitgewerkt in conceptvorm. In de voorbereidingsfase werd er een planning gemaakt en werden de taken verdeeld met betrekking tot het

te ontwikkelen product (Migchelbrink, Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7, 2012).

In deze fase was het belangrijk te zoeken naar ideeën voor de invulling van het eigen project. Hierbij werd onder andere gebruik gemaakt van evidence-based practice (wetenschappelijke bewijzen), waardoor de keuzes tijdens het ontwikkelen van therapiemateriaal wetenschappelijk onderbouwd konden worden.

Evidence-based practice

- Kwaliteitseisen therapiemateriaal

Visualiseren

Er werd gekozen voor het toevoegen van afbeeldingen, wat een mogelijke bijdrage levert aan een betere verbeelding van een situatie. Daarnaast was het van belang dat de afbeeldingen een volwassen uitstraling hadden, van goede kwaliteit waren en dat de afbeeldingen telkens dezelfde stijl hadden (Berns P. , et al., 2015).

Lay-out

Het was belangrijk dat het therapiemateriaal aan een aantal eisen voldeed om het lezen voor een PMA te vergemakkelijken. Hierbij werd gebruik gemaakt van een zinslengte van maximaal 10 woorden, lettertype Verdana, lettergrootte 14 en een regelafstand van 1,5. Indien nodig werden de belangrijkste begrippen in de zin onderstreept of dikgedrukt weergegeven (Berns P. , et al., 2015; Dalemans, Wade, Heuvel, & Witte, 2009).

Ernstgradaties en comorbiditeit

In de NAIS (2015) wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende ernstgradaties (zie bijlage 1 en 2). Binnen het therapiemateriaal werden logopedische oefeningen per ernstgradatie ontwikkeld. Aan de klapper werd een lijst met tips toegevoegd, waarin weergegeven wordt hoe het therapiemateriaal ingezet kan worden bij een eventueel aanwezige comorbiditeit.

Motiverend en aantrekkelijk

Het ontwikkelde therapiemateriaal is motiverend aangezien er gebruik gemaakt werd van situaties uit het dagelijks leven die aansluiten op de wensen en behoeften van de PMA op basis van de uitkomsten op de BIPAC I en BEBA. Doordat de PMA bij deze activiteiten problemen kan ondervinden en aangeeft hieraan te willen werken, dragen de logopedische oefeningen bij om hem/haar te motiveren. Het ontwikkelde therapiemateriaal is aantrekkelijk aangezien er gebruik gemaakt werd van afbeeldingen die zorgen voor een realistisch beeld van de situatie.

- Therapieprincipes

Testmaterialen en inspirerende therapie Methoden

Voor er begonnen werd met het ontwikkelen van het therapiemateriaal is inspiratie opgedaan met betrekking tot de instructie, duidelijke en heldere formulering en de zinslengte bij onderstaand testmateriaal:

BIPAC & BEBA;

Scenariotest;

ANTAT.

Om ideeën op te doen werd er gekeken naar verschillend therapiemateriaal waarbij o.a. de heldere en eenvoudige formulering, omschrijving van oefeningen, gebruiksvriendelijkheid, aantrekkelijkheid, pictogrammen en de opbouw van moeilijkheidsgraad bekeken werd. Hierbij is gebruik gemaakt van onderstaand therapiemateriaal:

Dysamix;

Frontomix;

PACT,

APT.

Stimulatietherapie

Er bestaat zowel fonologische- als semantische stimulatie aan de hand van cues. Deze cues kunnen gegeven worden door de logopedist tijdens de behandeling indien de PMA vastloopt. Binnen de behandeling worden deze cues zo veel mogelijk verminderd aangezien de PMA het uiteindelijk zelfstandig moet uitvoeren (Berns P. , et al., 2015).

Compenserende strategietraining

Onder compenserende strategietraining valt communicatieve therapie waarbij het bevorderen van de communicatieve vaardigheden centraal staat. Om dit te oefenen wordt er gebruik gemaakt van rollenspellen, schriftelijke ondersteuning tijdens gesprekken en vaardigheden welke de communicatie ondersteunen (tekenen, aanwijzen en uitbeelden) (Berns P. , et al., 2015).

Werkwijze binnen de projectgroep

Om tot een gezamenlijk product te komen was het van belang om individueel naar de uit te werken thema's van de BIPAC I te kijken en na te gaan welke situaties zich hierbij konden voordoen. Doordat eenieder hiernaar gekeken heeft, waren er verschillende invalshoeken en was de kans het grootst dat de meest voorkomende situaties in het therapiemateriaal verwerkt werden. Hierbij werd samen

gebrainstormd (bijlage 4) om te kijken welke situaties in het therapiemateriaal opgenomen diende te worden. Vervolgens werd er individueel gekeken naar hoe deze situaties uitgewerkt konden worden in de vorm van oefeningen en werden deze ideeën opgeschreven. Deze werden binnen dagelijkse groepsbijeenkomsten besproken.

Door bovenstaande werkwijze werden de kansen vergroot om verder te kijken en op andere zaken te letten. Om de voortgang te bewaken waren onderlinge afspraken over wie, wat, wanneer moet doen van belang. Tot slot werden deze uitgewerkte oefeningen samengebracht om te komen tot het concept. Wanneer het concept was afgerond werd het therapiemateriaal daadwerkelijk gerealiseerd. Voordat het daadwerkelijk gerealiseerd kon worden, was het van belang de voorheen gestelde kwaliteitseisen goed voor ogen te houden. Het tot dan toe gerealiseerde therapiemateriaal werd gecontroleerd door vier logopedisten uit het werkveld en indien mogelijk uitgetoetst bij patiënten (evalueren). Zo werd er opnieuw gereflecteerd op het tot nu toe ontwikkelde therapiemateriaal en indien nodig bijgesteld (monitoren) om de kwaliteit te bevorderen.

Presentatie therapiemateriaal

De laatste stap in deze fase is het presenteren en vertegenwoordigen van het ontwikkelde eindproduct (therapiemateriaal). Deze presentatie vindt plaats op 26 juni 2018 bij Zuyd Hogeschool te Heerlen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze bachelorthesis in kaart gebracht. Door het afronden van de realisatiefase (fase 5) binnen het projectmatig werken zijn de resultaten tot stand gekomen. In deze fase werd het denken omgezet in doen en kwam het uiteindelijke product tot stand (Migchelbrink, 2012). Het uiteindelijke resultaat is een klapper genaamd “Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden” (P-BAC), met een selectie van oefeningen aansluitend op bepaalde onderdelen van de BIPAC I. De P-BAC werd ontwikkeld om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van communicatieve vaardigheden van een PMA en richt zich op het herstellen van participatievaardigheden bij een PMA, om deelname aan het dagelijks leven (participatie) te bevorderen. De wensen en behoeften van de PMA staan hierbij centraal.

4.1 Ontwikkelde oefeningen

In de P-BAC werden per subthema van de BIPAC I meerdere oefeningen opgenomen. De BIPAC I bestaat in totaal uit 12 hoofdthema's en 60 subthema's, welke verdeeld werden over twee thesishoofdgroepen. Bij de hoofd- en subthema's die weergegeven worden in onderstaande tabel, zijn door de ontwikkelaars van deze bachelorthesis participatiegerichte logopedische oefeningen ontwikkeld. De conceptoefeningen van de hoofdthema's met bijbehorende subthema's van “vervoer bus”, “vervoer trein” en “uit eten gaan” werden zo volledig en uitgebreid mogelijk uitgewerkt. Dit resulteerde in 171 oefeningen (tabel 1). Daarnaast werden van de hoofdthema's met bijbehorende subthema's van “administratieve problemen oplossen”, “werk/tijdsbesteding” en “vervoer taxi” in totaal 62 conceptoefeningen ontwikkeld.

Hoofdthema	Subthema	Totaal aantal
Vervoer bus	<i>Vervoersbewijs kopen</i>	11
Uitgewerkte oefeningen	<i>Uitzoeken juiste buslijn/halte</i>	6
	<i>Om hulp vragen</i>	8
	<i>Aangeven bestemming</i>	4
	<i>Weten waar uit te stappen</i>	5
	<i>Praatje maken</i>	5
Vervoer trein	<i>Vervoersbewijs kopen – loket</i>	12
Uitgewerkte oefeningen	<i>Vervoersbewijs kopen – automaat</i>	10
	<i>Uitzoeken juiste trein/ perron</i>	11
	<i>Om hulp vragen</i>	8

	<i>Weten waar uit te stappen</i>	9
	<i>Praatje maken</i>	5
Uit eten gaan	<i>Afspraak maken</i>	7
Uitgewerkte oefeningen	<i>Reserveren (telefoneren)</i>	9
	<i>Bestellen – zonder kaart</i>	8
	<i>Bestellen – met kaart</i>	7
	<i>Overige wensen aangeven</i>	9
	<i>Praatje maken</i>	5
	<i>Afrekenen (contant)</i>	5
Vervoer taxi	<i>Taxi bestellen (telefoneren)</i>	8
Conceptoefeningen	<i>Duidelijk maken bestemming</i>	0
	<i>Aanwijzingen geven over route</i>	2
	<i>Praatje maken</i>	2
	<i>Afrekenen (contant)</i>	6
Administratieve problemen oplossen	<i>Telefoneren n.a.v. post</i>	7
Conceptoefeningen	<i>Administratieve hulp vragen</i>	7
	<i>Afspraak maken</i>	10
Werk/tijdsbesteding	<i>Afasiesoos</i>	4
Conceptoefeningen	<i>Hobbyclub</i>	7
	<i>Sport/bewegingsclub</i>	0
	<i>Patiëntenvereniging</i>	0
	<i>(Vrijwilligers)werk</i>	9
Funcctieoefeningen afrekenen		8

Tabel 6: Overzicht hoofd- en subthema's inclusief aantallen

Voor de specifieke tabel met titels van de uitgewerkte oefeningen en de conceptoefeningen per ernstgradatie wordt verwezen naar bijlage 5 en bijlage 6.

In de BIPAC I is er onderscheid gemaakt tussen “vervoersbewijs kopen loket” en “vervoersbewijs kopen automaat” in de bus. De ontwikkelaars kozen ervoor om deze subthema’s samen te brengen onder de naam “vervoersbewijs kopen”. Tevens is ervoor gekozen om een extra thema toe te voegen namelijk: “funcctieoefeningen afrekenen”.

4.2 Opbouw

4.2.1 Handleiding

In de P-BAC is een handleiding opgenomen, waarin weergegeven wordt hoe het materiaal is opgebouwd, welke aspecten van belang zijn tijdens de behandeling en hoe de logopedist deze kan inzetten. Tevens biedt deze handleiding handvaten voor de logopedist om participatiegerichte therapie aan te bieden middels de P-BAC. Daarnaast werden er een aantal bijlagen opgenomen die de logopedist te allen tijde kan inzetten. Onderstaand worden de bijlagen van deze handleiding kort toegelicht. Om zicht te krijgen op de behoeften en het leven van de PMA kunnen het ICF-model en de A- FROM als basis dienen, zodat de logopedist voor aanvang van behandeling met de P-BAC een totaalbeeld heeft van de PMA. Bij iedere behandeling kan teruggegrepen worden naar het ingevulde ICF of A-FROM. Hierbij is het van belang te bespreken welke doelen de PMA wenst te bereiken en hoe deze bijdragen aan het vergroten van zijn/haar participatie.

4.2.1.1 Netwerkcirkel

Deze netwerkcirkel is toegevoegd met de achterliggende gedachte om een beeld te krijgen van de communicatiepartners (sociaal netwerk) van de PMA (bijlage 7). Deze informatie kan bijdragen aan het inzetten van het sociaal netwerk tijdens de behandeling en het selecteren van de co-therapeut. Door gebruik te maken van de P-BAC kan het sociaal netwerk van de PMA behouden en/of vergroot worden, zodat de PMA optimaal kan participeren in zijn/haar sociale context.

4.2.1.2 Comorbiditeiten

Tijdens het oefenen met de P-BAC is het van belang om rekening te houden met mogelijke comorbiditeiten. In de bijlage van de P-BAC is een lijst met comorbiditeiten en bijbehorende tips (bijlage 8) toegevoegd, waarmee de logopedist rekening kan houden tijdens de behandeling. Wanneer rekening gehouden wordt met comorbiditeiten binnen oefensituaties kan het voor de PMA wellicht makkelijker zijn om dit toe te passen in het dagelijks leven.

4.2.1.3 Communicatietips

In de P-BAC is een bijlage toegevoegd waarop communicatietips (bijlage 9) beschreven staan. Deze tips zijn toegevoegd voor de logopedist en omgeving van de PMA, om de communicatie tussen hen zo goed mogelijk te laten verlopen. Deze kunnen eventueel ook genormeerd worden en meegegeven worden aan de PMA en zijn co-therapeut, zodat deze tips ook in de natuurlijke setting van de PMA door zijn sociaal netwerk toegepast kunnen worden. De co-therapeut heeft een belangrijke rol bij het bevorderen van het toepassen van deze tips.

4.2.1.4 Algemene suggesties

Binnen het therapiemateriaal van de P-BAC is een bijlage toegevoegd met daarop verschillende algemene suggesties (bijlage 10). Hierin zijn verschillende rollen en omgevingsfactoren beschreven die de logopedist kan aannemen om de situatie aan te passen aan reële situaties die de individuele cliënt tegen komt. Deze algemene suggesties kunnen ingezet worden bij elke oefening en elk rollenspel. Dit met als doel de oefeningen en rollenspellen zo realistisch mogelijk te maken en zo wellicht de participatie te bevorderen.

4.2.1.5 Stop- en vraagteken

Daar een PMA moeite kan hebben met het volgen van de gesprekspartners is ervoor gekozen om zowel een vraag- als een stopteken (bijlage 11) op te nemen in de bijlage van de P-BAC. Het vraagteken kan worden ingezet tijdens een gesprek wanneer de PMA zijn gesprekspartner niet begrijpt. Daarnaast is er een stopteken opgenomen, zodat de PMA kan aangeven dat een gesprek te snel verloopt. Beiden zijn toegevoegd met als doel dat de PMA te allen tijde gebruik kan maken van het vraag- en/of stopteken tijdens de oefeningen en rollenspellen van de P-BAC en situaties in het dagelijkse leven.

4.2.1.6 Evaluatieformulier

In de P-BAC is een evaluatieformulier (bijlage 12) opgenomen dat gebruikt kan worden na elk rollenspel. Dit formulier kan zowel door de PMA als de co-therapeut ingevuld worden. Middels dit formulier kan een door de PMA uitgevoerde oefening, rollenspel en transfer (toepassing in het dagelijkse leven) geëvalueerd worden. De vragen in dit evaluatieformulier gaan over de mate waarin de desbetreffende situatie goed of minder goed verliep en wat een volgende keer anders kan, door de oefening aan te passen. Na het uitvoeren van het rollenspel vult zowel de co-therapeut als de PMA het evaluatieformulier in. Het is belangrijk dat zowel de PMA als de logopedist en/of co-therapeut deze informatie bespreekbaar maken.

4.2.2 Feedbackverwerking

Gedurende het gehele project werden de conceptoefeningen enkele keren via e-mail naar vier docenten van de opleiding logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen gestuurd. Deze docenten hadden allemaal ervaring met het werken met personen met afasie. Zij voorzagen de conceptoefeningen binnen ongeveer tien werkdagen van feedback. Hierbij kan men denken aan feedback over de zinslengte, inhoud van de oefeningen, SMART-doelen en de koppeling tussen de juiste ernstgradatie en de oefening. Aan de hand van deze feedback werden de oefeningen aangepast.

Door het ontvangen van feedback werden de ontwikkelaars van het uiteindelijke eindproduct steeds meer getriggerd om verder te durven denken dan de stoornis. Het was van belang om de situaties zo realistisch mogelijk uit te werken, zodat de PMA hier in het dagelijkse leven gebruik van kan maken. Door het ontvangen van deze feedback werd geprobeerd dit op een zo goed mogelijke manier te beschrijven/ontwikkelen.

4.2.3 Motiverend en aantrekkelijk

In de vraagstelling werd geschreven dat er aantrekkelijk en motiverend participatiegericht therapiemateriaal ontwikkeld zou worden voor de PMA. Aantrekkelijk therapiemateriaal is uitnodigend voor de PMA en motiverend therapiemateriaal zorgt ervoor dat de PMA zoveel mogelijk uit zichzelf haalt (Montessori, z.d.; Sales Gids, 2017). Het ontwikkelde therapiemateriaal werd zo motiverend mogelijk gemaakt door gebruik te maken van situaties uit het dagelijks leven die aansluiten op de wensen en behoeften van de PMA op basis van de uitkomsten op de BIPAC I en de BEBA. Doordat de PMA bij deze activiteiten problemen kan ondervinden en aangeeft hieraan te willen werken, kunnen de logopedische oefeningen bijdragen om hem/haar te motiveren. Het ontwikkelde therapiemateriaal werd zo aantrekkelijk mogelijk gemaakt voor de PMA door in de werkbladen gebruik te maken van het communicatievriendelijke lettertype Verdana en lettergrootte 14. Tevens werd er gemaakt van afbeeldingen van realistische situaties en werden kleuren toegevoegd. Verder eindigen alle subthema's met een rollenspel ter voorbereiding op de transfer. Het ontwikkelde therapiemateriaal werd zo aantrekkelijk mogelijk gemaakt voor de logopedist door de toegevoegde nerd (geeft suggesties aan, zie figuur 2) en wijsneus (verwijst de logopedist naar de individuele resultaten van de PMA op de BIPAC I, zie figuur 1). Verder is ervoor gekozen om het doel van de oefening bovenaan te beschrijven en is er gebruik gemaakt van iconen zodat de logopedist in een oogopslag kan zien wat er geoefend wordt én welke communicatiekanalen getraind worden.

4.2.4 Opbouw P-BAC

De P-BAC is ontwikkeld aan de hand van de thema's uit de BIPAC I en is ingedeeld met als doel dat de logopedist makkelijk een passende oefening kan opzoeken. Elk hoofdthema is gekenmerkt door een gekleurd tabblad, met daarachter een pagina waarop de afbeelding van het hoofdthema en de bijbehorende subthema's met paginanummers weergegeven worden. Ieder tabblad bakent een thema af zodat de logopedist snel het juiste (sub)thema kan vinden. Hierna volgt de titelpagina met hierop het hoofddoel, de bijdrage aan participatie met ICF-codes, de context en de inhoudsopgave van het subthema. Onder de context staat beschreven hoe de situatie eruit ziet en welke moeilijkheden de

cliënt kan ondervinden bij het subthema. In de inhoudsopgave staat op welke pagina de oefeningen per ernstgradatie (licht, matig-ernstige, ernstige) en de werkbladen te vinden zijn. Een aantal oefeningen worden gevolgd door een oefenblad. Na alle oefeningen van één subthema volgt het bijbehorende rollenspel. Vervolgens zijn de werkbladen met instructie voor de PMA toegevoegd. Na deze werkbladen start een nieuw thema.

4.2.5 Opbouw oefeningen

Boven elke oefening werd de ernstgradatie en het subthema toegevoegd, waardoor de logopedist in één oogopslag zou kunnen zien waar hij/zij zich bevindt. Daarnaast werd er een wijsneus (figuur 3) toegevoegd. Met als doel de logopedist te verwijzen naar de uitkomsten op de BIPAC I en BEBA van de PMA. Zo zou de logopedist kunnen kijken in hoeverre de eerder aangegeven problemen momenteel nog relevant zijn voor de PMA. Vervolgens werden als eerste de oefening met nummer, titel en bijbehorende communicatiekanalen (iconen) weergegeven, zodat de logopedist kan achterhalen waar de oefening betrekking op zou kunnen hebben. Daaronder werd het SMART-doel van de oefening weergegeven. Het SMART-doel werd eerder beschreven dan de uitleg van de oefening, zodat de logopedist in een behandeling zo snel mogelijk zou kunnen bepalen in hoeverre de oefening relevant zou zijn voor de PMA. Vervolgens werd de uitleg, met daaronder de benodigdheden voor het uitvoeren van de oefening beschreven. Tot slot werden er specifieke suggesties gegeven middels de nerd (figuur4). Deze suggesties werden toegevoegd om indien gewenst de oefening aan te passen naar de behoeften en wensen van de PMA. In bijlage 13 is de opbouw van de oefeningen weergegeven.



Figuur 3: Wijsneus



Figuur 4: Nerd

Oefenblad

Indien er in de uitleg van de oefening beschreven staat dat er auditieve situaties aangeboden kunnen worden, zijn deze terug te vinden op het oefenblad dat achter de oefening staat. Op dit oefenblad wordt een instructie voor de logopedist beschreven over de inzet van dit oefenblad.

Werkblad

Indien er in de uitleg van de oefening beschreven staat dat er een werkblad voor de PMA ingezet kan worden, zijn deze terug te vinden achter alle oefeningen en het rollenspel van een subthema. Bij deze werkbladen kan men denken aan picto-bladen, een stroomschema en productkaarten om de zelfstandigheid van de PMA te bevorderen. Deze werkbladen kunnen de PMA handvaten bieden waarvan hij/zij in het dagelijks leven gebruik kan maken. Door de werkbladen per subthema toe te voegen, kan de logopedist hier doorheen bladeren en waar mogelijk inspiratie opdoen om oefeningen aan te passen naar de behoeften en wensen van de PMA. Deze werkbladen zijn genummerd en voorzien van een naam, waardoor de logopedist deze mogelijk beter weet te vinden. Zoals Berns P. , et al. (2015) en Dalemans, Wade, Heuvel, & Witte (2009) beschrijven is het van belang om geschreven tekst voor de PMA aan te passen. Vandaar dat deze eisen werden doorgevoerd in de werkbladen, waarbij gebruik werd gemaakt van lettertype Verdana 14 en regelafstand 1,5. Tevens werden sommige woorden dikgedrukt en/of onderstreept.

4.2.5.1 Ernstgradaties

De oefeningen van de P-BAC werden ontwikkeld voor elke ernstgradatie (licht, matig-ernstige en ernstige afasie). Door het toevoegen van de ernstgradaties werd gestreefd naar participatiegericht therapiemateriaal dat inzetbaar is voor alle ernstgradaties bij afasie. Bij iedere ernstgradatie werden oefeningen ontwikkeld, waarbij het Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten (NAIS) als leidraad werd gebruikt (bijlage 2). Deze oefeningen werden gebaseerd op de beschrijvingen van diagnostiek en behandeling van een lichte, matig-ernstige en ernstige afasie (bijlage 2 en tabel 7). In dit schema wordt onder meer weergegeven wat men per ernstgradatie van de PMA mag en kan verwachten (Berns P. , et al., 2015).

Lichte afasie	Matig- ernstige afasie	Ernstige afasie
Zelfstandige communicatie in verschillende situaties.	1 op 1 gesprekken met de directe omgeving (bekenden en onbekenden).	1 op 1 gesprekken met de directe omgeving (bekenden).
Kan om hulp vragen.	Geregeld hulp en ondersteuning nodig van gesprekspartner.	Hulp nodig van de gesprekspartner.
Zoveel mogelijk gesproken en geschreven taal.	Gesproken en geschreven taal. Eventueel met gebruik van ondersteunende communicatie.	Gebruik van ondersteunende communicatie en inzet van de omgeving.

Tabel 7: Doelen per ernstgradatie uit de NAIS (Berns, et al., 2015).

4.2.5.2 Communicatiekanalen

Binnen het therapiemateriaal werden een aantal iconen toegevoegd. Deze iconen staan voor verschillende communicatiekanalen namelijk: spreken, lezen, schrijven en lichaamstaal. Om de communicatieve vaardigheden van de PMA zo goed mogelijk te bevorderen, werden alle communicatiekanalen per subthema minimaal één keer ingezet. Bij iedere oefening wordt middels een of meerdere iconen weergegeven welk communicatiekanaal getraind wordt. In onderstaande tabel (tabel 8) worden de iconen verder toegelicht.

	Spreken Bij het icoon spreken gaat het om gesproken communicatie. Bij dit onderdeel is het belangrijk dat de cliënt gestimuleerd wordt mondelinge taal te uiten en te reageren op aangeboden cues (Berns, et al., 2015).
	Schrijven Bij het icoon schrijven gaat het om elke vorm van geschreven communicatie. Denk aan het schriftelijk invullen van een werkblad, het schrijven van een tekst of het maken van een lijst (Boer, 2014).
	Lezen Bij het icoon lezen gaat het om het lezen van geschreven communicatie. Denk hierbij aan teksten/zinnen en/of het gebruik van pictogrammen (Boer, 2014).
	Lichaamstaal Bij het icoon lichaamstaal wordt er gebruik gemaakt van non-verbale communicatie. Denk hierbij aan oogcontact, aanwijzen en gebaren. Waar mogelijk wordt dit ondersteund met mondelinge communicatie.

Tabel 8: Iconen therapiemateriaal

4.2.5.3 Rollenspel en transfer

Om de cliënt zo goed mogelijk voor te bereiden op terugkeer binnen de participatie, werd ervoor gekozen om een rollenspel toe te voegen die een verbeterde deelname (participatie) in het dagelijks leven tot stand zou kunnen brengen. Dit rollenspel werd aan het eind van alle oefeningen per subthema toegevoegd. Hierbij kan gekeken worden in hoeverre de PMA in staat is het geleerde toe te passen in een zo realistisch mogelijk nagespeelde situatie uit het dagelijkse leven. Bij het rollenspel is er maar één situatie uitgewerkt zodat de logopedist dit kan aanpassen op de individuele PMA. Het rollenspel bevat dezelfde opbouw als de oefeningen. Het uiteindelijke doel van het rollenspel is het geleerde omzetten naar situaties in het dagelijkse leven, middels het maken van een transfer. Bij het maken van de transfer kan het beste de co-therapeut en waar mogelijk de logopedist aanwezig zijn. Op deze manier probeert men de PMA voldoende handvaten te geven waarop hij in het dagelijkse leven terug zou kunnen vallen. Het rollenspel bevat dezelfde opbouw als de oefeningen.

5. Discussie en conclusie

In onderstaand hoofdstuk worden de discussie en conclusie van deze bachelorthesis beschreven. Dit hoofdstuk bestaat uit het beantwoorden van de vraagstelling en het beschrijven van de mate waarin de resultaten overeenkomen met de literatuur en het kritisch reflecteren wat betreft limitaties, discrepanties en onverwachte uitkomsten. Tevens worden nieuwe bevindingen, aanbevelingen en verdere stappen voor de toekomst beschreven.

5.1 Antwoord op de vraagstelling

Onderstaand wordt de vraagstelling die centraal stond tijdens deze bachelorthesis weergegeven:

“Welke aspecten dienen opgenomen te worden in een participatiegerichte therapiemethode op basis van de uitkomsten van 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?”

Door het doorlopen van de stappen van projectmatig werken kan deze vraagstelling gedeeltelijk beantwoord worden. Er zijn een aantal aspecten opgenomen in de P-BAC die de literatuur beschreef. Hieronder vallen de kwaliteitseisen van het product, zoals de lay-out (regelafstand, lettergrootte, lettertype en dikgedrukte/onderstreepte woorden) (Berns P. , et al., 2015), visualisatie (afbeeldingen en pictogrammen) (Berns P. , et al., 2015; Dalemans, Wade, Heuvel, & Witte, 2009), ernstgradaties (licht-, matig- ernstige en ernstige afasie) (NVAT, 2015). Daarnaast is inspiratie opgedaan in bestaand therapiemateriaal voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel (Dysamix, Frontomix, Partner van Afasiepatiënten Conversatietraining PACT en APT). Op deze manier werd de P-BAC zo motiverend en aantrekkelijk mogelijk gemaakt.

Alle aspecten die toegevoegd zijn aan de P-BAC komen uit de literatuur en verkregen feedback van ervaringsdeskundigen. De effectiviteit van het behandelmateriaal wat betreft de ondersteuning van de participatiebehoeften van de PMA in de revalidatiefase is wegens tijdsgebrek niet gemeten. De ontwikkelaars hebben het therapiemateriaal zo motiverend en aantrekkelijk mogelijk weergegeven. Door realistische situaties uit het dagelijkse leven en werkbladen toe te voegen, is geprobeerd zo goed mogelijk aan te sluiten op de participatiebehoeften van de PMA en hem zo goed mogelijk te motiveren. Tevens zijn er kleuren, afbeeldingen en pictogrammen toegevoegd om het materiaal aantrekkelijk en uitnodigend uit te laten zien. Wat betreft de validiteit van deze bachelorthesis kan men stellen dat deze niet volledig aanwezig is. Dit verklaart mede dat de vraagstelling niet volledig

beantwoord kan worden, aangezien men niet weet in hoeverre deze toepassingen effectief/relevant zijn en in hoeverre dit materiaal daadwerkelijk bijdraagt aan het bereiken van de participatiebehoeften van de PMA.

5.2 Discrepanties, limitaties en onverwachte uitkomsten

5.2.1 Discrepanties

Tijdens deze bachelorthesis stond het ontwikkelen van de hoofdthema's "vervoer bus", "vervoer trein", "vervoer taxi", "uit eten gaan", "administratieve problemen oplossen" en "werk/tijdsbesteding" en de bijbehorende subthema's centraal. Echter zijn de ontwikkelaars gedurende het proces tot de conclusie gekomen, dat dit niet realiseerbaar was in deze korte tijd. Daarom is ervoor gekozen de toenmalige conceptoefeningen van de thema's "vervoer bus", "vervoer trein" en "uit eten gaan" zo volledig en concreet mogelijk uit te werken. Per subthema zijn niet bij elke ernstgradatie oefeningen ontwikkeld. Het doel was niet om zoveel mogelijk oefeningen te ontwikkelen, maar de kwaliteit van de ontwikkelde oefeningen continu te bewaken.

Om de logopedist voldoende handvaten te bieden om het behandelmateriaal in te kunnen zetten en zo participatiegerichte therapie aan te bieden, is ervoor gekozen een handleiding toe te voegen aan de P-BAC. Deze handleiding wordt door de ontwikkelaars gezien als toegevoegde waarde. Echter werd het samenstellen van deze handleiding niet opgenomen in de toenmalige tijdsplanning, waardoor dit een onverwacht, maar zeer belangrijk resultaat is.

Gedurende het gehele proces zijn de toenmalige conceptoefeningen voorzien van feedback door ervaringsdeskundigen. Door het ontvangen van deze feedback zijn de opbouw van de P-BAC en de oefeningen bijgesteld. Het resultaat werd hierdoor anders, maar gevoelsmatig naar de mening van de ontwikkelaars beter dan zonder deze feedback. Dit komt mede doordat zij ervaring hebben met het werken met personen met afasie, wat geresulteerd heeft in nieuwe inzichten, waardoor de ontwikkelde oefeningen steeds meer vorm zijn gaan krijgen en hierdoor geschikter zijn geworden voor personen met afasie.

5.2.2 Limitaties

Zoals eerder in de methode beschreven, bestaat de BIPAC I uit meerdere hoofd- en subthema's die verdeeld zijn geworden over twee thesisgroepen. Bij deze verdeling is een nauwe samenwerking met voldoende afstemming noodzakelijk geweest. Echter vanwege de niet parallel lopende schoolactiviteiten, wegens het zelf indelen van de laatste twee studiejaar (minoren, stages, PSR en

bachelorthesis) en de omvang van de twee thesisgroepen werd de communicatie belemmerd. Op deze manier kan men niet altijd een persoonlijke afspraak inplannen, waardoor vele aspecten (opbouw, toevoegingen en vragen) besproken zijn via elektronische middelen (o.a. skype-, telefonisch- en e-mailcontact). Via deze middelen is het niet altijd mogelijk elkaar te begrijpen en tot een gezamenlijk besluit te komen, wat soms resulteerde in twee verschillende uitkomsten/uitwerkingen. Daarnaast was het moeilijk omdat beiden groepen geregeld een andere mening hadden waardoor het moeilijk was om hierin gezamenlijk een keuze te maken. Doordat de ontwikkelde oefeningen uiteindelijk samengevoegd worden in de P-BAC, is het van belang dat deze er qua opbouw hetzelfde uitzien. Vanwege het gebrek aan persoonlijke communicatie is dit niet altijd gemakkelijk geweest, waardoor het nemen van besluiten langer op zich heeft laten wachten. Daarnaast was de andere thesisgroep eerder gestart met de ontwikkeling van de oefeningen. Hierdoor moest er soms snel een beslissing genomen worden. Het was hierbij moeilijk om na te gaan wat de beste beslissing zou zijn, aangezien de ontwikkelaars van deze bachelorthesis nog niet begonnen waren.

Vanwege de grote omvang van deze bachelorthesis was het moeilijk een inschatting te maken wat betreft de tijdsplanning. Er zijn een aantal factoren die mede bepalend zijn geweest met betrekking tot de tijd, waaronder het ontvangen van feedback en creativiteit. Het ontvangen van feedback neemt ongeveer zeven werkdagen in beslag, waardoor de ontwikkelaars niet direct verder konden werken aan het uiteindelijke product. Vervolgens moest deze ontvangen feedback in alle oefeningen worden doorgevoerd. Door de inschatting van tijd en een onrealistische tijdsplanning zijn de oefeningen later naar docenten verzonden en het verwerken van de feedback kostte meer tijd dan vooraf ingeschat. Doordat de oefeningen meerdere keren opgestuurd zijn werd ook steeds weer andere feedback ontvangen. De oefeningen moesten vaak meerdere keren doorgenomen worden om alle feedback te implementeren. De lay-out veranderde hierdoor ook, waardoor de aanpassing hiervan vaak veel tijd kostte. Gedurende het proces stond de creativiteit van de ontwikkelaars centraal en is het niet altijd mogelijk geweest om nieuwe oefeningen te bedenken en concreet uit te werken. Wanneer het de ontwikkelaars ontbrak aan creativiteit, voorstellingsvermogen en ervaring was het moeilijk om op dat moment een passende oefening te bedenken. Visch-Brink & Wielaert (2005) geven aan dat in de literatuur niet duidelijk beschreven staat waarop de functionele therapie gebaseerd is, in tegenstelling tot de beschrijving van stoornisgerichte therapie. Dit bevestigen de ontwikkelaars aangezien het moeilijk was om de P-BAC hierop aan te passen. Daarnaast waren er vaak ideeën en passende oefeningen bedacht, maar lukte het niet altijd om deze op dat moment zo goed en begrijpelijk mogelijk te formuleren. In de NVAT, 2015 worden de ernstgradaties weergegeven, deze zijn tijdens

het ontwikkelen van de oefeningen voor ogen gehouden. Echter was het voor de ontwikkelaars soms moeilijk om hier rekening mee te houden, vanwege de geringe werkervaring. In de methode van deze bachelorthesis werd aangegeven dat de ontwikkelde oefeningen getest zouden worden bij personen met afasie. Vanwege zowel de grote omvang als tijdsgebrek is dit niet haalbaar geweest. De ontwikkelaars weten dat dit van toegevoegde waarde zou zijn geweest, waardoor dit later in de discussie (hoofdstuk 5.5.) besproken wordt.

5.2.3 Onverwachte uitkomsten

In de BIPAC I wordt er in het hoofdthema “vervoer bus” onderscheidt gemaakt tussen de subthema’s “vervoersbewijs kopen automaat” en “vervoersbewijs kopen loket”. De ontwikkelaars zijn tot de conclusie gekomen deze samen te brengen tot één subthema, namelijk “vervoersbewijs kopen”. Dit met als reden dat er momenteel bij de buschauffeur in de bus een vervoersbewijs wordt gekocht en er géén gebruik wordt gemaakt van een automaat of loket. Dit met als gevolg dat niet meer alle subthema’s van het hoofdthema “vervoer bus” uit de BIPAC I in de P-BAC verwerkt zijn. Echter sluit het nu beter aan op het hier en nu en de dagelijkse situaties die een PMA kan tegenkomen. De ontwikkelaars hebben besloten de afbeelding van het subthema “praatje maken” van het hoofdthema “vervoer bus” toe te voegen aan het nieuwe subthema “vervoersbewijs kopen”. Op deze afbeelding worden de buschauffeur en PMA weergegeven in de bus, waardoor deze de situatie van het subthema het beste weergeeft.

Binnen de verschillende subthema’s van de uitgewerkte hoofdthema’s dient de PMA af te rekenen. Gedurende het ontwikkelen van de oefeningen is naar voren gekomen dat het moeilijk is om enkel en alleen participatiegerichte oefeningen te gebruiken, zonder de training op functieniveau. Daar de PMA inzicht moet hebben in geldwaarden en hiermee moet kunnen rekenen is er een apart hoofdthema “functieoefeningen afrekenen” opgenomen in de P-BAC, met daarin gerichte functionele oefeningen. Deze oefeningen bereiden de PMA voor op het afrekenen in het dagelijkse leven. Deze worden indien de PMA moeite heeft met afrekenen doorlopen, alvorens de participatiegerichte oefeningen uit te voeren. De ontwikkelaars zijn zich bewust van het feit dat er participatiegericht materiaal ontwikkeld moest worden. Wat betreft dit onderdeel zijn zij van mening dat het toevoegen van functieoefeningen een bijdrage kan leveren aan het tot stand brengen van afrekenen in verschillende contexten. Bij deze ontwikkelde oefeningen is ervoor gekozen geen ernstgradaties toe te voegen, vanwege het feit dat het bepalen van o.a. de waarde van geld of het selecteren van de juiste bankbiljetten en euromunten een activiteit op zich is. Deze activiteit kan men niet aanpassen,

aangezien men in het dagelijkse leven met alle geldwaarden in aanraking komt en deze dus niet “makkelijker” gemaakt kunnen worden.

5.3 Terugkoppeling met de literatuur

In de hoofdstukken “Inleiding” en “Theoretisch kader” werden beschrijvingen gegeven aan de hand van literatuur die betrekking hebben op deze bachelorthesis. Daar het ICF-model vanaf 2001 bestaat gaat men ervan uit dat er rekening gehouden wordt met de participatie (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie 'NVLF', 2016; WHO FIC Collaborating Centre , 2002). Uit onderzoek blijkt dat veel zorgverleners zich wel bewust zijn van de impact van afasie op de kwaliteit van leven, maar er slechts op een geringe manier op in gaan (Visch-Brink & Wielaert, 2011; Sjögvist Nätterlund, 2010). In de praktijk is het echter merkbaar dat logopedisten het vaak moeilijk vinden om de behandeldoelen participatiegericht te maken. Men richt zich wel steeds meer op het bevorderen van de participatie en daardoor zal dit binnen de logopedische behandeling steeds meer centraal staan (Chapey, et al., 2001; Dalemans R. , 2009). Tevens kwam naar voren dat er maar twee participatiegerichte therapiemethoden bestaan, namelijk de PACE (Promoting Aphasia Communicative Effectiveness) en PACT (Partner van Afasiepatiënten Conversatietraining) (Afasienet, z.d.; Visch-Brink, Links, & Hurkmans, 2012). Gedurende het proces zijn de ontwikkelaars erachter gekomen dat er inderdaad weinig participatiegericht therapiemateriaal bestaat. Dit vanwege het feit dat er gekeken is naar bestaand materiaal om ideeën op te doen, om de P-BAC zo goed mogelijk te ontwikkelen. Het is echter niet altijd mogelijk om enkel en alleen te focussen op de participatie. Soms is functietraining van belang ter voorbereiding op communicatieve activiteiten binnen de participatie.

Het is hierbij belangrijk te kijken naar de context waarin de communicatie plaatsvindt om een PMA zo goed mogelijk voor te bereiden op terugkeer naar het dagelijkse leven. Dit kan aan de hand van participatiegerichte therapie, waarbij gelet wordt op het individuele sociale leven van de PMA en er verder gekeken wordt dan de stoornis (Visch-Brink & Wielaert, 2011; Dalemans R. , 2009). Dit komt overeen met de persoonlijke bevindingen van de ontwikkelaars. Door te focussen op de verschillende contexten binnen de hoofd- en subthema's van de BIPAC I en deze tevens te beschrijven in het therapiemateriaal (contexten en bijdrage aan participatie) is nogmaals gebleken wat het belang is van communicatie. Iedereen komt in contact met anderen en maakt daarbij gebruik van verschillende communicatiekanalen. Bij een PMA kunnen een of meer onderdelen van het taalgebruik zijn aangedaan (Association Internationale Aphasia , 2016). Tijdens het ontwikkelen van de P-BAC is

hier rekening mee gehouden, doordat alle oefeningen inzetbaar moeten kunnen zijn voor iedere PMA. Hierbij heeft men zich voortdurend gefocust op de verschillende communicatiekanalen door het toevoegen van iconen (tabel 8), om de PMA zo goed mogelijk voor te kunnen bereiden op een terugkeer naar het dagelijkse leven. Bij elke oefening werden doelen geformuleerd aangezien er binnen de logopedische behandeling gewerkt wordt middels behandeldoelen (Kuiper, 2013). Het was voor de ontwikkelaars moeilijk de doelen echt SMART te formuleren. Dit vanwege het feit dat iedere PMA individueel van elkaar verschilt en andere eisen stelt (specifiek), het resultaat niet zichtbaar is (meetbaar) en er niet nagegaan kon worden of het doel haalbaar (realistisch) is voor de desbetreffende PMA. Het is het “gezamenlijk tot een besluit komen” oftewel “shared decision making” wat tijdens het hele behandeltraject centraal moet staan (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014). Dit is daarnaast van belang bij de inzet van de co-therapeut. Vandaar dat de inzet van de co-therapeut opgenomen is in de handleiding, oefeningen en suggesties van de P-BAC. Door de individuele behoeften en wensen van de PMA was het moeilijk de rol van de co-therapeut onder woorden te brengen en door het gehele materiaal te verwerken.

5.4 Implicaties voor de praktijk

Het is van belang dat logopedisten zich bewust worden van de toegevoegde waarde van participatiegerichte therapie, waardoor zij de PMA nog beter zouden kunnen voorbereiden op terugkeer van deelname aan het dagelijkse leven. Aan de hand van de resultaten van deze bachelorthesis wordt het mogelijk om in de toekomst participatiegerichte therapie aan te bieden tijdens logopedische behandelingen. Zodra de P-BAC volledig ontwikkeld is, is het van belang dat logopedisten op de hoogte worden gesteld van dit ontwikkelde participatiegerichte therapiemateriaal. Door middel van de P-BAC heeft de logopedist in de toekomst voldoende handvaten om participatiegerichte therapie aan te bieden.

5.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aanbevolen wordt om de conceptoefeningen van de hoofdthema's “vervoer taxi”, “administratieve problemen oplossen” en “werk/tijdsbesteding” met de bijbehorende subthema's uit deze bachelorthesis verder te ontwikkelen. Verder zal er een duidelijker beeld van de co-therapeut geschetst moeten worden, zodat de logopedist hier voldoende handvaten voor heeft. Tevens is verder onderzoek noodzakelijk om te bepalen in hoeverre de ontwikkelde oefeningen van de P-BAC bijdragen aan het effectief ondersteunen van personen met afasie in het bereiken van hun participatiebehoeften. Door het verder ontwikkelen van de P-BAC en het uitvoeren van een

effectstudie op alle hoofdthema's en bijbehorende subthema's kan de P-BAC in zijn totaliteit indien nodig worden aangepast en beschikbaar worden gesteld voor logopedisten uit het werkveld.

5.6 Conclusie

De P-BAC kan handvaten en ondersteuning bieden aan de logopedist, waardoor het de participatiegerichte therapie kan bevorderen, met als verwachting dat de PMA beter kan participeren in het dagelijkse leven. De huidige ontwikkeling van de P-BAC is een aanvulling op het ontbreken van participatiegerichte therapie zoals in de literatuur beschreven staat. De tot nu toe ontwikkelde oefeningen kunnen in zoverre bijdragen aan het vergroten van de communicatieve vaardigheden en hierdoor ook de participatie van de PMA. Tevens biedt de handleiding duidelijke handvaten voor het inzetten van de P-BAC tijdens logopedische behandelingen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de basis is gelegd en vanuit hier de P-BAC in de toekomst kan worden doorontwikkeld.

Vergroot de communicatieve vaardigheden van de PMA, denk participatiegericht!

Bijlagen

Bijlage 1: Indicatiebepaling van de ernst van de afasie (NVAT, 2015).

	Linguïstische schaal (ScreeLing)	Communicatief gedrag (AAT spontane taal)	Token test	ANTAT-A schaal
Ernstige afasie	<10-13,5	0-1	50-41 fout	10-29
Matig-ernstige afasie	14-17,5	2-3	40-24 fout	30-39
Lichte afasie	18-21,5	4-5	23-7 fout	40-48
Geen afasie	22-24	5	6-0 fout	49-50

Bijlage 2: Diagnostiek en behandeling van ernstige, matig-ernstige en lichte afasie (NVAT, 2015).

Ernstige afasie

	Acute fase tot 2 weken PO	Revalidatie fase tot 6 MPO	Chronische fase na 6 MPO
Doelen	Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose Naasten kennen de behandelmogelijkheden van een vervolgtraject Verpleging, medisch en paramedisch behandelaars passen de communicatie aan de mogelijkheden van de cliënt aan	De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende personen in zijn directe omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie- ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij hulp nodig van een geïnstrueerde gesprekspartner. De geïnstrueerde gesprekspartner biedt de gewenste ondersteuning opdat een gesprek naar tevredenheid verloopt	De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende en onbekende personen in zijn dagelijkse omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie-ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij hulp nodig van een geïnstrueerde gesprekspartner. De cliënt en zijn naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties en daginvulling. Cliënt en naasten zijn bekend met de nazorg mogelijkheden
Diagnostiek	Stoornisniveau • Observatie • Screening • SAT Act / part niveau/ externe factoren • UCO • Communicatie profiel	Stoornisniveau • Screening • AAT • SAT • PALPA taken • DIAS Act / part niveau/ externe factoren • Scenariotest • BIPAC / BEBA • PACT	Stoornisniveau • Screening • AAT • SAT • PALPA taken • DIAS Act / part niveau /externe factoren • Scenariotest • BIPAC/BEBA • PACT
Behandeling	Stoornisniveau Exploratief van aard; observerend behandelen met name gericht op (auditief) taalbegrip Act / part niveau / externe factoren Gerichte (communicatieve) handelingen trainen die direct toepasbaar zijn in de praktijk Instellen communicatieschrift Voorlichting / adviezen aan omgeving	Stoornisniveau Cognitief linguïstische training; nadruk op auditief taalbegrip Act / part niveau / externe factoren Trainen van algemene communicatieve vaardigheden Situatie specifieke training Itemspecifieke training Trainen van de gesprekspartner(s) Coaching van omgeving Inrichten en functioneel inzetten communicatiehulpmiddelen Instellen communicatieschrift / agenda Groepstherapie gericht op toepassen communicatie strategieën en lotgenotencontact	Stoornisniveau Op geleide van de hulpvraag: Itemspecifieke training Situatiespecifieke training Cognitief linguïstische therapie Act / part niveau/externe factoren Itemspecifieke training Situatie specifieke training Trainen van de gesprekspartner(s) Trainen / onderhouden van communicatieondersteunend hulpmiddel Groepstherapie gericht op lotgenotencontact / sociaal contact / dagbesteding

Matig-ernstige afasie

	Acute fase tot 2 weken PO	Revalidatie fase tot 6 MPO	Chronische fase na 6 MPO
Doelen	Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose Cliënt en naasten kennen de behandelmogelijkheden van een vervolgtraject De cliënt maakt wensen mbt de directe zorg en behoefte kenbaar met gebruik van multimodale communicatie waarbij hulp van de gesprekspartner noodzakelijk is. De verpleging, medisch en paramedisch behandelaren passen de communicatie aan de mogelijkheden van de cliënt aan	De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende en onbekende personen in zijn directe omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie-ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij geregeld hulp nodig van de gesprekspartner. De geïnstrueerde gesprekspartner biedt de gewenste ondersteuning opdat een gesprek zo gelijkwaardig mogelijk en naar tevredenheid verloopt De cliënt heeft zodanig inzicht in zijn stoornissen / beperkingen dat hij realistische doelen voor deze periode kan opstellen en deze kan relateren aan het moment van beëindigen van de therapie.	De cliënt communiceert met verschillende personen in zijn dagelijkse omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie-ondersteunende hulpmiddelen en heeft mogelijk hulp nodig van de gesprekspartner. De cliënt informeert diverse personen in zijn dagelijkse omgeving over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden. De cliënt en zijn naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties en daginvulling. Cliënt en naasten kunnen gefundeerd beslissen over deelname aan nazorggroepen
Diagnostiek	Stoornisniveau • Screeling • SAT • SAN • PALPA taken Act / part niveau / externe factoren • UCO • Communicatieprofiel	Stoornisniveau • AAT / SAN • BBT • SAT • PALPA taken • WEZT • DIAS Act / part niveau / externe factoren • Scenariotest • ANTAT • BIPAC/BEBA • PACT	Stoornisniveau • AAT / SAN • BBT • SAT • PALPA taken • WEZT • DIAS Act / part niveau / externe factoren • Scenariotest • ANTAT • BIPAC/BEBA • PACT
Behandeling	Stoornisniveau Exploratief van aard Algemene stimulatie verbale en communicatieondersteunende vaardigheden Act / part niveau / externe factoren Trainen ondersteunende communicatie Instellen communicatieschrift Geven van voorlichting en adviezen aan omgeving	Stoornisniveau Cognitief linguïstische therapie, gericht op semantiek en/of fonologie en/of syntaxis Act / part niveau / externe factoren Trainen van verbaal communicatieve vaardigheid Trainen van multimodale communicatie Situatie specifieke training Itemspecifieke training Trainen van de gesprekspartner(s) Coaching van omgeving Inrichten en functioneel inzetten communicatiehulpmiddelen Instellen communicatieschrift /agenda Groepstherapie gericht op toepassen communicatiestrategieën en lotgenotencontact	Stoornisniveau Op geleide van de hulpvraag: Itemspecifieke training; Situatiespecifieke training; Cognitief linguïstische therapie Act / part niveau / externe factoren Trainen / onderhouden van communicatieondersteunend hulpmiddel Trainen van gesprekspartner(s) Onderzoeken en aanbieden van afasiecomputerprogramma's als zelftraining/ activiteit Groepstherapie gericht op verwerking, lotgenotencontact, sociale contacten en participatie

Lichte afasie

	Acute fase tot 2 weken PO	Revalidatie fase tot 6 MPO	Chronische fase na 6 MPO
Doelen	Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose Cliënt en naasten kennen de behandelmogelijkheden van een vervolgtraject De cliënt maakt wensen en behoeften kenbaar middels verbale communicatie.	De cliënt communiceert zelfstandig in uiteenlopende communicatieve situaties en weet in welke situaties en op welke wijze hij hulp kan vragen. De cliënt heeft zodanig inzicht in zijn stoornissen / beperkingen dat hij realistische doelen voor deze periode kan opstellen en deze kan relateren aan het moment van beëindigen van de therapie. De cliënt informeert personen in zijn dagelijkse omgeving over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden. Cliënt en naasten kunnen gefundeerd beslissen over deelname aan nazorggroepen (patiënten verenigingen, Afasiecentrum)	De cliënt communiceert zelfstandig en naar tevredenheid in elke situatie die hij wenst. Cliënten die aan het arbeidsproces deelnemen functioneren naar tevredenheid binnen de oorspronkelijke werksituatie of binnen een nieuwe of aangepaste werksituatie. De cliënt en naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties, daginvulling en/of werksituatie. De cliënt informeert onbekenden over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden.
Diagnostiek	Stoornisniveau • Screeling • BBT • PALPA taken Act / part niveau • ANTAT	Stoornisniveau • AAT • BBT • WEZT • PALPA taken • DIAS Act / part niveau • ANTAT • BIPAC / BEBA • PACT	Stoornisniveau • AAT • BBT • WEZT • PALPA taken • DIAS Act / part niveau • ANTAT • BIPAC / BEBA • PACT
Behandeling	Stoornisniveau Algemene stimulatie verbale woordvinding Act / part niveau Trainen van strategieën bij lichte woordvindingsproblemen Geven van voorlichting en adviezen aan omgeving	Stoornisniveau Therapie op zins- en tekstniveau (discourse en conversatie), zowel in mondelinge als schriftelijke taal Act / part niveau Ondersteuning bieden aan cliënt bij voorlichting aan omgeving van cliënt over (omgaan met) afasie	Stoornisniveau Op geleide van de hulpvraag: Itemspecifieke training; Situatiespecifieke training; Cognitief linguïstische therapie Act / part niveau Ondersteuning bieden in voorlichting van omgeving van cliënt over (omgaan met) afasie

Bijlage 3: Brainstorm en Krachtenveldanalyse

Titels

Participatiegerichte Behandelmethod voor Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC)
 Behandel en Interventie Programma Afasie en Communicatievaardigheden
 Afasie Communicatievaardigheden Participatie
 Participatiegerichte Communicatievaardigheden bij Afasie
 Participatiegerichte Behandelmethod Communicatievaardigheden Afasie
 Behandelmethod Afasie Participatiegerichte Communicatievaardigheden
 Participatie Behandelmethod voor Communicatievaardigheden bij afasie
 Behandelmethod Participatiegericht voor Afasie en Communicatievaardigheden
 Participatiegerichte Communicatievaardigheden Afasie
 Participatiegerichte Interventie Communicatievaardigheden Afasie

Opmaak

Lettertype

Overzichtelijke lay-out

Aantrekkelijk

Motiverend

Voorwoord/Inleiding:

- Communicatiekanalen
- Netwerkcirkel
- Communicatievaardigheden
- Participatievaardigheden
- Enrsige- matige- en lichte afasie
- Uitleg afasie (richtlijn/aanbevelingen gebruiken)
- Uitleg participatie
- Uitleg BIPAC en BEBA
- Co-therapeut/familie etc.
- Tips comorbiditeit
- Transfers
- Opbouw toelichten: hoofdthema, sub- thema, ernstgradaties:
- OC toelichten zie ook Dysamix

Therapiemateriaal

Oefeningen

Hoofd- en subdoelen opstellen

Korte/bondige instructie

Per ernstgradatie (NAIS)

Pictogrammen/afbeeldingen (toevoegen als bijlagen)

Spoken (icoontje van mond)

Schrijven (icoontje van pen)

Gebaren (icoontje van hand)

- Minimaal ieder icoontje een keer toevoegen bij een sub-thema

Rollenspellen

Script uitschrijven met PMA

Oefenen onder niet ideale omstandigheden

- Vermoeidheid, omgevingslawaa, in een groep, grote afstand, tijdens een activiteit (evt. toevoegen als suggesties)

Suggesties toevoegen aan oefeningen

Niet te strak uitwerken, logopedisten eigen invulling

Hoofddoel "algemener formuleren"

Hulpmiddelen

Bij ernstigere afasie

Uitzoeken welke hulpmiddelen geschikt zijn (dysamix)

Voorbeelden:

- OC zonder hulpmiddel
 - Gebaren, lichaamstaal, schrijven/tekenen, mimiek, telegramstijl
- Low- tech hulpmiddelen
 - Communicatiebord, taalzakboek, aanwijsboek, gespreksboek, letterkaart
- High- tech hulpmiddelen
 - DigiTaal, Conversation Therapy (lite), speak it!, Super spelling

Algemene tips

1. Oogcontact maken
2. Tijd geven en nemen
3. Op niveau praten
4. Vragen of je mag aanvullen
5. Onderwerpen/woorden benadrukken door op te schrijven, tekenen etc.
6. Parafraseren, om te vragen of boodschap begrepen is
7. Niet over het hoofd van de PMA praten en niet in plaats van de PMA
8. Rustige omgeving
9. Letten op non- verbale aspecten
10. Ruimte voor emoties

Monitoring

Zelfmonitoring

Externe monitoring

Indirecte monitoring (video-opnames)

Directe monitoring

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Stage-ervaringen	Feedback ontvangen (tijdsduur)
Participatie voor afasiepatiënten	Tijdsduur project
Planning	Weinig persoonlijke ervaring logopedisten
Handvaten logopedisten	Afsluitingsfase niet af te ronden
Brainstormen over ideeën	Inleving problematieke afasiepatiënten
Taakverdeling binnen de projectgroep	Nevenwerkzaamheden toptraject
Samenwerking	Het probleem opzoeken in het dagelijks leven van de PMA (drempel voor patiënt)
Ervaringsdeskundigen geven feedback	Werktijd en regels logopedisten
Naar elkaar luisteren	Weinig concrete literatuur over participatiegerichte therapie
Bestaand therapie inkijken	Comorbiditeit
Co-therapeuten (omgeving) inzetten bij therapie	Voorafgaand aan therapiemateriaal afname van BIPAC en BEBA (tijd)
Situaties nabootsen/opzoeken (rollenspellen)	Samenwerking andere thesishgroep
Kennis van studie	
Toename van participatiegerichte therapie	
Uitproberen in het werkveld	
In te zetten bij de ernstgradaties	
Comorbiditeit	
Inzetten van zowel schrijven, gebaren als spreken	
Samenwerking andere thesishgroep	
Hulpmiddelen o.a. pictogrammen/afbeeldingen	

Bijlage 4: Brainstorm situaties therapiemateriaal

Administratieve problemen oplossen	
<i>Telefoneren n.a.v. post</i>	Herinnering terwijl deze al betaald is, vraag over verzekeringspolis etc. Zelfstandig bellen of met hulp. Inspreken van een spraakbericht. Telefoonnummer intoetsen, antwoorden onthouden en/of opschrijven (co-therapeut). Klantnummer, naam en adresgegevens doorgeven. Probleem bespreekbaar maken.
<i>Administratieve hulp vragen</i>	Hulp aan bekenden vragen (partner/familielid/co-therapeut) of aan de telefoon. Antwoorden kunnen onthouden/opschrijven, dit kan ook met hulp (samen met iemand anders bellen).
<i>Afspraak maken</i>	Hulp vragen aan bekenden en hen laten bellen. Zelfstandig bellen of met hulp van co-therapeut. Datum, tijd, locatie afspreken en agenda bijhouden.
Werk/tijdsbesteding	
<i>Afasiesoos</i>	Voorstellen, gesprekken voeren (verschillende onderwerpen). Hulp nodig met aanmelden voor afasiesoos, vervoer.
<i>Hobbyclub</i>	Voorstellen, op de hoogte brengen van afasie. Vervoer naar de hobbyclub, gesprekken voeren.
<i>Patiëntenvereniging</i>	Voorstellen, praten over de afasie. Vertellen waar iemand tegen aan loopt, vertellen over dingen die goed gaan.
<i>(Vrijwilligers)werk</i>	Kijken wat mogelijk is, wat kan degene nog en wat niet. Aanpassingen van bepaalde activiteiten. Vertellen over de afasie, gesprekken met collega's.
Vervoer taxi	
<i>Taxi bestellen (telefoneren)</i>	Zelfstandig of met hulp, iemand anders laten bellen. Spraakbericht inspreken. Zelf de ontvangen informatie opschrijven of laten opschrijven.
<i>Duidelijk maken bestemming</i>	Opschrijven bestemming, omschrijvingen geven.
<i>Aanwijzingen geven over route</i>	Mondeling, handgebaren. Kaartje ik heb afasie.
<i>Praatje maken</i>	Verschillende onderwerpen, vragen beantwoorden etc.
<i>Afrekenen (contant)</i>	Geldwaarden bepalen. Pinnen, van te voren de eindprijs vragen. Hulp vragen aan chauffeur.

Uit eten gaan	
<i>Afspraak maken</i>	Bekenden personen, datum plannen. Aantal personen. Persoonlijk of telefonisch, agenda gebruiken.
<i>Reserveren (telefoneren)</i>	Zelfstandig of met hulp, iemand anders laten bellen Sprakbericht inspreken/laten horen.. Co-therapeut inzetten.
<i>Bestellen – zonder kaart</i>	Gesprek voeren onbekenden/bekenden Gebaren, omschrijven, hulp van tafelgenoten. Omgevingslawaaï.
<i>Bestellen – met kaart</i>	Menukaart vragen, lezen en begrijpen. Hulp vragen van tafelgenoten. Spreken/aanwijzen/nummer van het gerecht doorgeven Kaart van te voren op internet bekijken.. Omgevingslawaaï, ongeduldige ober etc.
<i>Overige wensen aangeven</i>	Allergie, bijgerechten bestellen, op welke manier het vlees bakken. Spreken, omschrijven, gebaren, hulp van tafelgenoten. Omgevingslawaaï.
<i>Praatje maken</i>	Bekenden/onbekenden, omgevingslawaaï. Kaartje: ik heb afasie, verschillende onderwerpen.
<i>Afrekenen (contant)</i>	Geldwaarde bepalen, vragen om de rekening Betalen aan tafel of aan de bar, contant of pinnen.. Denken aan fooi, hulp vragen.
Vervoer bus	
<i>Vervoersbewijs kopen</i>	OV-chipkaart Kaartje kopen bij de buschauffeur Aangeven bestemming bij buschauffeur Afrekenen (contant/pin)
<i>Uitzoeken juiste buslijn en halte</i>	Internet Borden bij de bussen Voorbereiden: opschrijven informatie Vragen aan medereizigers
<i>Om hulp vragen</i>	Waar moet ik uitstappen? Helpen met bagage Medereizigers vragen om te helpen
<i>Weten waar uit te stappen</i>	Stop knop: evt. iemand vragen om te helpen Halte opschrijven
<i>Praatje maken</i>	Bekende/onbekende personen Verschillende onderwerpen: over de reis, het weer etc.

Vervoer trein	
<i>Vervoersbewijs kopen loket</i>	Enkel/retour? 1 ^{ste} /2 ^{de} klas Waarnaartoe Afrekenen (contant/pin)
<i>Vervoersbewijs kopen automaat</i>	Lezen/begrijpen wat er staat. Aangeven enkel/retour. 1 ^{ste} /2 ^{de} klas . Betalen. Anderen om hulp vragen indien het moeilijk is. Veel informatie weergegeven op het scherm.
<i>Uitzoeken juiste trein/perron</i>	Internet, borden kijken, medereizigers vragen. Welke informatie staat er op de borden?.
<i>Om hulp vragen</i>	Ticket kopen of uitzoeken juiste perron. Hulp vragen om bagage in de trein te krijgen.
<i>Weten waar uit te stappen</i>	Informatie opschrijven. Tijdig opstaan om uit te gaan stappen. Anderen vragen om aan te geven wanneer uit te stappen. Rolstoelafhankelijk?: afspreken met treinmedewerkers.
<i>Praatje maken</i>	Kaartje: ik heb afasie. Onbekenden/bekenden. Verschillende onderwerpen: over de reis, het weer etc.

Bijlage 5: Uitgewerkte oefeningen met titels

Hoofdthema	Subthema	Oefeningen
Vervoer bus	Vervoersbewijs kopen	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Stappenplan maken Oefening 2 – Koop een vervoersbewijs Oefening 3 – Online vervoersbewijs kopen (E-ticket) Oefening 4 – Afrekenen (contant) Oefening 5 - Pinnen <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Bepaal de juiste handelingsvolgorde Oefening 2 – Afrekenen (contant) Oefening 3 – Pinnen vervoersbewijs Oefening 4 – Koop een vervoersbewijs Oefening 5 – Stap voor stap online E-ticket kopen <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Vervoersbewijs kopen met het pictogrammen stappenplan Rollenspel
	Uitzoeken juiste buslijn/halte	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Informatiebord Oefening 2 – Online de juiste buslijn opzoeken <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Informatiebord Oefening 2 – Online reisplanner <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Uitleg informatieborden Oefening 2 – Online reisplanner Rollenspel
	Om hulp vragen	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Vraag om hulp Oefening 2 – Telefoneren begeleiderskaart <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Maak de zin compleet Oefening 2 – Vul de zin aan Oefening 3 – Vraag om hulp <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Uitleg begeleiding Oefening 2 – Telefonische begeleiding aanvragen Rollenspel
	Aangeven bestemming	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Uitleg reisplanner <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Online reisplanner

		Oefening 2 – Geef een bestemming aan <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Invulkaart eindbestemming bus <i>Rollenspel</i>
	Weten waar uit te stappen	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Route bespreken Oefening 2 – Informatiebord in de bus <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Herkenningspunten Oefening 2 – Route bespreken Oefening 3 – Focuspunten informatieborden in de bus <i>Rollenspel</i>
	Praatje maken	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Praatje maken medereizigers Oefening 2 – Gespreksonderwerpen medereizigers Oefening 3 – Gespreksvragen medereizigers <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Praatje maken aan de hand van een script Oefening 2 – Gespreksonderwerpen medereizigers <i>Rollenspel</i>
Vervoer trein	Vervoersbewijs kopen – loket	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Mindmap maken Oefening 2 – Stappenplan Oefening 3 – Vervoersbewijs kopen loket Oefening 4 – Online vervoersbewijs kopen Oefening 5 – Afrekenen (contant) <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Stappenplan Oefening 2 – Script maken Oefening 3 – Uitlokken spontane spraak Oefening 4 – Online vervoersbewijs kopen Oefening 5 – Afrekenen (contant) <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Vervoersbewijs kopen met het pictogrammen stappenplan Oefening 2 – Stap voor stap online <i>Rollenspel</i>
	Vervoersbewijs kopen – automaat	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Uitleg stroomschema Oefening 2 – Vervoersbewijs kopen Oefening 3 – Eigen bestemming bepalen Oefening 4 – Online een vervoersbewijs kopen <u>Matig- ernstige afasie</u>

		Oefening 1 – Uitleg aangepast stroomschema Oefening 2 – Zelfstandig vervoersbewijs kopen Oefening 3 – Online een vervoersbewijs kopen <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Toelichting kaartautomaat middels afbeeldingen Oefening 2 – Volgordebepaling stappen kaartautomaat Oefening 3 – Stappenkaart kaartautomaat <i>Rollenspel</i>
	Uitzoeken juiste trein/ perron	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Informatiebord Oefening 2 – Bewegwijzering station Oefening 3 – Volgorde bewegwijzering Oefening 4 – Combinatieoefening informatiebord en bewegwijzering Oefening 5 – Online het juiste perron opzoeken <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Informatiebord Oefening 2 – Aanwijzen bijbehorende bewegwijzering Oefening 3 – Online het juiste perron opzoeken <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Informatiebord Oefening 2 – Aanwijzen bijbehorende bewegwijzering Oefening 3 – Online het juiste perron achterhalen <i>Rollenspel</i>
	Om hulp vragen	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Spontaan reageren Oefening 2 – Reisassistentie aanvragen <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Maak de zin compleet Oefening 2 – Maak de zin af Oefening 3 – Vraag om hulp Oefening 4 – Reisassistentie aanvragen <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Uitleg reisassistentie Oefening 2 – Telefonisch reisassistentie aanvragen <i>Rollenspel</i>
	Weten waar uit te stappen	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Selecteren herkenningspunten en tussenstations Oefening 2 – Informatieborden in de trein <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Herkenningspunten Oefening 2 – Routebespreking Oefening 3 – Focuspunten informatieborden in de trein

		Oefening 4 – Mededelingen <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Focuspunten mededelingen Oefening 2 – Focuspunten informatiebord in de trein Oefening 3 – Focuspunten op tijd <i>Rollenspel</i>
	Praatje maken	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Gespreksvragen medereizigers Oefening 2 – Gespreksonderwerpen Oefening 3 – Voeren van een gesprek <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Praatje maken met een script Oefening 2 – Gespreksonderwerpen <i>Rollenspel</i>
Uit eten gaan	Afspraak maken	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Agenda gebruik Oefening 2 – Telefonische afspraak maken met bekenden <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Mindmap afspraak maken met bekenden Oefening 2 – Persoonlijke afspraak maken <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Uitleg picto-agenda Oefening 2 – Picto-agenda invullen Oefening 3 – Afspraak maken <i>Rollenspel</i>
	Reserveren (telefoneren)	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Brainstorm Oefening 2 – Reserveren <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Script Oefening 2 – Persoonlijk reserveren Oefening 3 – Telefonische reservering <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Uitleg picto-schema Oefening 2 – Persoonlijke reservering met picto-schema Oefening 3 – Uitleg inspreken boodschap Oefening 4 – Reserveren met een ingesproken bericht <i>Rollenspel</i>
	Bestellen – zonder kaart	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Omschrijf wat u bestelt! Oefening 2 – Bestel bij de ober <u>Matig-ernstige afasie</u> Oefening 1 – Omschrijven productkaarten Oefening 2 – Bestellen

		Oefening 3 – Bestel het product! <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Omschrijf de bestelling Oefening 2 – Inzetten picto-blad Oefening 3 – Bestel met picto-blad <i>Rollenspel</i>
	Bestellen – met kaart	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Menukaart vragen Oefening 2 – Uitleg en bestellen met menukaart <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Script maken Oefening 2 – Hulp vragen Oefening 3 – Bestellen menukaart <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Bestellen met gebaren Oefening 2 – Bestel! <i>Rollenspel</i>
	Overige wensen aangeven	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Inventarisatie overige wensen Oefening 2 – Aanvulzinnen Oefening 3 – Aangeven overige wensen <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Inventarisatie overige wensen Oefening 2 – Aanvulzinnen Oefening 3 – Reageren op een situatie <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Inventarisatie picto-blad Oefening 2 – Oefenen met picto-blad Oefening 3 – Zelfstandig inzetten picto-blad <i>Rollenspel</i>
	Praatje maken	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Inventariseren gespreksonderwerpen (bekenden) Oefening 2 – Gespreksvragen onbekende personen Oefening 3 – Maken van een praatje <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Gespreksvragen bekenden Oefening 2 – Voeren van een gesprek <i>Rollenspel</i>
	Afrekenen (contant)	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Vraag de rekening Oefening 2 – Pin de rekening Oefening 3 – Afrekenen onder bijzondere omstandigheden <u>Matig- ernstige afasie</u>

		Oefening 1 – Betaal de rekening Oefening 2 – Pinnen <i>Rollenspel</i>
--	--	--

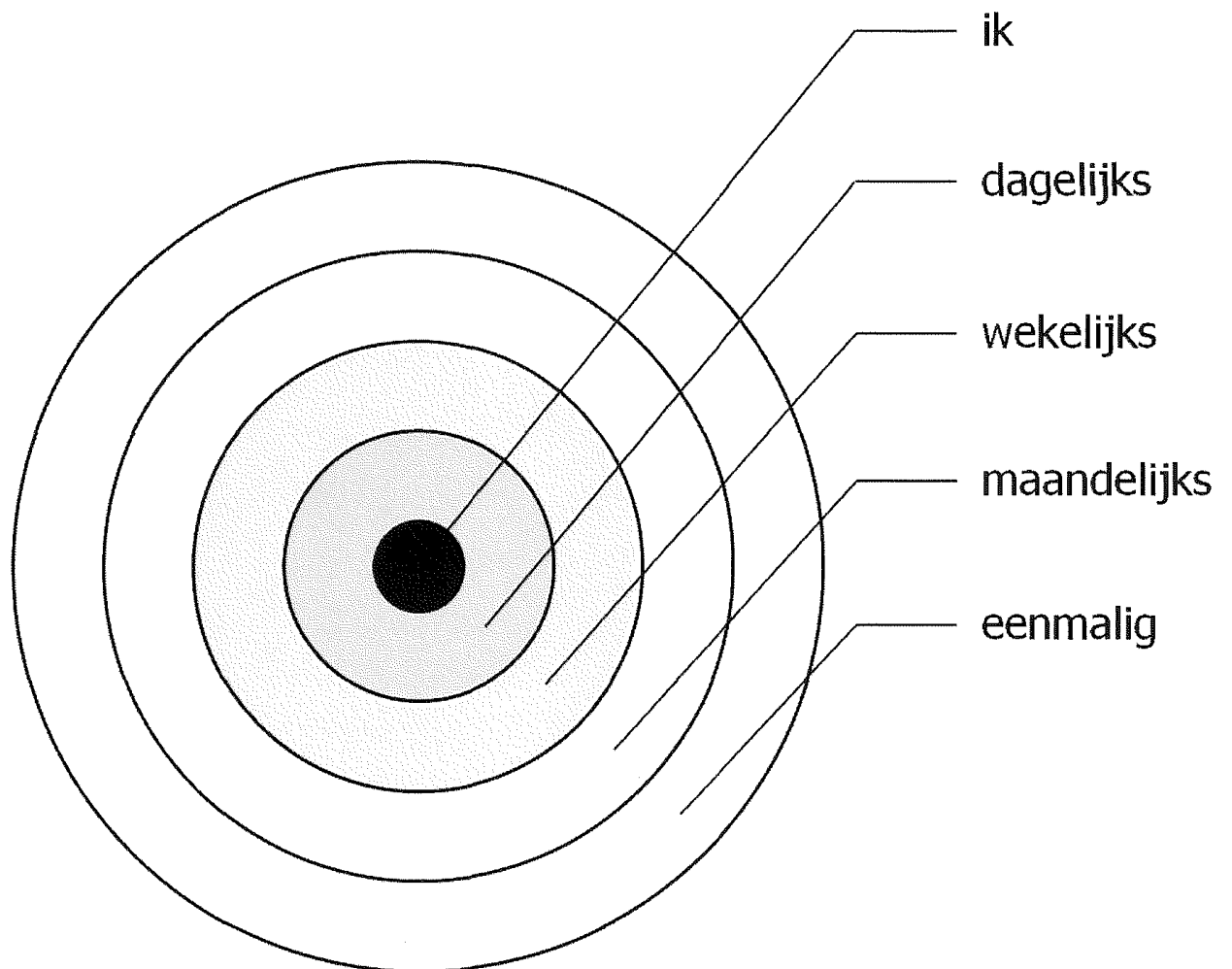
Bijlage 6: Conceptoefeningen met titels

Hoofdthema	Subthema	Oefeningen
Vervoer taxi	Taxi bestellen (telefoneren)	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Stappenplan Oefening 2 – Bestel een taxi Oefening 3 – Bestel een taxi <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Bepaal de juiste handelingsvolgorde Oefening 2 – Bestel een taxi <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Stappenplan bespreken Oefening 2 – Uitleg over inspreken boodschap Oefening 3 – Bestellen met een ingesproken bericht
	Aanwijzingen geven over route	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Route bepalen Oefening 2 – Rollenspel
	Praatje maken	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Inventarisatie gespreksonderwerpen Oefening 2 – Praatje maken met de taxichauffeur
	Afrekenen (contant)	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Bereken het bedrag Oefening 2 – Betaal de taxichauffeur Oefening 3 – Pinnen <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Geldwaarden Oefening 2 – Rollenspel Oefening 3 – Pinnen
Administratieve problemen oplossen	Telefoneren n.a.v. post	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Markeren belangrijkste informatie Oefening 2 – Telefoneren Oefening 3 – Telefonische keuzemenu's Oefening 4 – Ontvangen informatie samenvatten <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Brainstorm/script Oefening 2 – Telefonische keuzemenu's

		Oefening 3 – Telefoneren met hulp van co-therapeut
	Administratieve hulp vragen	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Vraag mogelijkheden Oefening 2 – Hulp vragen inzetten <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Hulp vragen Oefening 2 – Aanvullingen Oefening 3 – Vraag om hulp <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Mindmap Oefening 2 – Aanvullingen
	Afspraak maken	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Agenda gebruik Oefening 2 – Afspraak maken online Oefening 3 – Inventarisatie specialistische zorg Oefening 4 – Telefonische keuzemenu's Oefening 5 – Bel de specialist <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Telefonische keuzemenu's <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Uitleg picto-agenda Oefening 2 – Picto-agenda invullen Oefening 3 – Persoonlijk plannen met pictogrammen Oefening 4 – Plan persoonlijk de afspraak met pictogrammen
Werk/tijdsbesteding	Afasiesoos	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Ik stel me voor <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Themagesprekken Oefening 2 – Gesprek over onbekend onderwerp Oefening 3 – Groepsgesprek
	(Vrijwilligers)werk	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Voorbereiding gesprek baas (werktaken) Oefening 2 – Voorbereiding gesprek baas (behoeften/wensen) Oefening 3 – Gesprek met werkgever Oefening 4 – Ontvangen informatie samenvatten <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Informeren werkplek

		Oefening 2 – Inventarisatie vrijwilligerswerk Oefening 3 – Praatje maken <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Uitleg picto-agenda Oefening 2 – Picto-agenda invullen
	Hobbyclub	<u>Lichte afasie</u> Oefening 1 – Gespreksonderwerpen Oefening 2 – Vragen hobby gerelateerd Oefening 3 – Spel spelen met gespreksonderwerpen en/of vragen <u>Matig- ernstige afasie</u> Oefening 1 – Overzicht benodigdheden hobbyclub Oefening 2 – Spel spelen Oefening 3 – Groepsgesprek met leden van hobbyclub <u>Ernstige afasie</u> Oefening 1 – Pictogrammen overzicht benodigdheden hobbyclub

Bijlage 7: Sociaal netwerk (Paemeleire, Desmet, Savonet, & Beneden, 2011)



Bijlage 8: Tips comorbiditeiten

Executieve functies:

- Biedt de cliënt één opdracht per keer aan.
- Zorg voor een rustige ruimte.
- Vermijd tijdsdruk en afleidende factoren tijdens de behandelingen.
- Let op de concentratie van de cliënt en zet zo nodig pauzes in.
- Let op dat de cliënt gefocust is op de opdracht.

Dysartrie:

- Laat de cliënt (delen van) de oefening schriftelijk uitvoeren als hij niet verstaanbaar is.
- Als de cliënt tijdens het telefoneren minder goed te verstaan is, adviseer hem te skypen om ook schriftelijke uitingen te laten zien.
- Maak een hulpkaartje met de cliënt waarop staat dat de cliënt vanwege een beroerte slecht verstaanbaar is. Er kan bovendien op worden geschreven dat de gesprekspartner mag aangeven als hij de cliënt niet verstaat, om misverstanden te voorkomen.
- Kijk naar de mogelijkheden van een communicatiehulpmiddel indien de verstaanbaarheid te belemmerend is.

Spraakpraxie

- Bespreek met de co-therapeut de inzet van een communicatiehulpmiddel voor de cliënt.

Neglect

- Zorg ervoor dat de benodigde materialen altijd in het gezichtsveld liggen.
- Leer de cliënt aan te geven dat hij beperkt zicht heeft en het belangrijk is dat de gesprekspartner aan de juiste zijde gaat staan.
- Laat de cliënt bij het lezen een liniaal of gekleurd blad gebruiken dat hij aan de aangedane zijde verticaal aan het begin van de tekst legt. Hierdoor mist hij niets tijdens het lezen.
- Laat de cliënt bij het lezen een liniaal of blad onder de te lezen regel leggen, zodat de rest van de tekst afgeschermd wordt.
- Maak de cliënt altijd alert op dingen die hij negeert, zodat hij deze wel kan proberen waar te nemen.

Agnosie

- Als de cliënt een visuele agnosie heeft, biedt de opdracht auditief aan.
- Als de cliënt een ruimtelijke agnosie heeft, let er vooral tijdens de rollenspellen op. Dit kan door de ruimte te verkennen en aan te geven waar bepaalde objecten zich in de ruimte bevinden, voordat de cliënt zal rondlopen.
- Als de cliënt een anosognosie heeft, maak audio- of video opnames van hem. Maak hem bewust van zijn gemaakte fouten tijdens de oefeningen.

Hemianopsie

- Leg alle benodigde materialen in het gezichtsveld van de cliënt.
- Let erop dat je zelf in het gezichtsveld van de cliënt staat en geef bij de omgeving aan dat ze hier alert op moeten zijn.
- Leer de cliënt aan te geven dat anderen in zijn gezichtsveld moeten staan.
- Leer de cliënt een vast zoekgedrag aan. Laat hem een voorwerp of de omgeving (zoals een menukaart, werkblad of informatieborden in de trein) altijd van links naar rechts en van boven naar beneden afzoeken.
- Probeer de aangedane zijde tijdens de oefeningen te stimuleren.

Parese/Paralyse

- Leg werkbladen of andere benodigde materialen aan de niet aangedane zijde.
- Indien de cliënt vanwege zijn verlamming niet kan schrijven, neem deze taak over en laat de cliënt de opdracht mondeling uitvoeren.
- Indien de cliënt moet telefoneren, zorg ervoor dat de cliënt de telefoon in de niet aangedane hand houdt of de luidspreker inschakelt.

Bijlage 9: Communicatietips voor logopedist en omgeving

- spreek langzaam;
- maak van tevoren duidelijk waarover het gesprek gaat, zodat de cliënt weet wat je bedoelt of waar je over praat;
- praat in een rustige omgeving (vermijd omgevingslawaaï);
- maak oogcontact;
- neem genoeg tijd voor het gesprek;
- maak korte, eenvoudige zinnen en benadruk de belangrijkste woorden of schrijf deze op;
- ondersteun gesproken taal met eenvoudige tekeningen zodat de boodschap beter begrepen en onthouden wordt;
- schrijf het kernwoord op;
- controleer of de boodschap begrepen wordt, herhaal deze eventueel;
- maak gebruik van gebaren en/of wijs dingen aan;
- stel eenvoudige vragen;
- structureer het gesprek (wie, wat, waar en/of wanneer);
- vraag één ding tegelijk;
- benoem specifiek wat je bedoelt (dinsdag, Annie en Frits), gebruik geen algemene begrippen (eergisteren, zij);
- spreek tegen de cliënt als een volwassene (Rijnders, 2011; Afasie Vereniging Nederland, z.d.);
- geef de cliënt voldoende tijd;
- maak gebruik van humor;
- las pauzes in, indien de conversatie vastloopt en ga verder wanneer iedereen weer ontspannen is.

Bijlage 10: Algemene suggesties

- Bied ondersteuning aan (o.a. gebaren, pictogrammen, cues, script).
- Maak gebruik van pen/papier.
- Laat de cliënt gebruik maken van het stopteken en/of vraagteken.
- Maak de situaties zo realistisch mogelijk door bijvoorbeeld voorwerpen te gebruiken.
- Laat de cliënt het woord omschrijven wanneer hij er niet op komt.
- Pas de zinslengte aan naar de draagkracht/mogelijkheden van de cliënt.
- Maak gebruik van internet voor het selecteren van afbeeldingen.
- Laat de cliënt indien mogelijk meelezen met de logopedist.
- Zet het kaartje: "Ik heb afasie" in.
- Zet een geschikt communicatiehulpmiddel in.
- Zet de co-therapeut in (zie hoofdstuk 8).

Zie achterzijde voor:

- **Mogelijke rollen logopedist;**
- **Mogelijke communicatiemanieren;**
- **Niet ideale omstandigheden logopedist.**

Mogelijke rollen logopedist

Iemand die...

- ongeduldig is.
- de cliënt onderbreekt.
- boos is.
- gehaast is.
- vriendelijk is.
- de cliënt aanvult.
- begrip toont.
- chagrijnig is.
- vrolijk is.
- verdrietig is.
- teleurgesteld is.
- enthousiast is.
- medelijden heeft met de cliënt.
- zich ongemakkelijk voelt bij de cliënt.
- jaloers is.
- nerveus is/wordt.
- sarcastisch is.
- alles weglacht.

Mogelijke communicatiemanieren

Iemand die...

- héél veel praat.
- héél snel praat.
- langzaam praat.
- voor de cliënt praat.
- geen ruimte geeft om antwoord te geven.
- veel vragen stelt.
- een accent heeft.
- gebrekkig Nederlands spreekt.
- niet mét, maar over de cliënt praat.
- de cliënt niet begrijpt.
- veel gebruik maakt van non-verbale communicatie.
- geen respons geeft.

Niet ideale omstandigheden

- Omgevingslawaaï;
- Vermoeidheid van de cliënt;
- Afstand tussen cliënt en gesprekspartner;
- Meerdere taken tegelijkertijd;
- Akoestiek van de ruimte;
- Drukke omgeving;
- Door elkaar praten.

Bijlage 11: Stopteken en vraagteken



U praat te snel!



Ik begrijp u niet!

Bijlage 12: Evaluatieformulier

Evaluatieformulier co-therapeut

1. Welke situatie heeft u geoefend?

2. Wat ging goed bij de geoefende situatie?

3. Wat ging minder goed bij de geoefende situatie?

4. Welke geleerde vaardigheden heeft de cliënt ingezet?

5. Waren er moeilijkheden waar de cliënt zelf niet bewust van was?

6. Hoe is de cliënt omgegaan met:

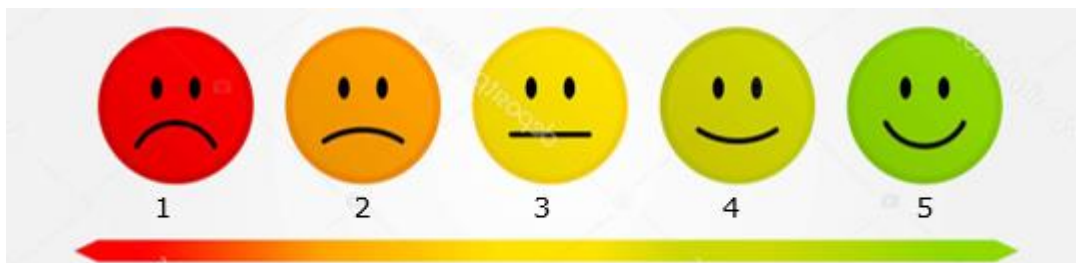
a) Problemen

b) Spanning

c) Stress

7. Heeft u de cliënt geholpen?

8. Geef een score hoe de cliënt de geoefende situatie heeft uitgevoerd



9. Wat zou u de volgende keer anders doen?

Evaluatieformulier cliënt

1. **Welke situatie** heeft u geoefend?

2. Wat ging **goed** bij de geoefende situatie?

3. Wat ging **minder goed** bij de geoefende situatie?

4. Welke geleerde **vaardigheden** heeft u **ingezet**?

5. Hoe bent u **omgegaan met:**

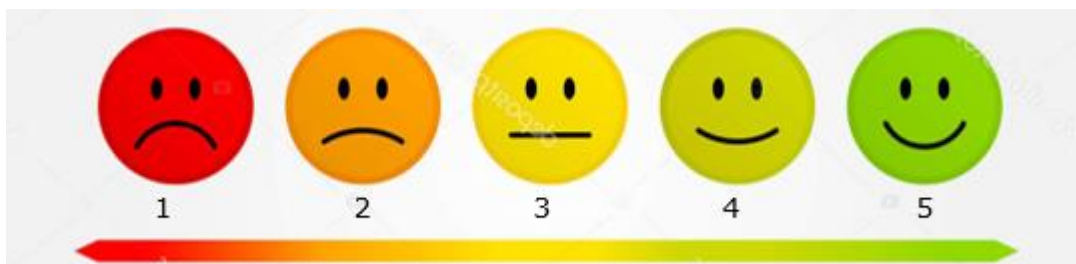
a) **Problemen**

b) **Spanning**

c) **Stress**

6. Heeft de **co-therapeut** u **geholpen?**

7. Geef een **score** hoe u de ge oefende **situatie** heeft **uitgevoerd**



8. Wat zou u de **volgende keer anders** doen?

Bijlage 13: Opbouw oefeningen

Uit eten gaan – Bestellen met kaart



Hoofddoel

De cliënt bestelt zijn gewenste bestelling met menukaart zo zelfstandig mogelijk bij de ober in verschillende restaurants.

Bijdrage aan participatie

De sociale levensdomeinen die hierbij aan bod komen zijn interpersoonlijke interacties en relaties en burgerlijk, sociaal en cultureel leven. Het levensdomein interpersoonlijke interacties en relaties komt aan bod vanwege het feit dat de cliënt zijn bestelling met menukaart doorgeeft aan personen waarmee hij met name een formele relatie heeft. Door de interactie met andere personen wordt ook het sociale leven van de cliënt bevorderd. De volgende ICF-codes komen aan bod: (d310-d329, d330-d349, d350-d369, d710-d729).

Context

Tijdens het uit eten gaan, is de klant meestal niet alleen in het restaurant. Het kan erg rumoerig zijn, waardoor de ober en de klant moeite hebben om elkaar te verstaan. Dit kan onder andere worden veroorzaakt door schuivende stoelen en pratende mensen. Door drukte in het restaurant kan de ober ongeduldig en erg gehaast zijn tijdens het opnemen van de bestelling. De klant kan zich hierdoor laten beïnvloeden waardoor hij minder tijd neemt om de menukaart te bekijken. Doordat de klant een bepaalde druk ervaart kan het doorgeven van de bestelling moeilijker zijn. Het is belangrijk om na te gaan van welke factoren de klant last ervaart bij het bestellen met menukaart (omgevingsfactoren). Bekijk hoe deze belemmeringen het beste opgeheven kunnen worden. Ga vervolgens na welke factoren de klant helpen bij het bestellen met menukaart en hoe deze bevorderd kunnen worden. Neem dit mee bij het uitvoeren van de oefeningen.

Klant kan gelezen worden als cliënt

- Oefeningen lichte afasie p. 415-416
- Oefeningen ernstige afasie p. 421-424

- Oefeningen matig-ernstige afasie p. 417-420
- Werkbladen p. 425-435



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

Oefening 2 – Bestel!



Doel

Aan het eind van deze oefening bestelt de cliënt zelfstandig bij de ober door het gewenste product op de menukaart aan te wijzen.

Oefening

De logopedist gaat na in welke restaurants de cliënt vaker gaat uiteten.

Hiervan print de logopedist de online menukaart uit (of bijgevoegde menukaart uit werkblad 1).

De cliënt kiest uit de productkaarten (werkblad 4) een gewenst product.

Vervolgens kijkt de cliënt op de menukaart of het gewenste product erop staat en legt de productkaart naast het woord op de menukaart om te vergelijken of deze hetzelfde zijn.

Vervolgens bestelt de cliënt (klant) zonder productkaart bij de logopedist (ober) door het gewenste product aan te wijzen.

Benodigdheden

- Werkblad 1: Voorbeeld menukaart
- Werkblad 4: Productkaarten tekst en afbeelding



Suggesties

- Zet de co-therapeut in om de cliënt te ondersteunen tijdens het bestellen van het gewenste product met de menukaart in het restaurant.
- Stimuleer het gebruik van andere communicatiekanalen (o.a. pen/papier, communicatiehulpmiddel van de cliënt en/of gebaren).

Referentielijst

- Afasie Vereniging Nederland. (2013). *Afasie*. Opgehaald van [www.afasie.nl](http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=13):
<http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=13>
- Afasie Vereniging Nederland. (2013). *Afasie*. Opgehaald van [afasie.nl](http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=13):
<http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=13>
- Afasie Vereniging Nederland. (z.d.). *Afasie*. Opgehaald van [www.afasie.nl](https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=8):
<https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=8>
- Afasiecentrum Noord-Limburg. (2017). *Leven met Afasie*. Opgehaald van [www.afasiecentrum-noord-limburg.nl](https://afasiecentrum-noord-limburg.nl/index.php/8-afasie/3-leven-met-afasie):
<https://afasiecentrum-noord-limburg.nl/index.php/8-afasie/3-leven-met-afasie>
- Afasienet. (z.d.). *Behandelprogramma's en -materiaal*. Opgehaald van [www.afasienet.com](https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/behandelprogrammas-en-materiaal/):
<https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/behandelprogrammas-en-materiaal/>
- Afasienet. (z.d.). *Oorzaken afasie*. Opgehaald van [www.afasienet.com](https://www.afasienet.com/mensen/afasie/oorzaken-afasie/):
<https://www.afasienet.com/mensen/afasie/oorzaken-afasie/>
- Alles is gezondheid. (z.d.). *Wat is positieve gezondheid?* Opgehaald van [www.allesisgezondheid.nl](http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid):
<http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid>
- American Stroke Association. (2015). *Stroke and Aphasia*. American Heart Association.
- Association Internationale Aphasia . (2016). *Wat is afasie?* Opgehaald van [www.aphasia-international.com](http://www.aphasia-international.com/www.afasie.nl/aphasia/pdf/2/brochure1.pdf):
[www.afasie.nl/aphasia/pdf/2/brochure1.pdf](http://www.aphasia-international.com/www.afasie.nl/aphasia/pdf/2/brochure1.pdf)
- Bastiaanse, R. (2011). Hoofdstuk 1 "Inleiding" en Hoofdstuk 7 "Therapie". In R. Bastiaanse, *Afasie* (pp. 15, 17, 160). 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/):
<http://www.hemianopsie.nl/index.php/wat-is-hemianopsie/>
- Berns, P., & Wielaert, S. (2014). Hoofdstuk 8: "Mama, waarom zeg je niets?". In P. & Berns, *Status Afasietherapie 'nieuwe gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk'* (p. 161). Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Berns, P., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., Staaij, M. v., Wessel, S. v., . . . CBO & TNO. (2015). *Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Opgehaald van [www.afasienet.com](https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Logopedische-Richtlijn-Diagnostiek-en-behandeling-van-Afasie-def.-november-2015.pdf):
<https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Logopedische-Richtlijn-Diagnostiek-en-behandeling-van-Afasie-def.-november-2015.pdf>
- Berns, P., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., Staaij, M. v., Wessel, S. v., . . . CBO. (2015). *Logopedische richtlijn "Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen"*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Chapey, R., Duchan, J., Elman, R., Garcia, L., Kagan, A., Lyon, J., & Simmons-Mackie, N. (2001). *Life Participation Approach to Aphasia: a statement of values for the future*. 1-15.
- Commissie CVA-Revalidatie. (2001). *Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*. Opgehaald van [www.hersenwerk.nl](http://www.hersenwerk.nl/wp-content/uploads/2016/09/richtlijn-cva-revalidatie.pdf):
<http://www.hersenwerk.nl/wp-content/uploads/2016/09/richtlijn-cva-revalidatie.pdf>

- Communicatie en Patiëntenvoorlichting. (2010, juni). Logopedie bij afasie. pp. 2-7.
- Cranenburgh, B. v. (2014). Hoofdstuk 1: Oorzaken van hersenbeschadiging . In B. v. Cranenburgh, *Neuropsychologie 'over de gevolgen van hersenbeschadiging'* (pp. 24-25). Amsterdam: Reed Business Education.
- CVA-vereniging, D. N. (2014). *Wat is een CVA?* Opgehaald van www.cva-vereniging.nl: <http://www.cva-vereniging.nl/pages/het-cva/wat-is-een-cva.php>
- Dalemans, R. (2009). Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering. *Logopedie en foniatrie*, 380-383.
- Dalemans, R. (2010, maart 12). Stroke survivors with aphasia and their social participation. *UPM: Universitaire Pers Maastricht*, pp. 7-175.
- Dalemans, R., Wade, D., Heuvel, W. v., & Witte, L. d. (2009). Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *SAGE publications*, 948-959.
- Dalemans, R., Witte, L. d., Wade, D., & Heuvel, W. v. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*, 1071-1091.
- 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 gevalbespreking*. Opgehaald van https://www.researchgate.net/publication/266949412_Weer_dirigent_zijn_van_mijn_Eigen_levenslied_Coaching_van_een_person_met_chronische_afasie_in_zijn_sociale_participatie_een_gevalsbespreking
- DPT Developmental Portfolio. (z.d.). */icf-enablement-model/*. Opgehaald van www.wordpress.com: <https://jamesfliscsudpt2017.wordpress.com/icf-enablement-model/>
- Grit, R. (2012). Hoofdstuk 1: voorbereiding van de projectaanpak. In R. Grit, *Projectaanpak in zes stappen* (p. 18). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Haan- Neven, V. d., Dalemans, R., & Rumst, M. v. (2015). Sociale participatietraining bij afasie: een praktijkvoorbeeld. *Logopedie*, 24-31.
- Haan-Neven, V. d., Dalemans, R., & Rumst, M. v. (2014). Weer dirigent zijn van mijn eigen levenslied: Coaching van een persoon met chronische afasie in zijn sociale participatie: een gevalbespreking. *Logopedie*, 35-48.
- Haren, E. v. (2014, januari). Vraaggericht werken in de langdurige zorg. *Kennisbundel voor docenten en opleiders Zorg en Welzijn*, pp. 2-31.
- Heesbeen, I., & Sevat, R. (2001). *Handleiding BEBA: Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie*. Amersfoort: Zorgaccent Amersfoort.
- Hersenletsel. (2014, juli 1). *Wat is hersenletsel?* . Opgehaald van www.hersenletsel.nl: <https://www.hersenletsel.nl/alles-over-hersenletsel/wat-is-hersenletsel/?Afasie/>
- Hersenletsel-uitleg. (2013-2016). *Afasie, dysartrie en spraakpraxie*. Opgehaald van www.hersenletsel-uitleg.nl: <http://www.hersenletsel-uitleg.nl/gevolgen/neurologische-gevolgen-nah/afasie-dysartrie-en-spraakpraxie-1>

- Hersenletsel-uitleg. (2013-2016). *Hersenletsel door een beroerte/CVA*. Opgehaald van www.hersenletsel-uitleg.nl: <http://www.hersenletsel-uitleg.nl/oorzaken-ziektenbeelden/hersenletsel-door-cva-beroerte-bloeding-of-infarct1>
- Hersenstichting. (2017). *Beroerte*. Opgehaald van www.hersenstichting.nl: <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/beroerte>
- Hersenz. (2017, mei). Afasie. *Special Afasie*, pp. 1-5.
- Kagan, A. (2011). A-FROM in Action at the Aphasia Institute . *Seminars in speech and language* , pp. 216-228.
- 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*, Vol. 22 (3), 258-280.
- Kalf, H., & de Beer, J. (2004). Hoofdstuk 1.4: De PICO-vraag. In *Evidence - based logopedie, Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie* (pp. 21-22). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koster, A. (2015). Het gebruik van preposities en lidwoorden door Engels sprekende niet-vloeiende afasiepatiënten. *Masterscriptie*, 2-32.
- Kuiper, H. (2013). *Methodische handelen in de logopedie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Lacroix, M., Beurskens, S., Dalemans, R., & Jungen, M. (z.d.). *Drie digitale meetinstrumenten om de behoeften, wensen en eisen te onderzoeken, van een cliënt met een chronische neurologische aandoening*. Heerlen: Zuyd Hogeschool: Lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken. 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., Voogdt, D., & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA. (2012). *Zorgstandaard CVA/TIA. Zorgstandaard CVA/TIA*, (pp. 3-35). Maastricht.
- Meetinstrumentenzorg. (2011). Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve Activiteiten (BIPAC). *Meetinstrumentenzorg*, 1-4.
- Meetinstrumentenzorg. (2011). Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie (BEBA). *Meetinstrumentenzorg*, 1-4.
- Mens en Samenleving. (2011, oktober 14). *Het verschil tussen een stoornis, beperking en een handicap*. Opgehaald van www.mens-en-samenleving.nl: <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/pedagogiek/84742-het-verschil-tussen-een-stoornis-beperking-en-een-handicap.html>
- Migchelbrink, F. (2012). Deel1: Projecten, projectmatig werken en onderzoek, hoofdstuk 1.2 & Deel 2: uitvoeren en begeleiden van projecten, hoofdstuk 4 t/m hoofdstuk 7. In F. Migchelbrink, *Projectmatig werken en onderzoek* (pp. 39-41, 99-143). Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2012). *Projectmatig werken en onderzoek: Deel 1 Projecten, projectmatig werken en onderzoek*. Amsterdam: SWP.
- Montessori. (z.d.). *Materiaal* . Opgehaald van www.montessorikinderopvang.nl: <http://www.montessorikinderopvang.nl/index.php/visie/materiaal/>

- National Aphasia Association. (2016, oktober 17). *Getting on with the rest of your life after stroke and aphasia: a study of life participation post stroke*. Opgehaald van www.aphasia.org:
<https://www.aphasia.org/stories/getting-rest-life-stroke-aphasia-study-life-participation-post-stroke/>
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie 'NVLF'. (2016). *ICIDH en ICF*. Opgehaald van www.nvlf.nl: <https://www.nvlf.nl/paginas/openbaar/vakgebied/vakinhoud/icidh-en-icf>
- NVAT. (2015, Maart). *Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten (NAIS)*. Opgehaald van www.afasietherapie.info/NAIS.
- Ouwens, M., Burg, S. v., Faber, M., & Weijden, T. v. (2012, december 01). Shared Decision Making & Zelfmanagement: Literatuuronderzoek naar begripsbepaling. *IQ healthcare*, pp. 3-68.
- Paemeleire, F., Desmet, L., Savonet, A., & Beneden, G. v. (2011). *Dysamix. Werkboek dysartrie bij volwassenen DEEL 1*. Destelbergen, België: Sig.
- Peters, H., Bastiaanse, R., Borsel, J. v., Dejonckere, P., Jansonius-Schultheiss, K., Meulen, S. v., & Mondelaers, B. (2014). Afasie: symptomatologie en wetenschappelijke inzichten. In *Verworven taalstoornissen. Deel 19 - Handboek Stem-, Spraak- en Taalpathologie* (pp. 6-8). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Promes, M. (2016). *A linguistic approach to aphasia*. Opgehaald van www.blackboard.zuyd.nl:
https://blackboard.zuyd.nl/webapps/blackboard/content/listContent.jsp?course_id=_4232_1&content_id=_240395_1&mode=reset
- Psychologisch Bureau. (2002). *Psychotherapie en counseling*. Opgehaald van www.idee-pmc.nl:
http://www.idee-pmc.nl/psychotherapie/therapie_over.html
- Rijnders, C. (2011). Verloren taal: afasie. *Standby*, 19-21.
- Sales Gids. (2017). *Motiveren en inspireren, een ware kunst*. Opgehaald van www.salesgids.com:
<http://www.salesgids.com/management/motiveren-en-inspireren-een-ware-kunst/>
- Schouten, E. (2017). *Projectmatig werken in de praktijk: Hoofdstuk 1 De kracht van projectmatig werken*. Hilversum: Concept Uitgeefgroep.
- Sevat, R., & Heesbeen, I. (2001). *Handleiding BIPAC: Behoeften Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve Activiteiten*. Amersfoort: Verpleeg/en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Sjögqvist Nätterlund, B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 117-129.
- Spiritueel woordenboek. (z.d.). *Therapie*. Opgehaald van www.spiritueel-woordenboek.nl:
http://www.spiritueel-woordenboek.nl/woordenboek/T/therapie_292/
- Steekelenburg, E. v., Kersten, I., & Huber, M. (2016, maart). 'Positieve gezondheid' in Nederland wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie. *IPH: Institute for Positive Health*, pp. 2-89.
- Vandenborre, D., Visch-Brink, E., & Mariën, P. (2014). Afasieonderzoek van vroeger tot nu. *Logopedie*, 17-26.
- 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.
- Visch-Brink, E., & Wielaert, S. (2011). Stoornisgerichte en/of functionele therapie voor gestoorde functies bij een verworven afasie? *Stem-,Spraak-en Taalpathologie*, 153-172.

- Visch-Brink, E., Links, P., & Hurkmans, J. (2012, augustus). Richtlijn linguïstische diagnostiek en therapie bij een verworven afasie. *Vereniging voor klinische linguïstiek*, pp. 1-31.
- WHO FIC Collaborating Centre . (2002). Hoofdstuk 1: Inleiding. In W. F. Centre, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (pp. 3-23). Bilthoven : Bohn Stafleu van Loghum.