

BERICHTEN 17-03

CONFERENTIEVERSLAG - AFASIE- CONFERENTIE 2011

Op 4 november 2011 vond de Afasieconferentie Interactie en Communicatie plaats, georganiseerd door de SAN, de NVAT en de VKL. De conferentie heeft tot doel wetenschap en praktijk dichterbij elkaar te brengen. In het programma kwamen dan ook zowel wetenschappelijk onderzoek als praktische aspecten uit de logopediepraktijk aan de orde. Het ochtendprogramma bestond uit plenaire lezingen, gevolgd door een lunchpauze waarin posters werden gepresenteerd. Tijdens het middagprogramma vonden in totaal vier workshops plaats, waarvan alle deelnemers er twee konden bijwonen. De dag werd voorgezeten door dr. Mieke van de Sandt-Koenderman. Dit conferentieverlag geeft een samenvatting van de plenaire lezingen, de posterpresentaties en de workshops.

Plenaire lezingen

De prognose van afasie na een beroerte - drs. H. El Hachioui Het is algemeen bekend dat semantiek, fonologie en syntaxis een belangrijke rol spelen bij verbale communicatie. Hoewel deze drie linguïstische kernniveaus doorgaans een centrale rol spelen bij de diagnose en behandeling van afasie, is de voorspellende waarde ervan als het gaat om de prognose van afasie, niet onderzocht. Om

de invloed van de drie linguïstische niveaus op de prognose van afasie in kaart te brengen, werd de ScreeLing ingezet: een test die discrimineert tussen individuen met afasie en gezonde personen (Visch-Brink, van de Sandt-Koenderman en El Hachioui, 2010). De test is kortdurend (30 - 45 minuten), aan het bed af te nemen, bevat levendig en gevarieerd materiaal, is eenvoudig te scoren en heeft een zeer goede discriminatieve waarde (0.92).

In totaal namen 147 afasiepatiënten deel aan het onderzoek, waarvan 130 aan de follow-up. Er waren vier testmomenten: 1) tijdens de acute fase, 2) na twee weken, 3) na zes weken en 4) na een jaar. De primaire uitkomstmaat was de Aphasia Severity Rating Scale (Goodglass & Kaplan, 1972), waarbij de spontane taal werd beoordeeld aan de hand van een 5-puntsschaal. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'ernstige/matige' afasie (score 0 - 3) en 'lichte/geen' afasie (score 4 - 5). Met behulp van de gegevens over de drie linguïstische niveaus en de beoordeling van de spontane taal, werd berekend hoe veel kans een afasiepatiënt heeft om in de laatstgenoemde groep ('lichte/geen' afasie) terecht te komen.

Uit het onderzoek bleek dat van de drie linguïstische kernniveaus fonologie in de eerste week na de beroerte de beste voorspeller is voor de mate van afasie na een jaar. Daarnaast zijn de leeftijd en de Barthel Index score (meetinstrument om te bepalen in hoe-

verre iemand algemene dagelijkse levensverrichtingen zelfstandig kan uitvoeren) van invloed op de mate van herstel: jonge patiënten met een hoge score op fonologie en de Barthel Index hebben een vergrote kans om na een jaar in de 'lichte/geen afasie' categorie te worden ingedeeld. In een vervolgonderzoek zal El Hachoui aan de hand van data van een nieuwe groep patiënten met een beroerte de huidige bevindingen valideren.

De dynamiek van het Afasiencentrum - drs. M. Verschaeve en S. Nijboer Dat een afasiepatiënt zich in de chronische fase bevindt, houdt niet in dat de patiënt statisch is: nadat therapie is afgerond, bestaat er dikwijls nog behoefte aan nazorg. Via reguliere zorg en activiteiten als sociëteiten kan in veel gevallen geen invulling worden gegeven aan deze behoefte. De AVN heeft in 1999 de wens voor het faciliteren van nazorg geuit. Een jaar hieraan voorafgaand werd het Afasiencentrum in Rotterdam opgericht. Inmiddels zijn er elf regio's met een afasiencentrum en nog eens acht afasiencentra in de startfase. Kortom: de omvang van de centra neemt gestaag toe.

De belangrijkste functie van het afasiencentrum is het overbruggen naar de maatschappij in de chronische fase van afasie. Er wordt op aanpassingsgerichte wijze aandacht besteed aan communicatie en resocialisatie. De wensen en hulpvragen van de cliënt staat hierbij centraal. Over het algemeen wordt gewerkt in coherente groepen. Door op deze manier samen te werken, kunnen de cliënten met afasie veel van elkaar leren. In andere gevallen is er een individueel traject nodig, waarvoor dan ruimte wordt gemaakt.

Het afasiencentrum maakt onderscheid tussen vier typen individuen: 1) de voorbijganger, die kampt met beperkt ziekte-inzicht en die dan ook geen hulpvraag heeft; 2) de zoe-

ker, die zich bewust is van problemen maar het moeilijk vindt de hulpvraag te concretiseren; 3) de klant, die een duidelijke hulpvraag heeft en 4) de co-expert, die dankzij ervaring met afasie kan optreden als vrijwilliger en zo ervaringen kan delen. Na een intakegesprek wordt een handelingsplan opgesteld, dat onderdeel uitmaakt van het zorgplan. Het handelingsplan wordt op begrijpelijke wijze geformuleerd en vormgegeven (bijvoorbeeld met pictogrammen) en ondertekend door de cliënt. Na afloop van een op voorhand vastgestelde periode worden de plannen en de doelen van de cliënt zowel individueel als in coherente groepen geëvalueerd. Het afasiencentrum is deskundig en multidisciplinair. Er wordt samengewerkt met de AVN en er vinden audits plaats om te beoordelen of er daadwerkelijk volgens de missie en de visie van het initiatief van het afasiencentrum wordt gewerkt. Hiertoe praat de AVN met zowel het management en medewerkers als cliënten, partners en vrijwilligers.

De kracht van de organisatie zit in samenwerking: afasiencentra werken samen met de AVN, met andere afasiencentra en natuurlijk met cliënten. Echter, niet alleen de organisatie is dynamisch; ook de overheid is (te) dynamisch. De beslissingen die de afgelopen jaren op overheidsniveau zijn gemaakt hebben verstrekkende gevolgen voor de afasiencentra. Deze dynamiek binnen de overheid dwingt de afasiencentra tot creativiteit.

Muziek in de behandeling van neurologische taal- en spraakstoornissen - drs. J. Hurkmans Er is al veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen taal en muziek. Meer specifiek is al geruime tijd bekend dat mensen met hersenletsel baat hebben bij zang. Echter, hoewel we veel eigenschappen van taal(stoornissen) al redelijk goed in beeld

hebben, weten we nog maar weinig van (stoornissen in) muzikaliteit: iemand kan (nog) niet gediagnosticeerd worden met 'amuzikaliteit'. Brown et al. (2006) hebben met fMRI-studies laten zien dat er veel overeenkomstige hersengebieden zijn als het gaat om de generatie van zinnen enerzijds en die van melodieën anderzijds. Vanwege deze overlap ligt het voor de hand het effect van zang en melodie op taalproductie te onderzoeken om zo bij te kunnen dragen aan de mondelinge communicatie van afasiepatiënten.

Een literatuurstudie wijst uit dat hoewel er veel artikelen zijn gepubliceerd met als thema de relatie tussen taal/spraak en muziek, het in slechts een klein deel van de gevallen ging om therapiestudies bij neurologische patiënten. In 15 van deze studies stond het effect van therapie centraal en in slechts drie gevallen werden de werkingsmechanismen in kaart gebracht. Hoewel alle 15 therapiestudies een positief effect hebben laten zien, zijn deze onderzoeken methodologisch zwak: behandelingen zijn nauwelijks geëvalueerd en er is weinig klinimetrie toegepast. Bovendien zijn sommige uitkomsten met betrekking tot werkingsmechanismen zelfs contrasterend: Schlaug et al. (2008) associëren muziek met activiteit in de rechterhemisfeer, terwijl Belin et al. (1996) met een PET-studie tijdens naspreken met melodie en ritme juist meer activiteit hebben gevonden in de linkerhemisfeer.

Hurkmans heeft dan ook een methodologisch verantwoorde studie opgezet waarin een combinatiebehandeling van logopedie en muziektherapie bij afasie en/of verbale apraxie centraal staat: Speech - Music Therapy for Aphasia (SMTA). In de therapie wordt gebruikgemaakt van een combinatiebehandeling, waarbij deblokkering (zoals bij globale afasie) en vloeiendheid van praten centraal staan. Hierbij wordt aandacht besteed aan

alle linguïstische niveaus en alle muzikale parameters. Er worden nieuwe melodieën geschreven om eventuele invloed van voorkomen te voorkomen, welke door patiënt en therapeuten gezamenlijk worden uitgevoerd.

Uit de praktijk is al gebleken dat de behandelmethode een manier is om het spreken op gang te brengen, om de vloeiendheid te bevorderen en om de mondelinge taalproductie te vergroten. Daarnaast is gebleken dat de methode direct toepasbaar is, drempelverlagend werkt en als afwisselend en ontspannen wordt ervaren. Omdat de studie nog niet is afgerond, zijn de resultaten nog niet beschikbaar. Hurkmans hoopt de bevindingen tijdens een andere gelegenheid te kunnen presenteren. Vooralsnog is de belangrijkste take home message: evalueer behandelingen, gebruik klinimetrie en doe zowel een voor- als nameting.

Melodic Intonation Therapy: hoe, wanneer en voor wie? - dr. A.C. van der Meulen Zoals uit de voorgaande lezing al werd opgemerkt, krijgen muziek en zingen al geruime tijd aandacht van zowel wetenschap als praktijk als het gaat om de verbetering van taalproductie van afasiepatiënten. In 1973 werd voor afasiepatiënten met een ernstige stoornis in de taalproductie de Melodic Intonation Therapy (MIT; Albert et al., 1973) ontwikkeld. In deze therapie wordt gebruikgemaakt van de muzikale elementen van taal, zoals toonhoogte en ritme. De MIT is naar veel talen vertaald en wordt veelvuldig toegepast in de praktijk. Uit voorgaande studies kan voorzichtig worden geconcludeerd dat MIT bijdraagt aan taalproductie bij afasie. De meeste onderzoeken beschrijven echter individuele gevallen of zijn methodologisch zwak opgezet. Bovendien is slechts onderzoek gedaan naar het effect van MIT in de chronische fase.

Het is dan ook van belang na te gaan in hoeverre MIT positief kan bijdragen aan taalproductie in het eerste jaar post onset, de fase waarin afasiepatiënten doorgaans intensieve therapie krijgen.

Het onderzoek dat van der Meulen presenteert, valt uiteen in twee onderwerpen. Ten eerste wordt onderzocht welke aspecten van de therapie ten grondslag liggen aan de taalverbetering na MIT. Het kan hierbij gaan om neurologische factoren als de grootte of de locatie van de laesie, maar ook aspecten van de therapie als handbeweging of het samen zingen. Ten tweede wordt aandacht besteed aan de onderliggende werkingsmechanismen van MIT. Oorspronkelijk gingen wetenschappers ervan uit dat MIT activiteit veroorzaakte in de onaangedane rechterhersenhelft, die functies van de linkerhersenhelft overnam. Echter, zoals ook uit de presentatie van Hurkmans bleek, zijn resultaten uit fMRI studies tegenstrijdig en is niet duidelijk welk type neurale processen er plaatsvinden en waar deze zich bevinden.

Van der Meulen liet aan de hand van twee casussen zien hoe belangrijk het voor de klinische praktijk is om antwoorden te krijgen op deze vragen. Momenteel wordt onderzoek gedaan naar de (verschillen tussen) de effecten van MIT in de post-acute en de chronische fase. Omdat de resultaten van dit onderzoek nog niet bekend zijn, hoopt van der Meulen deze tijdens een andere gelegenheid te presenteren.

Functionele implementatie - C. Ottenspeer
Nadat in de voorgaande presentaties de focus lag op de wetenschap achter muziektherapie, behandelde Ottenspeer de functionele toepassing ervan in de praktijk. Het is algemeen bekend dat een ritme makkelijker te onthouden is dan een tekst. Daarnaast vinden men-

sen het over het algemeen prettiger om samen te zingen dan alleen. Ten slotte ondersteunt ritme zowel vloeiendheid als woordvinding. Ottenspeer gaat in op de toepassing van SMTA en MIT in afasietherapie en de vraag hoe deze functioneel gemaakt kunnen worden.

Zoals al uit de voorgaande lezingen naar voren kwam, kunnen positieve effecten van muziektherapie op woordvindingen en vloeiendheid slechts beperkt worden gegeneraliseerd. Bovendien kwam MIT bij patiënten met een globale afasie de functionele communicatie niet ten goede: dikwijls trad er een toename van stereotiepe taal en echolalie op. Daarom is het van belang zorg op maat te leveren en los te komen van de methode. De patiënt en de therapeut moeten samen aan doelen werken, waarbij de cliënt wordt betrokken bij het bepalen van de werkwijze.

Ottenspeer vertelt over de creatieve dialoog, waarbij in een groep een standaardvraag en melodie worden bedacht. Gezamenlijk wordt een vraag ingeoeffend, die aan groepsleden kan worden gesteld. Alle groepsleden bedenken een eigen antwoord op de vraag, dat op een steeds wisselende melodie wordt gegeven. Door op deze wijze te werk te gaan, worden binnen de groep echte dialogen gecreëerd, evenals een noodzaak om te spreken. Een andere manier waarop muziektherapie kan worden toegepast, is het groepsgewijs laten bedenken van een tekst bij een actueel thema. In dit geval wordt eerst een melodie geselecteerd die onder alle patiënten bekend is. Om te voorkomen dat de originele tekst die bij de melodie hoort van invloed is, is het van belang dat het gaat om een tekst die onbekend is. Vervolgens wordt groepsgewijs een tekst over een actueel thema op de gekozen melodie geschreven. Hierbij wordt gewerkt aan woordvinding, het identificeren van lettergrepen en het plaatsen

van klemtonen.

Door tijdens deze vorm van therapie zinnen te oefenen die functioneel zijn, kunnen positieve effecten van muziektherapie worden generaliseerd naar functionele, alledaagse communicatie. Bovendien gaat het om een vorm van therapie die uitdagend is voor de patiënten en niet doorgaans alleen veel plezier maar ook een gemotiveerde instelling met zich meebrengt. Bij de selectie van patiënten voor muziektherapie is het wel van belang onderscheid te maken tussen enerzijds patiënten die op zoek zijn naar gezelligheid en het onderhouden van talige vaardigheid (en dus elders terecht kunnen) en anderzijds patiënten die daadwerkelijk logopedische doelen nastreven en zodoende geschikt zijn voor het beoefenen van muziektherapie.

Posters

(De samenvattingen van de posters zijn geschreven door de presentatoren)

Voorlichtingskaarten bij afasie - drs. Corinne van den Bergh-Raat Van den Bergh-Raat verzorgde een posterpresentatie over voorlichtingskaarten die gemaakt zijn voor afasiepatiënten die in instellingen (ziekenhuis, revalidatie centrum en verpleeghuis) verblijven en die vanwege hun communicatieproblemen moeite hebben om regulier verstrekte informatie of voorlichting te begrijpen.

Voor hen zijn kaarten gemaakt (door logopedisten van VUmc en Stichting Afasie Nederland) waarop in heldere bewoordingen en met grote letters, ondersteund door duidelijke illustraties, informatie wordt gegeven over heel veel onderwerpen, bijvoorbeeld incontinentie en de hulpbel, en vraagstukken

zoals: wat is een CVA en wat zijn de oorzaken? Wat houden diverse onderzoeksmethoden (MRI, CT-scan, Duplex) in? Wat is agnosie? Wat is afasie? Wat is aparaxie? Wat is hemiplegie?, etc.

Het is de bedoeling dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij een CVA de kaarten gebruiken. Kopieën van de kaarten worden aan de patiënt gegeven, zodat op de vervolgplek ook duidelijk is over welke onderwerpen er voorlichting is gegeven. In de praktijk worden deze kaarten nu ook gebruikt voor veel CVA-patiënten die bijvoorbeeld geheugen-, gehoor- of visusproblemen hebben.

Directe rede bij afasie - Rimke Groenewold, MA Groenewold gaf een posterpresentatie over het multifunctionele gebruik van verschillende typen directe rede door individuen met afasie. De directe rede kan niet alleen worden gebruikt om te refereren aan eerdere uitspraken (zoals in het geval van citaten), maar ook om te refereren aan hypothetische, toekomstige of prototypische scenario's of uitspraken.

In een pilotstudie onderzocht Groenewold in hoeverre verschillende vormen van de directe rede voorkomen in de semi-spontane taal van mensen met afasie en in hoeverre de frequentie waarmee en de wijze waarop afasiepatiënten deze communicatieve constructies gebruiken afwijken van die van gezonde proefpersonen. Daarnaast onderzocht ze of het type stoornis (grammaticaal versus lexicaal) een rol speelt bij het multifunctionele gebruik van de directe rede. In een exploratief onderzoek werd de spontane taal van 25 afasiepatiënten en 30 gezonde controlepersonen geanalyseerd.

Uit de analyse bleek dat zowel de afasiepatiënten als de gezonde proefpersonen gebruik maakten van de directe rede. De afasiepatiën-

ten produceerden echter significant meer directe rede-constructies dan de gezonde personen. Bovendien kon er voor wat betreft vorm onderscheid worden gemaakt tussen individuen met een amnestische afasie en individuen met een afasie van Broca: terwijl sprekers met een amnestische afasie een directe rede-constructie dikwijls introduceren met een rapporterend werkwoord, laten de sprekers met een afasie van Broca dit vaak weg. De extra 'laag' in communicatie die de directe rede biedt, doordat verbale communicatie aangevuld kan worden met o.a. intonatie, prosodie, gebaren, gezichtsuitdrukkingen, etc., maakt het een interessante constructie voor mensen met afasie. Uit dit exploratieve onderzoek kan dan ook voorzichtig geconcludeerd worden dat afasiepatiënten de directe rede strategisch kunnen inzetten om problemen met woordvinding en/of grammatica te omzeilen.

De effectiviteit van vroege cognitief-linguïstische therapie bij afasie na stroke - Rotterdamse Afasie Therapie Studie-3 (RATS-3): een gerandomiseerde gecontroleerde trial - dr. Marjolein de Jong-Hagelstein Voornamelijk in de eerste 3 maanden post stroke zou cognitief-linguïstische therapie extra effectief kunnen zijn vanwege de interactie met het spontane herstel van taalspecifieke hersengebieden. Mogelijk was de behandelintensiteit in RATS-2 te laag om een verschil in effectiviteit tussen de therapiemethodes aan te kunnen tonen. Het is nog onbekend wat beter is: zeer snel starten met afasietherapie of de patiënt enkele weken rust laten nemen na de beroerte.

Het doel van het huidige onderzoek is het meten of intensieve, kortdurende, vroeg ingezette cognitief-linguïstische therapie (BOX

en FIKS) beter is dan uitgestelde afasietherapie. De interventiegroep bestaat uit een groep personen die BOX dan wel FIKS (inclusief eBOX en eFIKS) kreeg. De interventie start uiterlijk 2 weken post onset. De therapie wordt gedurende vier weken elke dag een uur gegeven, waarvan minimaal twee uur per week directe therapie. De controlegroep krijgt uitgestelde therapie en rust wat betreft afasietherapie (patiënt/proxy mag ook niet zelf taal oefeningen doen).

De inclusiecriteria luiden als volgt: (1) afasie na stroke, oordeel neuroloog/revalidatiearts en logopedist, (2) minder dan 2 weken post onset, (3) ScreeLing is afneembaar, (4) afasie volgens de verkorte Token Test en/of Aphasia Severity Rating Scale (Goodglass, Kaplan en Baresi), (5) leeftijd tussen 18 en 85 jaar en (6) goede beheersing Nederlandse taal. De volgende kenmerken zijn redenen voor exclusie: (1) reeds bestaande afasie, (2) subarachnoïdale bloeding, (3) ernstige dysarthrie, ontwikkelingsdyslexie, perceptuele stoornis en (4) (vermoedelijke) dementie, recent psychiatrisch verleden, analfabeet.

Patiënten in de Randstad die gevraagd worden deel te nemen aan RATS-3 (van de interventie- dan wel de controle groep) worden ook gevraagd of ze willen deelnemen aan FIAT. In FIAT worden de neuronale reorganisatieprocessen als gevolg van CLT versus uitgestelde therapie onderzocht met behulp van functionele MRI (fMRI). Deze technieken zijn volledig onschadelijk en zorgen daarom voor een unieke mogelijkheid om de plasticiteit van taalfuncties te onderzoeken. De hersenactiviteit tijdens het uitvoeren van taaltaken in de scanner wordt in beeld gebracht voor en direct na de therapie en na 3 maanden na de eerste MRI-sessie. De resultaten van de MRI-scans worden gecorreleerd met de resultaten op de taaltests, die eveneens voor en direct na

de therapie en na 3 maanden na de beroerte c.q. na inclusie worden afgenomen.

Parallel aan de acute patiëntengroep zal een chronische patiëntengroep (1-3 jaar na de beroerte) hetzelfde onderzoek ondergaan en op dezelfde manier geëvalueerd worden

Scenario Test - dr. Ineke van der Meulen

Van der Meulen's poster presenteerde de Scenario Test, een test die de verbale én non-verbale communicatieve vaardigheden van afasiepatiënten meet. Hij is bedoeld voor mensen met een matige tot ernstige afasie bij wie in therapie gebruik gemaakt wordt van non-verbale en ondersteunde communicatie.

Nieuw aan de test is niet alleen dat deze verbale én non-verbale communicatie meet, maar ook dat dit gebeurt in een interactieve setting. Ernstige afasiepatiënten communiceren beter met getrainde communicatiepartners die aanmoedigen tot het gebruik van non-verbale communicatie. De beste manier om de communicatieve vaardigheden van ernstige afasiepatiënten te onderzoeken, is daarom in interactie met een communicatiepartner.

In een grote groepsstudie bleek dat de test uitermate betrouwbaar en valide is. Onderzoek naar de klinische bruikbaarheid liet zien dat de test inzichten biedt in de communicatieve vaardigheden van ernstige afasiepatiënten, die niet met andere tests verkregen kunnen worden: de communicatiekanalen die iemand beheerst en de hulp die hij nodig heeft in het gebruik hiervan. De test kan gebruikt worden voor meerdere doeleinden: (1) het plannen van therapie aan ernstige afasiepatiënten, (2) het meten van vooruitgang in de communicatie, (3) wetenschappelijk onderzoek naar het effect van functionele therapie.

Workshops

Communicatie ondersteuning bij afasie - drs. C. Jongedijk Zoals al bleek uit de lezing door Verschaeve en Nijboer, bestaat er ook in de chronische fase van afasie vaak nog behoefte aan (na)zorg. Tijdens de revalidatiefase wordt een afasiepatiënt intensief behandeld, maar deze behandeling houdt op zodra een patiënt in het chronische stadium belandt. Jongedijk vergelijkt het afasiecentrum dan ook met een brug die de verbinding vormt tussen de revalidatie-/therapiefase en de chronische fase.

De missie van het afasiecentrum is patiënten met niet-aangeboren hersenletsel te ondersteunen bij hulpvragen op het gebied van communicatie en resocialisatie. Het afasiecentrum biedt professionele vraaggerichte zorg aan patiënten en hun mantelzorgers en deelt kennis en informatie met iedereen die met afasie te maken heeft. Bovendien is het afasiecentrum een locatie waar patiënten en mantelzorgers terecht kunnen om met (ervarings)deskundigen te praten. Het afasiecentrum heeft tot doel zich te ontwikkelen tot een expertisecentrum gericht op het leven met communicatiebeperkingen door afasie. De focus ligt hierbij op mogelijkheden in plaats van op beperkingen.

Het afasiecentrum Groningen-Drenthe is een samenwerkingsverband tussen het UMCG en de Noorderbrug. Het UMCG is verantwoordelijk voor een afasietherapeut en de Noorderbrug voor de locatie en faciliteiten, geschoolde afasiebegeleiders en de coördinatie en PR. Daarnaast werkt het afasiecentrum samen met de AVN en Revalidatie Friesland. In het afasiecentrum kunnen patiënten werken op hun eigen tempo. Ze kunnen op zoek naar alternatieve vormen van communicatie en daarbij veel van elkaar leren. Het biedt een goede omgeving voor

het oefenen met computeraanpassingen en software.

In de praktijk komt het vaak voor dat afasiepatiënten aangeven graag gebruik te willen maken van e-mail en internet. Echter, problemen met zowel begrip als productie van taal maken het lastig om daadwerkelijk gebruik te maken van dit soort toepassingen. In de workshop bespreekt Jongedijk een aantal mogelijkheden die van dienst kunnen zijn bij het werken met e-mail en internet door patiënten met afasie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen eenvoudige communicatiehulpmiddelen (bijvoorbeeld BIGmack, Step by Step, Partner/plus), statische communicatiehulpmiddelen (bijvoorbeeld Message Mate, Tech series, Lingo en Super-talker), tekstgebaseerde communicatiehulpmiddelen (bijvoorbeeld Lightwriter, Allora, Speakout en Dubby II) en dynamische communicatiehulpmiddelen, die kunnen worden opgedeeld in gesloten systemen waarbij de combinatie van hard- en software vastligt en geen externe opties bestaan (bijvoorbeeld bij M3, Mini touchy en Tellus Smart) en open systemen, waarbij de combinatie van hard- en software vrij kan worden gekozen en vaak externe opties bestaan (bijvoorbeeld Tellus mobi, Toughbook, Mytobii). In de workshop gaat Jongedijk uitgebreid in op de mogelijkheden van de softwaretoepassingen Wordbar en Spika.

Ten slotte legt Jongedijk uit hoe de aanvragen van dergelijke hulpmiddelen doorgaans verloopt. Het is hierbij van belang altijd te beginnen met een goede zorgvraag: aan welk type ondersteuning is behoefte? De aanvraag kan op verschillende manieren verlopen, maar het is doorgaans goed advies in te winnen van een leverancier. Nadat een keuze is gemaakt, kan een aanvraag worden gedaan bij de zorgverzekeraar, die bestaat uit de offerte van de leverancier, een motivatie van de

logopedist en een medische verklaring van de arts. Wordt de aanvraag goedgekeurd, dan wordt het product geleverd en krijgt de logopedist technische instructie over de implementatie van het hulpmiddel in het dagelijks leven van de cliënt.

Top!Woordvinding - D. Blom

Top!Woordvinding is een digitaal taal oefenprogramma dat geschikt is voor veel mensen met afasie en goed bruikbaar is in een thuissituatie. Omdat het programma de keuze biedt tussen vaste oefeningen en eigen oefeningen, is het individueel aanpasbaar. De vaste oefeningen bestaan uit acht categorieën met elk 50 items. Het programma biedt twee moeilijkheidsgraden en heeft twee modaliteiten (spreken en schrijven). Er kan gebruik worden gemaakt van synoniemen en van cueing (klank- en lettercues, hele woord horen/zien, algemene aanvulzin, bijvoorbeeld 'dit is een ...'). Voor de eigen oefeningen kunnen vaste oefeningen worden bewerkt en omgezet in nieuwe oefeningen en kan een persoonlijk vocabulaire worden aangemaakt, met daarin bijvoorbeeld namen van familieleden of huisdieren, woorden betreffende hobby's en beroepen, plaatsnamen, etc. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van eigen digitale foto's.

Blom heeft onder de gebruikers van Top!woordvinding (afasiepatiënten, familieleden, logopedisten en instellingen) een vragenlijst verspreid. Van de mensen met afasie heeft 11% gereageerd en van de logopedisten 20%. Uit de antwoorden van de patiënten kwam naar voren dat de meeste respondenten TOP!woordvinding gebruikten en dat het grootste deel van hen het een leuk programma vond. Echter, slechts een klein deel van de respondenten maakte gebruik van eigen oefeningen in combinatie met de

vaste oefeningen. Van de mensen die geen eigen oefeningen gebruikten, gaf het grootste deel aan niet te weten hoe dit moet. Uit de antwoorden van de logopedisten kwam naar voren dat het grootste deel van de respondenten gebruikmaakt van het programma. De meeste logopedisten laten hun cliënten zelfstandig met Top!woordvinding werken. Ook onder de logopedisten vindt het grootste deel van de respondenten Top!woordvinding een leuk programma. Net als in de groep afasiepatiënten, gebruikt slechts een klein deel de optie voor eigen oefeningen. In dit geval is de belangrijkste reden dat het teveel tijd kost. Een iets kleiner aantal logopedisten gaf aan niet te weten hoe het moet. Toch raden de meesten logopedisten aanschaf van het programma voor thuis aan.

Blom concludeert dat er onduidelijkheid bestaat met betrekking tot de mogelijkheden van het programma. In het bijzonder de eigen oefeningen worden erg weinig gebruikt, evenals het opnemen en afspelen van eigen spraak. Om deze reden geeft Blom tijdens de Workshop een uitgebreide demonstratie die het programma inzichtelijk maakt. Na afloop van deze uitleg blijkt uit een korte peiling in de zaal dat het programma minder tijdrovend en ingewikkeld is dan werd gedacht.

Integratie van de familie in de afasietherapie: een stand van zaken - dr. R. Dalemans

Afasie is een beperking die niet alleen op de getroffen persoon, maar ook op heel zijn of haar directe omgeving grote impact heeft. Vaak wordt deze directe omgeving in de zorg een beetje vergeten. Tijdens Dalemans' workshop kregen de deelnemers een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot het perspectief van logopedisten in de Euregio over de inzet van de mantelzorgger binnen de afasietherapie. Daarnaast werd

er een aantal instrumenten besproken dat ingezet kan worden om de mantelzorgger beter te integreren in de therapie. Verder werd er kort ingegaan op het belang van aandacht voor kinderen van ouders die zijn getroffen door afasie. Tijdens deze workshop wisselden verschillende werkvormen elkaar af. Op deze manier kregen deelnemers de kans ervaringen uit te wisselen en praktische tips met elkaar te bespreken.

Coachen van mensen met afasie - M. van Uden

De workshop die Van Uden verzorgde zette de aanwezigen in de zaal aan het denken. Door vragen te stellen als 'welk echtpaar met afasie roept bewondering bij je op?', 'wat hebben echtparen met afasie die je kent moeten veranderen in hun leven om zich met de handicap te redden?' en 'welk echtpaar vond je lastig of moeilijk?', riep Van Uden veel persoonlijke ervaringen op.

De therapeuten in de zaal deelden hun ervaringen eerst onderling en vervolgens in de groep. Met de input van de zaal maakte Van Uden per thema een woordspin. Ze deed de taaltherapeuten in de zaal inzien dat zij in hun beroep een belangrijke rol vervullen die vergelijkbaar is met die van een coach. Want hoe ga je nu eigenlijk om met mensen die 'lastig' zijn? Hoe kun je mensen bijstaan die een ontzettend moeilijke fase in hun leven doormaken? Hoe ga je om met cliënten die je advies niet kunnen of willen opvolgen? Dergelijke vraagstukken zou je volgens Van Uden het beste kunnen behandelen door de regie bij de ander te leggen: wil een patiënt of partner niet meewerken? Dat kan, maar dan staat de persoon zelf voor een moeilijke opgave. Als coachend afasietherapeut kun je zaken inzichtelijk en bespreekbaar maken, maar de echtparen zullen zelf een weg moeten vinden in het omgaan met de nieuwe situatie.

**NVAT Afasie Interventie Schema (NAIS);
standaarden in de afasiezorg - S. Wielaert**

Wielaert gaf een workshop over het NVAT Afasie Interventie Schema (NAIS), een schema waarin het therapeutisch proces van diagnostiek en behandeling van afasie wordt beschreven. Het doel van het schema is het standaardiseren en expliciet maken van het therapeutisch proces, zodat het handelen van logopedisten en therapeuten beter zichtbaar en toetsbaar wordt. Er bestaan drie schema's: een voor lichte afasie, een voor matig ernstige afasie en een voor ernstige afasie. De schema's bestaan uit drie kolommen met daarin per fase (acute fase, revalidatiefase en chronische fase) een aantal einddoelen, beschreven vanuit cliëntperspectief. Daaronder worden de middelen besproken, die de therapeut ter beschikking heeft, gesplitst naar diagnostiek op stoornis- en act/participatieniveau en behandeling, uitgesplitst naar stoornis- en act/participatieniveau. De schema's geven niet alleen richting aan het professioneel handelen van logopedisten en afasietherapeuten, maar kunnen ook worden gebruikt in logopedieopleidingen. Tijdens de workshop discussieerden de deelnemers in subgroepen over de schema's. Over het algemeen was de mening over het expliciet maken van het logopedisch handelen zeer positief. Er vond een interessante discussie plaats, waaruit enkele zinvolle aanvullingen op de schema's naar voren kwamen.

Rimke Groenewold

Rijksuniversiteit Groningen

Referenties

- aphasia. *Archives of Neurology*, 29, 130-131.
- Belin, P., Van Eeckhout, P., Zilbovicus, M., Remy, P., Francois, C., Guillame, S., Chain, F., Rancurel, G., and Samson, Y. (1996). Recovery from nonfluent aphasia after melodic intonation therapy: A PET study. *Neurology*, 47, 1504-1511.
- Brown, S., Martinez, M. J., Parsons, L. M. (2006). Music and language side by side in the brain: a PET study of the generation of melodies and sentences. *European Journal of Neuroscience*, 23, 2791-2803.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). *Assessment of Aphasia and Related Disorders*. Philadelphia: Lea and Febinger.
- Schlaug G, Marchina S, Norton A. (2008). From singing to speaking: why patients with Broca's aphasia can sing and how that may lead to recovery of expressive language functions. *Music Perception*, 25, 315-323
- Visch-Brink, E.G., van de Sandt-Koenderman, W.M.E., El Hachioui, H. (2010). *ScreeLing*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Albert, M. L., Sparks, R.W., & Helm, N. A. (1973). Melodic intonation therapy for