

SMARTER doelbepaling bij een participatiegerichte afasiebehandeling in de chronische fase

Een gevalsbeschrijving

AUTEURS



SUSAN BROUWERS-NABUURS

Kennis- en behandelcentrum
Van Neynsel 's-Hertogenbosch



VERA DE HAAN-NEVEN

Adelante Hoensbroek



FRANK PAEMELEIRE

Arteveldehogeschool Gent en
AZ Maria Middelaes Gent

Anno 2018 is het wenselijk dat een persoon met afasie (PMA) daar waar mogelijk een actieve rol heeft bij het bepalen van zijn behandelinhoud. Cliënten willen betrokken worden, maar spelen in de klinische praktijk vaak nog een passieve rol (Rosewilliam, Roskell, & Pandyan, 2011). Een PMA is door de communicatieve en/of cognitieve beperkingen niet altijd in staat om mee te denken over therapiedoelen, ook al zou die dat wel willen. Om de samenwerking tussen de PMA, diens sociale netwerk, het zorgteam en de logopedist te bevorderen kan bij een activiteiten- en sociale participatiegerichte behandeling gebruik gemaakt worden van 'SMARTER doelbepaling': Het acroniem SMARTER (shared, monitored, accessible, relevant, transparent, evolving & relationship-centred) beschrijft dit proces van doelen opstellen (Hersh, Worrall, Howe, Sherrat, & Davidson, 2012).

Volgens het onderzoek van Hersh et al. (2012) voelen PMA en hun familie zich vaak buitengesloten bij het proces om doelen te bepalen en is het voor hen vaak onvoldoende duidelijk welke doelen er binnen de therapie nagestreefd worden. De methode van doelen stellen middels SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, relevant en tijdsgebonden) zorgt ervoor dat PMA en hun familie niet

snel betrokken worden bij het proces van doelen stellen. Hersh et al. (2012) suggereren dat de SMARTER concepten moeten worden benadrukt als een manier om de samenwerking met de PMA en diens sociale omgeving te bevorderen bij het opstellen van begeleidingsdoelen. Dit zonder het verlies van de voordelen van de concepten van SMART doelen (Hersh et al., 2012). SMART en SMARTER zijn comple-

mentair (zie figuur 1). Het acroniem SMART beschrijft de aard van de therapiedoelstelling terwijl het acroniem SMARTER het proces van het bepalen van doelstellingen beschrijft. Deze laatste werkwijze benadrukt het belang en de mogelijkheden van een proces waarin samen wordt gewerkt ('shared decision making'). De PMA weet dat hij/zij de therapiedoelen altijd kan veranderen en dat doelen vanaf het begin en continu bespreekbaar worden gemaakt. De doelen hoeven – ook in het begin – niet altijd stoornisgericht te zijn. De PMA en het sociale netwerk kunnen ook verschillende prioriteiten hebben (Hersh et al., 2012).

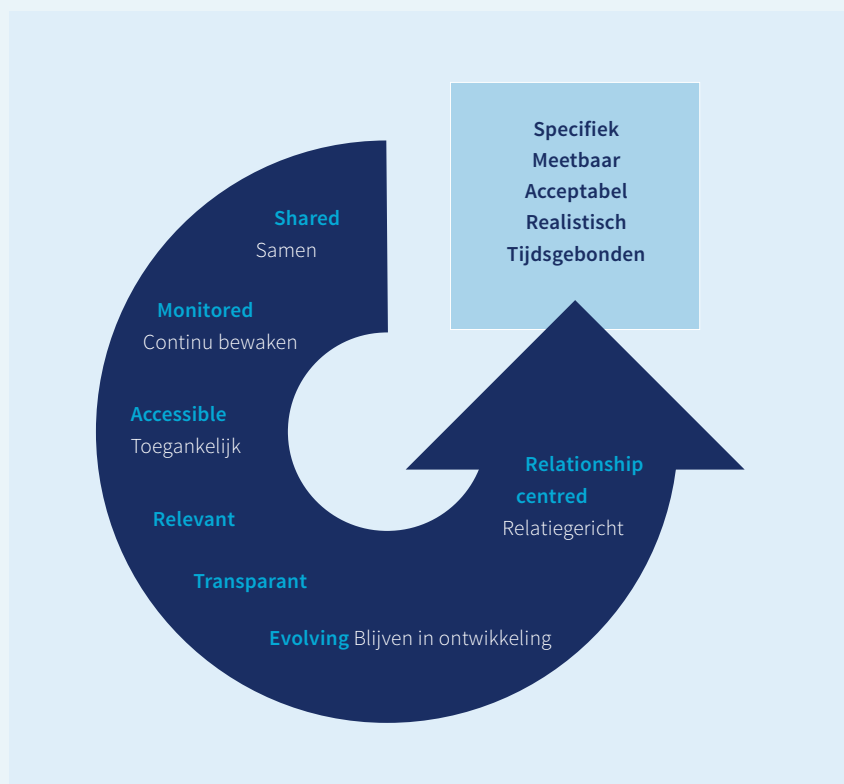
In deze casusbeschrijving wordt de participatiegerichte afasiebehandeling van Mien besproken waarbij de methode SMARTER doelbepaling centraal staat. Hierbij worden twee co-therapeuten ingezet uit de directe omgeving van de PMA. Co-therapeut 1 is de dochter en co-therapeut 2 is de EVW-er. Een EVW-er is een verzorgende

werkzaam in een verpleeghuissetting die de (multidisciplinaire) zorg van een aantal cliënten coördineert en de continuïteit van de zorg bewaakt (Haterd & Zwikker, 2009). Beide co-therapeuten en de logopedist namen de rol van coach op zich. De co-therapeuten zijn geïncorporeerd aan de hand van een profielschets opgesteld door de logopedist. In deze profielschets staat een aantal specifieke competenties vermeld waaraan een co-therapeut moet voldoen (zie figuur 2). De logopedist baseerde deze profielschets onder andere op de kenmerken van een goede communicatiecoach beschreven in Paemeleire, Desmet, Savonet & van Beneden (2011).

De partner van Mien werd geëxcludeerd als co-therapeut. Mien heeft nadrukkelijk aangegeven haar echtgenoot niet te intensief te willen betrekken bij de behandeling, omdat het risico op overbelasting aanwezig was. Daarnaast kan een partner, wegens emotionele betrokkenheid, geen

IN HET KORT

Personen met afasie (PMA) die in een verpleeghuis wonen, komen vaak in een sociaal isolement terecht. In de chronische fase is de logopedist veelal niet meer betrokken. Juist in deze fase beseffen PMA en hun omgeving wat het blijvende effect van de afasie op hun leven is. Er kunnen daardoor nieuwe hulpvragen ontstaan waarbij de logopedist een belangrijke coachende rol kan vervullen. In dit artikel wordt een activiteiten- en sociale participatiegerichte afasiebehandeling beschreven waarbij de logopedist ondersteund wordt door twee co-therapeuten uit de directe omgeving van de PMA. Er worden methodes gehanteerd waarbij alle componenten van de ICF aan bod komen. De methodiek 'SMARTER doelbepaling' staat hierbij centraal. Het acroniem SMARTER (shared, monitored, accessible, relevant, transparant, evolving & relationship-centred) beschrijft het proces van doelen opstellen. Door een toegenomen zelfverzekerdheid en een betere omgang met haar afasie, verbeterde het algehele welbevinden van de PMA in deze gevalbeschrijving. De resultaten impliceren dat de SMARTER opgestelde doelen door middel van deze holistische behandelingsaanpak behaald kunnen worden en dat deze methodiek betekenisvol is.



FIGUUR 1. SMARTER doelbepaling gebaseerd op The SMARTER goal setting framework (Hersh, Worrall, Howe, Sherrat, & Davidson, 2012).

therapeut zijn en kan dat ook nooit worden (Vrancken, 2008). Mien is een vrouw van 74 jaar woonachtig in een verpleeghuissetting met een matig ernstige afasie 1 jaar en 3 maanden post onset. Mien is ADL- afhankelijk vanwege een hemiparese rechts en heeft een elektrische rolstoel. In figuur 2 wordt Mien voorgesteld middels het Aphasia Framework for Outcome Measurement (A-FROM) (Kagan et al., 2008). Het A-FROM is uiterst geschikt als middel om de beginsituatie en geïndividualiseerde doelen van de persoon met afasie vast te stellen en visueel te maken (Kagan et al., 2008; de Haan-Neven, Dalemans & Van Rumst, 2014, 2015).

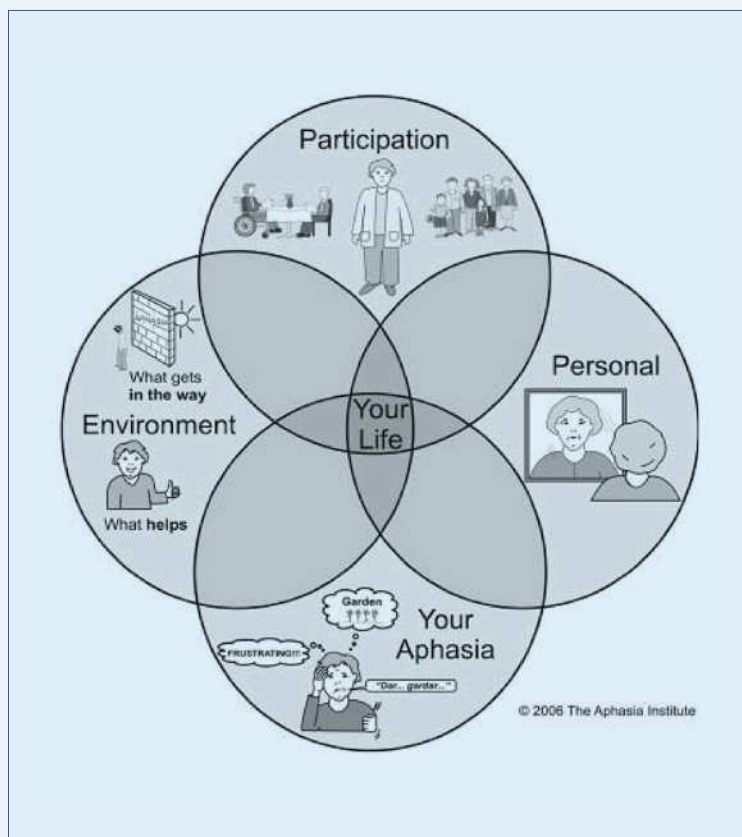
Mien volgde tijdens de revalidatiefase gemiddeld twee tot drie uur per week logopedische behandeling. Na het revalidatietraject is ze met ontslag gegaan naar een verpleeghuissetting, waar ze gemiddeld een uur per week therapie kreeg. Daarnaast nam ze wekelijks deel aan een afasie-oefengroep. De logopedist



Een co-therapeut:

- ▶ Wordt door de persoon met afasie gekozen
- ▶ Begrijpt wat afasie is
- ▶ Heeft inzicht in de afasie van de persoon met afasie
- ▶ Heeft een vertrouwensband met de persoon met afasie
- ▶ Is betrokken en voelt zich medeverantwoordelijk voor de uitvoering van het interventieplan
- ▶ Is in staat om te motiveren en feedback te geven
- ▶ Maakt minimaal 1 uur per week de tijd om de persoon met afasie te ondersteunen
- ▶ Is geduldig en empathisch
- ▶ Kan samenwerken
- ▶ Is niet de levenspartner van de persoon met afasie

FIGUUR 2. Profielschets co-therapeut opgesteld door de eerste auteur gebaseerd op kenmerken van een goede communicatiecoach (Paemeleire, Desmet, Savonet & van Beneden, 2011).



FIGUUR 3. Het A-FROM (Kagan et al., 2008).

pedische behandelinhoud bestond uit functiegerichte therapie (CLT), communicatietherapie en de Partners van Afasie Communicatie Training (PACT) (Wielandt & Wilkinson, 2012).

Diagnostiek

Voorafgaand aan de behandelperiode zijn er verschillende meetinstrumenten afgenomen op functie-, activiteiten- en participatieniveau. Ook zijn de externe en persoonlijke factoren in kaart gebracht (zie tabel 2). De conclusie was dat Mien na haar CVA in een sociaal isolement terecht was gekomen en ze haar leven als zeer onbevredigend ervoer. Haar afasie had hier een groot aandeel in. Door haar matig ernstige afasie, onzekerheid en afhankelijkheid ondernam Mien weinig. Haar ervaring was dat een groot deel van haar omgeving niet wist wat afasie was en de communicatie met haar omgeving vaak moeizaam verliep.

De uitkomsten van de afgenomen meetinstrumenten gaven inzicht in de hulpvragen, de (communicatieve) behoeftes en het sociale functioneren. Al deze informatie werd voor alle partijen inzichtelijk gemaakt met het A-FROM (accessible; SMARTER). Vervolgens stelde de logopedist samen met Mien en de twee co-therapeuten doelen op. Alle partijen hadden hierbij inbreng en er werd gestreefd naar consensus over de drie hoofddoelen (shared, SMARTER).

Zoals in tabel 2 te zien is, werden de drie hoofddoelen vervolgens concreet uitgewerkt in subdoelen (transparent; SMARTER). Aan de hand van deze subdoelen werden samen met Mien en de co-therapeuten wekelijks communicatieopdrachten opgesteld. Deze opdrachten werden continu geëvalueerd waardoor de haalbaarheid van de doelen bewaakt werd (monitored; SMARTER). De doelen werden indien nodig herzien en/of aangepast (evolving; SMARTER). Daardoor sloten de communicatieopdrachten aan bij de behoeftes van Mien (relevant, SMARTER).

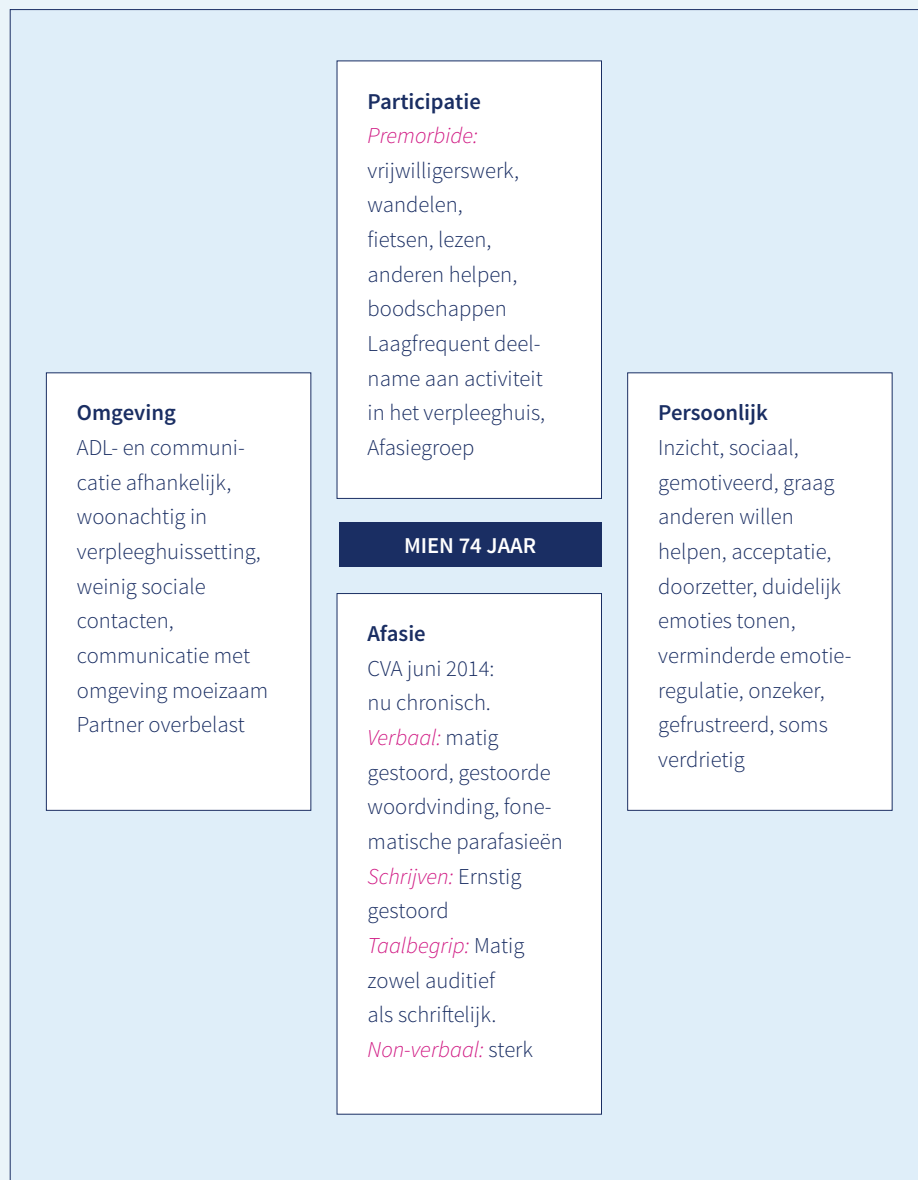
De logopedist zorgde voor een veilig communicatieklimaat en had aandacht voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met Mien en de co-therapeuten (relationship-centred; SMARTER).

Gedurende de behandelperiode van drie maanden kregen beide co-therapeuten wekelijks via mail een werkblad toegevoerd door de logopedist. Op de werkbladen stonden communicatieopdrachten gekoppeld aan de behandoelen van Mien vermeld. Na het uitvoeren van de communicatieopdrachten werd er wekelijks door de co-therapeuten een schriftelijk evaluatieverslag naar de logopedist gestuurd. Indien nodig vond er een telefonische voor- en/of nabespreking plaats.

Op basis van het evaluatieverslag en de input van de co-therapeuten werden er nieuwe communicatieopdrachten opgesteld. Hierdoor kon er geanticipeerd worden op het proces, tempo en de inhoud van de communicatieopdrachten. Tijdens deze activiteiten- en sociale participatiegerichte behandeling stonden zelfreflectie, zelfwaardering en zelfmanagement centraal. De inhoud van de communicatieopdrachten was gebaseerd op principes afkomstig uit communicatiecoaching (informerend, voorbereiden, acties aangaan, evalueren) en positieve psychologie (kijken naar mogelijkheden, coping, assertiviteit) (de Haan-Neven, Dalemans & van Rumst, 2014, 2015). Doorgaans werd er met de communicatieopdrachten aan verschillende doelen tegelijk gewerkt.

Communicatieopdrachten bij hoofddoel 1 ‘Communicatieadvies’

Mien en de co-therapeuten kregen in de eerste week van de behandelperiode de opdracht om voorlichtingfilmpjes over afasie van de dvd: ‘Afasie’ en ‘Regie over je leven’ te bekijken en verhalen van lotgenoten te lezen op de site www.levenmetafasie.be. Hierna werden er door de co-therapeuten stellingen aan Mien voorgelegd. Deze stellingen gingen over hoe



FIGUUR 4. Voorstelling van Mien middels A-FROM (pretest).

Mien haar leven met afasie ervaart. Het werken met stellingen was een manier om verwerking en psycho-educatie op gang te brengen en de persoonlijke factoren vanuit het A-FROM positief te stimuleren. Een andere opdracht was om het verhaal van Mien te beschrijven aan de hand van de onderwerpen op www.levenmetafasie.be.

Een volgende communicatieopdracht was het bedenken van een methode om

duidelijk te maken aan (on)bekenden wat afasie is en hoe zij het beste met Mien zouden kunnen communiceren. Er werd een gepersonaliseerd communicatiekaartje gemaakt met daarop vermeld wat afasie is en de aandachtspunten voor de gesprekspartner in de communicatie met Mien. Het gebruik van het communicatiekaartje werd eerst middels een rollenspel geoefend. Daarna werd het in verschillende situaties gebruikt: bij het doen van



Meetinstrument	Pretest – nov 2015	Posttest - maart 2016	Follow-up – mei 2016
AAT Graetz, De Bleser & Willmes (1992)	Spontane taal: 2 - 3 (matig ernstige afasie) Token test: 42 (zwaar) Naspreken: 84 Schrijftaal: 42 Benoemen: 79 Taalbegrip: 82	Spontane taal: 3 - 4 (matig tot licht ernstige afasie) Token test: 37 (matig) Naspreken: 90 Schrijftaal: 45 Benoemen: 94 Taalbegrip: 103	Spontane taal: 3 - 4 (matig tot licht ernstige afasie) Token test: 27 (matig) Naspreken: 102 Schrijftaal: 46 Benoemen: 95 Taalbegrip: 96
CIQ Dalemans (2009a)	Sociale integratie: 2/29 Tevredenheid: 20/90	Sociale integratie: 9/29 Tevredenheid: 33/90	Sociale integratie: 9/29 Tevredenheid: 32/90
Scenariotest Van der Meulen et al. (2008)	43/54 Percentiel: 46 en 72 (non-verbaal) = Communicatief gedrag redelijk in eenvoudige situaties	50/54 Percentiel: 75 en 100 (non-verbaal) = Communicatief gedrag is goed in eenvoudige situaties	50/54 Percentiel: 75 en 100 (non-verbaal) = Communicatief gedrag is goed in eenvoudige situaties
Persoonlijke en omgevingsvragenlijst Dalemans (2009c)	41/ 80 Persoonlijke factoren: 23/40 Omgevingsfactoren: 18/40 80= geen problemen, Hoe hoger de score, hoe positiever de factoren een invloed hebben op de participatie, hoe lager de score, hoe negatiever de factoren invloed hebben op de participatie.	61/80 Persoonlijke factoren: 32/40 Omgevingsfactoren: 29/40	65/80 Persoonlijke factoren: 29/40 Omgevingsfactoren: 36/40
Friendship scale Hawthorne (2006)	18/24 = de persoon is een beetje sociaal geïsoleerd en/of heeft enige sociale steun	18/24 = de persoon is een beetje sociaal geïsoleerd en/of heeft enige sociale steun	20/24 = de persoon voelt zich sociaal verbonden
Life satisfaction questionnaire Dalemans (2009b)	20/48 = de persoon ervaart het leven als zeer onbevredigend (48 = persoon ervaart het leven als zeer bevredigend)	34/48= de persoon ervaart het leven vrij bevredigend	39/48= de persoon ervaart het leven als bevredigend

TABEL 1. Overzicht resultaten pretest, posttest en follow-up.

een vraagboodschap in het winkelcentrum, bij het doorgeven van een bestelling in een lunchroom, bij een gesprek met een receptionist en bij het naar de kapper gaan. Een voorbeeld van een vraagboodschap is dat Mien met behulp van het communicatiekaartje aan een winkelbediende een vraag stelde over een product dat zij wilde kopen in de winkel. Met co-therapeut 2 werd er overlegd hoe ze het communicatieadvies van Mien bij het hele zorgteam onder de aandacht kon brengen. Vaak werden bepaalde aspecten uit de uitgevoerde communicatieopdrachten door

co-therapeut 1 ook herhaald door co-therapeut 2. Tevens werd het hele zorgteam betrokken bij de behandeling. Het zorgteam kreeg een communicatieopdracht. Het doel van deze communicatieopdracht was dat de verzorgenden inzicht kregen in het belang van het toepassen van de communicatieadviezen. Een ander doel was dat de verzorgenden zich door middel van het toepassen van de communicatieopdracht bewust zouden worden van de gespreksonderwerpen tijdens een gesprek met Mien. Uit onderzoek van Gordon, Ellis-Hill & Ashburn (2009) bleek namelijk dat

de gesprekken tussen verzorgend personeel en PMA met name over de verzorging gaan. De opdracht was dat ze een gesprek met Mien zouden voeren dat niet over de zorg zelf zou gaan. Daarna werd er middels het beantwoorden van vragen, gereflecteerd op het gespreksmoment en werd er naar verbeterpunten gevraagd. Tenslotte werd het gespreksmoment gescoord aan de hand van een Visueel Analoge Schaal (VAS) met als doel het vergroten van het inzicht en het objectiveren van de mening van de verzorgenden.

Hoofddoel	Subdoelen
<p><i>Communicatieadvies</i></p> <p>1. Na drie maanden weten Mien en haar relevante gesprekspartners* wat afasie is en hebben zij inzicht in haar afasie en worden de communicatieadviezen die voor Mien van belang zijn toegepast tijdens dagelijkse gespreksituaties waardoor Mien in staat is haar gedachten op haar niveau duidelijk te maken en zij zich begrepen voelt door de relevante gesprekspartners.</p> <p>* laag 1,2,3,4 uit het sociale netwerk van Mien</p>	<p>1a: Mien weet wat afasie is</p> <p>1b: Mien heeft een methode ingeslepen waarmee ze op haar niveau aan haar relevante gesprekspartners* en aan onverwachte gesprekspartners duidelijk kan maken wat afasie is en wat dit voor haar betekent.</p> <p>1c: Mien is op de hoogte van haar communicatieadvies en past de adviezen die voor haar van belang zijn, binnen haar mogelijkheden, toe tijdens conversaties met relevante gesprekspartners* uit haar sociale netwerk.</p> <p>1d: De relevante gesprekspartners* van Mien begrijpen wat afasie is.</p> <p>1e: De relevante gesprekspartners* van Mien kennen het communicatieadvies en passen deze adviezen toe tijdens conversaties met Mien</p> <p>* laag 1,2,3,4 uit het sociale netwerk van Mien.</p>
<p><i>Sociale contacten</i></p> <p>2. Na drie maanden is het sociale netwerk uit laag 2 en 3 van Mien vergroot met minimaal twee (verwaterde) sociale contacten waar Mien een bevredigend sociaal contact heeft.</p>	<p>2a : Mien bedenkt met hulp van co-therapeut 1 met welke (verwaterde) contacten uit laag 2 en 3 uit haar sociale netwerk zij opnieuw contact wil leggen of het contact wil intensiveren.</p> <p>2b: Mien neemt initiatief met hulp van co-therapeut 1 om opnieuw contact te leggen met (verwaterde) contacten uit laag 2 en 3 van haar sociale netwerk.</p> <p>2c: Mien maakt aan de (verwaterde) contacten uit laag 2 en 3 van haar sociale netwerk duidelijk wat afasie is en wat dit voor haar betekent. (zie ook subdoelen behorende bij doel 1)</p> <p>2d: Mien maakt aan haar (verwaterde) contacten uit laag 2 en 3 van haar sociale netwerk duidelijk waarom zij het contact wil intensiveren en hoe zij het contact in de toekomst wil onderhouden.</p> <p>2e: Mien maakt met minimaal één contact uit laag 2 en 3 een vervolgspraak.</p>
<p>* 1=Gezin en levenslange partners, 2= familie, vrienden, 3= bekenden, 4= betaalde werkers, 5= onbekenden (Sociale netwerkanalyse, vertaald en aangepast door Vera de Haan en gebaseerd op Blackstone, 2003)</p>	

TABEL 2. Overzicht van SMARTER opgestelde hoofdoelen.

Communicatieopdrachten bij hoofddoel 2 ‘Sociale contacten’

Aan hoofddoel 2 werd gewerkt door eerst te inventariseren met welke drie verwaterde contacten Mien graag contact zou willen leggen. Hierna kreeg ze de opdracht om naar deze contacten een kerstkaart te versturen en deze personen uit te nodigen. De kerstkaarten is zij met hulp van co-therapeut 1 gaan kopen in het winkelcentrum. Mien had sinds haar CVA dit winkelcentrum, waar ze voorheen dagelijks kwam, niet meer bezocht. Op deze manier werd er aan alle drie de hoofdoelen tegelijk gewerkt. Mien kreeg een vraagboodschap, was bezig met een activiteit, het gebruiken van het communicatiekaartje en met het opnieuw contact leggen met verwaterde contacten. Er werd middels de communicatieopdrachten aandacht besteed aan het plannen van een afspraak

maar ook aan de inhoud van de afspraak. Samen met co-therapeut 1 bereidde Mien de afspraak voor. Deze voorbereiding bestond uit het oefenen van het uitleggen van haar afasie en het kopen van iets lekkers voor het bezoek waardoor er ook aan hoofddoel 3 werd gewerkt. Met de communicatieopdrachten werd er ook aandacht besteed aan het onderhouden van de contacten, dit door middel van een rollenspel. Tijdens het rollenspel werd geoefend hoe Mien een vervolgspraak kon maken zodat ze dit vervolgens zelfstandig toe kon passen en er daadwerkelijk een nieuwe afspraak gemaakt werd. Zelfmanagement werd hierdoor gestimuleerd. Regelmatig werd gevraagd of co-therapeut 1 en 2 konden informeren of Mien nog bezoek had gehad en hoe dat was verlopen. De doelstelling hierbij was het waarborgen van het opnieuw gelegde contact.

Communicatieopdrachten bij hoofddoel 3 ‘Sociale participatie’

Samen met co-therapeut 1 is er met behulp van de wekelijkse communicatieopdrachten veel aandacht besteed aan het 3e subdoel ‘bezoeken van een winkelcentrum’. Mien kwam vroeger dagelijks in het winkelcentrum waar ze regelmatig bekenden tegenkwam waarmee ze een ‘praatje’ maakte. Naast een praktische activiteit was dit ook een sociale activiteit voor haar. Mien en co-therapeut 1 hebben verschillende opdrachten uitgevoerd zoals het doen van een vraagboodschap, een bestelling plaatsen en betalen, allemaal ondersteund met het communicatiekaartje. De co-therapeut had een coachende rol. Van Mien werd uiteindelijk verwacht dat zij zoveel mogelijk zelfstandig uit zou voeren. Dit verliep stapsgewijs. De communicatieopdracht werd geëvalu-



eerd door middel van het beantwoorden van verschillende stellingen ondersteund met een VAS-schaal. Deze fungeerde als middel om de angsten, onzekerheden, positieve ervaringen maar ook vooruitgang in kaart te brengen. Het bezoek aan het winkelcentrum werd een terugkerende opdracht omdat er hierdoor aan verschillende doelen tegelijk gewerkt kon worden. Door de opdracht te herhalen was het mogelijk om het zelfvertrouwen van Mien te vergroten en de activiteit in te bedden in haar wekelijkse structuur. Door co-therapeut 2 werd er middels de communicatieopdrachten gewerkt aan het uitbreiden van de (sociale) activiteiten van Mien. Samen met co-therapeut 2 werd gekeken naar de mogelijke activiteiten waaraan Mien deel zou willen nemen. Deelname aan de activiteiten werd vervolgens regelmatig geëvalueerd waardoor deelname

aan deze activiteiten gewaarborgd kon worden.

“

DE LOGOPEDIST ZAL BIJ DEZE VORM VAN BEHANDELING DE ROL VAN COACH OP ZICH MOETEN NEMEN

”

Resultaten

Twee van de drie SMARTER opgestelde behandeldoelen werden behaald. Eén doel werd gedeeltelijk behaald. Zowel de resultaten van de posttesten als de bevindingen die tijdens het semigestructureerd interview door alle betrokkenen kenbaar zijn gemaakt laten vooruitgang en een concreet waarneembare gedragsverandering zien. Gedragsveranderingen die door

Mien en de co-therapeuten waargenomen zijn: een positievere stemming en toegenomen zelfvertrouwen waardoor Mien meer durft te ondernemen en een gesprek aan durft te gaan met onbekenden. Alle betrokkenen, maar vooral Mien, hebben ervaren dat ze veel meer kon dan ze van tevoren gedacht had. Concrete voorbeelden zijn: zelfstandig een vraagboodschap doen, een bestelling doen in een lunchroom, schilderen, zaken zelfstandig regelen met een receptioniste, communiceren met de kapper.

Door de gehanteerde methodieken en interventies ervaart Mien zich gelijkwaardig: ‘Ik beslis zelf in plaats dat er beslissingen voor mij worden genomen’ (empowerment). Mien ervaart dat haar omgeving beter begrijpt wat afasie is en dat ze door haar toegenomen zelfvertrouwen ook beter is gaan praten. Op het onderdeel benoemen van de AAT is de score op één punt na, niet significant verbeterd. Het durven informeren van gesprekspartners middels het communicatiekaartje ervaart Mien als zeer positief omdat door het informeren van de gesprekspartner, de gesprekspartner rekening houdt met haar afasie, waardoor ze de tijd krijgt om haar gedachten duidelijk te maken. Doordat Mien meer is gaan ondernemen heeft zij ook meer gesprekken en contact met anderen. Bijvoorbeeld als ze bekenden tegenkomt tijdens een bezoek aan het winkelcentrum of een spontaan gesprek met medebewoners die aan dezelfde activiteiten als Mien deelnemen. Mien neemt deel aan verschillende activiteiten binnen het verpleeghuis.

Het opnieuw contact leggen met de verwaterde contacten ervaart Mien als moeizaam. Alle drie de benaderde contacten zijn eenmalig op bezoek gekomen nadat zij een kaartje hadden ontvangen van Mien. Daarna is er één contact overgebleven dat haar nog wekelijks bezoekt en haar dan voorleest. Dit contact ervaart Mien als bevredigend. Het valt Mien tegen dat haar sociale contacten nauwelijks tot niets

EN DAN

Aandacht voor persoonlijke factoren, activiteiten, sociale participatie en de omgeving van de persoon met afasie is in alle behandelfases van groot belang. Deze gevalsbeschrijving laat zien dat het een grote meerwaarde heeft voor de persoon met afasie en diens omgeving dat een logopedist in de chronische fase betrokken is. Bewustwording hiervan is een eerste stap. Daarnaast is het aan te bevelen de gehanteerde meetinstrumenten en vragenlijsten in deze fase af te nemen met als doel sociale participatie, activiteiten en functies in kaart te brengen. Het SMARTER stellen van doelen faciliteert de samenwerking en het ‘shared decision making’ met de PMA en diens sociale omgeving. Het inschakelen van co-therapeuten draagt hier ook aan bij. De opgestelde profielschets kan handvatten bieden bij het includeren van een co-therapeut. Het werken volgens SMARTER doelbepaling en een participatiegerichte afasiebehandeling vraagt een andere beroepsrol van de logopedist. De logopedist zal bij deze vorm van behandeling de rol van coach op zich moeten nemen. Daarnaast is de behandeling volledig op de wensen van de PMA en diens omgeving afgestemd. De communicatieopdrachten kunnen ter inspiratie dienen. Een participatiegerichte afasiebehandeling vraagt van logopedisten dat zij uit hun comfortzone van functiegericht werken zullen moeten stappen (de Haan-Neven, Dalemans & van Rumst, 2014, 2015).

meer van zich laten horen. Mien is zich er inmiddels bewust van dat ze zelf ook een rol heeft in het onderhouden van haar sociale contacten. Het kost haar nog moeite om hier een actieve rol in aan te nemen.

Co-therapeut 1 heeft veel geleerd met betrekking tot de benadering van haar moeder en ervaart een positieve blik op het leven van Mien waarbij er een nieuwe prettige gezamenlijke structuur is gevonden zoals samen activiteiten ondernemen. Het zorgteam is verrast over de mogelijkheden en de verandering die er teweeg is gebracht door het uitvoeren van de communicatieopdrachten. Er wordt meer tijd en rust genomen in de communicatie en er worden andere onderwerpen aangesneden tijdens een gesprek met Mien. Dit zorgt voor een positieve ervaring voor beide partijen waardoor de communicatie tussen Mien en het verzorgend personeel is verbeterd. Tevens hebben ze een ruimere blik en zien ze het belang van samenwerken met familie en de logopedist.

Na twee maanden is er een follow-up meting gedaan. Deze meting laat in vergelijking met de score van de posttesten een redelijk stabiel beeld zien zowel op activiteiten- als participatieniveau. Mien geeft aan dat ze tevreden is met haar leven en de invulling hiervan. De resultaten van de testen op activiteiten- en participatieniveau bevestigen dit (zie tabel 1). De co-therapeuten en de echtgenoot van Mien zien deze vooruitgang ook en vinden dat haar zelfvertrouwen is toegenomen. De echtgenoot geeft aan dat hij zich hierdoor minder bezorgd voelt. Mien merkt dat haar omgeving weet hoe zij het beste met haar kunnen communiceren. De co-therapeuten voelen zich tijdens de follow-up meting nog steeds medeverantwoordelijk voor de sociale participatie van Mien en zorgen er voor dat de situatie behouden blijft. Het is van belang dat dit zo blijft, daarom wordt de sociale participatie van Mien twee keer per jaar besproken tijdens het multidisciplinair overleg.

Discussie

Allereerst moet vermeld worden dat de resultaten voorzichtig en zeker niet veralgemeeniseerd geïnterpreteerd kunnen worden. Dit omdat het om een gevalbeschrijving gaat. Kritische kanttekeningen zijn: de beïnvloedende variabelen bij een gevalbeschrijving, enige subjectiviteit bij het meten van sociale participatie, het risico op 'response bias' zoals sociaal wenselijke antwoorden, de invloed van 'therapist charm' en de momentopname bij het meten van de sociale participatie zoals ook de Haan-Neven, Dalemans & van Rumst (2013) concludeerde.

Het SMARTER opstellen van doelen is een werkwijze die zeker bruikbaar is. Het vraagt een actieve rol van de PMA en zijn omgeving. Het kan bijdragen aan de ontwikkeling van zelfmanagement en empowerment. De gehanteerde profielschetsen voor een co-therapeut en een communicatiecoach (Paemeleire, Desmet, Savonnet & Van Beneden, 2011) aangepast voor communicatiecoaching bij afasie door de eerste auteur, zorgen voor enig houvast bij het initiëren van een activiteiten- en sociale participatiegerichte behandeling.

“
**PERSONEN MET AFASIE DIE IN
 EEN VERPLEEGHUIS WONEN,
 KOMEN VAAK IN EEN SOCIAAL
 ISOLEMENT TERECHT**
 ”

Het is van belang dat logopedisten weten welke materialen zij kunnen gebruiken zoals bijvoorbeeld het A-FROM, de activiteiten- en participatiegerichte vragenlijsten (zie tabel 1) en geschikt voorlichtingsmateriaal. Het is van belang dat materialen en verslagen afasievriendelijk zijn zodat het voor de PMA inzichtelijk en begrijpelijk is waar aan gewerkt wordt. Het gebruiken van illustraties ter ondersteuning is aan te raden zoals ook de aanpassingsleutel

voor geschreven tekst voor PMA (van de Velde & Wilms, 2013).

Het SMARTER opstellen van doelen vereist aanpassing in de werkwijze en in de rol van de logopedist. Het vraagt een coachende benadering en coaching is vaak de beroepsrol waar logopedisten zich het minst comfortabel voelen en die ze proberen te vermijden zoals de Haan-Neven, Dalemans & van Rumst (2013) ook suggereren. Toch is de logopedist zeer geschikt om de rol van coach op zich te nemen bij personen met neurogene communicatiestoornissen (Paemeleire, Desmet, Savonnet, & Van Beneden, 2011).

Daarnaast worden er vanuit de klinische praktijk ook vaak praktische beperkingen zoals tijdsgebrek aangehaald als belemmerende factor om meer participatiegericht te werken en de omgeving bij de behandeling te betrekken (Plant, Tyson, Kirk & Parson, 2016; Rosewilliam, Roskell & Pandyan, 2011). Logopedisten ontwikkelen door klinische ervaring competenties met betrekking tot het coachen van mensen met neurologische taal- en spraakproblematiek. Een aanbeveling is het ontwikkelen van een cursus waarin logopedisten de benodigde competenties (verder) kunnen ontplooiën en waar binnen een netwerk van professionals ervaringen gedeeld kunnen worden. Kennisdeling en het delen van succesverhalen over dit onderwerp is van belang. De samenwerking tussen de PMA, diens sociale netwerk, het zorgteam en de logopedist zal bij een dergelijke behandeling geïntensiveerd moeten worden. Inzicht in het belang om samen doelen op te stellen is een voorwaarde. Tijd besteden aan dit proces ook.

Het is aan te bevelen dat de logopedist het gesprek aangaat met zorgmanagers en de arts met als doel het onder de aandacht brengen van het belang van het SMARTER opstellen van doelen met de PMA en diens omgeving en de rol van de logopedist daarin. Dit kan vragen om bij-

stelling van de gehanteerde zorgpaden binnen een organisatie. Om dit te bewerkstelligen is een proactieve en innovatieve houding van belang ook richting zorgverzekeraars. Meer evidentie vanuit de wetenschap kan de logopedist daarbij ondersteunen. Als laatste klinische boodschap dient vermeld te worden dat aandacht voor de hulpvraag van de PMA en de omgeving in alle herstelfases van groot belang is. De logopedist heeft een belang-

rijke coachende rol bij het vertalen van deze hulpvraag naar specifieke behandel-doelen.

Auteur

Dit project werd door de eerste auteur uitgevoerd in het kader van haar afstudeerscriptie van het postgraduaat Neurologische Taal- en Spraakstoornissen (NTSS) (huidige postgraduaat Neurogene Communicatiestoornissen) te Gent (België).

Susan Brouwers-Nabuurs: Van Neynsel 's-Hertogenbosch

Vera de Haan-Neven: Adelante Hoensbroek.

Frank Paemeleire: Postgraduaat Neurologische Taal- en Spraakstoornissen Gent, AZ Maria Middelaars Gent, Arteveldehogeschool Gent.

Correspondentieadres

s.nabuurs@vanneynsel.nl

REFERENTIES

- Berns, P. E. G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M. G., van Wessel, S., ... van Lonkhuijzen, J. G. (2015). *Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Cott, C. A. (2004). Client-centred rehabilitation: Client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 26(24), 1411-1422.
- Dalemans, R. J. P. (2009a). *Community Integration Questionnaire, aangepast en vereenvoudigd voor mensen met afasie*.
- Dalemans, R. J. P. (2009b). *Life Satisfaction Questionnaire, Nederlandse versie aangepast en vereenvoudigd voor mensen met afasie*.
- Dalemans, R.J.P. (2009c). *Persoonlijke- en omgevingsfactorenvragenlijst, aangepast en vereenvoudigd voor mensen met afasie*.
- de Haan-Neven, V., Dalemans, R., & Van Rumst, M. (2014) Weer dirigent zijn van mijn eigen levenslied. Coaching van een persoon met chronische afasie in zijn sociale participatie: een gevalbespreking *Logopedie*, 27 (maart, april), 35-48.
- de Haan-Neven, V., Dalemans, R., & van Rumst, M. (2015). Sociale participatie training bij afasie, een praktijkvoorbeeld. *Nederlands tijdschrift voor Logopedie*, 87(6), 24-31
- Gordon, C., Ellis-Hill C., & Ashburn A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553.
- Graetz, P., De Bleser, K., & Willmes, K. (1992). *Akense Afasietest*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Haterd, J., & Zwickler, N. (2009). *Profiel eerst verantwoordelijke verzorgende*. Sociaal Overleg Verpleeg- Verzorgingshuizen en Thuiszorg [Profiel eerst verantwoordelijke verzorgende].
- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: Development and initial social validation of the Friendship Scale. *Social Indicators Research*, 77, 521-548
- Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S., & Davidson, B. (2012). Smarter goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26, 220-233.
- Holliday, R. C., Antoun, M., & Playford, E. D. (2005). A survey of goal-setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 19, 227-231.
- Kagan, A., Black, S. E., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N., & Squaire, P. (2001). Training Volunteers as Conversation Partners Using Supported Conversation for Adults With Aphasia (SCA) A Controlled Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(3), 624-638.
- Kagan A., Simmons-Mackie N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T., & Sharp, S. (2008). *Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention Aphasiology*, 22(3), 258-280.
- Leven met afasie, geraadpleegd op 10 december 2015, op: <http://www.levenmetafasie.be>.
- Paemeleire, F., Desmet, L., Savonnet, A., & Van Beneden, G. (2011). *Dysamix werkboek dysartie voor volwassenen- deel 1 p.50*. Destelbergen SIG ©
- Paemeleire, F., Desmet, L., Savonnet, A., & Van Beneden, G. (2011). Coaching bij volwassenen met dysartrie: Concrete methodieken uit Dysamix. *Signaal*, 76, 16-40
- Plant, S., Tyson, S., Kirk, S., & Parson, J. (2016). What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 30(9), 921-930.
- Rosewilliam, S., Roskell, C. A., & Pandyan, A. D. (2011). A systematic review and synthesis of the Quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 501-514.
- Sociale Netwerkanalyse (2012), vertaald en aangepast door de Haan, V. gebaseerd op inhoud van Blackstone, S. (2003).
- Van der Meulen, I., van Gelder-Houthuizen, J., Wiegers, J., Wiel-aert, S., & van de Sandt- Koenderman, M. (2008). *Scenariotest*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van de Velde, L., Wilms, D. (2013). *Lekker lezen; Een onderzoek naar het aanpassen van romans teneinde het leesplezier van mensen met afasie te vergroten*. Zuyd Hogeschool, Opleiding Logopedie; <http://zuyd.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:49270/DS1>
- Visch-Brink, E., van de Sandt-Koenderman, M., & El Hachioui, H. (2010). *Screeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Visch-Brink, E., Vandenborre, D., de Smet, H.J., & Mariën, P. (2014). *Comprehensive Aphasia Test Nederlandse bewerking (CAT-NL)*. Amsterdam: Pearson.
- Vrancken P.H. (2008). *Zorgwijzer Partners, gids voor partners en naasten van mensen met niet aangeboren hersenletsel*. Den Haag: Hersenstichting Nederland
- Wiel-aert, S., & Wilkinson, R. (2012). *Partners van Afasiepatiënten Conversatietraining (PACT)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



CPLOL-CONGRES IN PORTUGAL

‘De logopedie in Nederland staat op een hoog niveau’

Meer dan zeshonderd logopedisten van over de hele wereld bezochten afgelopen mei in het Portugese Estoril het tiende congres van CPLOL, de Europese koepel van logopedisten. Hoe was het? Veel kennis opgedaan? Een paar Nederlandse deelnemers bliken terug.

TEKST WILMA VAN HOEFLAKEN

NVLF-bestuurslid Manon van der List, zelf logopedist en orthopedagoog, was aanwezig namens het NVLF-bestuur. ‘Het belang van CPLOL is de Europese samenwerking tussen de beroepsverenigingen uit de verschillende landen’, zegt zij. ‘Het is goed om als Europese landen op de hoogte te zijn van wat er speelt. Wat zijn de ontwikkelingen? Wat voor onderzoek wordt er gedaan? Het is niet efficiënt als we allemaal het wiel gaan uitvinden. We kunnen van elkaar leren en gebruikmaken van elkaars kennis.

Grote verschillen per land

Voor Van der List als NVLF-bestuurslid was het congres



ook een goede aanleiding om de banden aan te halen met bestuursleden van beroepsverenigingen uit andere landen. ‘Wat kunnen we op Europees niveau regelen? We kijken gezamenlijk hoe we ervoor kunnen zorgen dat het vak in heel Europa gelijkwaardig is.’

Logopedisten nemen in de verschillende lidstaten heel verschillende posities in en de randvoorwaarden zijn ook overal weer op een andere manier geregeld. ‘Op het gebied van vergoedingen zie je bijvoorbeeld grote verschillen’, zegt Van der List. Lisa Boekel beaamt dat. Boekel is logopedist en docent/

>>