

EEN STUDIE NAAR DE BRUIKBAARHEID EN HANTEERBAARHEID VAN PARTICIPATIEGERICHT BEHANDELMATERIAAL AFASIE EN COMMUNICATIEVAARDIG- HEDEN (P-BAC)

Participatiegericht therapiemateriaal

Esra Hendriks
Vinny Schrijver

Thesisgroep: Neurogene communicatiestoornissen

Thesiscoach: Ruth Dalemans

Opdrachtgever: Lectoraat Autonomie en Participatie
voor chronisch zieken

Logopedie Zuyd Hogeschool

2018-2019

@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 de auteurs.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorthesis ‘Een studie naar de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC), geschreven door Vinny Schrijver en Esra Hendriks. Deze bachelorthesis is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Samen met onze thesisbegeleidster/coach, Ruth Dalemans, hebben wij een onderzoeksvraag kunnen opstellen die aansluit bij onze interesses. Na uitvoerig kwalitatief - en een gedeelte kwantitatief onderzoek hebben wij een antwoord kunnen geven op onze onderzoeksvraag. Het onderzoek vond merendeel plaats bij drie logopedisten, werkzaam bij Dignitazorg te Hoensbroek, Logopedie Samenspraak te Geleen en Cicero te Brunssum, die wij graag willen bedanken voor hun inzet en hun vertrouwen in het recent ontwikkelde Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC).

Dankzij het maken van deze bachelorthesis hebben wij onze kennis in de afasiebehandeling, onderzoeksvaardigheden en het gericht lezen van literatuur in een korte periode verbeterd. Daarnaast was het voor ons beide een uitdaging om zelfstandig aan het werk te gaan en om op eigen benen kritisch te kijken naar de logopedische interventies in het kader van de afasiebehandeling. Wij hebben veel hulp gekregen van onze medestudenten van leerjaar 3 en 4 die deelnamen aan onze maandelijkse thesiskring. Wij hebben feedback mogen ontvangen en hiervan geleerd en ook hebben wij nieuwe inzichten gekregen tijdens het schrijven van de thesis en het uitvoeren van het onderzoek.

Onze thesisbegeleidster/coach willen wij in het bijzonder bedanken. U heeft ons ten alle tijden met veel enthousiasme op de goede weg geholpen en waardevolle feedback gegeven.

Wij hopen eveneens dat wij met deze thesis een eye-opener hebben gecreëerd onder de logopedisten en dat zij nieuwsgierig worden naar het gebruik van dit

participatiegericht behandel materiaal welke een grote bijdrage kan leveren aan de afasiebehandeling.

Vinny Schrijver en Esra Hendriks

Heerlen, 29 mei 2019

Abstract

Sleutelwoorden: afasie, participatiegericht, interventie, kwalitatief onderzoek.

Inleiding: Om een Persoon Met Afasie (PMA) voor te bereiden op een terugkeer in de maatschappij kan er gebruik worden gemaakt van een participatiegerichte benadering binnen de logopedische therapie. Er is echter weinig logopedisch participatiegericht behandelmateriaal ter beschikking. De P-BAC (2018) biedt behandelmateriaal om de communicatievaardigheden in de participatie van een PMA te bevorderen.

Methode: In een kwalitatief onderzoek werd informatie verzameld over de bruikbaar- en hanteerbaarheid van de P-BAC. De P-BAC werd door 2 logopedisten 3 maanden toegepast bij 7 PMA. De bevindingen m.b.t. bruikbaarheid en hanteerbaarheid werden in een semi-gestructureerd dagboek geregistreerd en ervaringen van de PMA werden meegenomen. De ervaringen werden ook tijdens de nameting besproken. Als proof of principal werd door een nul-/nameting gekeken of de P-BAC überhaupt een verandering teweeg brengt in de participatiebehoefte van de PMA.

Resultaten: De oefeningen zijn bruikbaar en hanteerbaar om participatiegericht te werken. Uit de resultaten blijkt dat de P-BAC een verandering in de participatiebehoefte teweeg brengt, deze is volgens de Wilcoxon-test niet significant ($p=0,612$).

Discussie: Volgens de logopedisten is de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar, mits de hoeveelheid informatie per oefening en de klapperindeling worden aangepast. PMA gaven aan meer bewust te zijn geworden van hun participatiebehoeften. Dit kan een reden zijn voor de toename van de participatiebehoeften.

Persoonsgegevens

Naam: Esra Hendriks
Adres: Schelsberg 161
6413 AD Heerlen
Telefoonnummer: +31623847863
E-mailadres: 1546848hendriks@zuyd.nl
esraa5@live.nl

Naam: Vinny Schrijver
Adres: Fossielenerf 494
6413 MJ Heerlen
Telefoonnummer: +31646304686
E-mailadres: 1528432schrijver@zuyd.nl
vschrijver47@gmail.com

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Abstract.....	4
Persoonsgegevens	5
1. Inleiding	8
2. Theoretische achtergrond	13
2.1 Afasie	13
2.1.1 Wat is afasie?	13
2.1.2 Oorzaken van afasie	13
2.1.3 Afasie en comorbiditeit	14
2.2 Stadia van therapie	15
2.3 Afasietherapie	15
2.3.1 Acute fase	15
2.3.2 Revalidatie fase	15
2.3.3 Chronische fase	17
2.3.4 Behandeling op activiteiten – participatieniveau	17
2.4 Co-therapeut.....	18
2.5 ICF	19
2.6 A-FROM	20
2.7 BIPAC en BEBA	21
2.7.1 BIPAC	21
2.7.2 BEBA	22
2.7.3. CIQ-A.....	23
2.7.4. Life Satisfaction Questionnaire	24
2.8 P-BAC	24
2.9 Hanteerbaarheid (gebruiksvriendelijkheid) en bruikbaarheid	26
3. Methode	28
3.1 Probleemstelling	28
3.2 Vraagstelling	28
3.3 Doelstelling	29
3.4 Onderzoeks-deel	29
3.4.1. Onderzoeksdesign	29
4. Resultaten	40

4.2 Proof of principal	55
5. Discussie	58
6. Bijlage	64
Bijlage 1: Wervingsmail	64
Bijlage 2: training	68
Literatuurlijst	75

1. Inleiding

Naar schatting leven er in Nederland 500.000 mensen met de gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH), waarvan er jaarlijks 130.000 nieuwe cliënten met een hersenletsel bijkomen (Zadoks, 2015). Vormen van hersenletsel zijn een herseninfarct, een ongeluk, een tumor of een hersenbloeding (Zorg voor beter, 2016).

Ongeveer 48.000 mensen in Nederland krijgen een beroerte, waarvan 20% als gevolg een afasie krijgt.

“Afasie is een verzamelnaam voor taalstoornissen die het gevolg zijn van een beschadiging (laesie) van de hersenen.” (Prins, Bastiaanse, Peters, Jansonius-Schultheiss, & van der Meulen, 2006, p. 5).

Circa 50% van de mensen met een afasie krijgt logopedische therapie van een jaar of langer. Naar schatting is 75% van de mensen met afasie door de afasie arbeidsongeschikt geworden.

Een belangrijk feit voor logopedisten is dat ongeveer 70% van de mensen met afasie vermoedens heeft dat de omgeving het contact met hen vermijden vanwege de communicatieproblemen. Het gevoel om in een sociaal isolement te komen komt voor bij 90% van de mensen met afasie (Afasie Vereniging Nederland, 2014).

Voor de perso(o)n(en) met afasie (PMA) is het lastiger om contact met anderen te maken. Hierdoor kan de PMA gefrustreerd zijn. Als gevolg van de reactie van de omgeving op de afasie en andere gevolgen van de beroerte, kan de PMA zich onaangepaste copingstijlen aanwennen. Deze copingstijl verschilt per persoon (Muller-Schoof, 2012). Muller- Schoof (2012) definieert copingstijl als de manier waarop iemand omgaat met stress of problemen. Dit kan zich uiten in stimulerend gedrag naar zichzelf toe, boos of verdrietig worden, afleiding zoeken, depressief worden en terug trekken. Wanneer de PMA zich terug trekt kan diegene in een sociaal isolement komen. (Muller-Schoof, 2012). Betrokken zijn in levenssituaties is de sleutel naar succesvol leven met afasie. Voorbeelden van levenssituaties zijn: dagelijkse activiteiten, in contact staan met anderen, positief en hoopvol voor de toekomst zijn (Brown K. , Worrall, Davidson, & Howe, 2012).

Om een sociaal isolement te voorkomen is het van belang dat de behandeling van een PMA gericht is op de participatie. Dalemans, R. (2009) definieert participatie als actieve deelname aan sociale levensdomeinen in interactie met anderen, in de context waarin men leeft. Hieruit blijkt dat interactie met anderen essentieel is om te participeren (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014). Vrienden en kennissen helpen andere individuen bij dramatische leefstijl-veranderingen en daardoor kunnen sommige negatieve gevolgen van een beroerte of afasie worden gecompenseerd. De meest belangrijke voorspeller van depressie is een klein sociaal netwerk naast de directe familie. Communicatieproblemen gecombineerd met een beperkte sociale omgeving kunnen problemen vergroten, omdat het voor een PMA heel moeilijk is om te vragen naar emotionele hulp en ondersteuning (Davidson, Howe, Worrall, Hickson, & Togher, 2008).

Hiervoor beschrijven De Haan-Neven, Dalemans en van Rumst (2014) dat het de taak van de logopedist is om de PMA en de sociale omgeving door middel van aanpak op maat een voorbereiding te geven op een leven met communicatieveranderingen die blijvend zijn. Door te werken volgens de principes van Positieve Gezondheid krijgt de logopedist een bredere kijk op de gezondheid, die aansluit bij de beleving van de cliënten en de professional zelf (van Steekelenburg, Kersten, & Huber, 2016). Bij Positieve gezondheid wordt er niet gekeken naar de af- of aanwezigheid van het ziektebeeld, maar naar het vermogen van mensen om met de emotionele, fysieke en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk de regie in handen te hebben (Alles is gezondheid, 2012). Dit sluit tevens nauw aan op het International Classification of Functioning, Disability and Health model, kortweg ICF-model (WHO-FIC, 2002) waarmee men een duidelijk beeld krijgt van de levensdomeinen van de PMA en de persoonlijke- en omgevingsfactoren die hierop van invloed zijn. Om hierover in gesprek te gaan en de inzichten te krijgen over de impact van afasie op de participatie van de PMA, kan de logopedist gebruiken maken van de Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement, oftewel de A-FROM (Kagan, 2011).

Wanneer de logopedist de levensdomeinen van de PMA heeft geïnventariseerd met het ICF-model en de A-from ontstaat er een beeld van de impact die afasie op

de participatie van de persoon heeft (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014). In samenspraak met de PMA stelt de logopedist doelen op die aansluiten op de wensen, noden en behoeften die voortkomen uit deze inventarisatie. Tevens beschrijven Brown K. , Worrall, Davidson, & Howe (2011) dat het doel ‘‘succesvol leven met afasie’’ bereikt kan worden door een goede samenwerking tussen de logopedist, PMA en omgeving. ‘Patiënten betrokkenheid’ wordt steeds meer besproken in de medische literatuur en in de klinische instellingen. Verschillende auteurs hebben gediscussieerd over de voordelen van de revalidatie wanneer een patiënt geheel betrokken is bij het proces. Het concept ‘patiënten betrokkenheid’ kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Het wordt besproken als patiënten-gedrag, therapietrouw, en de deelname aan de revalidatie (Kayes, McPherson, Worrall, & Bright, 2018).

Om evidence-based te werken is het immers van belang dat de logopedist de doelen samen met de PMA stelt (Offringa, Assendelft, & Scholten, 2008) en er gebruik wordt gemaakt van evidence over de gekozen behandeling. De reden hiervoor is dat beslissingen ondersteund moeten worden met bewijsmateriaal voor effectiviteit dat wetenschappelijk onderbouwd is. Een logopedist werkt evidence-based wanneer hij/zij wetenschappelijk bewijs, de ervaring van de logopedist en de behoefte van de cliënt meeneemt in de behandeling en/of het behandelplan (Kalf & de Beer, 2011). De doelstellingen die de logopedist samen met de PMA opstelt dienen op functie-, activiteiten- en participatieniveau te zijn (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014). Veel zorgverzekeringen maken gebruik van evidence-based benaderingen voor verzekerde behandelingen. Om de waarde van de medische zorg te bevorderen willen zorgverzekeraars alleen gebruik maken van effectieve benaderingen door deze te laten vergoeden, zodat ineffectieve zorg voorkomen kan worden. Cliënten willen de meest effectieve en/of geschikte behandeling, maar de motivatie daalt wanneer de cliënt de behandeling zelf moet financieren (Garber, 2001).

Om PMA zo goed mogelijk voor te bereiden op een terugkeer op deelname aan de maatschappij kan een behandeling niet alleen gericht zijn op communicatie op activiteitsniveau, maar dient er ook aandacht te zijn voor het bevorderen van de participatie. Het is van belang dat de behandeling gekoppeld wordt aan de

omgeving en de participatie van de PMA (Dalemans R. , 2009). Worrall & Frattali (2000) bevestigen dit ook en geven tevens aan dat de gezondheid van de PMA en de omgeving ook een grote rol spelen in de kwaliteit van leven. Daarnaast is het van belang dat de logopedist rekening houdt met de redenen van communicatie van de PMA in zijn/haar dagelijks leven (Dalemans R. , 2009).

Daarom is het belangrijk om behoeften en/of redenen van communicatie van de PMA in beeld te brengen zodat de behandeling optimaal afgestemd kan worden op de behoeften en noden van de PMA. Hiervoor kan men gebruik maken van de Behoeft-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve behoeften, afgekort als de BIPAC.

Het hoofddoel van afasietherapie is de verbetering in taal en communicatie. Uit onderzoek van Galletta & Barrett (2014) blijkt dat therapie die gericht is op meerdere domeinen van het ICF meer effect heeft dan therapie die gericht is op één domein. In elke behandeling dient er in principe gewerkt te worden aan de participatie van de PMA. Dit blijkt uit het algemene doel van de afasiebehandeling die beschreven is in het Nederlands Afasie Interventieschema (NAIS). Als de behandeling gericht is op de taal van de PMA, gaat men ervan uit dat de participatie ook tot verbetering leidt. Echter, is dit niet altijd het geval, omdat er te vaak stoornisgericht gewerkt wordt (Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten, 2015) en er amper participatiegericht therapiemateriaal ter beschikking is.

Daarom hebben Barten, S., Delsemmé, N., Dominikus, A., Giesen, B., van Heel, S. en Hepp, M (2018) als bachelorthesis onder begeleiding van R. Dalemans de P-BAC ontwikkeld. P-BAC staat voor Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden. Wanneer de logopedist gebruik maakt van de P-BAC in de behandeling, wordt er ingespeeld op het verbeteren van de communicatie vaardigheden op participatieniveau van de PMA. Het doel van de P-BAC is door gebruiksvriendelijk materiaal met oefeningen, rollenspellen en het inschakelen van een co-therapeut de participatievaardigheden van een PMA effectief te verbeteren zodat de transfer gemaakt kan worden naar het dagelijks

leven. Het is echter nog niet bekend of dit behandel materiaal bruikbaar en hanteerbaar is opgesteld.

Door middel van dit onderzoek willen de onderzoekers nagaan of de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar is voor de logopedist, de cliënt en de co-therapeut en of het een verandering teweegbrengt in het vergroten van de participatie van de PMA.

Dit leidt tot de volgende vraagstelling:

“In hoeverre is het Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC) bruikbaar en hanteerbaar voor de logopedist, cliënt en de co-therapeut en brengt het een verandering in de participatiebehoefte van een persoon met afasie in de revalidatie fase?”

2. Theoretische achtergrond

2.1 Afasie

2.1.1 Wat is afasie?

Afasie is een verworven taalstoornis, veroorzaakt door een focaal hersenletsel. Hierbij gaat het om een centrale taalstoornis. Er kan een stoornis zijn in zowel taalproductie als taalbegrip en in gesproken en/of geschreven taal. (Bastiaanse, 2011).

2.1.2 Oorzaken van afasie

Er zijn vier oorzaken, waardoor afasie kan ontstaan (Bastiaanse, 2011). In de meeste gevallen is de oorzaak van afasie een cerebrovasculair accident (CVA) (Afasie Vereniging Nederland, sd). Andere oorzaken van afasie zijn trauma, tumor en een ontsteking (Bastiaanse, 2011).

CVA:

Een cerebrovasculair accident, ofwel beroerte, is een verstoring van de bloedvoorziening in de hersenen. Een CVA kan op drie verschillende manieren ontstaan:

1. Een hersenbloeding: hierbij scheurt een slagader in de hersenen. Het gevolg hiervan is dat de gebieden, die de slagader verzorgd, onvoldoende voedingsstoffen krijgt waardoor deze niet meer kunnen functioneren.
2. Trombose (bloedprop in een slagader): stolsel die de slagaders gedeeltelijk of geheel verstoppen waardoor de achterliggende gebieden onvoldoende zuurstof krijgen en niet meer kunnen functioneren.
3. Embolie (afgebroken stukken stolsel): embolie kan een kleinere slagader afsluiten, waardoor het gebied dat door deze slagader verzorgd wordt afsterft.

Een CVA dat veroorzaakt wordt door een trombose of een embolie noemt men ook wel een herseninfarct (Bastiaanse, 2011).

2.1.3 Afasie en comorbiditeit

Comorbiditeit betekent dat iemand twee of meer stoornissen of aandoeningen op hetzelfde moment heeft (Medical Groep, 2017). Een cliënt met alleen afasie komt nauwelijks voor. Als gevolg van een hersenletsel kunnen de gebieden die rondom de taalgebieden in de hersenen liggen ook beschadigd zijn.

De uiting van het bijkomende probleem hangt af van de functie van het beschadigde gebied

(Afasie Vereniging Nederland, 2014).

Stoornissen die in combinatie met afasie kunnen voorkomen zijn:

- Hemiplegie: verlamming van een zijde van het lichaam.
- Apraxie: het niet meer bewust uitvoeren van automatische handelingen.
- Hemianopsie: helft van het gezichtsveld is uitgevallen.
- Agnosie: problemen in het herkennen.
- Dysfagie: problemen met eten, drinken en slikken.
- Dysartrie: het niet duidelijk kunnen spreken vanwege een stoornis in het centrale of perifere zenuwstelsel.
- Dyscalculie: problemen met rekenen.
- Problemen met onthouden en nadenken.
- Geen controle over emoties.
- Epilepsie: aandoening die zich uit in aanvallen. De aanvallen ontstaan door plotselinge, tijdelijke verstoring van de elektrische prikkeloeverdracht in de hersenen.

Deze problemen leiden vaak tot veranderingen in het gedrag (Afasie vereniging nederland, 2014).

Het is van belang om bij de diagnostiek en bij het maken van het behandelplan ook naar de bijkomende stoornissen te kijken. Door middel van een samenwerking tussen logopedist, neuropsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut en eventueel een klinisch linguïst kunnen de problemen in kaart worden gebracht en kan de logopedist hier optimale behandeling op aan sluiten (AfasieNet, 2017).

2.2 Stadia van therapie

Het herstel van een afasie bestaat uit drie fasen:

- Acute fase (eerste 2 weken)
- Revalidatie fase (tot 6 maanden)
- Chronische fase (na 6 maanden)

(Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten, 2015)

2.3 Afasietherapie

2.3.1 Acute fase

In de acute fase, een chaotische en kortdurende fase, komt men nauwelijks aan behandelen toe (Wielaert, 2015). In deze periode is de therapie vooral gericht op het bevorderen van de communicatie over primaire behoeften (zoals aangeven van pijn en honger). De cliënt verblijft gedurende deze periode meestal in het ziekenhuis (Bastiaanse R. , 2010).

Een belangrijk doel in de acute fase is het aanpassen van de communicatie van andere behandelaren aan de communicatiemogelijkheden van de PMA (Wielaert, 2015).

2.3.2 Revalidatie fase

Na uitgebreide diagnostiek is de therapie gericht op het herstel van de beschadigde taalfuncties. In deze periode is het spontane herstel in de eerste drie maanden het grootst, maar ook hierna kan nog vooruitgang worden geboekt (Bastiaanse R. , 2010). Om zo goed mogelijk gebruik te maken van de spontane vooruitgang, zijn er een aantal therapieprogramma's en methodes beschikbaar (Bastiaanse R. , 2010). Tijdens de therapie wordt er gewerkt aan zowel mondelinge als schriftelijke communicatie, zowel in begrip als in expressie (Wielaert, 2015).

Er wordt in de revalidatie fase hulpvraaggericht gewerkt. Het is van belang dat de therapeut de cliënt betreft bij het formuleren van doelen. Door deze doelen concreet te maken, kan de cliënt meebeslissen op welk niveau van het ICF aan gewerkt wordt. De revalidatie fase is in eerste instantie gericht op functieniveau.

Door te werken op functionieniveau wordt er verwacht dat de taalfuncties leiden tot een verbetering op participatieniveau (Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten, 2015).

Dalemans (2009) beschrijft dat het belangrijkste doel binnen de therapie het verhogen van de participatie is om iemand zo goed mogelijk voor te bereiden op een terugkeer naar de maatschappij. Hiervoor is er een participatiegerichte benadering nodig. De participatiegerichte benadering is geen vast therapieprogramma. Om deze vorm van therapie te kunnen uitvoeren is het belangrijk dat de logopedist (in overleg met de PMA) weet binnen welke context de communicatie van de PMA valt.

Door gebruik te maken van een participatiegerichte benadering wordt de PMA en de directe omgeving betrokken en krijgt de logopedist een inventarisatie over de eisen van de omgeving, de copingstijl van de PMA, de beschikbare strategieën, complexiteit van het probleem en de gewenste manier van het handelen van de logopedist in de therapie (Dalemans R. , 2009).

Volgens Dalemans (2009) is er weinig onderzoek gedaan naar het in kaart brengen van de communicatie binnen de werkelijke levenssituaties. Daarom werd de P-BAC ontwikkeld. Dit behandelmateriaal richt zich op het verbeteren van de communicatieve vaardigheden in de participatie. Echter is het nog niet bekend of deze effectief bijdraagt aan het beantwoorden van de participatiebehoefte van de PMA. Met dit onderzoek wordt nagegaan of de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar is en of de P-BAC een verandering teweeg brengt in de participatiebehoefte van de PMA. Door middel van rollenspellen worden werkelijke levenssituaties gesimuleerd, waardoor de logopedist de communicatie in kaart kan brengen (Barten, S., Delsemmé, N., Dominikus, A., Giesen, B., van Heel, S. en Hepp, M, 2018).

Belangrijke therapeutische principes in de revalidatiefase zijn:

- Stimuli aanbieden via zoveel mogelijk zintuiglijke modaliteiten (met name auditief, maar ook visueel en tactiel);
- Spreek langzaam, gebruik korte, hoog frequente woorden en maakt korte zinnen;

- Lok een reactie uit bij iedere stimulus;
- Stimuli kunnen meerdere keren herhaald worden;
- Corrigeer zo min mogelijk, maar stimuleer en beloon goede reacties (Links, 1996).

2.3.3 Chronische fase

In deze fase is het beeld stabiel. Vanaf deze periode zal de cliënt leren zijn resterende taalvermogen zo goed mogelijk toe te passen. De therapie zal vooral gericht zijn op het aanleren van strategieën en het verwezenlijken van het geleerde in het dagelijks leven. Kortom de therapie is dus participatiegericht (Bastiaanse R., 2010).

Het is belangrijk om samen met de cliënt en zijn/haar omgeving de verschillende mogelijkheden van nazorg te bespreken (Wielaert, 2015).

2.3.4 Behandeling op activiteiten – participatieniveau

Het doel van de behandeling op activiteiten- en participatieniveau is het verminderen van de gevolgen van de afasie op het persoonlijke niveau van de cliënt en omgeving en het verbeteren van de communicatieve vaardigheden. Voor dit soort therapie worden in de praktijk verschillende benamingen gebruikt: functionele-, communicatieve-, psychosociale-, sociale – of participatiegerichte therapie. Bij participatie gaat het erom dat de cliënt met afasie een actieve rol speelt en daarbij de werkelijke uitvoering van communicatieve activiteiten tijdens een sociale situatie uitvoert. Mensen met een ernstige of matig-ernstige afasie zijn naast hun resterende taalvaardigheden ook aangewezen op andere communicatiewijzen. Hiervoor wordt therapie op activiteiten- en participatieniveau ook vaak gelijkgeschakeld aan ondersteunende communicatie (Wielaert, 2015).

Om de participatie van de PMA te vergroten is het van belang dat de behandeling van de logopedist zowel gericht is op de sociale omgeving om de relatie met de PMA te onderhouden, als op de PMA die zelf moet kunnen beslissen waar hij/zij aan wil werken (Worral & Hickson, 2006). Het is belangrijk dat de doelen die gesteld zijn realistisch en haalbaar zijn.

Uit onderzoek van Berg, Askim , & Rise (2017) komt immers naar voren dat spraak-taal-pathologen door barrières zoals onrealistische doelen van cliënten en het gebrek aan evidence moeite hebben met het behalen van de gewenste participatie van de PMA. Het is dan ook belangrijk dat een therapeut een pro-actieve houding aanneemt.

2.4 Co-therapeut

De P-BAC maakt gebruik van een co-therapeut. De Haan-Neven, Dalemans en van Rumst (2014) beschrijven een co-therapeut als een belangrijk persoon uit het leven van de PMA. Een co-therapeut kan de PMA ondersteunen bij de participatiegerichte interventies in zijn of haar leefomgeving.

De co-therapeut wordt ingezet door de logopedist en bevindt zich in de netwerkcirkel van de PMA.

In de netwerkcirkel van Lensink (Movisie, Vilans en ActiZ, 2014) of de Circles of Friends van Forest en Snow (Pearpoint, 1992) wordt het sociale netwerk en de relaties van een PMA weergegeven in vier verschillende niveaus. De vier verschillende niveaus staan voor de betrokkenheid die diegene heeft bij de PMA. Hoe meer een persoon betekend voor de PMA des te dichter deze bij de PMA in het figuur staat. Met een netwerkcirkel kun je veranderingen in het sociale netwerk van de PMA handig in kaart brengen. Daarnaast moedigt een netwerkcirkel ook de cliënten en zorgverleners aan om te praten over het persoonlijke netwerk (Strading, et al., 2010). Uit onderzoek van Worrall et al (2010) blijkt dat familieleden meer inbreng in het behandelplan en contact met zorgverleners willen. Holland (2007) beschrijft dat het van belang is om familieleden in het behandelplan te betrekken en deze hun kennis over afasie te vergroten. In het onderzoek van Holland (2007) wordt tevens aangeraden om familieleden te trainen om te kunnen communiceren met de PMA. In de handleiding van de P-BAC staat beschreven bij welke oefeningen de co-therapeut kan worden ingeschakeld. Door het inschakelen van een co-therapeut wordt er een transfer gemaakt bij de oefeningen naar het dagelijks leven. Ten slotte heeft de co-therapeut de taak om oefeningen te evalueren middels een evaluatieformulier

(Barten, S., Delsemmé, N., Dominikus, A., Giesen, B., van Heel, S. en Hepp, M, 2018).

Het takenpakket van een logopedist is hierbij het zorgen voor de inhoud, opbouw en bewaking van de resultaten en van het proces. Tevens moet een logopedist de co-therapeut feedback en instructies kunnen geven (de Haan-Neven, Dalemans, & van Rumst, 2014).

De Haan-Neven, Dalemans en Van Rumst (2014) beschrijven dat samenwerken met een co-therapeut voordelen heeft. Zo heeft de PMA vaak al een vertrouwensrelatie met de co-therapeut. Ook blijken co-therapeuten een goed inzicht te hebben over welke communicatieopdrachten aansluiten bij de persoon.

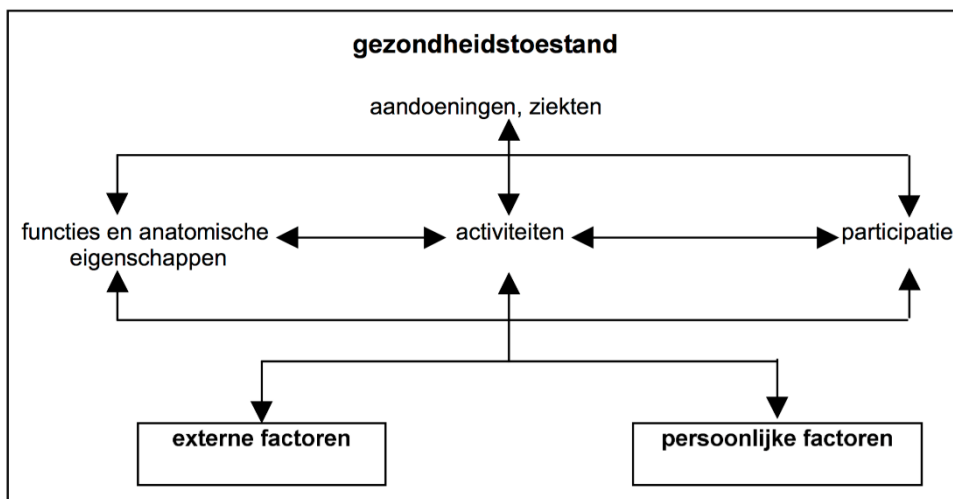
2.5 ICF

Het International Classification of Functioning, Disability and Health, kortweg ICF-model (figuur 1), is een internationale classificatie waarin wordt beschreven hoe het functioneren van de cliënt is, inclusief persoonlijke factoren en factoren die van buitenaf invloed kunnen hebben op het functioneren (WHO-FIC, 2002).

Het ICF-model wordt verdeeld in verschillende domeinen. Zo zijn er de domeinen: lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en de participatie.

Zo beschrijft het ICF-model het menselijk functioneren vanuit het perspectief van het menselijk organisme, het perspectief van het handelen en het perspectief van de mens in de participatie.

Hiernaast heeft het ICF-model nog twee extra domeinen. Deze twee domeinen zijn bijgevoegd omdat het functioneren van de cliënt plaatsvindt in een bepaalde context. Dit zijn de persoonlijke en externe factoren. Persoonlijke factoren beschrijven iemands persoonlijkheid en persoonlijke achtergrond. Kenmerken zijn bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleiding, ervaringen, redzaamheid en beroep (arbeidsdeskundige, 2018). De externe factoren beschrijven de omgeving waarin de mensen zich zowel fysiek als sociaal in bevinden, bijvoorbeeld de invloed van fysieke en sociale omgeving en hulpmiddelen (arbeidsdeskundige, 2018). Het ICF-model is een biomedisch psychosociaal dynamisch model, waarbij de vijf genoemde domeinen elkaar beïnvloeden (WHO-FIC, 2002).



Figuur 1: ICF model (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2002).

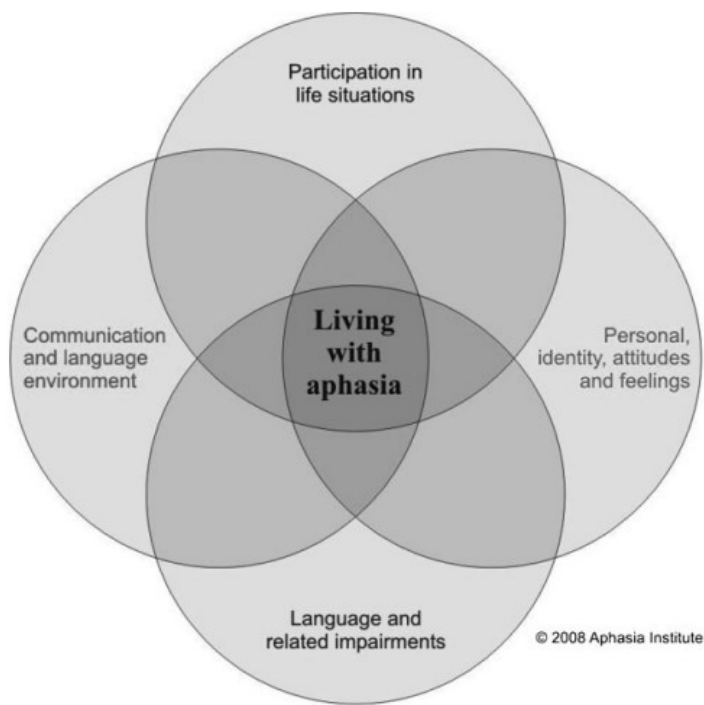
2.6 A-FROM

De Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement, kortweg de A-FROM, is een gebruiksvriendelijke versie van het ICF-model dat gericht is op afasie. Volgens het A-FROM dragen vier domeinen bij aan kwaliteit van leven met afasie (Kagan, 2011). Deze vier domeinen van de A-FROM zijn:

- Ernst van de afasie;
- Omgeving/milieu;
- Participatie;
- en persoonlijke factoren.

In het A-FROM wordt gebruik gemaakt van vier overlappende cirkels die symbool staan voor de vier domeinen in het leven. Centraal in het model staat 'leven met afasie'. Zo wordt er ingezoomd op de punten die relevant zijn voor het leven met een afasie. (Manders, 2016).

De Haan-Neven, Dalemans en Van Rumst (2014) beschrijven bij sociale participatietraining ook het model van A-FROM. Zij gaan ervan uit dat het samen (-therapeut, cliënt en omgeving-) invullen van de A-FROM leidt tot doelen die een actieve deelname van de persoon met afasie aan het dagelijks leven mogelijk maken.



Figuur 2: A-FROM model Copyright © 2008 Aphasia Institute, Toronto (Kagan, 2011)

2.7 BIPAC en BEBA

2.7.1 BIPAC

De Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatie Activiteiten (BIPAC) is ontwikkeld als instrument ter ondersteuning voor de behandeling met PMA.

Met behulp van dit inventarisatie-instrument worden de communicatieve behoeften van de persoon en de mening van de direct betrokkenen hierover op een gestructureerde manier voor de therapeut in kaart gebracht. Het is ook mogelijk om de problemen van de cliënt te beoordelen, zodat de therapeut zijn/haar therapie hierop kan afstemmen. De BIPAC is een combinatie van een vragenlijst en observatielijst. Het meetniveau van de BIPAC is op nominaal niveau. De BIPAC is samen met de BEBA (Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie) en CIQ-A te verkrijgen op www.meetexpert.nl

De BIPAC is opgedeeld in 4 onderdelen: BIPAC I, BIPAC II, BIPAC III en BIPAC IV (Sevat & Heesbeen, 2001).

1. BIPAC I is gericht op het verkrijgen van een **globaal overzicht** van de concrete communicatieve behoeften.
Hieronder vallen negen activiteiten:
 - boodschappen doen,
 - vervoer,
 - uit eten gaan,
 - telefoneren,
 - administratieve problemen oplossen,
 - afspraak maken,
 - praatje maken,
 - specifieke gesprekken
 - en werk/tijdsbesteding.
2. BIPAC II is gericht op het gedetailleerd in kaart brengen van de communicatieve behoefte van de cliënt.
3. BIPAC III is gericht op de **probleemanalyse**. Hierbij worden de problemen bij de gekozen activiteit in zijn geheel in kaart gebracht.
4. BIPAC IV is gericht op gedetailleerd in kaart brengen bij de gesprekken die plaatsvinden tijdens de gekozen activiteit. Er zijn 3 versies: doelgericht gesprek, praatje maken met minder bekende en gesprek met bekende (Sevat & Heesbeen, 2001).

Door de BIPAC af te nemen ontstaat er dus een globaal overzicht van de concrete communicatieve behoeften en krijgt de logopedist een probleemanalyse van de gekozen activiteiten (Sevat & Heesbeen, 2001). Met de P-BAC kan de logopedist een transfer maken door middel van oefeningen van de aangegeven behoeften en activiteiten naar de participatie (Barten, S., Delsemmé, N., Dominikus, A., Giesen, B., van Heel, S. en Hepp, M., 2018).

2.7.2 BEBA

De Birkhovensche Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie (BEBA) is ontwikkeld voor het vastleggen van de functionele mogelijkheden en de subjectieve beleving op het gebied van een bepaalde communicatieve activiteit. De cliënt, direct betrokkenen en de therapeut beoordelen deze mogelijkheden. Door gebruik te

maken van de BEBA kan het doel van de behandeling voor de cliënt en direct betrokkenen worden vastgesteld. Tevens kan de BEBA gebruikt worden voor en aan het einde van de behandeling, zodat de vooruitgang zichtbaar wordt op de communicatieve activiteit. De BEBA is een combinatie van een vragenlijst en observatielijst (Heesbeen & Sevat, 2001)

In totaal heeft de BEBA 5 items per activiteit, waar er gebruikt wordt gemaakt van een 4-punts schaal (0-3).

De subcategorieën zijn:

1. Frequentie (1 item per activiteit) : Er wordt beoordeeld hoe vaak de cliënt de activiteit uitvoert wanneer hier behoefte aan is (0= bijna nooit, 3= bijna altijd).
2. Zelfstandigheid (1 item per activiteit): Er wordt beoordeeld hoe zelfstandig de cliënt de activiteit uitvoert (0= lukt niet, 3= zonder hulp).
3. Probleemoplossend vermogen (1 item per activiteit): Er wordt beoordeeld hoe de cliënt met probleemsituaties omgaat. (0= niet (-) oplossen, 3= goed (++) oplossen).
4. Spanning (1 item per activiteit): Er wordt beoordeeld in hoeverre de uitvoering van de activiteit beïnvloedt wordt door spanning. (0= zeer spannend, 3= niet/nauwelijks spannend).
5. Tevredenheid (1 item per activiteit): Er wordt beoordeeld hoe tevreden de beoordelaar is over de uitvoering van de activiteit, gezien de mogelijkheden van de cliënt (0=slecht (-+), 3= goed (++)) (Heesbeen & Sevat, 2001).

Door middel van de P-BAC wordt de PMA geëvalueerd door de logopedist, de co-therapeut en de PMA zelf. Dit wordt gedaan na iedere dagelijkse situatie of rollenspel. De BEBA kan na een interventieperiode opnieuw worden afgenomen om de vooruitgang te scoren.

2.7.3. CIQ-A

Met de gemeenschap integratie vragenlijst (CIQ-A) krijg je een impressie van de participatie van PMA op het gebied van huishoudelijke integratie, sociale integratie en productiviteit. Door middel van ondersteunende pictogrammen kan de PMA vragen beantwoorden die gaan over de drie bovengenoemde thema's. De

pictogrammen duiden meerdere mogelijke antwoorden aan, bijvoorbeeld u alleen/u en iemand anders/iemand anders of ontevreden/tevreden.

De oorspronkelijke versie van de CIQ-A is ontwikkeld door B.Willer (1993). Nu is er een aangepast en digitale versie beschikbaar op www.meetexpert.nl (Hogeschool Zuyd, 2015).

2.7.4. Life Satisfaction Questionnaire

De Life Satisfaction Questionnaire (LSQ) is ontworpen om de tevredenheid van het leven te meten. De LSQ wordt vooral gebruikt bij mensen met neurologische stoornissen/ziektes.

De vragenlijst bestaat uit negen gesloten vragen die gericht zijn op de tevredenheid met het leven in het algemeen en binnen de domeinen van het alledaags leven, vrije tijd, financiën, seksleven, gezinsleven, huwelijksrelatie en contact met vrienden (Swinkels-Meewisse, 2017).

De vragen worden gescoord door middel van een zes-punt schaal (zeer onbevredigend-zeer bevredigend). Deze worden gesteld met behulp van speciaal ontworpen pictogrammen, waarbij er gebruik wordt gemaakt van een vergrote witregel tussen de vragen en de antwoordschaal in. De vragen worden apart op iedere pagina gesteld, zodat de PMA niet wordt afgeleid door de andere vragen (Dalemans, De Witte, Beurskens, Van den Heuvel, & Wade, 2010).

Uit onderzoek van Boonstra, Reneman, Stewart & Balk (2012) blijkt dat de betrouwbaarheid van de LSQ voor cliënten met hersenletsel matig is. De validiteit van het instrument is voldoende.

2.8 P-BAC

P-BAC is ontwikkeld door Barten, S., Delsemmé, N., Dominikus, A., Giesen, B., van Heel, S. en Hepp, M (2018) in opdracht en onder begeleiding van R.

Dalemans zodat logopedisten materiaal hebben ter bevordering van de communicatieve vaardigheden in de participatie van een PMA. De P-BAC is een klapper waar oefeningen instaan die aansluiten op de onderdelen van de BIPAC I. De P-BAC bestaat uit 10 hoofdthema's met participatiegerichte logopedische oefeningen die aansluiten op 6 hoofdthema's van de BIPAC I.

De 10 hoofdthema's van de P-BAC zijn:

- Vervoer bus;
- Vervoer trein;
- Uit eten gaan;
- Boodschappen doen;
- Afrekenen contant;
- Telefoneren opbellen;
- Telefoneren beantwoorden;
- Telefoneren ernstige afasie;
- Praatje maken;
- En specifieke gesprekken.

De P-BAC bevat een handleiding waarin de opbouw is beschreven van het materiaal, de aspecten die van belang zijn tijdens de behandeling en hoe deze kunnen worden ingezet door de logopedist.

De handleiding biedt ondersteuning voor de logopedist om participatiegerichte therapie te bieden aan de PMA. Tevens zijn er in de handleiding bijlagen toegevoegd die de logopedist zowel tijdens de behandeling kan gebruiken als in het dagelijks leven. Het ICF-model en het A-FROM model kan door de logopedist gebruikt worden, zodat er een duidelijk beeld ontstaat van de participatiebehoeften van de PMA. Aan de hand van het ICF-model en het A-FROM model kan de logopedist samen met de PMA doelen opstellen die de participatie van de PMA vergroten.

De bijlagen die zijn toegevoegd aan de handleiding zijn:

- Netwerkcirkel: zo krijgt de logopedist een schets van het sociale netwerk van de PMA en de communicatiepartners.
- Lijst met comorbiditeiten en tips, waar de logopedist rekening mee moet houden, indien hier sprake van is.
- Communicatietips: tips voor de logopedist, maar ook voor de omgeving van de PMA.

- Algemene suggesties: lijst met verschillende rollen en omgevingsfactoren. De verschillende rollen en omgevingsfactoren kan de logopedist gebruiken om een situatie zo realistisch mogelijk te maken.
- Stop- en vraagteken: een teken waar de PMA gebruik van kan maken tijdens de rollenspellen, oefeningen en in het dagelijks leven.
- Evaluatieformulier: evaluatieformulier die door de PMA, logopedist en co-therapeut kan worden ingevuld na een dagelijkse situatie of rollenspel.

De P-BAC maakt gebruik van afbeeldingen, werkbladen, iconen, kleuren en een wizard in de vorm van een toegevoegde nerd en wijsneus voor extra tips en uitbreidingen van de oefeningen.

De oefeningen van de P-BAC zijn gericht op drie ernstgradaties. De ernstgradaties zijn: licht, matig-ernstige en ernstige afasie conform de ernstgradaties die door de NAIS (2015) gehanteerd worden. Door middel van het icoon 'wijsneus' wordt de logopedist verwezen naar de BIPAC 1 en BEBA van de PMA.

Bij iedere oefening wordt aangegeven met iconen welke communicatiekanalen (spreken, schrijven, lezen, lichaamstaal, auditief taalbegrip) gebruikt worden. Tevens wordt het doel van elke oefening beschreven.

De uitleg en de benodigdheden staan bij de oefeningen. De P-BAC maakt gebruik van een icoon 'nerd' bij oefeningen en deze geeft aan dat er suggesties zijn toegevoegd om de oefening aan te passen naar de PMA. Aan het einde van het subthema staan nog eventuele rollenspellen beschreven. De functie van het rollenspel is om de transfer te maken van het geleerde naar het dagelijks leven. Dit kan gedaan worden met de therapeut of co-therapeut.

2.9 Hanteerbaarheid (gebruiksvriendelijkheid) en bruikbaarheid

De hanteerbaarheid ofwel gebruiksvriendelijkheid van een meetinstrument of therapiemateriaal is van belang voor het gebruik in de dagelijkse praktijk. De hanteerbaarheid van een meetinstrument of therapiemateriaal kan betrekking hebben op zowel de cliënt als op de zorgverlener.

Hanteerbaarheid voor de cliënt:

In het algemeen kan de hanteerbaarheid voor de cliënt worden onderverdeeld in vier aspecten:

1. Leesbaarheid (bij vragenlijsten): de begrijpelijkheid en duidelijkheid van vragen.
2. Aard van de vragen: de mate waarin patiënten tevreden zijn over vragen, dit ligt eraan tevens aan hoe privacygevoelig deze vragen zijn.
3. Afnametijd en frequentie van de afname: hoe langer de afname is des te minder de tevredenheid van cliënten.
4. Fysieke en cognitieve belasting van de cliënt: hoe langer of hoe zwaarder het materiaal/afname is des te meer er van een cliënt gevraagd wordt.

Hanteerbaarheid voor de zorgverlener:

Naast de hanteerbaarheid van een meetinstrument of therapiemateriaal voor de cliënt is deze ook van belang voor de zorgverlener. Het is belangrijk dat een meetinstrument/therapiemateriaal eenvoudig te gebruiken en te scoren is (Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2008).

Bruikbaarheid:

Bruikbaarheid ofwel feasibility van materiaal is de mate waarin therapiemateriaal gemakkelijk en succesvol te gebruiken is (Merriam-Webster, 2019).

Het is van belang dat pas ontworpen materiaal nuttig is en dat het in de praktijk toepasbaar is.

Doordat de P-BAC pas ontworpen is en er nog weinig bekend is over het materiaal, moeten er nog meningen gevormd worden over de bruikbaarheid van de P-BAC. Dit wil zeggen dat er hier sprake is van conceptuele bruikbaarheid.

Conceptuele bruikbaarheid wil zeggen dat er een onduidelijk antwoord is op een vraag (Wordpress, 2014).

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode beschreven. Hierin beschrijven de onderzoekers hoe het onderzoek is opgezet, op welke manier de dataverzameling heeft plaatsgevonden, welke meetinstrumenten er zijn gebruikt, alsook de werving van de deelnemers en de onderzoekscontext.

3.1 Probleemstelling

Na een periode van revalidatie wordt er te vaak stoornisgericht gewerkt, waardoor PMA niet goed voorbereid zijn op een terugkeer naar het maatschappelijke leven. Om PMA zo goed mogelijk voor te bereiden voor deze terugkeer is het van belang dat er verder gekeken wordt dan de stoornis. Een participatiegerichte benadering is cruciaal. Dit geeft de richtlijn afasie en de NAIS ook aan. Helaas is er nauwelijks participatiegericht behandelmateriaal dat direct aansluit op de behoefte en participatie binnen de verschillende sociale levensdomeinen. De NAIS daarentegen benoemt twee participatiegerichte behandelmateriaal, echter zijn deze gericht op de communicatie met de gesprekspartner van de PMA.

Vanwege dit feit is de P-BAC (Barten, S., Delsemmé, N., Dominikus, A., Giesen, B., van Heel, S. & Hepp, M, 2018) ontwikkeld. Alleen is er nog geen onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid, hanteerbaarheid en effectiviteit van de P-BAC.

Dit leidt tot de volgende vraagstelling:

3.2 Vraagstelling

“In hoeverre is het Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC) bruikbaar en hanteerbaar voor de logopedist, PMA en de co-therapeut en brengt het een verandering in de participatiebehoefte van een persoon met afasie in de revalidatie fase?”

PICO	
P= Patient	De logopedist, PMA en de co-therapeut
I= Intervention	Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC)
C= Comparison	
O= Outcome	Bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC en de verandering in de participatiebehoefte van een persoon met afasie in de revalidatiefase.

Tabel 1: PICO

3.3 Doelstelling

Doordat de P-BAC recent ontwikkeld is (2018), is er nog geen informatie bekend over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van het materiaal. Tevens is nog niet bekend of de P-BAC verandering teweeg brengt in de participatiebehoefte van de PMA.

Door middel van een mixed method design willen de onderzoekers erachter komen of de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar is voor de logopedist, de PMA en de co-therapeut. De effectiviteit wordt meegenomen als proof of principle. Hieruit hebben de onderzoekers de volgende doelstelling geformuleerd:

Aan het eind van het onderzoek weten de onderzoekers door middel van een feasibility en acceptability studie in hoeverre het Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC) bruikbaar en hanteerbaar is voor de logopedist, de PMA en de co-therapeut.

3.4 Onderzoeks-deel

3.4.1. Onderzoeksdesign

Design

Er wordt een mixed method design gehanteerd met een kwalitatieve en kwantitatieve component.

Kwalitatief onderzoek: Door middel van het bijhouden van een dagboek en semi-gestructureerde interviews wordt onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC tijdens een therapieperiode van 3 maanden vanuit het perspectief van de logopedist. De logopedisten die de behandeling volgens de P-BAC uitvoeren houden een semi-gestructureerde dagboek bij met enkele open vragen en ruimte voor verdere opmerkingen. Het dagboek dient na elke behandeling ingevuld te worden. Op deze manier kan het klinisch redeneren en het methodisch handelen van de logopedist goed opgevolgd worden. Tevens wordt de ervaring van de logopedist, de PMA en co-therapeut met betrekking tot de hanteerbaarheid en bruikbaarheid in kaart gebracht door middel van een gesprek na de interventieperiode met de P-BAC. De onderzoekers kiezen hiervoor, omdat er nog weinig bekend is over de bruikbaarheid en de hanteerbaarheid van de P-BAC.

Kwantitatief onderzoek: Tevens vindt er een nul- en nameting plaats om aan te tonen of de P-BAC een verandering teweeg brengt in de participatiebehoefte van de PMA. De nul- en nameting gebeurt aan de hand van de volgende meetinstrumenten: BIPAC I, BEBA, CIQ-A, en Life Satisfaction Questionnaire (LSQ).

Meetinstrument	Betrouwbaarheid en validiteit
BIPAC I (Sevat R, Heesbeen I, 2001)	<i>Validiteit: n.v.t.</i> <i>Betrouwbaarheid: n.v.t.</i> Dit meetinstrument bevat een nominale score.
BEBA (Sevat R, Heesbeen I, 2001)	<i>Validiteit: gegevens onbekend</i> <i>Betrouwbaarheid: gegevens onbekend</i>
CIQ-A (B. Willer, 1993)	<i>Inhoudsvaliditeit:</i> Bij de ontwikkeling van dit meetinstrument was een groep professionals en een groep patiënten met

	traumatische hersenletsel betrokken. <i>Criteriumvaliditeit:</i> CIQ mag als ‘gouden standaard’ beschouwd worden. <i>Betrouwbaarheid:</i> gegevens onbekend
Life Satisfaction Questionnaire (LSQ) (M. Post, 1991)	<i>Validiteit:</i> voldoende <i>Betrouwbaarheid:</i> matig

Tabel 2: meetinstrument met hun betrouwbaarheid en validiteit

Om als proof of principal een beeld te kunnen vormen over de ervaren veranderingen in de participatiebehoeften wordt er naast de groep die tijdens de interventieperiode blootgesteld worden aan de P-BAC, bij een tweede groep mensen met afasie care as usual aangeboden. De logopedisten van groep 1 krijgen vooraf een training/instructie van 2 uur. Deze is gericht op het werken met de P-BAC. De training/instructie zal bij elke logopedist exact hetzelfde worden uitgevoerd, zodat er geen bias ontstaat. De deelnemers uit groep 2 worden behandeld volgens het behandelplan van de desbetreffende logopedist. Tijdens de interventieperiode van drie maanden wordt er gestreefd naar een behandelingsfrequentie van twee maal per week in beide groepen.

Werving en selectie van de onderzoekspopulatie

Om de deelnemers van beide groepen te werven, worden logopedisten die werkzaam zijn met personen met afasie in revalidatiecentra en zorginstellingen telefonisch benaderd. Tijdens het telefonisch contact wordt het doel, het materiaal en de procedure kort uitgelegd. Vervolgens krijgen de logopedisten een wervingsmail (bijlage 1) gestuurd, waarin het onderzoek staat beschreven. De onderzoekers hebben gekozen om zorginstellingen te selecteren die zich bevinden in Zuid-Limburg waarbij er geen sprake is van een lange reistijd in verband met gesprekken met de logopedist en observaties bij de interventie. Daarnaast is het voor de onderzoekers bekend welke doelgroep er in behandeling is bij deze instellingen.

Om ervoor te zorgen dat de onderzoekers het aantal deelnemers kunnen werven waar zij naar streven worden logopedisten uit meerdere zorginstellingen en revalidatiecentra per mail benaderd:

Revalidatiecentra:

- Adelante (Hoensbroek)
- Zuyderland Revalidatie (Geleen)
- RAP revalidatie (Brunssum)
- OCA (Eindhoven)

Zorginstellingen:

- Cicero Zorggroep (Brunssum)
- Envida (Maastricht)
- De Zorggroep (Venlo)
- Sevagram Plataan (Heerlen)
- Novizorg (Hoensbroek, Heerlen, Kerkrade)

Aan het einde van de mail wordt gevraagd of de betreffende logopedist wil meewerken aan het onderzoek.

De onderzoekers streven ernaar om de metingen bij 30 afasiepatiënten af te nemen.

Inclusie en exclusiecriteria

In de onderstaande tabellen 3 en 4 staan de inclusie – en exclusiecriteria beschreven van de logopedist van groep 1 & groep 2:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De logopedisten dienen de PMA participatiegericht te behandelen.	Tijdens de behandeling voor de PMA met de P-BAC (groep 1) mogen er geen andere participatiegerichte therapiematerialen gebruikt worden.
De logopedisten dienen hulpvraag gericht te werken.	De P-BAC mag niet gebruikt worden in de vorm van groepstherapie.

De logopedist dient te werken met PMA in de revalidatiefase.	
--	--

Tabel 3: inclusie- en exclusiecriteria logopedisten

In de onderstaande tabel staan de inclusie – en exclusiecriteria beschreven van de PMA:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De PMA bevindt zich in de revalidatiefase.	De co-therapeut mag zich niet buiten de netwerkcirkel bevinden.
De ernst van afasie dient bepaald te zijn door een logopedist (licht, matig-ernstig of ernstig) aan de hand van een afasie-onderzoek, zoals de CAT, screeling.	De P-BAC mag niet gebruikt worden in de vorm van groepstherapie.
De PMA moet over een co-therapeut beschikken die in staat en bereid is om mee te werken en instructies van de logopedist kan opvolgen.	
De moedertaal van de PMA is Nederlands.	
De hulpvraag van de PMA is participatiegericht.	
De PMA moet in staat zijn om twee uur per week therapie te volgen met de logopedist.	

Tabel 4: Inclusie -en exclusiecriteria PMA

Hypotheses

Een hypothese wordt gesteld om de verwachtingen van de onderzoekers te toetsen (HBO statistiek, 2017). Vanwege het feit dat de onderzoekers een kwalitatief onderzoek doen naar de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC, worden er geen hypotheses opgesteld voor het kwalitatieve deel van het onderzoek. Echter, willen de onderzoekers in beeld krijgen of de P-BAC een verandering

teweeg brengt in de participatiebehoefte van de PMA. Hiervoor zijn de volgende hypothesen opgesteld voor het kwalitatieve deel van het onderzoek.

H0: Het gebruik van de P-BAC brengt geen verandering of een negatieve verandering in de participatiebehoefte van een PMA op de totaalscore van de BIPAC I, BEBA, LSQ en CIQ-A.

H1: Het gebruik van de P-BAC brengt een positieve verandering in de participatiebehoefte van een PMA op de totaalscore van de BIPAC I, BEBA, LSQ en CIQ-A.

Procedure

De onderzoekers hebben een mail opgesteld (bijlage 1) waarin staat beschreven wie de onderzoekers zijn, wat de onderzoeksvraag is, de procedure van het onderzoek en welk materiaal er gebruikt gaat worden. Vooraf wordt er telefonisch contact opgenomen met de logopedisten om het onderzoek kort toe te lichten. De logopedisten zullen, indien zij meedoen aan het onderzoek, de cliënten die zij in behandeling hebben selecteren aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria. Om de behoeftes van de PMA te inventariseren, vindt er een 0-meting plaats door middel van de BIPAC/BEBA, CIQ- A en LSQ.

Indien een logopedist vooraf niet gewerkt heeft met de BIPAC/BEBA, CIQ -A en LSQ zullen de onderzoekers een korte beschrijving/informatie geven over het gebruik hiervan. Tevens krijgen de logopedisten een toegangscode van meetexpert waarop alle handleidingen en meetinstrumenten, behalve de LSQ te vinden zijn. Via een PDF bestand wordt de LSQ beschikbaar gesteld voor de logopedist. De nul- en nameting wordt uitgevoerd door de onderzoekers op een moment, wanneer de PMA normaliter logopedische therapie hebben.

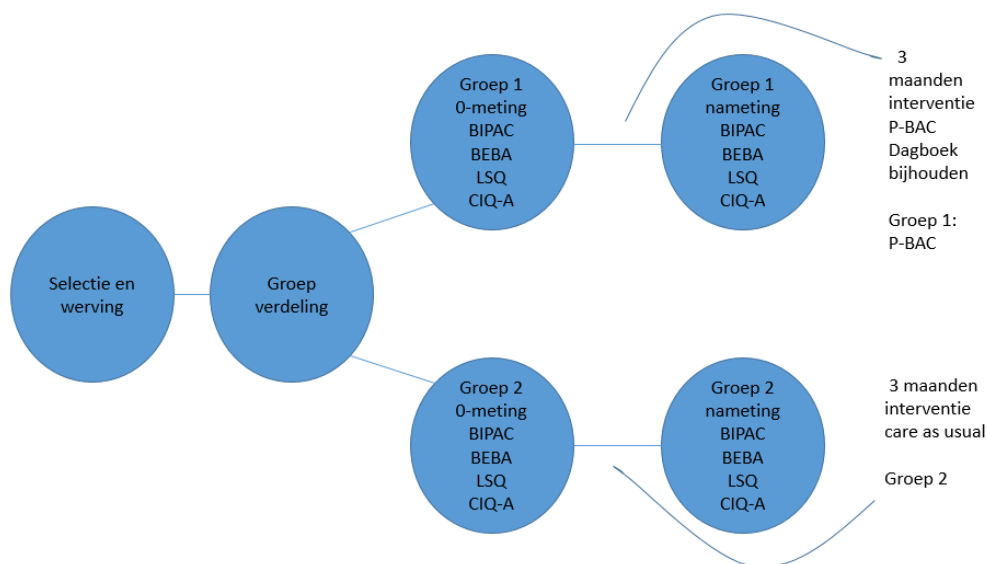
De logopedisten krijgen tijdens de interventieperiode van drie maanden enkel PMA uit groep 1 of groep 2. Dit wordt gedaan om een carry-over-effect te voorkomen. Groep 1 krijgt behandeling middels de P-BAC en groep 2 krijgt care as usual. Uit de richtlijnen van Afasienet (2017) wordt beschreven dat, mits het mogelijk is, er tenminste twee uur per week directe individuele taaltherapie wordt gegeven aan de PMA. De P-BAC wordt elke behandeling gebruikt bij de

deelnemers van groep 1.

Gedurende de interventieperiode wordt er per mail wederzijds contact gehouden tussen logopedist en de onderzoekers over het proces van de behandeling met de P-BAC.

De onderzoekers zullen in overleg met een logopedist aanwezig zijn bij de behandeling van twee PMA uit groep 1. Door het bijwonen en observeren van de behandelingen met de P-BAC bij een en dezelfde PMA krijgen de onderzoekers een indruk vanuit een ander perspectief van de P-BAC dan de logopedist tijdens het behandelen.

Na de interventieperiode maken de onderzoekers een afspraak met de logopedisten (uit groep 1) die aan het onderzoek deel hebben genomen. Alle dataverzameling over de hanteerbaarheid en bruikbaarheid worden besproken en geïnventariseerd. Tevens vindt er een nameting plaats met de BIPAC/BEBA, CIQ-A en LSQ bij de cliënt. Naast dat deze nameting wordt gedaan om de participatiebehoefte te meten bij de PMA, wordt er tijdens deze sessie ook aan hen gevraagd om een mening te geven over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van het materiaal. Dit wordt gedaan middels een gesprek. De PMA hoeft geen dagboek bij te houden. De resultaten van de nameting worden geanalyseerd met SPSS Statistics 25. De onderzoekers nemen alle deelnemers mee in de analyse. Dit betekent dat de onderzoekers ook de PMA meenemen die tijdens het onderzoek/de interventie zijn gestopt, om wat voor een reden dan ook. Dit wordt gedaan om het onderzoek overeen te laten komen met de praktijk, want ook in de praktijk kan hier sprake van zijn. Zo voldoet het onderzoek aan het criterium intention- to-treat (Wouters, van Zaalen, & Bruijning, 2015). Zie figuur 3 voor een visualisatie van het onderzoeksdesign.



Figuur 3: Weergave van het onderzoeksdesign in beide groepen.

Data analyse

Dagboek

Om een beeld te krijgen van de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC hebben de logopedisten na iedere behandeling met de P-BAC een semi-structureerd dagboek bijgehouden waarin zij alle bijzonderheden kunnen invullen. Tevens worden de logopedisten na de interventieperiode een aantal vragen gesteld in een gesprek met betrekking tot de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van het materiaal.

Door de resultaten te analyseren krijgen de onderzoekers niet alleen een duidelijk beeld van de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van het materiaal, maar ook een beeld van de missing links in het materiaal. Het analyseren van de uitkomsten doen de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Deze manier wordt gekozen zodat beide onderzoekers objectief de resultaten kunnen analyseren en elkaar niet beïnvloeden. Aangezien het grootste gedeelte van deze data uit teksten bestaat, wordt er gebruik gemaakt van gepaste citaten.

Vragen omtrent hanteerbaarheid en bruikbaarheid dagboek:

- Hoe verliep het gebruik van de handleiding en het raadplegen hiervan?

- Hoe heeft u de oefeningen die u gebruikt hebt voor de behandeling ervaren?
- Waren de behandelde oefeningen duidelijk omschreven? Indien u dit niet vond, kunt u aangeven waar er verbetering kan plaatsvinden?
- Hoe goed sluiten de oefeningen bij het hoofdthema aan en waar kan er verbetering op treden?
- Hoe vindt u dat de oefeningen aansluiten bij de participatie behoefte? Indien u vindt dat ze niet aansluiten, hoe kan dit volgens u verbeterd worden?
- Heeft u de bijlagen gebruikt? Zo ja, wat vond u hiervan als aanvulling op de oefeningen?

Naast het semi-gestructureerde dagboek willen de onderzoekers ook een beeld krijgen van de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC door middel van een gesprek die plaats zal vinden na de nameting. De vaste vragen, die ook in de dagboek van de logopedist staan, zullen een houvast bieden aan de structuur van het gesprek. Het doel van het gesprek is om dieper in te gaan op de meningen van de logopedisten.

Daarnaast zal er na de nameting een kort gesprek plaatsvinden met de PMA en de co-therapeut. Zo komen de onderzoekers erachter hoe bruikbaar en hanteerbaar de P-BAC in het perspectief van de PMA en de co-therapeut is. De literatuur (Merriam-Webster, 2019) (Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2008) beschrijft namelijk dat de bruikbaarheid en hanteerbaarheid niet alleen voor de logopedist geldt, maar ook voor diegene aan de andere kant. In dit geval zal dit dus de PMA en de co-therapeut zijn.

Voor (0-meting) en nameting:

Om de scores van de nulmeting met de verschillende meetinstrumenten te kunnen interpreteren moeten de somscores een totaal score worden. Door operationalisatie kunnen de onderzoekers vanuit de totaalscore zien of de P-BAC veranderingen teweeg brengt in de revalidatie van de cliënt welke worden meegenomen in het onderzoek als proof of principal. In tabel 3 worden de scores van de meetinstrumenten beschreven en op welk meetniveau deze plaatsvinden. Op de

BIPAC I met het ordinale niveau kan de PMA kiezen uit een vijfschaal. Deze vijfschaal is: --, -, +/-, + en ++. Hierbij is ++ het meest positief en kan de PMA het meest zelfstandig een levensdomein uitvoeren. De vijfschaal hebben de onderzoekers gekoppeld aan de scores: -- is 1, - is 2, +/- is 3, + is 4 en ++ is 5. Het nominale gedeelte van de BIPAC I bestaat uit een tweepuntschaal met de antwoorden: ja of nee. De vragen zijn: kan het beter? En wilt u hier aandacht aan besteden? Wanneer een PMA antwoord met 'nee' wil dit zeggen dat de PMA geen behoefte heeft aan verbetering. 'Ja' wordt gescoord met 1 en 'nee' wordt gescoord met 2.

De BEBA bestaat uit een vierpuntschaal. De vierpuntschaal is: 0,1,2,3. Hierbij is 3 het meest positief en kan de PMA zelfstandig, zonder spanning en tevreden een activiteit uitvoeren. Tevens geeft de BEBA de frequentie en of de PMA een probleem kan oplossen bij een activiteit aan met deze vierpuntschaal.

De LSQ bestaat uit een zespuntschaal. De zespuntschaal is: 0 is zeer onbevredigend, 1 is onbevredigend, 3 is vrij onbevredigend, 4 is vrij bevredigend, 5 is bevredigend en 6 is zeer bevredigend. Hoe hoger het cijfer des te meer tevreden de PMA is met zijn leefsituatie.

Tot slot bestaat de CIQ-A uit een driepuntschaal. De driepuntschaal is: U alleen, U en iemand anders, iemand anders. Wanneer de cliënt kiest voor U alleen, is de cliënt het meest zelfstandig. Deze driepuntschaal hebben de onderzoekers gekoppeld aan de scores: U alleen is 2, U en iemand anders is 1 en Iemand anders is 0.

	Score	Meetniveau	Aantal items	Totaal scores	Interpretatie
<i>BIPAC I</i>	1-5	Ordinaal	21	28-105	28 = -, 105 = +
<i>BIPAC I</i>	1-2	Nominaal	15	15-30	15 = -, 30 = +
<i>BEBA</i>	0-3	Ordinaal	50	0-150	0 = -, 150 = +
<i>LSQ</i>	1-6	Ordinaal	9	9-54	9 = -, 54 = +
<i>CIQ-A</i>	0-2	Ordinaal	15	0-29	0 = -, 29 = +

Tabel 5: Somscores meetinstrumenten

De som van de totaalscores van de verschillende meetinstrumenten vormt de 0-meting. De deelnemer kan tussen de 52-368 scoren. Hoe hoger de score, hoe minder de participatiebehoefte is.

De somscores worden bij elkaar opgeteld waaruit een gemiddelde score ontstaat.

Vanuit de BIPAC/BEBA, CIQ-A en LSQ wordt er gekeken in welke thema's en levensdomeinen de PMA de grootste communicatiebehoefte heeft. In overleg met de PMA en co-therapeut wordt er besloten welke hoofdthema's van de P-BAC aan bod komen tijdens de interventieperiode.

Na de interventieperiode van drie maanden vindt de nameting plaats. Hieruit komen de nieuwe somscores. In hoeverre de interventieperiode een verandering teweeg brengt, wordt aangetoond door de Wilcoxon-test op de gemiddelde van de scores van beide groepen.

De nul -en nameting zullen plaatsvinden op het tijdstip waarin de PMA normaal gesproken therapie krijgt. Dit wordt gedaan zodat de planning en vaste routine niet worden doorbroken. Ook vindt deze plaats in een rustige omgeving en moet de PMA alert zijn (Eilander, Van Belle-Kusse, & Vrancken, 2006).

In SPSS worden de deelnemers onderverdeeld in groep 1 of groep 2, deze worden op nominaal niveau aangegeven. Het cijfer 1 staat voor de groep 1 en cijfer 2 staat voor de groep 2.

4. Resultaten

De onderzoekers streefden naar 30 PMA. Dit kon niet gerealiseerd worden. In totaal hebben 9 PMA deelgenomen aan het onderzoek bij 3 verschillende logopedisten. Deze logopedisten zijn werkzaam bij Dignitazorg (Hoensbroek), Logopedische praktijk Samenspraak (Geleen) en Cicero (Brunssum). Hiervan waren 6 PMA man en 3 PMA vrouw. In groep 1 namen 7 PMA deel en in groep 2 zaten 2 PMA. Een overzicht van de deelnemers is te zien in tabel 6.

In tabel 7 staat een overzicht van logopedisten/instellingen die benaderd zijn, maar wegens verschillende redenen niet deel konden nemen aan het onderzoek.

Groep	PMA	
Groep 1 (P-BAC)	5 man	2 vrouw
Groep 2 (Care as usual)	1 man	1 vrouw

Tabel 6: Groepsindeling

Wie benadert?	Hoe benadert?	Waarom afgewezen?
Zuyderland	Mail en telefonisch	Weinig tijd en werken functiegericht.
Adelante	Mail en telefonisch	Kleine doelgroep die participatiegericht werkt. Meestal na 6 maanden post onset met ontslag en dan toe aan participatiegericht werken.
CuraMare en Groenhuysen	Mail en telefonisch	Geen cliënten die binnen de doelgroep vallen.
Sevagram	Mail	Geen toezegging vanwege begrotingsgesprekken. Vervolgens geen respons meer.
Rijndam Revalidatie	Mail en telefonisch contact	Rijndam: werkt alleen met scholen samen waar contracten mee zijn opgesteld. Sandra: behandelt zelf geen PMA meer, revalidanten zijn er niet lang,

Cicero	Mail	Cliënten zullen niet lang genoeg zijn opgenomen bij Cicero.
Cicero	Mail	Cliënt teruggetrokken vanwege gezondheidsklachten
Envida	Mail en telefonisch	Wegens tijdsdruk niet in gelegenheid om mee te doen.
RAP	Mail en telefonisch	Cliënten aangeboden voor controlegroep. Cliënten krijgen geen logopedische oefeningen. Logopedie is gericht als daginvulling.
Merem Revalidatie Almere	Mail en telefonisch	Werken niet participatiegericht. Plus tijdsgebrek.
Logopediecentrum Blerick	Telefonisch	Tijdsgebrek
Afasiecentrum Noord-Limburg	Mail	Reden onduidelijk.
Afasiecentrum Zuid-Limburg	Telefonisch	Tijdsgebrek.
Driebergen	Mail	Geen respons
Zorggroep Venlo	Telefonisch	Tijdsgebrek

Tabel 7: Afwijzingen

In dit artikel wordt één casus beschreven: cliënt 1. Tabel 8 laat kenmerken, de co-therapeut en de scores van de voor- en nameting van cliënt 1 zien.

	Score voormeting	Score nameting
Client 1: Vrouw Ernstige afasie		
Co-therapeut: Man Echtgenoot		

BIPAC 1	71	103
BEBA	27	46
LSQ	9	9
CIQ-A	13	9
Totaal score	120	164

Tabel 8: cliënt 1 beschrijving.

Cliënt 1 is een vrouw met een ernstige afasie. Cliënt 1 krijgt logopedische therapie in een vrije praktijk. De co-therapeut is bepaald door cliënt 1 en haar logopedist. Samen hebben zij gekozen voor de echtgenoot van cliënt 1. Uit het gesprek na de interventieperiode blijkt dat zij gekozen heeft voor deze co-therapeut, omdat haar echtgenoot gemotiveerd en het dichtst bij haar staat.

De co-therapeut was bij alle behandelingen aanwezig en diende als coach, gesprekspartner in de rollenspellen en transfer naar de praktijk. In tabel 6 worden de scores beschreven die cliënt 1 scoort op de voormeting.

In de eerste sessie heeft cliënt 1 samen met de desbetreffende logopedist en de co-therapeut een prioriteitenlijst van de thema's opgesteld naar aanleiding van de onderzoeksresultaten. Hieruit kwam een volgorde van thema's en bestonden de therapiesessies op volgorde uit de volgende thema's: boodschappen doen, praatje maken, uiteten en telefoneren opbellen.

Cliënt 1 heeft in totaal 15 logopedische therapiesessies gehad met de P-BAC. Hiervan stonden 5,5 sessies in het teken van het thema: boodschappen doen, 3,5 sessies in het teken van het thema: praatje maken, 2 sessies in het teken van het thema: uiteten en 3 sessies in het teken van het thema: telefoneren opbellen.

Na de interventieperiode hebben de onderzoekers de nameting afgenomen en een gesprek gevoerd met cliënt 1, de logopedist en de co-therapeut. De volgende citaten geven aan wat cliënt 1, de co-therapeut en de logopedist vinden over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van het materiaal. Cliënt 1:

“Ik krijg door de bladen van de P-BAC meer structuur in de behandeling, waardoor taken goed uitvoerbaar zijn.”

“Op sommige bladen staat teveel informatie.”

Het programma is voor mij niet zo geschikt, omdat niet alle oefeningen aansluiten op mijn participatiebehoefte.”

De co-therapeut:

“Ik vind het goed dat er participatiegericht gewerkt wordt, alleen mis ik nog afstemming op het individu.”

“Tevens vindt ik de opzet van het programma goed maar mis ik nog items zoals hobby’s.”

Zie tabel 9 voor een duidelijk schema van de meningen van cliënt 1 en haar co-therapeut over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC.

De logopedist:

“ik heb het eerste thema volgens de stappen behandeld, al snel bleek wel dat ik onderdelen mistte, deze heb ik naderhand zelf toegevoegd.”

“De oefeningen waren voor de logopedist duidelijk omschreven, wel merkte ik dat deze voor de PMA soms wat verwarrend waren beschreven.”

In tabel 10 staat het dagboek wat bijgehouden is per sessie van de logopedist van cliënt 1. Tabel 11 geeft een overzicht van de vaste vragen die de onderzoekers beantwoord wilde hebben omtrent de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC.

<i>Cliënt 1</i>	<i>Co-therapeut</i>
Zij vindt dat het programma niet zo geschikt is voor haar, omdat niet alle levensdomeinen en oefeningen op haar participatiebehoefte aansluiten.	Hij vindt het goed dat het gebeurd op deze manier, maar mist nog een beetje de afstemming op het individu.
Soms staat er wat teveel informatie op de bladen.	De theorie is heel algemeen- maar wat is zinvol voor de client?
Door de bladen merkt zij meer structuur, waardoor dingen soms wel goed uitvoerbaar zijn.	Hij mist nog items als hobby’s, hoe kan dit praktisch te oefenen zijn.
	Een goede diagnose is nodig, niet zozeer enkele de vragen die gesteld zijn bij de meting maar meer mbv een levensverhaal?
	Verder is de opzet van het oefenprogramma wel prima.

Tabel 9: Opmerkingen meningen cliënt 1 en co-therapeut.

Sessies	Inhoud/thema	Deelonderwerp	Opmerkingen
1	Nog geen	Prioriteitenlijst opgesteld samen n.a.v. onderzoeksresultaten	Boodschappen kwam als prioriteit 1 naar voren; huiswerk was een lijstje maken en meenemen.
2	Boodschappen	Lijstje maken, oef voor lichte afasie	Tussenstap moeten maken; mw. wist niet wat er in huis was aan producten, kon dus ook niet opschrijven wat nodig was; keukenindeling was veranderd na infarct, had hier nog nooit naar gekeken.
3	Boodschappen	Lijstje maken	Lijstje maken lukte nu wel; in behandeling extra aandacht voor de indeling van een winkel m.b.v. de categorisatieoefening; dit was een eye-opener voor mw.; handige werkbladen!
4	Boodschappen	Lijstje maken en pinnen (lichte afasie bladen met uitleg en foto's pinnen)	Lijstje maken en dingen categoriseren gaat nu beter (geen informatie op papier gegeven). Pin stappen besproken d.m.v. werkbladen; thuis gaan oefenen met code. Alleen papier is voor mw. te weinig ondersteuning; idee van dhr. oefenen met een

			oude telefoon (zodat het echte toetsen zijn) We missen hier een blad met de afbeelding van een geldautomaat; dit i.v.m. de extra stappen die je hier moet maken t.o.v. een winkelpinautomaat Ook het contactloos betalen mist.
5	Boodschappen	Pinnen Vragen stellen in winkel	Praktisch probleem m.b.t. pinnen; hoogte van de automaten zodat mw. het niet goed kan zien; zijn hier wellicht nog ideeën voor? Zelf hebben we al bedacht dat de automaten binnen bij ING over het algemeen wat lager zijn en hierdoor beter zichtbaar We hebben het vragen stellen (om product en om hulp) samen gepakt; vaak stel je een vraag en komen er vervolgvragen uit voort; ik vond het dubbel om beiden te gaan oefenen.
6	Boodschappen	Contant betalen	De gekopieerde afbeeldingen van het geld zijn doordat het geen kleur heeft lastig; we hebben met echt geld geoefend.

7	Boodschappen praatje	Contant betalen Praatje maken	Het zou fijn zijn als er wat praktische suggesties zouden zijn voor de motorische problemen; het hanteren van een portemonnee is lastig. Sociale netwerkcirkel maken maakt het heel duidelijk; de hulpkaart zou ik bij lichte of matig-ernstige afasie niet gauw maken merk ik ondertussen.
8 I.v.m. ziekte+ vakantie hierna 2wkn geen logo	Praatje	Praatje maken, onderwerpen	Vraag van cliënt is vooral het starten van een gesprek. Bij het introduceren ervaart zij woordvindingsproblemen. Dus we hebben een extra oefening toegevoegd: voorbereiden praatje (inventariseren wat de voorkennis van iemand is en aan de hand hiervan welke inhoudswoorden van belang zijn om het gesprek te openen).
9	Praatje		Introductie onderwerp blijft lastig, aanvullende oefening gegeven= 2 onderwerpen samen voorbereid m.b.v. kernpunten die de cliënt

			komende dagen gaat introduceren thuis.
10	Praatje	Stopteken	Mw. had goede eigen inbreng m.b.t. stopteken; ik miste aanvullende oefeningen (informatiebladen van BOX deel 8 gebruikt om mw. te overvragen qua hoeveelheid info).
11	Uiteten	Bestellen, vragen om hulp	(afspraak maken, schuiven we door naar onderwerp telefoneren) Script gebruikt, fijne oefenbladen! Ik merk wel gaandeweg dat ik vaker voorgaande onderwerpen zelf nog even terugpak; wellicht zou een evaluatie/borgingsblad fijn zijn met enkele vragen die je kan stellen m.b.t. generalisatie.
12	Uiteten	Specifieke situaties	Geoefend m.b.v. de voorgestelde situaties, ook fijn om mee voor thuis te geven
13	Telefoneren opbellen	Basishandelingen	Basis bekeken/besproken, hoe werkt telefoon, hoe open je een gesprek; cliënt geeft aan het moeilijk in te schatten, d.m.v. de bladen

			kan ze het rustig thuis nog eens nalezen allemaal.
14	Telefoneren opbellen	Boodschap formuleren	Geoefend met de gegeven voorbeelden, bv tandarts bellen om afspraak voor maandag te maken; geoefend met eigen telefoon van de cliënt en echtgenoot; stappenplan geformuleerd samen. Ik miste het stukje voorbereiding van een gesprek nog in het programma.
15	Telefoneren opbellen	Boodschap formuleren	Www schema handig om in te zetten; we hebben m.b.v. sociale cirkels tevens besproken wat voor soort gesprekken er gevoerd worden; 1 specifieke situatie praktisch uitgewerkt en al even geoefend in de sessie, mw. gaat dit zelfstandig uitvoeren thuis.

Tabel 10: dagboek van logopedist cliënt 1.

Vraag	Antwoord logopedist
Hoe verliep het gebruik van de handleiding en het raadplegen hiervan?	Handleiding doornemen was geen probleem. Heb ik eenmalig gedaan voordat ik ermee ging werken.
Hoe heeft u de oefeningen die u gebruikt hebt voor de behandeling ervaren?	De oefeningen van tevoren doorgelezen. De werkbladen bij de oefeningen ook gebruikt. De oefeningen waren fijn, alleen heb ik soms eigen tussenstappen bedacht omdat dit beter aansloot bij de PMA.
Waren de behandelde oefeningen duidelijk omschreven? Indien u dit niet vond, kunt u aangeven waar er verbetering kan plaatsvinden?	De oefeningen zijn duidelijk omschreven voor de logopedist. Voor de PMA soms wat verwarrend om zelf te lezen.
Hoe goed sluiten de oefeningen bij het hoofdthema aan en waar kan er verbetering op treden?	De oefeningen sluiten zeker goed aan bij de thema's zoals we ze hadden gekozen n.a.v. het onderzoek. Zoals aangegeven misten wij het stukje rondom hobby's en de digitale zaken zoals laptop, smartphone en tablet.
Hoe vindt u dat de oefeningen aansluiten bij de participatie behoefte? Indien u vindt dat ze niet aansluiten, hoe kan dit volgens u verbeterd worden?	Ik heb het eerste thema dat we geoefend hebben (winkelen) in het begin redelijk volgens de stappen geoefend. Echter al snel bleek dat we toch enkele dingen moesten overslaan of toevoegen om het ook functioneel inzetbaar te maken voor deze specifieke cliënt. Ik kan me voorstellen dat dit over het algemeen zo gaan zijn.

Heeft u de bijlagen gebruikt? Zo ja, wat vond u hiervan als aanvulling op de oefeningen?	Ik heb de bijlagen niet gebruikt. Wel gezien trouwens.
--	--

Tabel 11: antwoorden van de logopedist op de vragen omtrent bruikbaarheid en hanteerbaarheid.

Tot slot is er na de interventieperiode ook de nameting afgenomen. Deze is ook te zien in tabel 8. Hieruit blijkt dat cliënt 1 een hogere score heeft gehaald ten opzichte van de voormeting. Dit wil zeggen dat er bij cliënt 1 een positieve verandering teweeg is gebracht in haar participatiebehoefte.

Uit het eindgesprek blijkt dat cliënt 1 en de co-therapeut aan dat zij door de P-BAC meer bewust zijn geworden van hun participatiebehoefte.

De overige cliënten van groep 1 (cliënt 2 t/m cliënt 7) worden kort beschreven in tabel 12. Tabel 12 geeft een korte beschrijving over de cliënten, de co-therapeut en de voor- en nametingen. De voor- en nametingen worden afgekort als vm (voormeting) en nm (nameting).

cliënt:	kenmerken:	co-therapeut:	vm	nm
cliënt 2	man ernstige afasie	vrouw een vriendin van meneer	BIPAC: 77 BEBA: 55 LSQ: 15 CIQ-A: 37	BIPAC: 75 BEBA: 38 LSQ: 31 CIQ-A: 12
cliënt 3	man lichte afasie	vrouw dochter	BIPAC: 94 BEBA: 78 LSQ: 30 CIQ-A: 9	BIPAC: 97 BEBA: 56 LSQ: 39 CIQ-A: 10
cliënt 4	man matig- ernstige afasie	man zoon	BIPAC: 100 BEBA: 58 LSQ: 32 CIQ-A: 16	BIPAC: 99 BEBA: 76 LSQ: 39 CIQ-A: 12

cliënt 5	vrouw ernstige afasie	man zoon	BIPAC: 99 BEBA: 94 LSQ: 39 CIQ-A: 11	BIPAC: 91 BEBA: 10 LSQ: 45 CIQ-A: 10
cliënt 6	man lichte afasie	man zoon	BIPAC: 94 BEBA: 27 LSQ: 28 CIQ-A: 9	BIPAC: 93 BEBA: 42 LSQ: 31 CIQ-A: 9
cliënt 7	man matig- ernstige afasie	vrouw echtgenoot	BIPAC: 112 BEBA: 52 LSQ: 37 CIQ-A: 11	BIPAC: 125 BEBA: 67 LSQ: 40 CIQ-A: 11

Tabel 12: beschrijving resultaten cliënt 2 t/m cliënt 7.

Bij de cliënt 2 t/m cliënt 7 is eveneens na de interventieperiode een gesprek gevoerd met de cliënten, de co-therapeut en de logopedist omtrent de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC. Hierbij moet aangegeven worden dat deze cliënten dezelfde logopedist hadden.

In tabel 13 staan de meningen over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC van cliënt 2 t/m cliënt 7 en hun co-therapeuten.

cliënt:	mening cliënt	Mening co-therapeut:
cliënt 2	Sommige oefeningen waren voor mijn motorische problemen wat moeilijker. Vond de hoeveelheid tekst bij de oefeningen vaak lastig. Heeft mij wel laten nadenken, wat voor mij belangrijk is in het leven.	De oefeningen waren niet altijd geschikt voor meneer door zijn motorische problemen. Denk hierbij aan het treinkaartje kopen. De oefeningen en werkbladen gaven, ondanks de grote

		voorbereiding, een structuur aan meneer.
cliënt 3	De oefeningen waren leuk en leerzaam, met name de rollenspellen. De werkbladen waren van grote waarde, ook gaven de extra suggesties een bredere kijk op de oefening Levensdomeinen werden naar mijn gevoel niet altijd optimaal aangepakt tijdens een oefening.	De rollenspellen waren een meerwaarde. Wel moest ik mijzelf hier goed en lang op voorbereiden door de hoeveelheid tekst. Niet alle oefeningen sluiten aan bij de cliënt, hier heb ik soms een eigen draai aangegeven. De suggesties waren hiervoor ook fijn.
cliënt 4	De bijlagen zoals de sociale netwerkcirkel waren handig voor mij. De oefeningen waren goed te doen en deed ik vaak met mijn zoon.	De sociale netwerkcirkel is een aanrader. Heeft ons tot het denken gezet en dit heeft ons geholpen om te oefenen bij meerdere mensen waar wij van tevoren niet over nadachten. Hieruit hebben wij wel een beeld gekregen hoe groot ons netwerk is. Oefeningen zelf waren leuk en beide merkten wij dat het gericht is op het terugkeren naar de maatschappij.
cliënt 5	De hoeveelheid tekst is voor mij lastig.	Sommige oefeningen waren persoonlijk wat

	Sommige oefeningen waren persoonlijk, wat ik zelf minder fijn vindt. Door het materiaal heb ik een duidelijk beeld gekregen van mijn omgeving en van mijn behoefte om mee te kunnen draaien in de maatschappij.	mevrouw niet fijn vond. Hier heb ik door de suggesties een andere draai eraan kunnen geven. Het kost wel teveel voorbereiding.
cliënt 6	Ik merkte bij het oefenen dat sommige dingen vernieuwd zijn. Denk hierbij aan treinkaartjes kopen. Het oefenen van de rollenspellen kosten wel veel tijd. De rollenspellen hadden wel meerwaarde.	De rollenspellen waren leuk en duidelijk beschreven. Ook vond ik de uitleg van de werkbladen en oefeningen duidelijk.
cliënt 7	Ik vind het goed dat er ook aandacht wordt besteed aan andere dingen dan alleen praten. Bijvoorbeeld het schrijven erbij.	Het goede aan het materiaal is dat er ook oefeningen zijn waarbij meneer kan schrijven. Er wordt niet alleen op praten ingezet, maar ook op kanalen die de echtgenoot wel kan. Een nadeel is wel de lange stukken tekst bij sommige rollenspellen.

Tabel 13: meningen cliënt 2 t/m cliënt 7 en hun co-therapeut.

De onderzoekers hebben de vaste vragen omtrent de bruikbaarheid en hanteerbaarheid ook aan de logopedist van cliënt 2 t/m cliënt 7 gesteld. Zie tabel 14 voor de antwoorden van de logopedist.

Vraag	Antwoord logopedist
Hoe verliep het gebruik van de handleiding en het raadplegen hiervan?	De handleiding heb ik in het begin goed doorgenomen. Hier stond alles duidelijk in beschreven.
Hoe heeft u de oefeningen die u gebruikt hebt voor de behandeling ervaren?	De voorbereidingen voor de behandelingen kostte veel tijd in verband met veel leeswerk. Bij de oefeningen waarbij een rollenspel aanbod aan kwam moest ik ook tijdens de behandeling veel lezen. Gelukkig waren de cliënten geduldig, aangezien ze vaak op mij moesten wachten. Daarentegen waren de oefeningen wel duidelijk beschreven en kon ik de oefening ook vaak koppelen aan het dagelijks leven van de cliënt.
Waren de behandelde oefeningen duidelijk omschreven? Indien u dit niet vond, kunt u aangeven waar er verbetering kan plaatsvinden?	Duidelijk omschreven, alleen soms teveel tekst waardoor het soms moeilijk was om dit toe te passen in de therapie en in de rollenspellen. Daarnaast is het verschil tussen de oefeningen en ernst van afasie niet heel groot.
Hoe goed sluiten de oefeningen bij het hoofdthema aan en waar kan er verbetering op treden?	Waar ik vaker tegen aan liep tijdens de behandeling waren oefeningen die niet aansluiten op de cliënt i.v.m. motorische problemen. Verder sluiten de

	oefeningen goed aan op de thema's en biedt het een mooie houvast aan de behandeling.
Hoe vindt u dat de oefeningen aansluiten bij de participatie behoefte? Indien u vindt dat ze niet aansluiten, hoe kan dit volgens u verbeterd worden?	De oefeningen sluiten goed aan op de participatiebehoefte, echter was dit vooral alleen bij thema boodschappen doen, telefoneren en praatje maken. Het zou heel mooi zijn als er nog andere thema's aan bod kunnen komen, om het aan te laten sluiten op ieder specifieke cliënt, maar dit is moeilijk te realiseren.
Heeft u de bijlagen gebruikt? Zo ja, wat vond u hiervan als aanvulling op de oefeningen?	Met een cliënt heb ik samen gekeken naar de sociale netwerkcirkel, dit om een goed beeld te kunnen schetsen van de communicatiepartners. Dit was zeker wel een meerwaarde bij deze cliënt. Daarnaast heb ik ook het stopteken gebruikt tijdens rollenspellen. Hier had ik zelf al een eigen handeling voor, maar deze werkte ook goed.

Tabel 14: Antwoorden van de logopedist op de vragen omtrent bruikbaarheid en hanteerbaarheid.

4.2 Proof of principal

De onderzoekers wilden middels dit onderzoek er tevens achter komen of de P-BAC überhaupt een verandering te weeg brengt in de participatiebehoefte van de PMA. Om hier achter te komen hebben de onderzoekers een nul – en nameting uitgevoerd bij alle PMA die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Om de participatiebehoeften te meten zijn er 4 participatiegerichte vragenlijsten afgenomen; BIPAC I, BEBA, CIQ-A en LSQ.

Groep 1	Gemiddelde score nulmeting	Gemiddelde score nameting
Cliënt 1	120	164
Cliënt 2	184	156
Cliënt 3	211	202
Cliënt 4	206	226
Cliënt 5	243	156
Cliënt 6	184	172
Cliënt 7	212	243
Totaal	1360	1319

Tabel 14: resultaten vragenlijsten groep 1

Groep 2	Gemiddelde score nulmeting	Gemiddelde score nameting
Cliënt 8	176	195
Cliënt 9	190	203

Tabel 15: resultaten vragenlijsten groep 2

Uit de totaalscores van groep 1 blijkt dat groep 1 achteruit is gegaan. Dit wil zeggen dat de moeite om te participeren vergroot is na de interventieperiode.

Echter hebben 3 PMA een hogere score gehaald. Zie tabel 14 en 15.

De resultaten zijn in het statistische programma SPSS 25 verwerkt. Hierbij hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van de Wilcoxon-test. Dit hebben de onderzoekers gedaan om aan te tonen of het verschil in de participatiebehoefte van de PMA significant of niet significant is. Zie tabel 16.

Test Statistics^a

	nameting - nulmeting
Z	-,507 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,612

Exact Sig. (2-tailed)	,688
Exact Sig. (1-tailed)	,344
Point Probability	,055

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Tabel 16: Wilcoxon-test statistieken

Uit de Wilcoxon-test komt een p-waarde van 0,612. Wanneer de P-waarde $< 0,05$ is deze significant. $p=0,612$ geeft aan dat het onderzoek niet significant is (Kalf & de Beer, 2011).

5. Discussie

De onderzoekers wilden middels de volgende vraagstelling erachter komen of de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar is voor logopedisten, de PMA en de co-therapeut:

“In hoeverre is het Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC) bruikbaar en hanteerbaar voor de logopedist, PMA en de co-therapeut en brengt het een verandering in de participatiebehoefte van een persoon met afasie in de revalidatie fase?”

Ten eerste hebben de onderzoekers een antwoord op de vraag of de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar is. De literatuur beschrijft dat therapiemateriaal bruikbaar is wanneer deze gemakkelijk en succesvol te gebruiken is (Merriam-Webster, 2019). Therapiemateriaal dat aan de volgende vier aspecten voldoet is hanteerbaar: leesbaarheid (bij vragenlijsten), mate waarin cliënten tevreden zijn over de aard van de vragen, afnametijd en frequentie van de afname en de fysieke en cognitieve belasting van de cliënt.

Volgens de PMA, logopedisten en de co-therapeuten is de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar, mits hier nog een aantal praktische zaken in veranderen. Uit de antwoorden van de PMA, de logopedisten en de co-therapeuten blijkt dat de hoeveelheid tekst en informatie bij sommige oefeningen te veel is en hierdoor de oefening moeilijker uit te voeren is, wat de P-BAC minder bruikbaar en hanteerbaar maakt. Hierdoor voldoet de P-BAC nog niet aan de vier aspecten van hanteerbaarheid, aangezien de hoeveelheid tekst kan betrekken op de fysieke en cognitieve belasting van de cliënt (Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2008). Dit blijkt uit de volgende citaten die zijn opgenomen in het dagboek en opgeschreven zijn door de onderzoekers in het gesprek na de nameting. Zo geeft cliënt 1 aan:

“Soms staat er wat teveel informatie op de bladen.”

De logopedist van cliënt 1 gaf hierover het volgende antwoord:

“De oefeningen waren voor de logopedist duidelijk omschreven, wel merkte ik dat deze voor de PMA soms wat verwarrend waren beschreven.”

Cliënt 5 zei:

“de hoeveelheid tekst is voor mij lastig.”

De co-therapeut van cliënt 7 gaf aan:

“Een nadeel van het materiaal is de lange stukken tekst bij sommige rollenspellen.”

Tevens blijkt uit de dagboeken en de gesprekken met de PMA, logopedisten en de co-therapeuten dat er nog een aantal items en/of oefeningen gemist worden.

Hierbij moet er gedacht worden aan items als hobby's en digitale zaken zoals: tablet, telefoon en contactloos pinnen. Zo geeft de co-therapeut van cliënt 1 aan:

“Ik mis nog de afstemming op het individu, denk hierbij aan items als hobby's. Hoe zijn deze te oefenen?”

Vanwege dit feit heeft de logopedist van cliënt 1 voor deze gemiste items en/of oefeningen zelf nog oefeningen toegevoegd voor de afstemming op deze cliënt. Dit heeft ze gedaan door gebruik te maken van informatiebladen van BOX of eigen gemaakte oefeningen.

Zo citeren de onderzoekers de logopedist van cliënt 1 vanuit haar dagboek:

“We missen hier een blad met de afbeelding van een geldautomaat; dit ivm de extra stappen die je hier moet maken tov een winkelpinautomaat. Ook het contactloos betalen mist.”

“Vraag van cliënt is vooral het starten van een gesprek. Bij het introduceren ervaart zij woordvindingsproblemen. Dus we hebben een extra oefening toegevoegd: voorbereiden praatje (inventariseren wat de voorkennis van iemand is en aan de hand hiervan welke inhoudswoorden van belang zijn om het gesprek te openen)”

“Introductie onderwerp blijft lastig, aanvullende oefening gegeven, 2 onderwerpen samen voorbereid met behulp van kernpunten die de cliënt komende dagen gaat introduceren thuis”
en

“ik miste een aanvullende oefening (informatiebladen van BOX deel 8 gebruikt om mevrouw te overvragen qua hoeveelheid info)”

Cliënt 6 gaf hier in het gesprek na de interventieperiode ook een opmerking over. Zo zei cliënt 6:

“Ik merkte bij het oefenen dat sommige dingen vernieuwd zijn. Denk hierbij aan treinkaartjes kopen.”

Bruikbaarheid en hanteerbaarheid geldt niet alleen voor de logopedist, maar ook voor de zorgverlener. Vanwege het feit dat de logopedist van cliënt 1 oefeningen moest toevoegen geeft dit aan dat de P-BAC nog niet succesvol is, als het vergeleken wordt met de theorie. Zoals eerder beschreven is therapiemateriaal bruikbaar wanneer dit gemakkelijk en succesvol is (Merriam-Webster, 2019). Hierbij moet wel gezegd worden dat de P-BAC vorig jaar, 2018, ontworpen is en de technologie in ons land zich altijd zal ontwikkelen.

Desondanks deze missing links in het materiaal geven de PMA, logopedisten en co-therapeuten aan dat het materiaal bruikbaar en hanteerbaar is voor hun. Door de werkbladen, oefenbladen en bijlages geeft de P-BAC een structuur aan de behandeling voor de PMA, de logopedisten en de co-therapeuten. Zo geeft de co-therapeut van cliënt 1 aan:

“De opzet van het oefenprogramma is wel goed.”

De co-therapeut van cliënt 2 beschreef dit als volgt:

“De oefeningen en werkbladen gaven, ondanks de grote voorbereiding, een structuur aan meneer.”

Cliënt 1 zei het volgende hierover:

“Door de bladen merk ik meer structuur, waardoor sommige dingen wel goed uitvoerbaar zijn.”

Daarnaast zijn de extra suggesties wat de P-BAC geeft ook een meerwaarde van het materiaal en voor de logopedist, de PMA en de co-therapeut. De oefeningen waar gebruik gemaakt kan worden van meerdere communicatiekanalen waren een pluspunt. Zo citeren de onderzoekers cliënt 7:

“Vindt het goed dat er ook aandacht wordt besteed aan andere dingen dan alleen praten. Bijvoorbeeld het schrijven erbij.”

Hierbij gaf de co-therapeut van cliënt 7 het volgende aan:

*“Het goede aan het materiaal is dat er ook oefeningen zijn waarbij meneer kan schrijven.
Er wordt niet alleen op praten ingezet, maar ook op kanalen die de echtgenoot wel kan.”*

Evengoed geldt dit voor de bijlagen die de P-BAC biedt. Zo brengen de bijlagen, denk hierbij aan de netwerkcirkel, volgens de cliënten en co-therapeuten een

positieve invloed op het materiaal, de therapie en de participatiebehoefte. Zo gaf cliënt 4 aan:

“De bijlagen zoals de sociale netwerkcirkel waren handig voor mij.”

De co-therapeut van cliënt 4 zei het volgende over de bijgevoegde netwerkcirkel:

“De sociale netwerkcirkel is een aanrader. Heeft ons tot het denken gezet en dit heeft ons geholpen om te oefenen bij meerdere mensen waar wij van tevoren niet over nadachten. Hieruit hebben wij wel een beeld gekregen hoe groot ons netwerk is.”

Ten tweede zijn de onderzoekers erachter gekomen dat de P-BAC überhaupt een verandering teweegbrengt in de participatiebehoefte. Uit de totaalscore van de PMA van groep 1 blijkt de H0 hypothese te kloppen. De totaalscore van de voormeting was 1360 en de totaalscore van de nameting was 1319. Uit deze cijfers blijkt dus dat de P-BAC een negatieve verandering in de participatiebehoefte van een PMA op de totaalscore brengt. Niettemin, geven de scores van drie PMA (cliënt 1, cliënt 4 en cliënt 7) aan dat de P-BAC een positieve verandering teweegbrengt in de participatiebehoefte. Ondanks deze verandering in de totaalscore van groep 1, geven de gesprekken bij de nameting na de interventieperiode een beeld over de verandering van de participatiebehoefte. Zo citeren de onderzoekers cliënt 5:

“Door het materiaal heb ik een duidelijk beeld gekregen van mijn omgeving en van mijn behoefte om mee te kunnen draaien in de maatschappij.”

De co-therapeut van cliënt 4 wordt geciteerd:

“Oefeningen zelf waren leuk en beide merkten wij dat het gericht is op het terugkeren naar de maatschappij.”

Niettemin, moet niet vergeten worden dat het kwantitatieve onderzoek “proof of principal” is afgenomen. De onderzoekers hebben dit kunnen afnemen bij een kleine doelgroep. Uit de Wilcoxon-test blijkt dat het onderzoek een p-waarde heeft van 0,612. Dit wil zeggen dat het onderzoek niet-significant is en het kan wijzen op toeval. De statistiek beschrijft, wanneer een p-waarde kleiner is dan 0,05 deze significant is (Kalf & de Beer, 2011).

Ten derde blijkt uit de werving dat nog niet alle logopedisten participatiegericht werken. Volgens de Haan-Neven, Dalemans & van Rumst (2014) dienen

logopedisten te werken met een participatiegerichte aanpak, zodat de logopedist daadwerkelijk betekenisvol kan zijn voor de PMA.

Daarentegen kregen de onderzoekers verschillende redenen van logopedisten werkzaam in de revalidatiefase, waarom zij niet aan dit onderzoek konden deelnemen. Zo gaf Zuyderland aan vooral functiegericht te werken. Evenwel gaf Merem Revalidatie Almere dit ook als reden. Bijkomend gaf RAP als redenatie aan dat zij geschikte PMA ter beschikking hadden, maar deze logopedische therapie kregen met als reden om een daginvulling te hebben.

Hieruit blijkt dat er nog te weinig logopedisten participatiegericht werken in de revalidatiefase. Dit is juist het belangrijkste aspect in de therapie volgens Dalemans (2019) voor de terugkeer naar de maatschappij met een communicatieve beperking. Eveneens beschrijft de NVLF in de richtlijn: diagnostiek en behandeling afasie dat een afasiebehandeling altijd maatwerk is gezien de individuele verschillen tussen PMA en deze in het teken dient te staan van het welzijn van de PMA en het mogelijk maken van participatie in de sociale context. Evengoed wordt dit beschreven in het overkoepelende doel die geformuleerd is voor de afasiebehandeling van de NAIS (2015).

Ondanks dat er een aantal verbeterpunten genoemd zijn door de logopedisten, de PMA en de co-therapeuten, zijn zij ook positief over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC.

De onderzoekers zijn er bewust van dat het onderzoek hiaten heeft. Zo is de P-BAC bij een kleine groep, 7 PMA, afgenomen door 2 logopedisten. Vanwege het feit dat de P-BAC, maar door 2 logopedisten is afgenomen kan de uitkomst van de bruikbaarheid en hanteerbaarheid niet veralgemeend worden.

Tevens is de verandering in de participatiebehoefte van groep 1 niet-significant. Het kan dus zijn dat de verandering in de participatiebehoefte van de PMA toeval is.

Het derde discussiepunt betreft het participatiegericht werken in de afasiebehandeling. Er is maar aan een klein aantal logopedisten gevraagd om mee te doen aan het onderzoek. Hierdoor kunnen de onderzoekers niet uitsluiten dat logopedisten te weinig participatiegericht werken.

Al met al is met behulp van dit onderzoek een beeld gekregen over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de P-BAC voor de logopedist, de PMA en de co-therapeut. Vervolgonderzoek is noodzakelijk wil de P-BAC ingezet worden in de praktijk. Zo zou de hoeveelheid tekst bij de oefeningen aangepast moeten worden voor de PMA en de logopedist. Daarnaast zullen er ook nog oefeningen bedacht moeten worden die aansluiten op de PMA. Denk hierbij aan oefeningen voor de hobby's en aansluitende oefeningen die het functioneel maken voor de PMA.

Vervolgens moet de bruikbaarheid en hanteerbaarheid nogmaals onderzocht worden met een grotere populatie en met meerdere logopedisten. Zo worden de voor- en nadelen van de P-BAC door meerdere individuen duidelijk.

Tot slot zal er nog vervolgonderzoek moeten plaatsvinden met als doel het effect van de P-BAC meten. Dit vervolgonderzoek zal uitgevoerd moeten worden als een effect studie, omdat het huidige onderzoek “proof of principal” is met een kleine populatie en niet-significant is wat kan wijze op toeval.

Hieruit kunnen de onderzoekers de conclusie trekken dat de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar is voor de PMA en de logopedist, mits de aanbevelingen in acht worden genomen.

Wat opviel tijdens het werven was dat niet alle logopedisten een participatiegerichte benadering hanteren in de revalidatiefase. Dit is juist hetgeen wat volgens de Haan-Neven, Dalemans & van Rumst (2014) het belangrijkste is om de transfer te maken van de therapiesituatie naar het dagelijks participeren met een communicatieve beperking.

Geef de PMA mogelijkheden voor een terugkeer naar de maatschappij en lever een bijdrage aan een participatiegerichte benadering welke past bij de behoeften van de persoon en zijn omgeving!

6. Bijlage

Bijlage 1: Wervingsmail

Geachte heer/mevrouw (naam).



Wij zijn Esra Hendriks en Vinny Schrijver, vierdejaars studenten van de opleiding Logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Momenteel zijn wij bezig met onze bachelorthesis, die in het teken staat van neurogene communicatiestoornissen.

U behandelt personen met afasie. Het uiteindelijke doel van afasietherapie is dat personen met afasie zo optimaal mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij. Helaas bestaat er nog weinig tot geen behandelmateriaal dat specifiek gericht is op het bevorderen van de participatie. Daarom hebben vorig jaar studenten voor hun bachelorthesis het Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC) ontwikkeld. De P-BAC is ontwikkeld zodat logopedisten gebruik kunnen maken van materiaal om de communicatieve vaardigheden in de participatie van een PMA (perso(o)n(en) met afasie) te bevorderen. Verdere uitleg over dit behandelmateriaal vindt u in de bijlage 1.

Echter, het is nog niet bekend of dit behandelmateriaal bruikbaar en hanteerbaar is voor de logopedist, PMA en co-therapeut. Tevens is er nog geen evidence of het materiaal bijdraagt aan het verbeteren van de participatie. Nochtans is het erg belangrijk dat logopedisten evidenced based kunnen werken. Daarom willen wij u graag betrekken om een antwoord te vinden op onze onderzoeksvraag:

“In hoeverre is het Participatiegericht Behandel materiaal Afasie en Communicatievaardigheden (P-BAC) bruikbaar en hanteerbaar voor de logopedist, PMA en de co-therapeut en brengt het een verandering in de participatiebehoefte van een persoon met afasie in de revalidatie fase?”

Wat levert u het op?

U krijgt een toegankelijke samenvatting van de onderzoeksresultaten.

Logopedisten die gebruik maken van de P-BAC:

- **U krijgt gedurende 3 maanden gratis toegang tot meetexpert.**
- **U ontvangt de P-BAC voor de duur van het project waardoor u al inzicht krijgt in dit therapiemateriaal, nog voor dat het op de markt komt.**
- **U bent een pionier in het gebruiken van de P-BAC en daardoor een voorloper op uw collega's.**

Logopedisten die care as usual werken:

- **U krijgt gedurende drie maanden gratis toegang tot meetexpert.**
- **Het levert u verder niks extra op, maar het kost u ook niks extra qua tijdsinvestering buiten de voormeting.**

Wat houdt het onderzoek in?

Het onderzoek bestaat uit drie fases:

1. Een beginmeting afgenomen door de logopedist (onder aanwezigheid van de onderzoekers).
2. Een interventie van drie maanden, uitgevoerd door de logopedist.
3. Een eindmeting afgenomen door de onderzoekers.

Vooraf zullen de logopedisten een korte training/instructie krijgen over het gebruik van het materiaal. Tijdens het gebruik van het materiaal wordt er ook door de logopedist een dagboek bij gehouden. Door het bijhouden van een dagboek kunnen de onderzoekers erachter komen of de P-BAC bruikbaar en hanteerbaar is. Het dagboek bestaat uit een aantal vaste open vragen.

In de eerste fase wordt er een beginmeting afgenomen door de onderzoekers met behulp van de BIPAC I, BEBA, CIQ-A en LSQ. Deze worden beschikbaar gesteld door de onderzoekers. De logopedisten krijgen een toegangscode van meetexpert, waarop de handleidingen en de meetinstrumenten van de BIPAC I, BEBA en CIQ-A te downloaden zijn. De LSQ ontvangt u als PDF bestand. De meetinstrumenten geven de logopedisten en onderzoekers een duidelijk beeld op welk domein de PMA de grootste participatiebehoefte ervaart.

De PMA worden geselecteerd door de logopedist aan de hand van de in- en

exclusiecriteria. De PMA dient Nederlands als moedertaal te spreken, bevindt zich in de revalidatiefase, is in staat om twee uur per week therapie te volgen, een participatiegerichte hulpvraag te hebben en beschikt over iemand in de omgeving die kan ingezet worden als co-therapeut.

De PMA worden ingedeeld in groep 1 of 2.

Na de beginmeting vindt er een interventieperiode van drie maanden plaats. De PMA die zich bevinden in de groep 1 krijgen elke behandeling therapie enkel aan de hand van de P-BAC. Groep 2 krijgt care as usual.

In de interventieperiode zullen de onderzoekers in samenspraak met de logopedisten één of twee PMA volgen en observeren tijdens de behandeling met de P-BAC.

De derde fase is de nameting. Deze zal worden afgenomen door de onderzoekers. De nameting wordt bij beide groepen afgenomen en bestaat uit de BIPAC I, BEBA, CIQ-A en de LSQ. Vanuit de resultaten kunnen de onderzoekers zien of de P-BAC een verandering teweeg brengt in de participatiebehoefte van de cliënt.

Wij hopen dat wij u enthousiast hebben gemaakt om deel te nemen aan ons onderzoek. Ons onderzoek wordt begeleid door dr. Ruth Dalemans en maakt onderdeel uit van een groter onderzoek.

Mocht u nog vragen hebben dan horen wij dit graag.

Met vriendelijke groet,

Esra Hendriks & Vinny Schrijver

Mail: 1546848hendriks@zuyd.nl

Mobiel: 0623847863

Mail: 1528432schrijver@zuyd.nl

Mobiel: 0646304686

Bijlage 1 (wervingsmail) uitleg behandel materiaal.

De P-BAC is een klapper die bestaat uit een handleiding en materiaal dat zich richt op het herstel van communicatieve vaardigheden van een PMA om de dagelijkse participatie te verbeteren.

De P-BAC bestaat uit 10 hoofdthema's met participatiegerichte logopedische oefeningen, deze zijn gebaseerd op de items van de Behoeft Inventarisatie en Probleemanalyse Communicatieve activiteiten (BIPAC). De 10 hoofdthema's waar de P-BAC zich op richt zijn:

- Vervoer bus;
- Vervoer trein;
- Uit eten gaan;
- Boodschappen doen;
- Afrekenen contant;
- Telefoneren opbellen;
- Telefoneren beantwoorden;
- Telefoneren ernstige afasie;
- Praatje maken;
- En specifieke gesprekken.

De P-BAC zet in op het gebruik van verschillende communicatiekanalen. Bij elke oefening wordt er aangegeven welke communicatiekanalen ingezet kunnen worden.

Tevens zijn er in de handleiding van de P-BAC bijlagen toegevoegd die de logopedist tijdens de behandeling maar ook in het dagelijks leven kan gebruiken. Aan het einde van de thema's staan rollenspellen beschreven. Het rollenspel kan gedaan worden met een co-therapeut en zo kan de transfer gemaakt worden naar het dagelijks leven.



Bijlage 2: training

TRAINING
P-BAC

Inhoudsopgave

Uitleg opbouw	70
Uitleg handleiding	70
Uitleg icoontjes.....	71
Oefening voorbeeld	72
Suggesties voorbeeld	73
Rollenspel voorbeeld	73
Meningen?	74

Uitleg opbouw

De klapper bestaat uit een handleiding, tabbladen, oefeningen, werkbladen, oefenbladen en oefenmateriaal.

De oefeningen zijn verdeeld onder de hoofdthema's. De hoofdthema's zijn:

- Vervoer bus;
- Vervoer trein;
- Uit eten gaan;
- Boodschappen doen;
- Afrekenen contant;
- Telefoneren opbellen;
- Telefoneren beantwoorden;
- Telefoneren ernstige afasie;
- Praatje maken;
- En specifieke gesprekken.

Elk hoofdthema vindt u achter een gekleurd tabblad. Achter elk tabblad is een bladzijde te vinden waar het hoofddoel, bijdrage aan participatie en context staat van het hoofdthema.

De oefeningen per thema zijn weer onderverdeeld in lichte afasie, matig-ernstige afasie en ernstige afasie. Zo kan de logopedist precies zien welke oefeningen relevant zijn voor de PMA.

Bij elke oefening staat een doel beschreven, uitleg van de oefening, de benodigheden voor de oefening en suggesties voor de oefening.

Als het van toepassing is, wordt u tijdens de oefening doorverwezen naar een werkblad en/of oefenblad. Deze werkbladen en/of oefenbladen vindt u achter de oefeningen. Hiervoor is geen apart tabblad gemaakt. Tevens geldt dit ook voor de rollenspellen.

Uitleg handleiding

De handleiding bestaat uit 13 kopjes. De kopjes zijn:

1. Inventariseer de wensen en behoeften van de cliënt.
2. ICF en A-From

3. Sociaal netwerk
4. Ernstgradatie
5. OC
6. Stopteken en vraagteken
7. Behandelintensiteit
8. Co-therapeut
9. Opbouw P-BAC
10. Communicatiekanalen
11. Comorbiditeit
12. Participatievaardigheden
13. Rollenspel en transfer

Achterin de handleiding zijn de bijlage te vinden, zoals het stop- en vraagteken of de communicatietips. Aan het eind van de handleiding zit nog een literatuurlijst.

Lees de handleiding aandachtig voor je begint met de P-BAC.

Uitleg icoontjes

De P-BAC gebruikt verschillende iconen. De iconen geven de logopedist aan wat er tijdens de oefening gedaan kan worden en welke communicatiekanalen geoefend worden.

Bij de oefeningen staat er een wijsneus en/of een nerd.

- *De wijsneus* herinnert de logopedist om uitkomsten van de PMA van de BIPAC I en dan na te gaan of de oefening op dat moment nog relevant is voor de PMA.
- *De nerd*: staat voor suggesties. Geeft de logopedist meerdere mogelijkheden voor de oefening.

De verschillende communicatiekanalen worden aangegeven met vijf verschillende picto's.

- Spreken
- Schrijven
- Lezen
- Lichaamstaal
- Auditief taalbegrip

Bijlage 3 van de handleiding bestaat uit twee iconen wat gebruikt kunnen worden tijdens de behandeling:

- *Stopteken*: De cliënt kan in alle mogelijke situaties het stopteken inzetten, om het gesprek te stoppen wanneer dit te snel gaat.
- *Vraagteken*: Deze kan de cliënt inzetten om aan te geven, wanneer iets niet begrepen wordt.

Oefening voorbeeld

De trainers geven een voorbeeld van de oefeningen. Het zal gaan om hoofdthema telefoneren/beantwoorden – subthema: opnemen en openen – matig-ernstige afasie – oefening 1 gesprekken openen. Het is de bedoeling dat de logopedisten zelf zoeken naar de bladzijde.

De trainers vertellen eerst wat er op de bladzijde te zien:

- Eerst wordt de wijsneus voorgelezen
- Hierna wordt er gekeken welke communicatiekanaal met deze oefening geoefend wordt.
- Het doel wordt benoemd
- De oefening wordt voorgelezen.
- De benodigheden worden voorgelezen
- En de suggesties (de nerd)

Het is de bedoeling dat de logopedist oefent. De trainers zullen de afasiepatiënt en/of de co-therapeut spelen.

Tweede oefening:

Hierna wordt er nog een tweede oefening geoefend. Dit zal een oefening zijn, waarbij je werkbladen moet gebruiken. Het gaat om de oefening: Hoofdthema praatje maken – subthema praatje maken – -lichte afasie – oefening 1 waar praat je (over)?

De stappen die bij de vorige oefening zijn toegepast, worden ook bij deze oefening toegepast.

Derde oefening:

De derde oefening zal een oefening zijn waarbij het oefenmateriaal (USB opnames) gebruikt worden. Het gaat om de oefening: Hoofdthema telefoneren beantwoorden – subthema notities maken – -lichte afasie – oefening 1 notities maken.

De stappen die bij de vorige oefening zijn toegepast, worden ook bij deze oefening toegepast.

Suggesties voorbeeld

De trainers geven een voorbeeld van de suggesties. Het zal gaan om hoofdthema telefoneren/beantwoorden – subthema: opnemen en openen – matig-ernstige afasie – oefening 1 gesprekken openen.

De logopedist gaat samen met de trainers een gesprek aan. Het zal gaan over de tweede suggestie. Er wordt een gesprek gehouden over de uitingen die de cliënt het liefst gebruikt. Deze worden opgeschreven.

Rollenspel voorbeeld

De trainers geven een voorbeeld van een rollenspel. Het zal gaan om hoofdthema telefoneren/beantwoorden – subthema: opnemen en openen – rollenspel.

De trainers vertellen eerst wat er op de bladzijde te zien:

- Eerst wordt het doel voorgelezen
- Hierna wordt de oefening voorgelezen
- De benodigheden worden voorgelezen
- En de suggesties (de nerd)

Het is de bedoeling dat de logopedist oefent. De trainers zullen de afasiepatiënt en/of de co-therapeut spelen.

Voor deze oefening zijn er twee telefoons nodig. Een trainer zal de logopedist bellen, die samen met de cliënt in het lokaal zit.

Meningen?

De trainers vragen naar de meningen van de logopedisten over de eerste indruk van het materiaal.

Literatuurlijst

(sd).

Afasie vereniging nederland. (2014). *Afasie*. Opgehaald van afasie.nl:

<https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=3>

Afasie Vereniging Nederland. (2014). *Afasie*. Opgehaald van Bijkomende

problemen: <https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=5>

Afasie Vereniging Nederland. (2014). *Afasie*. Opgehaald van Afasie, feiten en

getallen: <https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=13>

Afasie Vereniging Nederland. (sd). *Afasie*. Opgehaald van

<https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=4>

AfasieNet. (2017). *Behandelprogramma's en -materiaal*. Opgehaald van

<https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/behandelprogrammas-en-materiaal/>

AfasieNet. (2017, juli). *Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van afasie*.

Opgehaald van Versie voor mensen met afasie en naasten:

<https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Patiëntenversie-richtlijn-afasie.pdf>

Alles is gezondheid. (2012). *Wat is positieve gezondheid?* Opgehaald van

<http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid>

American Speech-Language-Hearing Association. (2017). *Life Participation*

Approach to Aphasia. Opgehaald van Asha:

<https://www.asha.org/public/speech/disorders/LPAA/>

arbeidsdeskundige. (2018). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Opgehaald van Arbeidsdeskundige:

<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/kennis/document/akc/411>

Bastiaanse. (2011). *Afasie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Bastiaanse, R. (2010). *Afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Berg, K., Askim, T., & Rise, M. (2017, Dec 18). What do speech-language pathologists describe as most important when trying to achieve client participation during aphasia rehabilitation? A qualitative focus group interview study. *International journal of speech-language pathology*, pp. 1-11.
- Beurskens, S., van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R., & Wittink, H. (2008). *Meten in de praktijk: stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- BijnierNET. (2017, November). *Het ICF-model*. Opgehaald van <https://www.bijniernet.nl/kwaliteit-zorg-kwaliteit-leven/kwaliteitsstandaard-bijnieraandoeningen/arbeidsparticipatie-generieke-module/icf-model/>
- Boonstra, A., Reneman, M., Stewart, R., & Balk, G. (2012). Life Satisfaction Questionnaire (Lisat-9): reliability and validity for patients with acquired brain injury. *International Journal of rehabilitation research*, 153-160.
- Bowen, D., Kreuter, M., Spring, B., & Cofta-Woerpel, L. (2010, April). *How we design feasibility studies*. Opgehaald van ncib: www.ncbi.nih.gov.
- Brown, K., Worrall, L. E., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speech Language Pathologists*, 141-155.
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 300-311.
- Dalemans, R. (2009). Denken voorbij de stoornis. een participatiegerichte benadering. *Logopedie en foniatrie*, pp. 380-383.
- Dalemans, R., De Witte, P., Beurskens, J., Van den Heuvel, J., & Wade, T. (2010, 03). Psychometric Properties of the Community Integration Questionnaire

- Adjusted for People with Aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, pp. 395-399.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). *Social Participation for Older People with Aphasia: The Impact of Communication Disability on Friendships*.
- Davis, G. A. (2005). *Samenvatting artikel PACE revisited*. Opgehaald van Afasienet: <https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Samenvatting-artikel-PACE-revisited-definitief.pdf>
- de Haan-Neven, D. V. (2014, maart-april). "Weer dirigent zijn van mijn eigen levenslied" Coaching van een persoon met een chronische afasie in zijn sociale participatie: een gevalsbespreking. *Logopedie*, pp. 35-48.
- de Haan-Neven, V., Dalemans, R., & van Rumst, M. (2014, maart-april). Weer dirigent zijn van mijn eigen levenslied: Coaching van een persoon met chronische afasie in zijn sociale participatie: een gevalsbespreking. *Logopedie*, pp. 35-48.
- de Nederlandse CVA-vereniging. (2014). *Wat kunnen de gevolgen zijn van een CVA?* Opgehaald van <http://www.cva-vereniging.nl/pages/het-cva/de-gevolgen.php>
- Eilander, H., Van Belle-Kusse, P., & Vrancken, P. (2006). *Hersenletsel: achtergronden en aanpak*. Den Haag: Lemma.
- Galletta, E., & Barrett, A. (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 114-120.
- Garber, A. (2001, september/october). Evidence-Based Coverage Policy. *Health Affairs*, pp. 62-82.
- HBO statistiek. (2017). *Hypothese: Hoe stel je deze op?* Opgehaald van HBO statistiek: www.hbostatistiek.nl/basis-statistische-formules/hypothese/

- Heesbeen, I., & Sevat, R. (2001). *Handleiding BEBA: Birkhovense Evaluatieschaal behandeldoelen Afasie*. Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Hogeschool, Z. (2015). *De gemeenschap integratie vragenlijst (CIQ-A)*. Opgehaald van Meetexpert: <http://www.meetexpert.nl/indexb93f.html?p=38>
- Holland, A. (2007). *Counseling in communication disorders: A wellness perspective*. San Diego, CA: Plural Publishing Inc.
- Hordijk, M. (2008, februari 04). *Kanker, wat ik het?* Opgehaald van Gezondheidsnet: <https://www.gezondheidsnet.nl/kanker/kanker-wat-is-het>
- Kagan, A. (2011, 9 23). A-FROM in Action at the Aphasia Institute. Toronto, Canada.
- Kalf, H., & de Beer, J. (2011). *Evidence-based logopedie. Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kayes, N. M., McPherson, K. M., Worrall, L. E., & Bright, F. A. (2018). Engaging people experiencing communication disability in stroke rehabilitation: a qualitative study. *International Journal of Language & Communication Disorder*, 981-994.
- Lawton, M., Sage, K., Haddock, G., Conroy, P., & Serrant, L. (2018, jan 18). Speech and language therapists' perspectives of therapeutic alliance construction and maintenance in aphasia rehabilitation post-stroke. *International journal of language & communication disorders*, pp. 550-563.
- Lehoux, P. (2004, October 5). Patients' perspectives on high-tech home care: a qualitative inquiry into the user-friendliness of our technologies. *BMC Health Services Research*, pp. 1-9.
- Links, P. (1996). *Afasie: Diagnostiek en therapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Longman. (1984). *Longman dictionary of the English language*. Essex, England: Harlow.
- Lun, K. (1995). New user interfaces. *International Journal of Biomedical Computing*, pp. 147-150.
- Manders. (2016). *Handboek Neurologische communicatiestoornissen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Medical Groep. (2017). Opgehaald van Comorbiditeit:
<https://www.medicalgroep.nl/comorbiditeit/>
- Merriam-Webster. (2019). *Dictionary*. Opgehaald van Merriam-Webster :
<https://www.merriam-webster.com/dictionary/feasible>
- Movisie, Vilans en ActiZ. (2014, maart 7). *Aan de slag met sociale netwerken; de 44 meest bekende methoden verzameld*. Opgehaald van Movisie:
<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf>
- MRC Clinical Trials Unit. (2014). *What is a randomised controlled trial?*
Opgehaald van MRC:
http://www.ctu.mrc.ac.uk/about_clinical_trials/what_is_a_randomised_controlled_trial/
- Mukund. (2018, December). Why a feasibility study is important in project management. *Simply Learn*.
- Muller-Schoof, I. (2012, juni). Help afasiepatiënten uit hun isolement. *TvV*, pp. 20-21.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2002). *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*.
Opgehaald van World Health Organization:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/903133913X-dut.pdf?sequence=117&isAllowed=y>

- Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten. (2015, Maart). NAIS. *NVAT Afasie Interventie Schema*. Nederland.
- NVLF. (2015). *Logopedische richtlijn*. Opgehaald van 'Diagnostiek en behandeling van afasie':
file:///C:/Users/Vinny/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Richtlijn_Afasie_CK_18-03.pdf.pdf
- Offringa, M., Assendelft, W., & Scholten, R. (2008). *Inleiding in evidence-based medicine klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pearpoint, J. (1992). *The Inclusion Papers: Strategies to Make Inclusion Work: a Collection of Articles from the Centre for Integrated Education and Community*. Toronto: Inclusion Press International.
- Prins, R., Bastiaanse, R., Peters, H., Jansonius-Schultheiss, K., & van der Meulen, S. (2006). *Handboek Stem-, Spraak- en Taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghu,.
- Rasquin, S., & van Heugten, C. (2007). Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel. *Consortium Cognitieve revalidatie*.
- Reynolds, M. (2004, Decemeber). *Use of Acceptability Research for Development and Implementation of Microbicide Prevention Methods*. Opgehaald van med stanford: www.med.stanford.edu
- Sevat, R., & Heesbeen, I. (2001). *Handleiding BIPAC: Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve activiteiten*. Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Sig VZW. (sd). *Internationale classificatie van het menselijk functioneren*. Opgehaald van http://www.sig-net.be/uploads/downloads_vorming/icf_nadja_brocatus.pdf

- Statistics How To. (2014, 12 8). *Cronbach's Alpha: Simple Definition, Use and Interpretation*. Opgehaald van Statistics How To:
<http://www.statisticshowto.com/cronbachs-alpha-spss/>
- Strading, M., Stoopendaal, A., Slaghuis, S., Broer, T., Nieboer, A., & Bal, R. (2010). De weg naar duurzame kwaliteit in de langdurige zorg. 3.
- Swinkels-Meewis, E. (2017, Maart). *Life Satisfaction Questionnaire*. Opgehaald van meetinstrumentenzorg:
<https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument33/LSQ%20form.pdf>
- Terror Cuadrado, M. (2018, april 1). *ICF - the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health*. Opgehaald van ec.europa.eu:
<https://ec.europa.eu/cefdigital/wiki/display/EHSEMANTIC/ICF+-+the+WHO+International+Classification+of+Functioning%2C+Disability+and+Health>
- Van Borsel, J. (2004). *Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie*. Leuven: Acco.
- van Cranenburg, B. (2016). *Neuropsychologie over de gevolgen van hersenbeschadiging*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Meijden, F. (2013, augustus 29). *De invloed van de copingstijl van chronische pijnpatiënten op het effect van multidisciplinaire revalidatiebehandeling (masterthesis)*. Opgehaald van
[http://essay.utwente.nl/64070/1/Meijden,_F.M._-s1128612_\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/64070/1/Meijden,_F.M._-s1128612_(verslag).pdf)
- van Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016, maart). *'Positieve gezondheid' in Nederland, wie, wat, waarom en hoe? een inventarisatie*. Opgehaald van drechtzorg: www.drechtzorg.nl/wp-content/uploads/2016/07/Positieve-gezondheid-in-Nederland-Een-inventarisatie.pdf

- Vrancken, P. (2008). *Zorgwijzer Partners, gids voor partners en naasten van mensen met niet aangeboren-hersenletsel (NAH)*. Den Haag: Hersenstichting Nederland.
- WHO-FIC. (2002). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Opgehaald van WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC) in the Netherlands:
<https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf>
- WHO-FIC. (2002). *WHO-FIC*. Opgehaald van IFC, International Classification of Functioning, Disability and Health: http://www.who-fic.nl/Familie_van_Internationale_Classificaties/Referentie_classificaties/ICF_International_Classification_of_Functioning_Disability_and_Health
- Wielandt, S. (2015, Maart). *NAIS*. Opgehaald van Afasienet:
https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/NAIS_maart2015.pdf
- Wordpress. (2014, 2 28). 7. *Betrouwbaarheid, validiteit & bruikbaarheid*. Opgehaald van Wordpress: <https://infobronnen.wordpress.com/7-betrouwbaarheid-validiteit-bruikbaarheid/>
- Worrall, L., & Hickson, L. (2006, May 10). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, pp. 1210-1225.
- Worrall, L., Brown, K., Cruice, M., Davidson, B., Hersh, D., Howe, T., & Sherratt, S. (2010). the evidence for a life-coaching approach to aphasia. *Aphasiology*, pp. 497-514.
- Worrall, L. E., & Frattali, C. M. (2000). *Neurogenic Communication Disorders A functional approach*. New York: Thieme.
- Wouters, E., van Zaalen, Y., & Bruijning, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg*. Bussen: Uitgeverij Coutinho.
- Zadoks, J. (2015). *Aantallen, oorzaken en gevolgen niet-aangeboren hersenletsel*. Hersenz.

Zorg voor beter. (2016, 5 31). *Cijfers NAH*. Opgehaald van Cijfers: hoe vaak komt NAH voor: <https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/nah/cijfers>