

# “WEER DIRIGENT ZIJN VAN MIJN EIGEN LEVENSLIED” COACHING VAN EEN PERSOON MET CHRONISCHE AFASIE IN ZIJN SOCIALE PARTICIPATIE: EEN GEVALSBESPREKING

Vera de Haan-Neven<sup>1,4</sup>, Ruth Dalemans<sup>2,3</sup> en Marijke van Rumst<sup>4,5,6</sup>

<sup>1</sup> Adelante, Hoensbroek

<sup>2</sup> Zuyd Hogeschool, Heerlen

<sup>3</sup> Lectoraat Autonomie en Participatie, Heerlen

<sup>4</sup> AZ Maria Middelaes, Gent

<sup>5</sup> Arteveldehogeschool, Gent

<sup>6</sup> Postgraduaat NTSS, Gent

Personen met afasie ervaren een veranderde sociale participatie. Logopedisten staan voor de uitdaging om deze doelgroep en hun omgeving te coachen in het omgaan met blijvende communicatieveranderingen. Een logopedist kan als coach doeltreffender werken met ondersteuning van een betekenisvol persoon uit het cliëntsysteem (cotherapeut). Deze benadering van sociale participatietraining is in de klinische realiteit (nog) niet gangbaar. Dit artikel schetst een gevalsbespreking van iemand met chronische afasie waarbij participatiegerichte hulpvragen geïnventariseerd en vertaald werden naar SMARTIE-behandeldoelen. Toelichting van diagnostiek, behandeldoelen en behandel-effect vond holistisch plaats via het A-FROM. Tijdens de behandel-fase (drie maanden) voerde de persoon in zijn leefomgeving participatiegerichte communicatieopdrachten uit, begeleid door zijn cotherapeut. De logopedist coachte de betrokkenen wekelijks. De uitgevoerde werkwijze bleek effectief en leverde de betrokkenen meer durf en zelfvertrouwen, inzicht in mogelijkheden, begrip van bevorderende of belemmerende persoonlijke en externe factoren en praktische handvatten op. Activiteiten- en participatiegerichte barrières werden overwonnen, waardoor participanten succesvoller leerden leven met afasie. Implementatie en optimalisatie van deze behandel-aanpak biedt mogelijkheden om logopedische interventies daadwerkelijk betekenisvol te laten zijn voor de sociale participatie van een persoon met afasie.

### Keywords

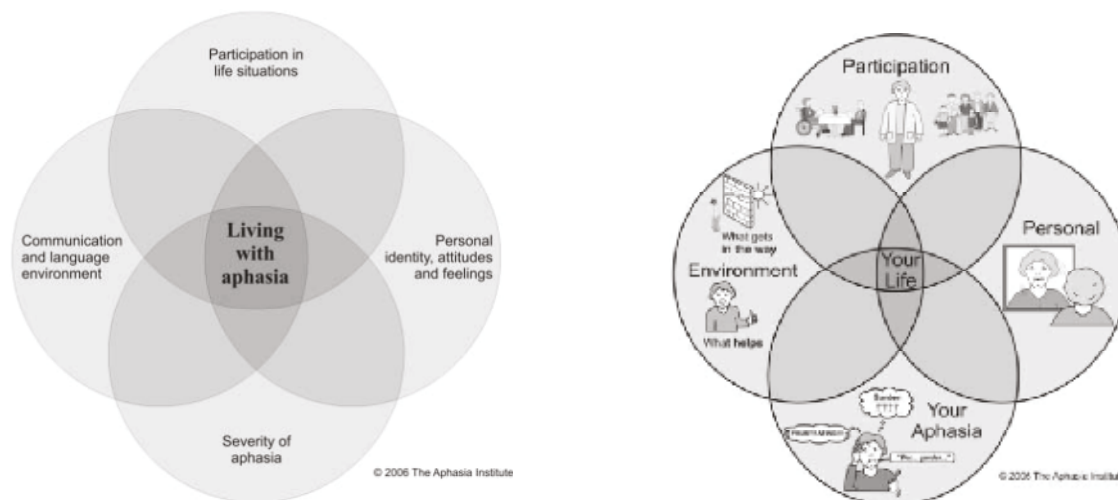
chronische afasie, cliëntsysteem, sociale participatie, coaching, cotherapeut

### Inleiding

De dagelijkse realiteit in een revalidatiecentrum toont dat personen met afasie en hun systeem, zeker bij aanvang van de behandeling, gefocust zijn op communicatief herstel op functieniveau. De betrokkenen willen hun premorbide levensinvulling zo snel mogelijk terug. Een cliëntsysteem zonder voorkennis is er doorgaans van overtuigd dat de communicatieproblemen door oefenen en tijd voorbij zullen gaan. Logopedisten dienen deze vaak onrealistische verwachtingen tijdig te signaleren en er op te anticiperen. Het is aan hen om de persoon met afasie en diens sociale omgeving in een aangepast tempo en met een aanpak op maat voor te bereiden op een leven met blijvende communicatieveranderingen. Openheid en samenspraak over behandel-doelstellingen zijn daarbij essentieel. Deze dienen functiegerichte, maar zeker ook activiteiten- en participatiegerichte aspecten te omvatten. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is alom gekend

als het classificatiesysteem van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO FIC Collaborating Centre in het Nederlands, 2002). Het model visualiseert op holistische en interactieve wijze het functioneren van zieke of gezonde mensen in hun leefomgeving. Het menselijk functioneren wordt bekeken vanuit het lichaam (functies en anatomische eigenschappen), vanuit het menselijk handelen (activiteiten) en vanuit de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie). Daarnaast worden persoonlijke en externe factoren omschreven, die belemmerend dan wel faciliterend kunnen werken. Genoemde componenten overlappen elkaar. Wegens zijn omvang lijkt het ICF-model zijn doel wel eens te missen bij personen met afasie (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland et al., 2008). Daarom werd door The Aphasia Institute een originele en pictografische versie van het *Living with aphasia: Framework for Outcome Measurement*, afgekort als A-FROM, ontwikkeld (zie figuur 1). Door samen met de persoon met afasie en iemand uit de directe sociale omgeving een A-FROM te personaliseren, kan de logopedist treffend en kernachtig de afasie en de impact ervan op iemands participatie visualiseren. Het schema geeft daarnaast openheid over bevorderende en belemmerende persoonlijke en externe factoren. Het A-FROM kan

Figuur 1. Originele en pictografische versie van de A-FROM (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland et al., 2008).



onder meer als tool gebruikt worden bij aanvang van de behandeling om de uitgangssituatie en de therapiedoelen te bepalen. Door het schema voorafgaand en bij afronding van de behandelperiode op maat in te vullen kan tevens het therapie-effect geëvalueerd worden (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland et al., 2008).

Participeren verwijst naar iemands deelname aan het maatschappelijk leven en impliceert interactie met een systeem (cirkel 'environment' in A-FROM). Een stabiel systeem is, zeker na ziekte, geen vanzelfsprekendheid. Iemand met beperkingen wordt als sociaal contact minder aantrekkelijk (Steyaert, 2012). Personen met hersenletsel hebben een verhoogd risico om vervreemding van sociale rollen, netwerkverarming of sociale isolatie te ervaren (Janssen, 2012). Sociale contacten verkregen na het hersenletsel bestaan vaak vooral uit lotgenoten of hulpverleners (Visser-Meily, 2009).

Onafhankelijkheid, welbevinden en sociale participatie hebben invloed op de kwaliteit van iemands bestaan (Schalock, 2004). Personen met chronische communicatiestoornissen ervaren belemmeringen in hun sociale participatie, welke veranderd kan zijn in aard, frequentie en kwaliteit (Yorkston et al., 2001; Dalemans et al., 2010). Sociale participatie wordt in dit artikel gedefinieerd als *'de uitvoering van activiteiten binnen sociale levensdomeinen in interactie met anderen, binnen de context waarin men leeft. Het betreft de sociale levensdomeinen huishoudelijk leven, interpersoonlijke interacties en relaties, werk en onderwijs en burgerlijk, sociaal en cultureel leven'* (Dalemans, 2010, p.146). Sociaal participeren met afasie vraagt aangepaste communicatievaardigheden van zowel de persoon als van het systeem. Logopedisten werkzaam met een neuro-

logische patiëntenpopulatie, zijn bij uitstek capabel om deze aangepaste communicatievaardigheden te initiëren en te trainen. Daarnaast dienen zij implementatie van deze communicatievaardigheden in het dagelijks leven te stimuleren. Realisatie hiervan vraagt een participatiegerichte aanpak. Om daadwerkelijk betekenisvol bezig te kunnen zijn, zullen logopedisten hun klinische kijk moeten verruimen. Hierbij is het noodzakelijk aandacht te hebben voor de leefwereld van de persoon en zijn dierbaren gekoppeld aan een natuurlijke setting. Transfer van de therapiesituatie naar het dagelijks leven kan gestimuleerd worden door te oefenen in natuurgetrouwe en praktische situaties die aansluiten bij de behoeften van de persoon. Werken op basis van *'shared decision making'* (o.a. Simmons-Mackie, Kagan et al., 2007), oftewel gezamenlijke besluitvorming, kan tevens faciliterend werken. De logopedist en de persoon zijn in deze benadering gelijkwaardig en bepalen samen doelen die een actieve deelname aan het dagelijks leven ten goede komen. Belang, behoeften en haalbaarheid staan hierbij centraal. Het is de bedoeling om afasie zo min mogelijk als een obstakel te zien, maar als een kenmerk waar persoon en omgeving beiden mee moeten leren omgaan. Logopedisten zullen, als laatstgenoemd onderdeel van hun participatiegerichte aanpak, ook de beroepsrol van coach moeten aangaan (Dalemans, 2009). Coaching is een passende interventie om therapeutafhankelijkheid geleidelijk te reduceren (Holland, 2007). Door coaching leren mensen zichzelf helpen door in zichzelf te geloven, dingen anders te bekijken en grenzen te verleggen. Mensen moeten leren om hun stoornis een plek te geven, opnieuw de balans op te maken en om te gaan met de hernieuwde werkelijkheid. Samenwerken met een cotherapeut kan de tijdsinvestering die participatiegericht wer-

ken vraagt ten goede komen. Het begrip cotherapeut staat in dit artikel voor een betekenisvol persoon uit het systeem van de persoon met afasie, anders dan de levenspartner. Een levenspartner is, wegens de emotionele betrokkenheid, immers geen therapeut en kan dat ook nooit worden (Vrancken, 2008). De cotherapeut ondersteunt de persoon met afasie bij het aangaan van participatiegerichte interventies in de eigen leefomgeving. De logopedist is verantwoordelijk voor de inhoud, opbouw en bewaking van resultaat en proces van de interventies. Het geven van instructies en feedback aan de cotherapeut en evalueren met de persoon met afasie behoren eveneens tot het takenpakket. Het inzetten van een cotherapeut als getrainde vrijwilliger overlapt met de organisatie van afasiecentra in Nederland, waar vrijwilligers een cruciale rol vervullen bij de dagelijkse invulling en uitvoering van communicatieve activiteiten. Samenwerken met een cotherapeut sluit tevens aan bij de CBO richtlijn diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte (paragraaf 3.3 Afasietherapie: vroege interventie en intensiteit) waarin de betrokkenheid van getrainde vrijwilligers bij personen met afasie aanbevolen wordt (CBO, Visser-Meily et al., 2009). Het inschakelen van direct betrokkenen in de therapie draagt eveneens positief bij aan een afbouw van therapeutafhankelijkheid (Sevat & Heesbeen, 2000). Personen met afasie worden meer zelfverantwoordelijk, hetgeen een toename van zelfstandigheid en zelfvertrouwen impliceert. Hierdoor leren personen om, binnen hun mogelijkheden, succesvol te leven met afasie (Hinckley, 2006). Op basis van het geschetste klinisch probleem werd de volgende hoofdvraagstelling opgesteld: Hoe coach je een persoon met chronische afasie in zijn sociale participatie, ondersteund door een cotherapeut uit de directe omgeving? Hoe wordt dit coachtraject ervaren door de betrokkenen en welke concrete veranderingen treden op? De voornaamste onderzoeksvragen waren:

1. Welke concrete behandeldoelen op het niveau van sociale activiteiten en participatie komen er voort uit specifieke diagnostiek en hoe kom je middels shared decision making tot een selectie van de meest primende en, binnen het project, haalbare SMARTIE-behandeldoelen (specifiek, meetbaar acceptabel, realistisch, tijdgebonden, individueel en evaluatief)?
2. Op welke manier (interventies, rollen, strategieën, technieken, media, hulp) coach je als logopedist met ondersteuning van een cotherapeut het sociale activiteiten- en participatiegerichte traject en welke aspecten zijn te generaliseren als protocollaire aanbevelingen voor toekomstige casuïstiek?

3. Hoe evalueren de persoon met afasie, zijn cotherapeut en de logopedist het coachingstraject op het gebied van proces en resultaat?

### Methodologie

#### Participanten en voorbereidende procedure

Er werden twee gevalsbesprekingen uitgewerkt. De participanten voldeden aan de volgende inclusiecriteria: lichte tot matige chronische afasie (minimaal 1 jaar post onset) met voldoende potentiële communicatieve functies (op basis van de AAT). Er dienden daarnaast sociale participatieproblemen te zijn, met een intrinsieke motivatie om deze te doorbreken. Exlusiecriteria waren: aanwezigheid van (te) ernstige fatische (op basis van de AAT) of cognitieve stoornissen (op basis van psycho-diagnostisch onderzoek) en belemmerende stemmings- en/of gedragsproblematiek. De participanten moesten zelf een potentiële cotherapeut uit hun sociale netwerk voordragen, welke betrokken, beschikbaar en gemotiveerd was. Er werd door vakgroep logopedie van Adelante Volwassenenrevalidatie een lijst gemaakt van tien geschikte potentiële deelnemers (allen mensen die in het verleden hadden gerevalideerd binnen Adelante). De eerste auteur belde deze potentiële deelnemers en hun levenspartners. Ze gaf uitleg over het project en peilde naar de behoefte aan deelname. Bij interesse werden inclusiecriteria via dossierstudie en navraag gecheckt. Er bleven na deze eerste schifting nog vier potentiële participanten over. Op basis van intercollegiaal overleg werden twee participanten geselecteerd voor een kennismakingsgesprek. De overige twee fungeerden als reservekandidaten. Het kennismakingsgesprek vond, gezien het comfort voor de participant, in zijn thuissituatie plaats. Potentiële cotherapeuten en levenspartners sloten hierbij aan. Het doel en de inhoud van het project werden toegelicht aan de hand van instructiekaarten. Er werd benadrukt dat communicatief herstel op functieniveau ('beter praten') geen doel was, maar dat de focus lag op het succesvol inzetten van de huidige communicatiemogelijkheden. Er werd gepeild naar de voorkennis over afasie bij de potentiële cotherapeuten, waarna basisinformatie over afasie door de logopedist verstrekt werd. Potentiële cotherapeuten kregen schriftelijke informatie over afasie mee bestaande uit de folder 'Afasie, wat is dat?' (AVN, SAN, 2011), de brochure 'Afasie, een wegwijzer' (SAN, 2012) en onderdelen van de 'Afasie Voorlichtingsklapper' (logopedisten overleg regio Brabant, 2000). Er volgde twee weken bedenktijd. Bij bevestiging van deelname, verleenden de betrokkenen geïnformeerde toestemming en werd een tweede contactmoment in de thuissituatie

gepland. Om hun rol adequaat te kunnen vervullen ontvingen de cotherapeuten scholing over afasie. Zo volgden ze, in aanwezigheid van de persoon met afasie en de levenspartner, een klinische les afasie gegeven door de logopedist. Deze bestond uit herhaling van basisinformatie, en werd uitgebreid met gepersonaliseerde informatie (toelichting van het fatisch beeld en communicatieadvies). Ten slotte kregen de cotherapeuten aanvullende informatiebronnen mee bestaande uit de Afasie Voorlichtingsfim (AVN/SAN, 1997) en de websites [www.afasie.nl](http://www.afasie.nl) en [www.levenmetafasie.be](http://www.levenmetafasie.be).

### Meetinstrumenten en meetmomenten

De functies en activiteiten van de persoon met afasie werden tijdens twee contactmomenten in eenzelfde week in kaart gebracht (pretest). De focus van de metingen lag echter op het vlak van sociale participatie. Na de pretest volde de behandelfase (3 maanden). Vervolgens vond de posttest plaats, weer drie maanden later (zonder logopedische interventies) vond de follow-up meting plaats. Zie tabel 1 en de referentielijst voor een overzicht van gehanteerde meetinstrumenten. De sociale netwerkanalyse wordt nader omschreven in bijlage 1.

### Behandeldoelen

Gedurende de diagnostische fase raakten de participant en zijn levenspartner vertrouwd met de term sociale participatie. Problemen hieromtrent werden door de per-

soon met afasie in eigen woorden kenbaar gemaakt. De logopedist stelde verdiepende vragen. Na afloop van de metingen werden bestaande hulpvragen met hulp van logopedist en levenspartner geselecteerd, geconcretiseerd en gespecificeerd. Hierbij werd gekeken naar haalbaarheid, veranderbaarheid en persoonlijk belang. Als laatste stap van het shared decision making proces werd een prioriteitenlijst opgesteld. Op basis van de input stelde de logopedist SMARTIE-behandeldoelen op. SMARTIE staat voor specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden, individueel en evaluatief. Conclusies van de diagnostische fase werden via een gepersonaliseerd A-FROM uitgelegd aan de persoon, diens levenspartner en de cotherapeuten in de thuissituatie. Vanwege de veelomvattendheid van de SMARTIE-behandeldoelen, naast de verkregen informatie via het A-FROM, werd besloten om de terugkoppeling van de doelen richting persoon, levenspartner en cotherapeuten samenvattend te bespreken aan de hand van een aantal kernbegrippen. Deze werden soms ondersteund met pictogrammen. Na het verkrijgen van consensus over de behandelinhoud werden alle praktische aspecten besproken en startte de logopedist met het uitwerken van het interventieplan. De behandelfase ging vervolgens van start.

### Behandeling en evaluatie

In de behandelfase werden de interventieplannen geïmplementeerd. Deze omvatten geïndividualiseerde com-

Tabel 1. Overzicht diagnostische procedure.

Benodigde gegevens	Diagnostiek middels
Cognitief-linguïstisch communicatieniveau (capacity)	dossierstudie (voorhanden AAT <sup>1</sup> -gegevens), ScreeLing <sup>2</sup> , ASTA <sup>3</sup>
Praktisch inzetbaar communicatieniveau (performance)	Scenariotest (bij nood aan inzet multimodale communicatie) of ANTAT <sup>4</sup> (enkel gesproken communicatie).
Niveau van functioneren sociale activiteiten als onderdeel van sociale participatie	BIPAC <sup>5</sup> , BEBA <sup>6</sup> , opdracht Samenstellen overzicht communicatieve activiteiten (DYSAMIX deel 1)
Niveau van functioneren sociale participatie overall	CIQ <sup>7</sup> , LSQ <sup>8</sup> , Persoonlijke en omgevingsfactoren vragenlijst, FS <sup>9</sup> , sociale netwerkanalyse, opdracht Communicatiedagboek (DYSAMIX deel 1)
Concretisering behandeldoelen	Gesprek op basis van shared decision making, terugkoppeling via gepersonaliseerd A-FROM
Evaluatie van proces en resultaat	Semi-gestructureerd focusinterview

<sup>1</sup>Akense Afasietes

<sup>2</sup>Screening Linguïstiek

<sup>3</sup>Analyse voor Spontane Taal bij Afasie

<sup>4</sup>Amsterdam Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheden

<sup>5</sup>Behoeften-Inventarisatie en Probleem- Analyse van Communicatieve Activiteiten

<sup>6</sup>Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie

<sup>7</sup>Community Integration Questionnaire adjusted for people with aphasia

<sup>8</sup>Life Satisfaction Questionnaire

<sup>9</sup>Friendship Scale. Methodologische kwaliteit voor zover bekend: AAT, ScreeLing, Scenariotest, ANTAT, CIQ zijn betrouwbaar en valide.

municatieopdrachten (werkbladen) waar in samenspraak flexibel mee omgegaan werd qua inhoud en tempo van aanbieding. Gedurende het traject mailde de logopedist de opdrachten voor de daaropvolgende week naar de cotherapeuten. De levenspartner ontving een kopie ter informatie. Cotherapeut en persoon met afasie spraken oefenmomenten af (meestal twee per week). De cotherapeut gaf schriftelijke terugkoppeling aan de logopedist. Er was wekelijks telefonisch overleg tussen logopedist en cotherapeut, waarin nabespreking van de uitgevoerde opdrachten centraal stond. Daarnaast kwamen vragen, aanvullende ervaringen en toelichting van de volgende weekopdracht aan bod. Aanvullend overleg was mogelijk. Na afronding van de behandel fase werd de posttest afgenomen. Op basis van de resultaten daarvan ondersteund met informatie verkregen uit de tussentijdse evaluaties, werd een gepersonaliseerd A-FROM ingevuld. Dit werd in de thuissituatie toegelicht. Deze versie werd vergeleken met de eerste versie. Hiermee werden de veranderingen op het gebied van sociale participatie inzichtelijk gemaakt. Er werd gesproken over welke rol de afasie heeft, welke belemmerende dan wel faciliterende persoonlijke en omgevingsfactoren spelen en de mogelijke veranderbaarheid van deze factoren (volgens de betrokkenen). Evaluatie van product en proces volgens de persoon met afasie, diens levenspartner en cotherapeut(en) vond vervolgens plaats via een semi- gestructureerd focusinterview in de thuissituatie. Om structuur in het gesprek te verkrijgen en om zeker te weten dat alle relevante zaken geëvalueerd werden, werd gebruik gemaakt van vastgestelde gesprekspunten. Daarnaast was er ruimte voor vrije aanvullingen door de betrokkenen. Het gesprek werd via een audio-opname vastgelegd en de kernzaken werden chronologisch uitgeschreven. De belangrijkste conclusies werden bij het opnieuw beluisteren van het gesprek in de lijst ingevuld. Drie maanden later werd een follow-up meting uitgevoerd, waarbij de resultaten op dezelfde wijze besproken werden.

### Resultaten

In dit artikel wordt casus Jan (fictieve naam) besproken. Jan is 68 jaar en was premorbide zelfstandig ondernemer (CV-installatiebedrijf). Jan is gehuwd en vader van twee uitwonende volwassen kinderen. Hij heeft sinds 9 jaar een matige afasie (afasie van Broca volgens ALLOC-classificatie) ten gevolge van een CVA. De expressieve taal kenmerkt zich door semantische en syntactische problemen. Jan compenseert door telegramstijl. Er is een druk weekprogramma bestaande uit: aangepast sporten, lotgenotencontact, activiteitscentrum en zien van familie en vrienden. Er is een omvangrijk en groten-

deels stabiel gebleven sociaal netwerk. De partner regelt alles omtrent de sociale participatie van Jan. Dit lijkt faciliterend te werken. Jan lijkt van buiten altijd vrolijk "maar huilen van binnen", zoals Jan het zelf verwoordt. Om de tijdsbelasting te beperken nemen zowel een broer als een betrokken neef van Jan de rol van cotherapeut op zich. Hulpvragen van Jan zijn: durven spreken in het openbaar bij onbekenden, telefoneren, meer voldoening ("op mijn gemak voelen") en meer diepgang halen uit het sociale leven en meer begrip van anderen ontvangen. De motivatie van Jan werkt faciliterend. De voornaamste belemmerende factoren zijn ingeslepen patronen, overprotectie door de levenspartner, verminderd initiatief, beperkte durf, afgenomen zelfvertrouwen, gemakzucht en een sociaal netwerk dat, ondanks de verstreken tijd post-onset, niet of nauwelijks op de hoogte is van afasie.

### Pretest

Tabel 2 op bladzijde 40 laat een overzicht zien van de resultaten van de pretest van Jan.

De opgestelde SMARTIE-hoofdbehandeldoelen van Jan waren:

1. Na drie maanden hebben voor Jan relevante gesprekspartners uit zijn sociale netwerk, een voor hem toereikend niveau van, kennis over en inzicht in zijn afasie. Jan is zich bewust van zijn zelfverantwoordelijkheid hieromtrent, hanteert binnen zijn mogelijkheden een actieve copingstijl en ervaart daardoor een toename van sociale steun.
2. Na drie maanden beantwoordt Jan, in ieder geval als hij alleen thuis is, structureel de telefoon en hij belt zelf in door hem gewenste situaties. Hierbij bevindt de factor spanning zich op een voor hem acceptabel niveau.
3. Na drie maanden ervaart Jan een toename van autonomie en haalt hij meer voldoening uit de contacten uit de eerste drie lagen van zijn sociale netwerk doordat betreffende conversaties mede door zijn eigen gedragsverandering een voor hem toereikend niveau van inhoudelijke diepgang bereiken.
4. Na drie maanden toont Jan een toename van zelfstandigheid en ervaart hij een toename van autonomie door, binnen zijn mogelijkheden, sociaal te participeren in door hem aangegeven specifieke openbare gelegenheden. Hierbij is de spanningsfactor naar een voor hem beheersbaar niveau gezakt.

Bovenstaande hoofd doelen werden nader uitgewerkt in subdoelen (zie bijlage 2). Voor een voorbeeld van de behandel doelen weergegeven in kernbegrippen zie bijlage 3.

## Artikels

Tabel 2. Overzicht resultaten pretest Jan.

Meetinstrument	Resultaat pretest
Screeling	56,5/72
Scenariotest	47/54, p.60, p.98 (non-verbaal), communicatief gedrag: type 4, communicatief vermogen: redelijk/goed in eenvoudige situaties
Belangrijkste conclusies ASTA	Niet vloeiend, herhalen van beginklanken van woorden, grammaticaliteitsstoornissen. Compenseren via telegramstijl bestaande uit korte onvolledige zinnen en zelfstandige naamwoorden.
CIQ	Integratie 8/29 Tevredenheid 52/90
LSQ	35/54
Persoonlijke- en omgevingsfactorvragenlijst	persoonlijke factoren 14/25 omgevingsfactoren 27/45
Friendship scale	10/24 interpretatie: zeer sociaal geïsoleerd
BIPAC	Hulpvragen: telefoneren, boodschappen, praatje maken met bekenden en onbekenden.
BEBA mening participant	Telefoneren: 0-1-1-0-0 Boodschappen: 1-1-0-0-0 Praatje maken: 0-2-1-0-1
BEBA mening levenspartner	Telefoneren: 1-2-0-0-1 Boodschappen: 0-2-2-1-1 Praatje maken: 1-2-2-0-1

### Illustratie van de uitgevoerde interventies

De communicatieopdrachten werden uitgevoerd in de sociale omgeving van de persoon met afasie. Rollenspellen, reageren op stellingen, beantwoorden van vragen, aangaan van gesprekken en scripttraining waren frequent gehanteerde interventies. De cotherapeut fungeerde (afhankelijk van de communicatieopdracht) als gesprekspartner, observator en coach. Bij rollenspellen volgde een transfer naar een, voor de persoon, realistische en betekenisvolle communicatieve situatie zoals de supermarkt, apotheek of een horeca-gelegenheid. Bij communicatieopdrachten die binnen het sociale netwerk werden uitgevoerd, werd hulp en opvolging door de le-

venspartner gevraagd. Betrokken zorgverleners van Jan (informatie verkregen via de sociale netwerkanalyse) werden indien zinvol geïnformeerd over het project. Hun ondersteuning bleek nuttig bij diverse communicatieopdrachten. Zo werd er bijvoorbeeld door een logopedist werkzaam in het activiteitencentrum van Jan een lotgenotenbijeenkomst georganiseerd over het thema omgaan met afasie. Andere personen uit het sociale netwerk werden zoveel mogelijk direct, dan wel indirect bij het project betrokken. Internet (websites en filmpjes) en de dvd "Afasie, regie over je leven" (AVN) werden als media gehanteerd. Diverse opdrachten werden telefonisch uitgevoerd. Waar zinvol werd gebruik gemaakt van visu-

Tabel 3. Voorbeelden van interventies per participant.

Voorbeeld van communicatieopdracht	Behorend bij hoofddoel (nummer):
Voorlichtingsavond voor sociale netwerk over afasie en omgangsvormen: Jan heeft een groot aandeel in voorbereiding en uitvoering van de avond, bijvoorbeeld uitnodigen van de aanwezigen en participeren bij uitleg van het communicatieadvies.	1,3
Aan mensen uit sociale omgeving (bekenden en onbekenden) uitleggen wat afasie is met hulp van de informatiebadge.	1
Telefoon opnemen en zelf bellen door het inslijpen van een aantal standaard scripts.	2
Spreken in openbare gelegenheden: iets bestellen in een restaurant, vraagboodschappen doen in een winkel/apotheek etcetera.	4

ele ondersteuning door pictogrammen ([www.sclera.be](http://www.sclera.be)), foto's, afbeeldingen, schema's of visueel-analoge schalen. Zelfreflectie en zelfwaardering stonden centraal. De inhoud van de opdrachten was gebaseerd op principes afkomstig uit communicatiecoaching (informerend, voorbereiden, acties aangaan, evalueren) en positieve psychologie (kijken naar mogelijkheden, coping, assertiviteit). In tabel 3 staan enkele voorbeelden van communicatieopdrachten.

### Resultaten Jan

De behandeldoelen werden behaald. Concrete gedragsveranderingen werden door de betrokkenen via het focus-interview als volgt samengevat: Jan ervaart meer zelfvertrouwen, minder spanning en angst. Hij toont meer initiatief en durf bij het aangaan en gaande houden van gesprekken met bekenden en onbekenden. Zijn belang-

rijkste contacten zijn op de hoogte van zijn communicatieprobleem en omgangsvormen. Jan is zich bewust van zijn zelfverantwoordelijkheid bij het communiceren met zijn omgeving en kijkt naar communicatiemogelijkheden in plaats van -beperkingen. Hij telefoneert weer en vindt het minder belangrijk wat andere mensen van zijn praten vinden. Zijn weekinvulling geeft meer voldoening omdat hij zelf mee beslist. Jan geeft zijn grenzen consequent aan. Zijn partner beslist niet meer voor Jan. Omschreven positieve tendens blijkt eveneens uit de posttest. De functiegerichte testresultaten blijven nagenoeg stabiel, terwijl de scores van de activiteiten- en participatiegerichte diagnostiek stijgen. Dit resultaat blijkt drie maanden later ook nog behouden tijdens follow-up meting (zie tabel 4). De levenspartner geeft aan Jan tegenwoordig zelfs te moeten afremmen rondom zijn ideeën voor sociale uitjes. Uitwerkingen van de sociale netwerkkan-

Tabel 4. Overzicht resultaten pretest, posttest en follow-up Jan.

Meetinstrument	Pretest	Posttest	Follow-up
<b>Screeling</b>	56,5/72	63/72	64/72
<b>Scenariotest</b>	47/54, p.60, p.98 (non-verbaal), communicatief gedrag: type 4, communicatief vermogen: redelijk/goed in eenvoudige situaties	50/54, p.75, p100 (non-verbaal), communicatief gedrag: type 4, communicatief vermogen: redelijk/goed in eenvoudige situaties	49/54, p.68, p100 (non-verbaal), communicatief gedrag: type 4, communicatief vermogen: redelijk/goed in eenvoudige situaties
<b>Belangrijkste conclusies ASTA</b>	Niet vloeiend, herhalen van beginklanken van woorden, grammaticaliteitsstoornissen. Compenseren via telegramstijl bestaande uit korte onvolledige zinnen en zelfstandige naamwoorden.	Onveranderd beeld	Onveranderd beeld
<b>CIQ</b>	Integratie 8/29 Tevredenheid 52/90	Integratie 14/29 Tevredenheid 71/90	Integratie 14,5/29 Tevredenheid 78/90
<b>LSQ</b>	35/54	43/54	46/54
<b>Persoonlijke- en omgevingsfactorenvragenlijst</b>	persoonlijke factoren 14/25 omgevingsfactoren 27/45	persoonlijke factoren 20/25 omgevingsfactoren 40/45	persoonlijke factoren 18/25 omgevingsfactoren 39/45
<b>Friendship scale</b>	10/24 interpretatie: zeer sociaal geïsoleerd	19/24 interpretatie: sociaal verbonden	20/24 interpretatie: sociaal verbonden
<b>BIPAC</b>	Hulpvragen: telefoneren, boodschappen, praatje maken met bekenden en onbekenden.	Geen hulpvragen meer	Geen hulpvragen meer
<b>BEBA mening participant</b>	Telefoneren: 0-1-1-0-0 Boodschappen: 1-1-0-0-0 Praatje maken: 0-2-1-0-1	Telefoneren:2-3-3-3-3 Boodschappen: 1-3-2-3-2 Praatje maken:3-3-3-3-3	Telefoneren:3-3-2-3-3 Boodschappen: 3-3-3-3-3 Praatje maken:3-3-3-3-3
<b>BEBA mening levenspartner</b>	Telefoneren: 1-2-0-0-1 Boodschappen: 0-2-2-1-1 Praatje maken: 1-2-2-0-1	Telefoneren: 2-2-2-3-3 Boodschappen: 1-2-2-3-3 Praatje maken: 2-2-2-2-2	Telefoneren: 3-3-2-3-3 Boodschappen: 3-3-2-3-3 Praatje maken: 3-3-2-3-3

lyse, opdracht zelfreflecterend communicatiedagboek en overzicht activiteiten zijn wegens privacygevoeligheid niet expliciet in onderstaande tabel vermeld.

Onderstaande citaten van de betrokkenen onderschrijven op een treffende manier het geschetste beeld en dragen bij aan het beantwoorden van onderzoeksvraag 3. Jan: *“Ze laten me nu in mijn waarde, ik voel me vrijer.... meer durf”, “Mijn keel minder vaak dicht.... op slot” en “Ik nu zelf bepalen en.... weer regie over mijn eigen levenslied.”* De levenspartner van Jan gaf aan: *“Door dit project weet je waar je aan toe bent, want anders blijf je toch hopen dat hij ooit toch nog beter gaat praten.”*, *“Door dat A-FROM word je binnenste buiten gekeerd en dat is confronterend, maar het is wel precies zoals mijn man en ons leven nu is.”*

De cotherapeuten maakten ten slotte kenbaar: *“Het geeft voldoening als iemand door jouw hulp dingen weer durft”* en *“We blijven hem voor de leeuwen gooien, want het is jammer als hij een terugval krijgt.”*

### Conclusie

Het verhaal van Jan illustreert het verband tussen afasie en veranderingen in sociale participatie. De gehanteerde meetinstrumenten blijken doelmatig, effectief en efficiënt om sociale participatie, activiteiten en functies in kaart te brengen. Het onder ogen zien van veranderde sociale participatie blijkt vaak emotioneel en confronterend. Het vraagt een eerlijke en open opstelling van de persoon met afasie en van zijn sociale netwerk. Je leert als logopedist de persoon met afasie en diens leven, voorbij de functiestoornis, kennen. Dit biedt ingang om samen met de persoon te komen tot betekenisvolle en realistische behandeldoelen. Werken aan sociale participatie geeft voldoening aan alle betrokkenen. De geïllustreerde aspecten van dit project kunnen allen aanbevolen worden voor toekomstige casuïstiek. Al is en blijft de kracht van participatiegericht werken dat het maatwerk is. Samenwerken met een cotherapeut blijkt nuttig. De al aanwezige vertrouwensrelatie met de persoon met afasie zorgt voor comfort. Cotherapeuten blijken adequaat in te kunnen schatten of communicatieopdrachten passen bij de persoon. Daarbij dragen zij bruikbare tips en suggesties voor vervolgoopdrachten aan en werkt hun betrokkenheid faciliterend rondom het generaliseren van gedragsverandering. Uit de follow-up blijkt dat de cotherapeuten zich ook na afronding van het project medeverantwoordelijk voelen voor het welzijn van de persoon met afasie. Ze vervullen een schakelfunctie tussen de persoon met afasie en het sociale netwerk door het tonen van aange-

paste communicatievaardigheden en ze ondersteunen de persoon bij het informeren van de omgeving over afasie. Jan ziet zijn cotherapeuten bij de follow-up onveranderd als vertrouwenspersonen en stimulators die hem helpen om hun herwonnen sociale participatie te behouden en verder te optimaliseren. Jan voelt zich, ondanks het feit dat zijn niveau van communicatief functioneren op functieniveau nagenoeg ongewijzigd is, “beter”. Dit “beter” voelen lijkt een vrije vertaling van zaken als het ervaren van sociale verbondenheid, zich nuttig voelen, meer zelfvertrouwen ervaren of zich gewaardeerd voelen. Dit sluit aan bij literatuurreferenties (onder andere Dalemans, 2009) waarin vermeld wordt dat personen met afasie en hun omgeving de communicatieve mogelijkheden niet zozeer als het belangrijkste aspect van hun leven ervaren. Het welbevinden hangt veel meer af van de mate van persoonlijke groei, positieve relaties met anderen, onafhankelijkheid en zelfacceptatie. Daarom is het belangrijk om bij het bepalen van behandeldoelstellingen en bijbehorende behandelaanpak, maar ook bij meten van het effect van de behandeling verder te kijken dan de functiegerichte communicatieve mogelijkheden. De eigen beleving van de persoon en het systeem is minstens zo waardevol. Omgaan met afasie blijft een levenslang doel, een onderdeel van iemands bestaan, een tekortkoming waaraan gewerkt moet blijven worden (Hinckley, 2006). Met dit project werd een start gemaakt om deze woorden te vertalen naar betekenisvolle daden.

### Discussie

Zoals bij iedere vorm van innovatie, horen ook bij dit project kritische bedenkingen. De opgedane ervaringen zijn positief, maar vragen relativering. Zo is deze werkwijze nog slechts bij twee personen toegepast. De verkregen resultaten kunnen daarom zeker niet veralgemeend worden. Daarnaast zijn bij gevalbesprekingen beïnvloedende variabelen nooit uit te sluiten. Hierdoor is er geen direct effect aantoonbaar tussen de gedane interventies en het effect voor de persoon met afasie. Het derde discussiepunt betreft de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Bij het meten van sociale participatie blijft enige subjectiviteit bestaan. Het risico op response bias (bijvoorbeeld sociaal wenselijk antwoorden) is niet te ondervangen. Verder is het meten van sociale participatie, meer nog dan bij linguïstische testbatterijen, een momentopname. Er wordt, met enige willekeur, een score gekoppeld aan een gevoel van welbevinden van dat moment. Een vierde bedenking is de tijdsinvestering. Samenwerken met een cotherapeut is tijdsbesparend. Toch kost het voorbereiden, uitwerken, begeleiden en evalueren van het behandelproces



de logopedist nog steeds relatief veel (indirecte) tijd. Op projectbasis was deze werkwijze haalbaar. Het implementeren in een dagdagelijkse werksetting vraagt zeer waarschijnlijk bijstelling van de methodologie. De tijdsinvestering is ook volgens de cotherapeuten hoog. Dit werd bij Jan ondervangen door twee cotherapeuten in te zetten. Bij toekomstige casuïstiek zou het meer gedoseerd aanbieden van opdrachten, verspreid over meerdere cotherapeuten en over een langere behandelduur, te overwegen zijn. Een vijfde kritische reflectie is dat een logopedist in de beroepsrol van coach enig controleverlies zal ervaren. Er dient immers bij de uitvoering en evaluatie van de opdrachten vertrouwd te worden op de werkwijze en mening van de cotherapeut. Daarom dient grondig gekeken te worden naar welke persoon als cotherapeut wordt aangesteld. Niet iedere cotherapeut is in staat te coachen en niet iedere persoon met afasie is coachbaar. Een interessante protocollaire aanbeveling is het ontwikkelen van een profiel/checklist op basis waarvan toekomstige casuïstiek en cotherapeuten geschikt kunnen worden verklaard voor deze participatiegerichte behandelaanpak. Daarnaast is het ook relevant de benodigde competenties (vaardigheden, kennis en klinische ervaring) van de logopedist concreet te definiëren. Als klinische boodschap is het belangrijk te vermelden dat participatiegericht werken bij personen met afasie niet gebonden is aan de chronische fase. Opnieuw sociaal participeren begint, binnen de mogelijkheden, al vrijwel direct na de diagnose. Innovatie en toepassing van mogelijkheden waarmee logopedisten op deze vraag kunnen anticiperen, vormt een uitdaging voor de toekomst. Dit vraagt verder onderzoek. Op basis hiervan kunnen participatiegerichte ideeën, voortkomend uit klinisch enthousiasme, op een meer structurele basis vertaald worden naar betekenisvolle professionele handelingen. Dit is en blijft een dynamisch proces waar logopedisten, afasietherapeuten en andere deskundigen op het gebied van afasie een bijdrage aan kunnen leveren (NVAT, 2012).

### Dankwoord

Op de eerste plaats dank aan Jan en Marian, hun levenspartners en cotherapeuten voor hun motivatie en deelname. Dank aan Frank Paemeleire voor de constructieve feedback. Als laatste bedank ik graag vakgroep Logopedie van Adelante Volwassenenrevalidatie. Hierbij een bijzonder woord van dank aan Marie-Jeanne te Meij en Virginie Pielanen voor hun motiverende woorden, klinisch enthousiasme en kritische blik. Collega Janneke Ploum bedank ik ten slotte voor het uitschrijven en analyseren van de spontane taalsamples.

### Referenties

- Afasie Vereniging Nederland en Stichting Afasie Nederland (2011). *Afasie, wat is dat?*
- Afasie Vereniging Nederland en Afasiecentrum Rotterdam en omstreken (2008). *DVD Regie over je leven, woorden en daden.*
- Afasie Vereniging Nederland en Stichting Afasie Nederland (1997). *Afasie Voorlichtingsfilm.*
- Analyse voor Spontane Taal bij Afasie (ASTA), geraadpleegd op 10 augustus 2012, op: [http://www.klinische-linguistiek.nl/2010-09-10\\_ASTA\\_drukversie%5B1%5D.pdf](http://www.klinische-linguistiek.nl/2010-09-10_ASTA_drukversie%5B1%5D.pdf).
- Blomert, L., Koster Ch & Kean, M.L. (1995) *Amsterdam Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Blackstone, S., W. & Hunt Berg, M. (2003). *Social Networks: a communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners*. Monterey: Attainment Company.
- CBO (2009). *Richtlijn diagnostiek, behandeling en zorg voor mensen met een beroerte*. Available: [www.diliguide.nl/document/230/beroerte-diagnostiek-behandeling-en-zorg-voor-patienten-met-een-beroerte.html](http://www.diliguide.nl/document/230/beroerte-diagnostiek-behandeling-en-zorg-voor-patienten-met-een-beroerte.html).
- Community Integration Questionnaire (CIQ), aangepast en vereenvoudigd voor mensen met afasie, Dalemans, R.J.P. (2009).
- Dalemans, R.J.P. (2010). *Stroke survivors with aphasia and their social participation*. Maastricht: Universitaire Pers
- Dalemans, R.J.P. (2009). Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering. *Logopedie en Foniatrie*, 12, 380-383.
- Graetz P., De Bleser A., Willmes K., (1992). *Akense Afasie Test – Nederlandstalige bewerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: Development and initial social validation of the Friendship Scale. *Social Indicators Research*, 77, 521-548.
- Hinckley J.J. (2006). Finding messages in bottles: living successfully with stroke and aphasia, *Top Stroke Rehabilitation*, 13, (1), 25-36.
- Holland, A (2007). Counseling/coaching in Chronic Aphasia: getting on with life. *Topics in Language disorders*, 27(3), 339-350.

- Janssen, B. (2012). Natuurlijk een netwerkcoach! De kracht van het vragen stellen, *De Zorgkracht van sociale netwerken* hoofdstuk 8 Eindhoven: WMO-werkplaatsen Movisie. Available: <http://www.movisie.nl/smartsite.dws?id=139604>.
- Kagan A., Simmons-Mackie N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T. & Sharp, S. (2008). Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention *Aphasiology*, 22 (3), 258-280. Leven met afasie, geraadpleegd op 10 oktober 2012, op: <http://www.leven-met-afasie.be>.
- Life Satisfaction Questionnaire, Nederlandse versie aangepast en vereenvoudigd voor mensen met afasie, Dalemans, R.J.P. (2009).
- Logopedisten Overleg Verpleeghuizen Regio Brabant (2000) *Afasie Voorlichtingsklapper*. Zierikzee: EDZ Multimedia.
- Meulen van der, I., van de Sandt-Koenderman, W.M.E, et al. (2008) *Scenario Test*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- NVAT (2012). Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging Afasietherapeuten (NAIS). [www.afasietherapie.info/NAIS](http://www.afasietherapie.info/NAIS).
- Paemeleire, F. (2011). *Handboek spraakpraxie bij volwassenen* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Paemeleire, F., DeSmet, L., Savonet, A. & Van Beneden, G. (2011). *DYSAMIX, werkboek dysartrie bij volwassenen deel 1*. Desselbergen: Sig vzw.
- Persoonlijke- en omgevingsfactorenvragenlijst, aangepast en vereenvoudigd voor mensen met afasie, Dalemans, R.J.P. (2009).
- Schalock, R. (2004). The concept of quality of life. What we know and do not know. *Journal of Intellectual, Disability Research*, 48 (3), 203-216.
- Scheffers (2010). *Sterk met een vitaal netwerk*. Bussum: Coutinho.
- Sclera, geraadpleegd op 3 september 2012, op: <http://www.sclera.be>.
- Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2000). Nazorg: ervaringen vanuit een praktijkgerichte behandeling. In: Peters, H.F.M., Bastiaanse, R., Borsel, J. van, Dejonckere, P.H.O., Jansonius-Schultheiss, K., Meulen, S.J. van der & Monderlaers, B.J.E. (Red.). *Handboek stem- spraak- taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2001). *Handleiding BIPAC: Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve activiteiten*. Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2001). *Handleiding BEBA: Birkhoevense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie*. Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., O'Neill Christie, Ch., Huijbregts, M., McEwen, S. & Willems, J. (2007). Communicative access and decision making for people with aphasia: implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*, 21 (1), 39-66.
- Sociale Netwerkanalyse (2012)., vertaald en aangepast door de Haan, V. gebaseerd op inhoud van Blackstone, S. (2003).
- Steyaert, J. (2012). Sociale wetenschappers over sociale netwerken, *De Zorgkracht van sociale netwerken* hoofdstuk 3 Eindhoven: WMO-werkplaatsen Movisie. Available: <http://www.movisie.nl/smartsite.dws?id=139604>.
- Stichting Afasie Nederland (2012). *Afasie, een wegwijzer?*
- Visch-Brink, E., van de Sandt-Koenderman, M., El Hachoui H. (2010). *Screeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum onderdeel van Springer Media.
- Visser-Meily et al. (2009). De CVA-zorg en revalidatie moet veranderen; dat vraagt veel van de organisatie. *Revalidata*, 148, 13-16.
- Vrancken P.H. (2008) *Zorgwijzer Partners, gids voor partners en naasten van mensen met niet-aangeboren hersenletsel* (NAH). Den Haag: Hersenstichting Nederland.
- WHO-FIC Collaborating Centre in het Nederlands (2002). *ICF©*. World Health Organisation 2001. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Yorkston et al. (2001). Evidence-based medicine and practice guidelines: application to the field of speech-language pathology. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 9 (4), 243-256.

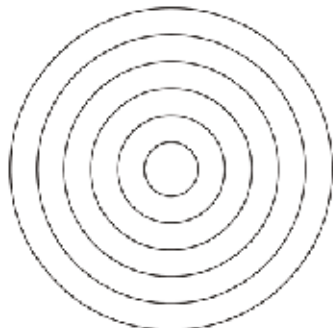
### Correspondentieadres

Vera de Haan-Neven  
Adelante Volwassenenrevalidatie afdeling logopedie  
Zandbergsweg 111  
6432 CC Hoensbroek  
Nederland  
[v.haan@adelante-zorggroep.nl](mailto:v.haan@adelante-zorggroep.nl)

### Bijlage 1. Inhoudsopgave van de Sociale Netwerkanalyse

(gebaseerd op Blackstone, S.W., & Hunt Berg, M., 2003)

#### Visualisatie cirkel van communicatiepartners:



Binnenste cirkel = een persoon met een communicatieve beperking  
(person-centered planning)

Cirkels van binnen naar buiten:

1 = gezin en levenslange partners

2 = familie, vrienden en verwanten

3 = bekenden

4 = betaalde werkers (bijvoorbeeld therapeuten, poetsvrouw, artsen, winkelpersoneel, collega's)

5 = onbekenden

Stap 1.	Identificeren van belangrijke personen in iedere cirkel.
Stap 2.	Identificeren van specifieke partners en hun cirkels
Stap 3.	Frequentie van contacten
Stap 4.	Manieren van communiceren
Stap 5.	Huidige gespreksonderwerpen
Stap 6.	Gewenste gespreksonderwerpen
Stap 7.	Gesprekssituaties
Stap 8.	Gespreksdoelen
Stap 9.	Verloop van gesprekssituaties algemeen
Stap 10.	Beoordeling opvallend positieve situaties
Stap 11.	Beoordeling opvallend negatieve situaties
Stap 12.	Communicatiekrachten
Stap 13.	Communicatiebarrières
Stap 14.	Dynamiek van sociaal netwerk
Stap 15.	Bouwen aan sociaal netwerk
Stap 16.	Communicatiedoelen voor de toekomst op vlak sociale participatie

### Bijlage 2. Overzicht SMARTIE- hoofdbehandeldoelen met bijbehorende subdoelen Jan

#### Hoofddoel 1:

Na drie maanden hebben voor Jan relevante gesprekspartners uit zijn sociale netwerk, een voor hem toereikend niveau van, kennis over en inzicht in zijn afasie. Jan is zich bewust van zijn zelfverantwoordelijkheid hieromtrent, handelt binnen zijn mogelijkheden een actieve copingstijl en ervaart daardoor een toename van sociale steun.

- 1a. Jan heeft kennis over en inzicht in voorbeelden van een actieve probleemgerichte copingsstijl van andere personen met afasie.
- 1b. Jan herkent de meerwaarde van sociale steun ter bevordering van zijn sociale participatie en weet waar hij die in zijn eigen netwerk kan vinden.
- 1c. Jan spreekt over zijn eigen afasie en de impact op zijn leven met door hem gekozen mensen uit zijn sociale netwerk wanneer hij daar behoefte aan heeft.

#### Hoofddoel 2:

Na drie maanden beantwoordt Jan, in ieder geval als hij alleen thuis is, structureel de telefoon en hij belt zelf in door hem gewenste situaties. Hierbij bevindt de factor spanning zich op een voor hem acceptabel niveau.

- 2a. Jan probeert consequent, binnen zijn mogelijkheden, de naam van de beller en betreffende boodschap aan zijn partner door te geven.
- 2b. Jan is, indien deze situatie zich voordoet, in staat een gesprekspartner te informeren dat een ander het telefoongesprek overneemt.
- 2c. Jan is in staat een telefoongesprek af te sluiten.
- 2d. Jan belt zijn vrouw minimaal 1x per week op haar werk op en is in staat in betreffende gesprekken te komen tot een voor hem bevredigend niveau van inhoudelijke diepgang.
- 2e. Jan belt zijn kinderen ieder minimaal 1x per week op en is in staat in betreffende gesprekken te komen tot een voor hem bevredigend niveau van inhoudelijke diepgang.
- 2f. Jan is in staat mensen uit laag 2 en 3 van zijn sociale netwerk te bellen en is in staat betreffend gesprek op gang te houden en te komen tot een voor hem bevredigend niveau van inhoudelijke diepgang door het doen van een mededeling, het stellen van een vraag of het maken van een afspraak.
- 2g. Jan is in staat naar de tandarts, huisarts en het ziekenhuis te bellen om een afspraak te maken.
- 2h. Jan is in staat om naar het ziekenvervoer te bellen om een taxi-afspraak te maken, te verzetten, te annuleren of om iets te vragen.
- 2i. Jan is in staat om naar een restaurant te bellen om een reservering te doen.

#### Hoofddoel 3:

Na drie maanden ervaart Jan een toename van autonomie en haalt hij meer voldoening uit de contacten uit de eerste drie lagen van zijn sociale netwerk doordat betreffende conversaties mede door zijn eigen gedragsverandering een voor hem toereikend niveau van inhoudelijke diepgang bereiken.

---

## Artikels

---

- 3a. Jan is op de hoogte van de aandachtspunten van zijn communicatieadvies en past betreffende punten, binnen zijn mogelijkheden, structureel toe in alle conversaties binnen zijn sociale netwerk.
- 3b. De levenspartner van Jan coacht bij bovenstaand punt door hem aan de aandachtspunten te laten denken waar relevant.
- 3c. Jan en zijn levenspartner maken iedere dag bij voorkeur op een vast moment minimaal 15 minuten bewust tijd om met elkaar te praten zonder storend achtergrondgeluid. Ze initiëren tijdens dit communicatiemoment ieder minimaal 1 gespreksonderwerp en zijn in staat in betreffende gesprekken te komen tot een voor hen bevredigend niveau van inhoudelijke diepgang.
- 3d. Jan laat een toename van initiatief zien op het gebied van het openen en op gang houden van sociale interacties met familie, vrienden en kennissen.
- 3e. Jan trekt zich niet meer terug uit sociale interacties met familie, vrienden en kennissen. Indien Jan een reden heeft om zich uit een conversatie te onttrekken, maakt hij deze kenbaar.
- 3f. Jan initieert, wanneer hij daar behoefte aan heeft, tijdens sociale interacties met familie, vrienden en kennissen gespreksonderwerpen waarover hij zelf wenst te praten.
- 3g. Partner overlegt haar eigen voorstellen voor sociale uitjes structureel eerst met Jan en betreft en stimuleert Jan bij het maken van afspraken hieromtrent. Hierbij helpt ze waar nodig, maar probeert ze het ingeslepen patroon van overprotectie te doorbreken.

### **Hoofddoel 4:**

Na drie maanden toont Jan een toename van zelfstandigheid en ervaart hij een toename van autonomie door, binnen zijn mogelijkheden, sociaal te participeren in door hem aangegeven specifieke openbare gelegenheden. Hierbij is de spanningsfactor naar een voor hem beheersbaar niveau gezakt.

- 4a. Jan is in staat om een vraagboodschap te doen bij de supermarkt/bakker.
- 4b. Jan is in staat om een vraagboodschap te doen bij de apotheek.
- 4c. Jan is in staat om een vraagboodschap te doen bij de Roda fanshop.
- 4d. Jan is in staat om een bestelling te doen, iets te vragen en/of een praatje te maken met een kelner in een restaurant.
- 4e. Jan is in staat om een praatje te maken met een bekende voorbijganger die hij in een alledaagse situatie (op straat, in een winkel, in een wachtgelegenheid of elders) tegen komt wanneer hij daar behoefte aan heeft.
- 4f. Jan toont initiatief om een praatje te beginnen met een onbekende voorbijganger die hij in een alledaagse situatie (op straat, in een wachtgelegenheid of elders) tegen komt wanneer hij daar behoefte aan heeft.
- 4g. Jan is in staat te reageren op het initiatief tot het maken van een praatje door een bekende of onbekende gesprekspartner in alledaagse situaties.

### Bijlage 3. Kernbegrippen behandeldoelen ondersteund met pictogrammen

De behandeldoelen van Jan situeren zich rondom een aantal overkoepelende kernthema's:

- » **Informereren** sociale netwerk over afasie
- » **Initiatief** tot sociaal contact
- » **Telefoneren**
- » **Spreeken in het openbaar:** bij bekenden en onbekenden
- » **Zelfverantwoordelijkheid** rondom het communiceren

