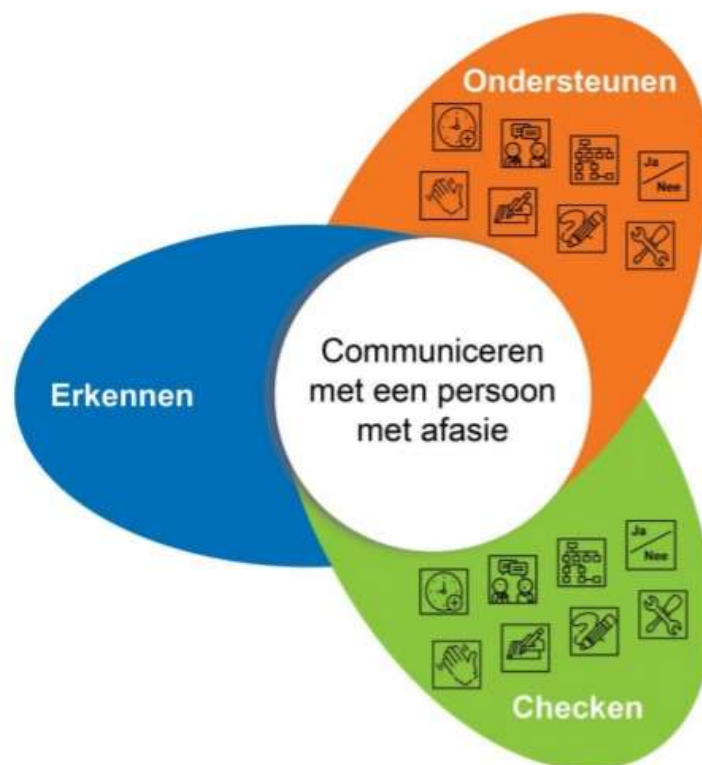


De ontwikkeling van Meting Con-tAct: een conversatie-beoordelingsinstrument om communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals in gesprek met personen met afasie te beoordelen



Oostveen, Berns & Jünger (2018)

Naam: Alissa Nikkels

Studentnummer: 4842944

Datum: 25-01-2019

Studierichting: Master Taal- en Spraakpathologie

Universiteit: Radboud Universiteit Nijmegen

Begeleider: dr. C.A.M. Neijenhuis

Tweede lezer: dr. M.B. Ruiter

Voorwoord

Met trots presenteer ik u mijn masterthesis met de titel “De ontwikkeling van een conversatie-beoordelingsinstrument (Meting Con-tAct) om communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals in gesprek met personen met afasie te beoordelen”. Deze thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Taal- en Spraakpathologie aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Na het afronden van de bachelor Logopedie, ben ik gaan werken als klinisch en poliklinisch logopedist in Tergooi Ziekenhuizen te Hilversum. Het werk in het ziekenhuis met personen met afasie in combinatie met de master Taal- en Spraakpathologie heeft ervoor gezorgd dat mijn interesse in afasie is gegroeid. Dit was voor mij de reden om afasie als afstudeeronderwerp te kiezen.

Het onderzoek voor deze thesis is uitgevoerd in samenwerking met het Kenniscentrum Zorginnovatie op de Hogeschool Rotterdam, waar innovaties in de gezondheidszorg worden onderzocht. Met veel enthousiasme heb ik het afgelopen half jaar aan dit afstudeerproject gewerkt. Dit is mede mogelijk gemaakt door de inzet van meerdere personen, die ik graag persoonlijk wil bedanken. Allereerst wil ik Karin Neijenhuis en Philine Berns bedanken voor de prettige samenwerking, de begeleiding, de feedback, het bijwonen van een onderzoeksbijeenkomst over Communicatie Partner Training en het enthousiasmeren in onderzoek doen. Zeker in de beginfase van het project, waarin ik erg zoekende was, heb ik de juiste begeleiding mogen ontvangen. Tevens wil ik Esther Janse bedanken voor het meedenken over mijn proces van afstuderen en de hulp bij de statistische analyses. Ik wil graag Daan en meneer B. bedanken voor de hulp bij het maken van een extra video-opname. De tweede lezer van deze masterthesis, Marina Ruiter, wil ik bedanken voor de tijd en moeite die zij neemt om mijn thesis te beoordelen. Tot slot wil ik graag in mijn persoonlijke kring mijn ouders, Daan en Eline bedanken voor de mentale steun en overige hulp.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Alissa Nikkels

Inhoudsopgave

Abstract	4
Samenvatting	5
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Theoretische achtergrond	7
1.2.1 Communicatie Partner Training	7
1.2.2 Training Con-tAct	9
1.2.3 Measure of Skill in Supported Conversation (MSC) en Measure of Participation in Conversation (MPC).....	12
1.2.4 Eisen alternatief meetinstrument	16
1.2.5 Beoordelingsschaal	17
1.2.6 Onderzoeksvragen	18
1.2.6.1 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid Meting Con-tAct	18
1.2.6.2 Effectmeting Training Con-tAct.....	18
2 Methode.....	19
2.1 Onderzoeksdesign	19
2.2 Beoordelaars	19
2.3 Video-opnames: personen met afasie en zorgprofessionals	19
2.4 Procedure.....	22
2.4.1 Totstandkoming conversatie-beoordelingsinstrument: Meting Con-tAct	22
2.4.2 Beoordelingsschaal Meting Con-tAct	24
2.4.3 Kalibreersessie.....	25
2.4.4 Beoordelen.....	26
2.5 Statistische analyse	26
3 Resultaten	28
3.1 Betrouwbaarheidsanalyse Meting Con-tAct.....	28
3.2 Effectmeting	30
4 Discussie.....	34
4.1 Betrouwbaarheid Meting Con-tAct	34
4.2 Effectmeting Training Con-tAct.....	37
5 Conclusie	38
6 Aanbevelingen vervolgonderzoek	38
Literatuurlijst	39
Bijlagen	43

Abstract

The aim of this master thesis is to develop a conversation-assessment instrument (Meting Con-tAct) with which the communication skills of healthcare professionals towards patients with aphasia (PWA) can be systematically assessed. With such an instrument, the effectiveness of a recently developed Communication Partner Training, named Training Con-tAct, can be measured. This study primarily focusses on the development of this Meting-Con-tAct. Furthermore, it assesses the inter-rater reliability of this instrument by assessing three speech- and language therapists. These speech- and language therapists evaluated the video fragments of conversations between healthcare professional and PWA on different communication skills. The results show a sufficient inter-rated reliability of Meting Con-tAct. Moreover, the effect of the Training Con-tAct has been assessed with the use of Meting Con-tAct. The differences between the assessments of the health care professionals before and after Training Con-tAct appeared to be non-significant. In conclusion, Meting Con-tAct seems promising in the assessment of the communication skills of health care professionals in the communication with a PWA. However, future research is needed to optimize Meting Con-tAct. Specifically, the efficacy of Training Con-tAct can be assessed more properly by improving Meting Con-tAct and by assessing the communication skills of larger samples of health care professionals.

Samenvatting

Deze masterstudie had als doel om een conversatie-beoordelingsinstrument (Meting Con-tAct) te ontwikkelen, waarmee communicatieve vaardigheden van een zorgprofessional in gesprek met een persoon met afasie (PMA) op kwantitatieve wijze beoordeeld kon worden. Met behulp van een conversatie-beoordelingsinstrument kan het effect van een recent ontwikkelde Communicatie Partner Training, genaamd Training Con-tAct, onderzocht worden. De huidige studie richtte zich allereerst op de ontwikkeling van een conversatie-beoordelingsinstrument. Vervolgens is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het ontwikkelde instrument (Meting Con-tAct) onderzocht. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van Meting Con-tAct is gemeten over drie logopedisten. De logopedisten hebben video-opnames van conversaties tussen zorgprofessionals en PMA beoordeeld met Meting Con-tAct. Uit de resultaten is gebleken dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van Meting Con-tAct voldoende is. Meting Con-tAct is vervolgens gebruikt om het effect van Training Con-tAct te onderzoeken. De gevonden verschillen tussen de beoordelingen van zorgprofessionals voor en na Training Con-tAct bleken niet significant. Concluderend kan gesteld worden dat de bruikbaarheid van Meting Con-tAct veelbelovend is, om communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals in gesprek met een PMA te beoordelen. Vervolgonderzoek is nodig om Meting Con-tAct te optimaliseren. Het effect van Training Con-tAct kan beter onderzocht worden met een verbeterde versie van Meting Con-tAct en een grotere groep zorgprofessionals waarvan de communicatieve vaardigheden wordt gemeten.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Jaarlijks worden in Nederland 45.000 mensen getroffen door een Cerebro Vasculair Accident (CVA) (Hoogland, 2016). Een CVA geeft vele gevolgen. Afasie is één van de meest ingrijpende gevolgen. Bij ongeveer 30 procent van de patiënten die een beroerte overleeft, ontstaat afasie (Engelter et al., 2006). Afasie zorgt voor verminderd taalvermogen van een individu. Iemand met afasie kan niet meer zeggen wat hij bedoelt en kan daarbij moeite hebben met het begrijpen van taal (Kagan, Winckel, Black, Felson Duchan, Simmons-Mackie, & Square, 2004). Een persoon met afasie (PMA) kan niet meer communiceren als voorheen. Dit wordt als erg traumatisch ervaren door de PMA en zijn directe naasten.

Het communicatieprobleem heeft directe gevolgen voor de kwaliteit van de zorg die de PMA ontvangen. Zorgprofessionals ervaren namelijk moeilijkheden in het communiceren met een communicatief kwetsbare doelgroep, zoals PMA (Stans, Dalemans, De Witte, & Beurskens, 2013). Er is zelfs gebleken dat sommige zorgverleners de aanwezigheid van afasie beschouwen als een aanleiding om de patiënt minder te betrekken bij het formuleren van doelen en het plannen van de therapie (Leach, Cornwell, Fleming, & Haines, 2010). Tevens blijkt uit het onderzoek van Bartlett, Blais, Tamblyn, Clermont en MacGibbon (2008) dat PMA verhoogde kans hebben op het krijgen van inadequate zorg, in vergelijking met CVA-patiënten zonder afasie. De onderzoekers hebben daarbij bewezen dat het ontvangen van inadequate zorg, ten gevolge van communicatieproblemen, de kans verhoogt op een depressie bij PMA. Er is zelfs gebleken dat PMA hierdoor een verhoogde kans hebben op vroegtijdig overlijden (Bartlett et al, 2008). Om deze directe gevolgen zoveel mogelijk te voorkomen is de inzet van elke zorgprofessional, die te maken heeft met PMA, van belang. Het is de taak van zorgprofessionals om in te zien dat de PMA meer uitleg nodig heeft over bijvoorbeeld de beroerte, medische testen die worden uitgevoerd, uitslagen van medische testen, prognoses en herstel en toekomstperspectief (Knight, Worrall, & Rose, 2006). Daarbij blijkt uit verschillende onderzoeken dat zorgprofessionals communicatief niet vaardig genoeg zijn om de communicatie met een PMA optimaal te laten verlopen en de communicatie aan te passen aan de patiënt (Burns, Baylor, Dudgeon, Starks, & Yorkston, 2015; Cameron et al., 2017; Kagan, 1995; Kagan en Kimelman, 1995).

Om de communicatieve vaardigheden van gesprekspartners te verbeteren, zijn er verschillende Communicatie Partner Trainingen (CPT) ontwikkeld. Recent is in Nederland de eerste CPT voor zorgprofessionals ontwikkeld, genaamd Training Con-tAct (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018a). Het onderzoek naar Training Con-tAct is nog in ontwikkeling en de volgende onderzoeksfase is gericht op het aantonen van de effectiviteit van de training. Voorgaande studies naar CPT hebben meetinstrumenten gebruikt die middels observatie van video-opnames het effect van de trainingen aan tonen op de communicatieve vaardigheden van de gesprekspartner van de PMA. Echter, er is gebleken dat er veel twijfel bestaat over de betrouwbaarheid van de bestaande meetinstrumenten (Simmons-Mackie, Raymer, & Cherney, 2016). Om het effect van Training Con-tAct te kunnen meten, is het van belang om over een voldoende betrouwbaar instrument te beschikken. De huidige studie bestudeert de reeds gebruikte meetinstrumenten en beschrijft daarbij de ontwikkeling van een alternatief conversatie-beoordelingsinstrument specifiek ontwikkeld voor de effectmeting van Training Con-tAct.

1.2 Theoretische achtergrond

1.2.1 Communicatie Partner Training

De logopedist levert een bijdrage aan het optimaliseren van de kwaliteit van leven met afasie. Dit doet de logopedist door de stoornis in de communicatieve functie van de persoon met afasie (PMA) te minimaliseren, aandacht te schenken aan het welzijn van de patiënt en de patiënt zo optimaal mogelijk te kunnen laten participeren in diens gemeenschap en de maatschappij in het algemeen (NAIS; NVAT, 2015). Het A-FROM (Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement) model (Kagan et al., 2008) beschrijft vier factoren die het leven met afasie beïnvloeden: de ernst van de afasie, de communicatie en taal van de omgeving, de participatie in het dagelijks leven en persoonlijkheid, attitude en gevoel. De tweede factor van het A-FROM model, de communicatie en taal van de omgeving van de PMA, is een belangrijke factor die veelal wordt onderschat. De communicatieve vaardigheden van gesprekspartners van PMA zijn cruciaal in een gesprek. Onder gesprekspartners vallen alle personen die interactie hebben met een PMA, zoals familie, vrienden, vrijwilligers, zorgprofessionals, et cetera. Een gesprekspartner met sterke communicatieve vaardigheden kan een PMA helpen in het overbrengen en begrijpen van een boodschap, waardoor de PMA beter kan participeren in het dagelijks leven. Hiermee wordt de kwaliteit van leven van de PMA vergroot (Blom Johansson & Carlsson, 2012; Kagan et al., 2004; Muò et al., 2018).

Vanaf de acute fase, tot aan de revalidatiefase en de chronische fase levert de logopedist/afasietherapeut een bijdrage in de diagnostiek en behandeling van afasie. De diagnostiek en behandeling van afasie verschilt per fase en richt zich op verschillende niveaus van de International Classification of Functioning, Disease and Health (ICF) (World Health Organization, 2001). De niveaus bestaan uit handelen op het functieniveau, activiteiten- en participatieniveau en het niveau van omgevingsfactoren. Daarbij wordt er tijdens de behandeling altijd rekening gehouden met persoonlijke factoren van de PMA. De therapie op functieniveau is gericht op het herstel van de taalfuncties, ook wel cognitief-linguïstische functies genoemd. Therapie op functieniveau wordt veelal stoornisgerichte therapie genoemd. Het doel van de behandeling op activiteiten- en participatieniveau is gericht op het verbeteren van de communicatieve vaardigheden van de PMA en het verminderen van de gevolgen van de afasie in de persoonlijke leefomstandigheden van de patiënt en diens omgeving (Berns et al., 2015). De logopedische therapie bestaat meestal uit een combinatie van therapie die zich richt op alle domeinen van ICF. Het belang van aandacht voor het activiteiten-, participatie- en omgevingsniveau wordt steeds meer bewezen (Kagan et al., 2004; Pound, Duchan, Penman, Hewitt, & Parr, 2007).

Naast de therapie gericht op de PMA, richt de logopedist zich ook op de communicatieve vaardigheden van betrokken communicatiepartners, met als doel dat zij beter kunnen communiceren met PMA. Het Afasie Interventie Schema (NAIS) van de Nederlandse Vereniging van Afasie Therapeuten (NVAT) (NAIS; NVAT, 2015) noemt dat er van verpleegkundigen en medische en paramedische behandelaren verwacht wordt dat zij de communicatie aan de mogelijkheden van de cliënt aanpassen. Daarbij beschrijft het NVAT (NAIS; NVAT, 2015) dat er van gesprekspartners wordt verwacht dat zij hulp bieden in het gebruik van multimodale communicatie, waardoor de cliënt wensen met betrekking tot de directe zorg en behoeften kenbaar kan maken. Het is de taak van de logopedist om betrokken gesprekspartners van PMA te ondersteunen in de communicatie. Daarbij stelt de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst dat patiënten recht hebben op het krijgen van informatie in voor hen begrijpelijke taal (NAIS; NVAT, 2015). Van elke zorgprofessional die

werkt met PMA wordt dus verwacht dat hij in staat is om de communicatie aan te passen aan de patiënt. De gesprekspartners van PMA, in dit geval de zorgprofessionals, zijn dus ontzettend belangrijk in de communicatie. Een vaardige gesprekspartner kan een PMA ondersteunen in een gesprek en daarbij helpen de patiënt deel te laten nemen in een gesprek (Kagan et al., 2004). Uit verschillende interviews met zorgprofessionals die te maken hebben met PMA is naar voren gekomen dat de zorgprofessionals niet genoeg kennis hebben van afasie en niet goed weten hoe zij moeten communiceren met een PMA (Burns, Baylor, Dudgeon, Starks, & Yorkston, 2015; Cameron et al., 2017; Kagan, 1995; Kagan en Kimelman, 1995). Gesprekspartners moeten worden getraind in het communiceren met een PMA (Blom Johansson, 2012; Simmons-Mackie et al., 2016).

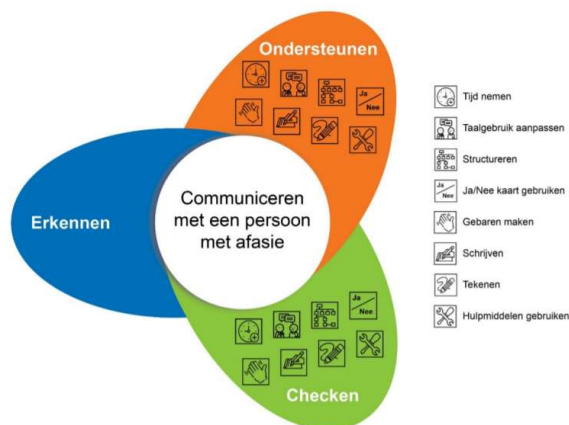
Er zijn verschillende Communicatie Partner Trainingen ontwikkeld die gericht zijn op het trainen van communicatieve vaardigheden van gesprekspartners van PMA. Recent hebben Simmons-Mackie et al. (2016) een *systematic review* geschreven waarin meerdere studies naar CPT werden bestudeerd. Het overkoepelende doel van de verschillende CPT, was het verbeteren van de functionele communicatie, de participatie van de PMA en het welzijn van de PMA. In totaal zijn er 56 studies bestudeerd door Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney (2010) en Simmons-Mackie et al. (2016). Alle studies laten positieve resultaten zien van CPT. De onderzoekers concluderen dat CPT effectief is voor het verbeteren van de communicatie met PMA in de chronische fase. Wel is er behoefte aan verder onderzoek naar de werking van CPT bij PMA in de acute fase. Daarnaast is het belangrijk dat vervolgstudies zich gaan richten op de implementatie van CPT in complexe instellingen zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra (Jensen et al., 2015; Simmons-Mackie et al., 2016).

De CPT waar het meeste onderzoek naar is gedaan, is in Canada ontwikkeld: Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA) (Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie, & Square, 2001). SCA heeft als doel om de kennis van afasie van de communicatiepartner te vergroten en technieken en strategieën aan communicatiepartners te leren om de communicatie met de PMA te ondersteunen. De SCA interventie is gericht op het voeren van een gesprek in het dagelijks leven. Daarbij biedt de interventie kansen voor de PMA om deel te nemen aan een gesprek dat op een volwassen manier gevoerd wordt (Muò et al., 2018). Eerdere studies van Kagan et al. (1995), Kagan en Kimelman (1995), Burns et al. (2015) en Cameron et al. (2017) hebben bewezen dat veel gesprekspartners niet weten hoe ze moeten communiceren met een PMA en daarom de conversatie maar vermijden. Er is gebrek aan kennis over afasie en communicatiepartners beschikken niet over de capaciteiten om in te schatten hoe een persoon met afasie denkt. Dit zorgt voor een enorm obstakel voor PMA om te participeren in het dagelijks leven. SCA traint gesprekspartners in het erkennen van de PMA en het helpen kenbaar maken wat ze denken, weten en voelen. De SCA training bestaat uit een workshop waarin gesprekspartners informatie krijgen over afasie en vaardigheden in communicatie leren. In het tweede deel van de workshop krijgen de gesprekspartners de kans om in anderhalf uur de geleerde vaardigheden in rollenspellen te oefenen (Kagan et al., 2001). De studie naar het effect van SCA concludeert dat training van vrijwilligers als gesprekspartners resulteert in verbetering van de communicatie. Deze verbetering is zichtbaar in de communicatieve vaardigheden van de communicatiepartners en die van de PMA, zelfs op het moment dat de interventie niet direct gericht is op de PMA (Kagan et al., 2001).

1.2.2 Training Con-tAct

De logopedische richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen’ (Berns et al., 2015) stelt dat het informeren en trainen van de communicatiepartner van PMA behoort tot de taken van een logopedist. In de richtlijn wordt aanbevolen dat logopedisten de communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals die te maken hebben met afasie, trainen met behulp van Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA). Het informeren en trainen van communicatiepartners gebeurt in Nederland nog niet structureel. De enige CPT die in Nederland wordt gebruikt is Partners van Afasiepatiënten ConversatieTraining (PACT) (Wielert, Van De Sandt-Koenderman, Dammers, & Sage, 2018; Wielert & Wilkinson, 2012). PACT is een therapieprogramma voor partners van PMA, waarin het sociale aspect van taal centraal staat. Bij PACT maken de PMA en diens partner enkele video-opnames van gesprekken in de thuissituatie. Deze video-opnames worden besproken, waarna de partners van PMA inzicht krijgen in hoe zij kunnen communiceren met hun afatische partner. Onderzoek laat positieve resultaten zien van PACT op communicatie tussen partners en PMA (Wielert, Sage, Heijenbroek-Kal, & Van De Sandt-Koenderman, 2016).

Oostveen, Berns en Jünger (2018a) hebben recent een Nederlandse CPT ontwikkeld genaamd Training Con-tAct. Training Con-tAct is gericht op het verbeteren van communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals die tijdens hun werk in het ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum te maken hebben met PMA. Daarnaast richt de training zich op het verbeteren van de communicatieve toegankelijkheid van de zorginstelling. De inhoud van de training ten aanzien van de communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals bestaat uit een combinatie van de ideeën en technieken van SCA (Kagan et al., 2001) met de ervaringen die de ontwikkelaars (Oostveen, Berns, & Jünger) in hun eigen werk hebben opgedaan met CPT en de CPT-activiteiten die beschreven zijn in de literatuur (De Vries, 1989; Heintjes, 2003; Horton, Lane, & Shiggins, 2016; Jansen, 2003; Otterspeer & Verschaeve, 2014; Verschaeve, 1994). Oostveen, Berns en Jünger (2018b) hebben een communicatiemodel voor Training Con-tAct ontwikkeld (afbeelding 1). Het model bestaat uit drie vaardigheden: erkennen, ondersteunen en checken. Deze vaardigheden worden hieronder toegelicht.



Afbeelding 1. Het communicatiemodel behorend bij Training Con-tAct (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018b)

Erkennen

De eerste vaardigheid, erkennen, houdt in dat een gesprekspartner een PMA beschouwt als een gelijkwaardig, volwassen persoon, die een normaal denkniveau heeft en beschikt over mogelijkheden tot het voeren van een gesprek. De afasie zorgt ervoor dat de PMA niet al zijn mogelijkheden tot het voeren van een gesprek kan benutten: de mogelijkheden en de capaciteiten van de PMA worden gemaskeerd door de afasie. Het is belangrijk dat de PMA op waarde wordt geschat door de gesprekspartner. Daartoe is het nodig dat een gesprekspartner zich zodanig gedraagt, zowel in communicatie als in algehele houding ten opzichte van de PMA, dat de PMA toch in staat wordt gesteld om door de afasie verborgen capaciteiten te laten zien (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018b). In Training Con-tAct leren zorgprofessionals verschillende gedragstechnieken om een PMA te kunnen erkennen. Deze gedragstechnieken zijn weergegeven in Tabel 1. Door aan te geven dat je weet dat de PMA de woorden in zijn hoofd heeft, door dit expliciet te benoemen en door aan te geven dat je op de hoogte bent van wat afasie is, zal er vaak meer ontspanning in het gesprek ontstaan. Opvallend gedrag in de gespreksvoering tussen een zorgprofessional en een PMA die minder goed kan communiceren is vaak dat de zorgprofessional harder en hoger gaat praten, alsof de PMA doof is. PMA zijn vaak bang dat zij dom worden gevonden nu zij niet meer goed kunnen communiceren. De PMA kan daarnaast gefrustreerd worden als het voeren van een gesprek lastig gaat. Het is goed om te benoemen dat deze frustratie gezien wordt. Daarnaast kan de gesprekspartner aangeven dat hij soms ook tekort schiet. Er ontstaat zo gelijkwaardigheid in een gesprek. De PMA en de zorgprofessional zijn samen verantwoordelijk voor het slagen van de communicatie. Ook het op een natuurlijke manier praten draagt bij aan het erkennen van een PMA als normale volwassene (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018b).

Tabel 1

Gedragingen die zorgprofessionals in Training Con-tAct leren om de PMA te erkennen (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018b)

Gedragingen om de PMA te erkennen
1. Correcte houding/attitude ten opzichte van de PMA
2. Normale spreektoonhoogte
3. Het laten zien van gezamenlijke verantwoordelijkheid
4. Toegeven dat jij als gesprekspartner ook tekort kan schieten op het moment dat jullie er niet uitkomen
5. Laten weten dat je de PMA niet begrijpt
6. Laten merken dat jij de PMA als normaal denkend persoon ziet
7. Benoem de frustratie

Ondersteunen

In Training Con-tAct leren zorgprofessionals vaardigheden en technieken die gebruikt kunnen worden om een boodschap makkelijker over te brengen aan een PMA en een boodschap van een PMA beter te kunnen begrijpen (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018b). Bij het ondersteunen van communicatie kunnen acht technieken gebruikt worden. Deze technieken voor het

ondersteunen van communicatie zijn weergegeven in Tabel 2. Afhankelijk van de situatie kunnen de technieken door zowel de gesprekspartner als de PMA gebruikt worden.

Tabel 2

Technieken die zorgprofessionals in Training Con-tAct leren om de PMA te ondersteunen in de communicatie (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018b)

Technieken om communicatie te ondersteunen
1. Tijd nemen voor het gesprek
2. Taalgebruik aanpassen aan de PMA
3. Structureren van het gesprek
4. Ja/nee kaart gebruiken
5. Gebaren maken
6. Schrijven
7. Teken
8. Hulpmiddelen gebruiken

Checken

Het derde onderdeel, checken, is toegevoegd aan het communicatiemodel ter voorkoming van miscommunicatie. Zorgprofessionals leren dat controleren of de PMA en de gesprekspartner elkaar goed hebben begrepen, bijdraagt aan goede communicatie. Zo kan de zorgprofessional checken of de PMA de zorgprofessional goed heeft begrepen en de zorgprofessional kan controleren of hij/zij de PMA goed heeft begrepen. De vaardigheden van het onderdeel checken staan weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3

Gedragingen die zorgprofessionals in Training Con-tAct leren om te checken of een boodschap wordt begrepen (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018b)

Checken
1. Controleer of de PMA jou heeft begrepen
2. Controleer of jij de PMA hebt begrepen

In twee bijeenkomsten van Training Con-tAct vergroten zorgprofessionals hun kennis over afasie, leren zij de theorie van het communicatiemodel en vergroten zij hun vaardigheden in het communiceren met PMA. In de eerste bijeenkomst krijgen zorgprofessionals inzicht in de impact van afasie op het dagelijks leven. Daarnaast leren zij de vaardigheden en technieken van het communicatiemodel toe te passen in gesprekken met PMA middels rollenspellen. Na de eerste bijeenkomst krijgen de zorgprofessionals als opdracht mee om in hun werksetting een video-opname te maken van een gesprek dat zij voeren met een PMA. In de tweede bijeenkomst worden deze video-opnames geëvalueerd. De zorgprofessionals beoordelen de video-opnames van de collega's met behulp van een observatieformulier op de punten erkennen, ondersteunen en checken. Voor elke zorgprofessional wordt bepaald welke technieken van het communicatiemodel hij of zij al gebruikt en waar de zorgprofessional zich in kan verbeteren. Aan het eind van de tweede bijeenkomst stelt elke zorgprofessional persoonlijke doelen op om de geleerde vaardigheden toe te blijven passen in zijn of haar werksituatie.

Het onderzoek naar Training Con-tAct bedraagt een interventiestudie. Onlangs is een pilot-onderzoek uitgevoerd in Rijndam Revalidatie te Rotterdam. Training Con-tAct is in het

revalidatiecentrum aangeboden aan vijftien zorgprofessionals, bestaande uit ergotherapeuten, fysiotherapeuten, verpleegkundigen en psychologen. Het pilot-onderzoek bestaat uit verschillende onderzoeksmethoden, waarvan drie kwantitatieve meetmethoden en twee kwalitatieve meetmethoden (Kenniscentrum Zorginnovatie, 2018). In de eerste kwantitatieve meetmethode wordt de communicatieve vaardigheid van zorgprofessionals tijdens een gesprek met een PMA beoordeeld. Onafhankelijke beoordelaars zullen video's van gesprekken tussen zorgprofessionals en PMA beoordelen aan de hand van een beoordelingsinstrument. In de tweede kwantitatieve meetmethode wordt het oordeel van de zorgprofessional over zijn eigen kennis, vaardigheid en attitude ten aanzien van communicatie met PMA gemeten met behulp van vragenlijsten. De zorgprofessionals vullen de vragenlijsten zowel voor als na de interventie Training Con-tAct in. In de derde kwantitatieve meetmethode vullen PMA, zowel voor als na de interventie Training Con-tAct, de CQ-index Afasie (Bos, Triemstra, Ruijter, Wiegers, & Plass, 2015) in om de communicatieve toegankelijkheid van de zorginstelling te beoordelen. De kwalitatieve meetmethoden bestaan uit het inventariseren van visies, meningen en ervaringen van de zorgprofessionals en PMA die bij het onderzoek betrokken waren. Op basis van de resultaten uit het pilot-onderzoek zullen aanpassingen gemaakt worden in de uitvoerbaarheid van de interventie en de onderzoeksopzet, om vervolgens het verbeterde onderzoek uit te voeren in drie organisaties.

De huidige masterstudie richt zich op een van de meetmethodes van het pilotonderzoek: het beoordelen van de communicatieve vaardigheid van zorgprofessionals tijdens een gesprek met een PMA. Training Con-tAct is in Rijndam Revalidatie te Rotterdam aan vijftien zorgprofessionals aangeboden. Van alle deelnemende zorgprofessionals is er voor en na Training Con-tAct een video-opname gemaakt van de conversaties tussen de zorgprofessional en een PMA. De huidige masterstudie richt zich op het beoordelen van die video-opnames. De communicatieve vaardigheden van de zorgprofessionals zullen worden beoordeeld door onafhankelijke beoordelaars. Voor het beoordelen van de conversaties hadden de ontwikkelaars van Training Con-tAct (Oostveen, Jünger, & Berns) het meetinstrument Measure of Skill in Supported Conversation (MSC) en Measure of Participation in Conversation (MPC) op het oog (Kagan et al., 2004). Er bestaan echter twijfels over de bruikbaarheid van dit instrument: de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is twijfelachtig, blijkt uit verschillend onderzoek. Deze onderzoeken worden in de volgende paragraaf uitgebreid besproken.

1.2.3 Measure of Skill in Supported Conversation (MSC) en Measure of Participation in Conversation (MPC)

De *systematic review* van Simmons-Mackie et al. (2016) naar het effect van Communicatie Partner Training (CPT) geeft een overzicht van de gebruikte uitkomstmaten in de literatuur. De pure kwalitatieve studies gebruiken voornamelijk vragenlijsten om inzicht te krijgen in de communicatie tussen PMA en communicatiepartners. Studies die CPT meer kwantitatief meten, maken veelal gebruik van de Measure of Skill in Supported Conversation (MSC) en Measure of Participation in Conversation (MPC) (originele en vertaalde versies) (afbeelding 2). Daarnaast zijn er zijn een aantal studies die geen gevalideerde video-beoordelingsinstrumenten gebruikt hebben om de communicatie tussen PMA en communicatiepartners te beoordelen.

De MSC/MPC is ontwikkeld door Kagan et al. (2001) om het effect van Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA) te onderzoeken. Deze beoordelingsschaal wordt

in studies na 2001 ook wel de Kagan-schaal genoemd. Met behulp van de MSC/MPC kan een conversatie tussen een PMA en een gesprekspartner beoordeeld worden (Kagan et al., 2001). Met de MSC wordt een beoordeling gegeven aan het vermogen van gesprekspartners om de PMA te ondersteunen in communicatie. Het beoordelen van ondersteuning van communicatie is onderverdeeld in twee competenties. Allereerst wordt er beoordeeld of de communicatiepartner de PMA voldoende erkent (acknowledging competence). Daarnaast wordt beoordeeld of de gesprekspartner de PMA ondersteunt in het uiten van gedachten, meningen en gevoelens (revealing competence). Bij het ondersteunen van communicatie kunnen verschillende technieken gebruikt worden, zoals schrijven, gebaren, tekenen en aanwijzen. De revealing competence is verder onderverdeeld in het beoordelen van drie categorieën: zorgen dat de PMA begrijpt wat er wordt gecommuniceerd, zorgen dat de PMA zichzelf kan uitdrukken en checken of de communicatiepartner de boodschap goed heeft begrepen. De MPC geeft een beoordeling aan het participeren van een PMA in een conversatie. De MPC is onderverdeeld in het beoordelen van twee delen: interactie en transactie. Bij interactie wordt er gekeken naar het vermogen van de PMA tot interactie of sociaal contact met een communicatiepartner. Bij transactie wordt er gekeken naar het vermogen van de PMA om informatie, meningen en gevoelens uit te wisselen met een communicatiepartner. Zowel bij interactie als transactie wordt onderscheid gemaakt tussen verbale en non-verbale communicatie (Kagan et al., 2004).

Measure of Skill in Supported Conversation (MSC)	Measure of Participation in Conversation (MPC)
Name of conversation partner: _____ Date: _____ Rated by: _____	Name of person with aphasia: _____ Date: _____ Rated by: _____
A. Acknowledges Competence B. Reveals Competence	A. Interaction B. Transaction
1. Ensures that partner with aphasia understands 2. Ensures that partner with aphasia has a means of responding 3. Verifies	1. Verbal/Vocal 2. Nonverbal/Gesture/Writing/Drawing/Resources 1. Verbal/Vocal 2. Nonverbal/Gesture/Writing/Drawing/Resources
Score _____ Average of B1,B2,B3 _____	Score _____ Score _____

Afbeelding 2. De Measure of Skill in Supported Conversation (MSC) en de Measure of Participation in Communication (MPC) (Kagan, 2004)

Het beoordelen van conversaties met de MSC/MPC gebeurt middels een Likertschaal. In de eerste studie naar de MSC/MPC werd gebruik gemaakt van een 4-punts Likertschaal van 0 tot 4 (Kagan et al., 2001). In de studie van Kagan et al. (2004) is deze Likertschaal veranderd in een 9-punts schaal. Deze schaal loopt ook van 0 tot 4, maar er zijn halve stappen toegevoegd om het beoordelen makkelijker te maken voor beoordelaars. De beoordeling op de MSC loopt van score 0 (totaal inadequate ondersteuning van de PMA door de communicatiepartner) tot score 4 (voortreffelijke ondersteuning van de PMA door de communicatiepartner). De beoordeling op de MPC loopt van score 0 (geen participatie in de conversatie door de PMA) tot score 4 (volledige participatie in de conversatie door de PMA). Om te zorgen dat de beoordelaars, die de conversaties beoordelen met het meetinstrument, de MSC/MPC op dezelfde wijze gebruiken en interpreteren is er een lijst opgesteld met beoordelingsnormen (Tabel 4). Deze normen laten zien dat een score van 0 of 1 aangeeft dat er reden is tot bezorgdheid rondom de communicatie (Kagan et al., 2004). Beoordelaars kunnen deze beoordelingsnormen gebruiken om de video-opnames van conversaties makkelijker te analyseren.

Tabel 4

Beoordelingsnormen van de MSC en de MPC (Kagan, 2004)

MSC Example of Rating Anchors for Conversation Partner	
Acknowledge Competence	Reveal Competence
0 Competence of PA not acknowledged; Patronizing; Could cause harm: Should not be working with our members	No use of techniques to reveal competence
1 Needs a lot of supervision or needs to volunteer with experienced co-leader	Needs a lot of supervision or needs to volunteer with experienced co-leader
2 Competence of PA acknowledged implicitly and explicitly as appropriate; Volunteer is ok; You do not have big concerns; Moderate level of supervision e.g. 1 x per month	Volunteer is able to get some information; You do not have big concerns re leaving them with this member
3 Doesn't need much supervision, e.g. 1 x per term (4 months)	Doesn't need much supervision, e.g. 1 x per term (4 months)
4 Peer-trainer level; Interactionally outstanding; Just needs motivation and ongoing opportunity to learn as opposed to supervision	Technically outstanding; May not always succeed but as good as any well-trained professional

Example of Rating Anchors for Partner with Aphasia	
Interaction	Transaction
0 No participation at all; No attempt to engage CP or respond to interactional attempts; Would be very concerned for the volunteer; Would definitely not feel comfortable to leave the volunteer (CP) alone with this member (PA) unless volunteer is highly skilled	No evidence of being able to understand or get a message across; Would be very concerned for the volunteer; Would definitely not feel comfortable to leave the volunteer alone with this member unless volunteer is highly skilled
1 PA beginning to take some responsibility for interaction; Still concerned about the volunteer, and would feel obliged to observe frequently and provide support, unless volunteer is highly skilled	AP beginning to show evidence of being able to understand and convey content; Still concerned about the volunteer, and would feel obliged to observe frequently and provide support, unless volunteer is highly skilled
2 Clear attempts to be part of the conversation; Feel ok to leave this member with the volunteer, but would need to check in	Evidence of ability to understand and get a message across in some way at least 50% of the time; Feel ok to leave this member with the volunteer, but would need to check in
3 PA taking increased responsibility for interaction; Very little concern for volunteer, but would still check in from time to time, e.g. 1 x per term (4 months)	Able to understand and convey content most of the time; Very little concern for the volunteer, but would still check in from time to time, e.g. 1x per term (4 months)
4 Full and appropriate participation; Takes responsibility for conversational interaction; Full confidence in the member - no concerns at all for the volunteer	Able to understand and get a message across; Full confidence in the member - no concerns at all for the volunteer

Note: PA = partner with aphasia; CP = conversation partner

De statistische kenmerken van de MSC/MPC lijken erop te wijzen dat de MSC/MPC een bruikbaar meetinstrument is om de communicatie tussen zorgprofessionals en PMA voor en na Training Con-tAct te beoordelen. In de studie naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de MSC/MPC, door Kagan et al. (2004), tonen de resultaten significante Intraclass Correlation Coëfficiënten (ICC) hoger dan $r=.80$ in de experimentele studies. Dit wijst erop dat getrainde beoordelaars een hoge overeenstemming hebben in het beoordelen van communicatie met de MSC/MPC. De gebruikte methodiek in de experimentele studies kan echter in twijfel getrokken worden. Zo zijn bijvoorbeeld de video-opnames in Kagan et al. (2001) door de onderzoeker (eerste auteur) zelf beoordeeld. Kagan et al. (2004) hebben wel onafhankelijke beoordelaars gebruikt om video-opnames te beoordelen. Echter, zij hebben de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend met de data van maar drie beoordelaars. De beoordelaars (logopedisten) waren wel getraind in het beoordelen van video-opnames, maar er zijn maar tien opnames beoordeeld, die bestonden uit vijf opnames voor en vijf opnames na het trainen van gesprekspartners met SCA. Daarnaast waren de gesprekspartners op de video-opnames vrijwilligers, zonder enige ervaring in het communiceren met PMA. Opvallend is daarbij dat beide studies van Kagan et al. (2001 & 2004) geen beschrijving geven over keuzes in de statistische analyse. Het is niet weergegeven hoe de ICC is berekend met de ruwe data van de beoordelingen. Muò et al. (2018) hebben de MSC/MPC vertaald naar het Italiaans en vervolgens de betrouwbaarheid onderzocht. Zij hebben onderscheid gemaakt in het meten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. De studie van Muò et al. (2018) concludeert een sterke inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. De hoge ICC in de studie van Muò et al. (2018) kan eveneens in twijfel getrokken worden. Ten eerste hebben Muò et al. (2018) maar drie beoordelaars gekozen om video-opnames van conversaties te beoordelen. Opvallend is daarbij dat de beoordelaars niet gelijkwaardig waren. Twee van de drie beoordelaars waren nog student logopedie en één beoordelaar was logopedist. Daarnaast hebben de onderzoekers maar twee communicatiepartners gebruikt voor gesprekken met zestien PMA. De ene communicatiepartner was een communicatiepartner zonder enige ervaring in het communiceren met PMA. De andere communicatiepartner was

een logopedist, die bekend was met communicatietechnieken om PMA te ondersteunen. Omdat het verschil in communicatiepartners zo groot is, kan dit er mogelijk voor gezorgd hebben dat de beoordelaars de ervaren communicatiepartner hoge beoordelingen hebben gegeven en de onervaren communicatiepartner lage beoordelingen hebben gegeven. De kans bestaat dat dit de ICC-waarde heeft beïnvloed. Tot slot hebben de onderzoekers niet alle beoordelingen gebruikt bij de berekening van de ICC. De onderzoekers hebben per beoordelaar de mediaan gebruikt van de beoordelingen van de getrainde en de ongetrainde communicatiepartner. Dit hebben zij gedaan voor alle categorieën van de MSC/MPC. De mediaanscores per categorie van de MSC/MPC zijn gebruikt om de ICC te berekenen. De keuze om de mediaan van de beoordelingen te gebruiken kan in twijfel getrokken worden. De spreiding tussen de beoordelingen is hierdoor namelijk niet meegenomen, waardoor de ICC mogelijk niet representatief is voor de gegeven beoordelingen.

De MSC/MPC is ook vertaald naar het Nederlands en op een aantal punten aangepast door verschillende onderzoekers (Okx, 2014; Oostveen, 2016; Ophoff, 2017; Vos, 2017). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is onderzocht door Okx (2014), Vos (2017), Ophoff (2017) en Van Delden (2018). Zij concludeerden dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de MSC/MPC niet voldoende is. Wielaert et al. (2016) hebben om deze reden een alternatieve meetmethode gekozen om het effect van de CPT, PACT, aan te tonen. De onderzoekers hebben twee onafhankelijke beoordelaars vier random aangeboden video's laten beoordelen. Twee video-opnames bestonden uit conversaties tussen een PMA en een gesprekspartner die nog geen ervaring met PACT hadden en twee video-opnames bestonden uit conversaties tussen een PMA en een gesprekspartner die wel ervaring hadden met PACT. De beoordelaars moesten van twee video-opnames bepalen of de conversatie volgens de criteria van PACT op de eerste video slechter, hetzelfde of beter verliep dan de conversatie op de tweede video. Het bleek echter niet mogelijk om op deze manier verschil in conversaties te meten.

Cunningham & Ward (2003) hebben de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van een andere kwantitatieve meetmethode onderzocht. In deze studie werd de communicatie tussen een PMA en een communicatiepartner beoordeeld middels turven van non-verbale communicatie en conversatie interacties. Turven bleek echter geen werkzame methode. De onderzoekers hebben geconstateerd dat een meetinstrument globaler moet zijn om non-verbale gedragingen als schrijven en gebaren kwantitatief te kunnen analyseren. Er zijn ook studies die communicatief gedrag meten binnen tijdsintervallen van een video-opname. Zo beoordelen onderzoekers de aanwezigheid en afwezigheid van communicatiestrategieën bij jonge kinderen per 30 seconden (Piasta et al., 2012; McDonald et al., 2015). Een meetmethode met tijdsintervallen zou niet passend zijn bij het meten van communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals na Training Con-tAct. Het gebruik van vaardigheden die zorgprofessionals leren bij Training Con-tAct, is namelijk afhankelijk van de PMA. Dit betekent dat de ernst en de aard van de afasie geen invloed mogen hebben op de communicatievaardigheden van de zorgprofessionals. Daarbij is het niet per se beter als een zorgprofessional gedragingen in grotere hoeveelheden laat zien. Het gaat er juist om dat een zorgprofessional het gebruik van vaardigheden en technieken aanpast aan de PMA. Wanneer een zorgprofessional een gesprek met een PMA ondersteunt met tekenen, terwijl de PMA een lichte afasie heeft en gesproken taal gewoon begrijpt, is deze manier van communiceren niet afgestemd op de PMA.

Meetmethoden, die gebruikt worden om CPT te meten, zorgen voor praktische uitdagingen. Het meten van conversaties is complex, conversaties zijn namelijk multidimensionaal en sequentieel. Om deze reden kiezen onderzoekers meestal om

conversaties kwalitatief te meten. Voor de kwalitatieve metingen worden conversatiesamples vaak eerst getranscribeerd om vervolgens te kunnen analyseren. Dit transcriberen is tijdrovend, wat er voor zorgt dat het niet mogelijk is om een grote groep participanten te onderzoeken. Het effect van CPT kan beter onderzocht worden wanneer er toepasbare meetinstrumenten voor CPT ontwikkeld worden (Croteau, McMahon-Morin, Le Dorze, Power, Fortier-Blanc, & Davis, 2018).

De afwezigheid van protocollen en meetinstrumenten zorgt voor een obstakel om tot bewijs van de effectiviteit van CPT te komen (Croteau et al., 2018). Simmons-Mackie et al. (2016) benoemen het probleem dat studies verschillende uitkomstmaten gebruiken, waarbij meetinstrumenten met gebrek aan validiteit en betrouwbaarheid worden gebruikt. Er zijn specifiekere meetinstrumenten nodig zijn, die zich direct richten op de communicatie in een gesprek tussen een PMA en een gesprekspartner. De inhoud van deze meetinstrumenten moet sterk gerelateerd zijn aan doelen van de therapie of partnertraining (Croteau et al., 2018). Om het effect van Training Con-tAct te meten richt huidige studie zich daarom op de ontwikkeling van een alternatief meetinstrument, Meting Con-tAct, dat volledig is afgestemd op de inhoud van Training Con-tAct. Omdat de betrouwbaarheid van de MSC/MPC in eerdere studies verschillende resultaten heeft opgeleverd, is een alternatief meetinstrument mogelijk meer gewenst. In de volgende paragraaf worden de eisen aan een alternatief video-beoordelingsinstrument beschreven. In de methodesectie wordt de uitwerking van deze eisen tot het definitieve instrument “Meting Con-tAct” beschreven.

1.2.4 Eisen alternatief meetinstrument

De literatuur uit sociale studies definieert het ontwikkelen van een observatie-beoordelingsinstrument voornamelijk als het ontwikkelen van een observatiesysteem. De onderzoeker bedenkt daarbij vooraf categorieën die terug moeten komen in het observatiesysteem. Of deze vooraf bedachte categorieën daadwerkelijk in het beoordelingsinstrument worden opgenomen, moet proefondervindelijk vastgesteld worden (Goosens, 2008). Categorieën van het beoordelingsinstrument kunnen proefondervindelijk getest worden door vooraf gemaakte proef video-opnames van conversaties te bestuderen met het beoordelingsinstrument. Deze video-opnames moeten meerdere malen bestudeerd worden om vast te stellen of de gedragingen in het observatiesysteem goed en eenduidig te classificeren zijn. Dit wordt ook wel het criterium van exclusiviteit genoemd. Daarnaast is het van belang dat gedragingen eenduidig bij één categorie passen en niet bij meerdere categorieën. Na het proefondervindelijk testen van het observatiesysteem moet het systeem waar nodig worden aangepast. Het is ook van belang dat een observatiesysteem voldoet aan het criterium van volledigheid. Dit criterium houdt in dat het te observeren gedrag volledig gedekt moet worden door het totaal aan categorieën. Het kan dus niet zo zijn dat een theoretisch relevante gedraging niet in het observatiesysteem voorkomt. Tot slot is het criterium van de homogeniteit belangrijk. De inhoud van één bepaalde categorie moet homogeen zijn. Gedragingen die enigszins op elkaar lijken mogen niet bij elkaar in de categorie gestopt worden (Goosens, 2008).

Een gedetailleerd observatiesysteem heeft volgens Goosens (2008) voor- en nadelen. Het voordeel is dat een nauwkeurig systeem meer informatie oplevert. Het nadeel is echter dat een gedetailleerd systeem het observeren moeilijker maakt. Het ligt er daarbij ook aan hoeveel interpretatie de observator moet verrichten. Een categorie als ‘glimlachen’ is moeilijker te observeren dan categorieën als ‘mondhoeken optrekken’ of ‘ogen vernauwen’. Sociale wetenschappers geven echter de voorkeur aan categorieën met een molair karakter. Dit zijn de

categorieën waar al wel enige interpretatie in zit, zoals in bovenstaand voorbeeld bij ‘glimlachen’. Echter, bij categorieën met een hoog interpretatief karakter is de kans groter dat observatoren meer fouten maken in het beoordelen. Dit kan resulteren in een lage mate van overeenstemming tussen de beoordelaars.

Observeren is een kostbare zaak. Het kost veel menskracht en veel tijd. Er moet een systeem ontwikkeld worden en daarnaast moeten observatoren getraind worden om tot een hoge mate van overeenstemming te komen (Goossens, 2008). Om ervoor te zorgen dat beoordelaars zoveel mogelijk op één lijn zitten in het beoordelen van gedrag, is een kalibreersessie voorafgaand aan de meting een noodzakelijke voorwaarde.

1.2.5 Beoordelingsschaal

Wanneer er in een observatie beoordeeld wordt hoe goed de prestatie van een individu is (de zorgprofessional in huidige studie), wordt er aangeraden om een beoordelingsschaal te gebruiken (Goossens, 2008). Dit is echter een subjectieve manier van meten, waarbij de beoordeling van gedrag van het individu geschat wordt. Een beoordelingsschaal heeft een typisch molair karakter: er is sprake van interpretatie door de observator. Beoordeelschalen worden gebruikt om observaties samen te vatten, waardoor ze relatief snel informatie geven. Een ander voordeel is dat er meerdere uiteenlopende gedragingen in opnames te zien kunnen zijn, maar dat deze gedragingen hetzelfde doel hebben (Goossens, 2008). Zo kan er bijvoorbeeld in de conversaties tussen zorgprofessionals en PMA te zien zijn dat een zorgprofessional knikt of zijn of haar gezichtsuitdrukking aanpast om aan te tonen dat de PMA wordt begrepen, terwijl een andere zorgprofessional specifiek benoemt dat hij de PMA begrijpt. Beide gedragingen hebben in dit geval hetzelfde doel en kunnen met een beoordelingsschaal gevat worden. De definitie van een beoordelingsschaal volgens Goossens (2008) is “een meetinstrument waarmee de observator (beoordelaar) het voorwerp van studie (een persoon) op een bepaalde continue dimensie van gedrag moet beoordelen. De manier waarop de beoordeelde persoon gedrag vertoont, bepaalt of de beoordeling hoger of lager uitvalt” (p. 69). Een ander argument voor het kiezen van een beoordelingsschaal is dat een schaal gemakkelijk te maken is en gemakkelijk gebruikt kan worden door beoordelaars (Goossens, 2008). Beoordelaars hebben niet veel training nodig om met het instrument overweg te kunnen. Daarbij is een beoordelingsschaal geschikt voor het meten van gedrag wat moeilijk te kwantificeren is, zoals het erkennen van een PMA.

Beoordelingsschalen zijn nuttig, mits de schaaloordelen goed gedefinieerd zijn en bestaan uit concrete aanwijzingen hoe de schaaloordelen geïnterpreteerd moeten worden. Beoordelingsschalen zijn gevoelig voor vooroordelen van de observator. Dit nadeel kan ondervangen worden door observatoren te trainen in het gebruik van het beoordelingsinstrument (Goossens, 2008).

1.2.6 Onderzoeksvragen

1.2.6.1 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid Meting Con-tAct

Zoals eerder genoemd zorgt de afwezigheid van protocollen en meetinstrumenten voor een obstakel om tot de kennis van de effectiviteit van CPT te komen (Croteau et al., 2018). Studies gebruiken verschillende uitkomstmaten, waarbij meetinstrumenten met gebrek aan validiteit en betrouwbaarheid worden gebruikt (Simmons-Mackie et al., 2016). Er zijn specifiekere meetinstrumenten nodig, die zich direct richten op de communicatie in een gesprek tussen een PMA en een gesprekspartner. De inhoud van deze meetinstrumenten moet sterk gerelateerd zijn aan doelen van de therapie of partnertraining (Croteau et al., 2018). Meting Con-tAct wordt volledig afgestemd op de inhoud van Training Con-tAct en ontwikkeld om het effect van Training Con-tAct te onderzoeken. De huidige studie richt zich allereerst op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van Meting Con-tAct. Hierbij wordt de volgende onderzoeksvraag gesteld:

In hoeverre is het alternatieve conversatie-beoordelingsinstrument, Meting Con-tAct, een betrouwbaar instrument om semigestructureerde conversaties tussen een zorgprofessional en een persoon met afasie te beoordelen?

1.2.6.2 Effectmeting Training Con-tAct

Verwacht wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van Meting Con-tAct voldoende is en dat er met de beschikbare data een eerste uitspraak gedaan kan worden over het effect van Training Con-tAct. Om het effect van Training Con-tAct te onderzoeken wordt de volgende onderzoeksvraag gesteld:

Wat is het effect is van Training Con-tAct op de beoordelingen van de vaardigheden erkennen, ondersteunen en checken van zorgprofessionals gemeten met het conversatie-beoordelingsinstrument Meting Con-tAct?

2 Methode

2.1 Onderzoeksdesign

De huidige studie betreft een interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek met een conversatie-beoordelingsinstrument en drie onafhankelijke beoordelaars. De totstandkoming van Meting Con-tAct met de daarbij behorende beoordelingsschaal en de methodiek van het interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek worden in deze sectie besproken. Het tweede deel van deze studie betreft een effectmeting van Training Con-tAct op de conversatievaardigheden van zorgprofessionals.

2.2 Beoordelaars

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn video-opnames van conversaties tussen zorgprofessionals en PMA beoordeeld. Voor het beoordelen van de video-opnames zijn drie beoordelaars gekozen. De beoordelaars waren allemaal afasietherapeut en hadden meer dan tien jaar ervaring in het werken en communiceren met PMA. De drie beoordelaars kenden de PMA en de zorgprofessionals op de video-opnames niet. Er is gekozen om drie beoordelaars te gebruiken, omdat er wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Wanneer er voor één beoordelaar gekozen zou worden, zou de beoordelaar wel consistent met zichzelf kunnen zijn in het beoordelen, maar mogelijk zou de beoordelaar het conversatie-beoordelingsinstrument niet op de juiste wijze gebruiken. Omdat het beoordelen van de video-opnames tijdrovend is voor is er gekozen voor het minimale aantal van drie beoordelaars.

2.3 Video-opnames: personen met afasie en zorgprofessionals

Voorafgaand aan dit onderzoek zijn zestien video-opnames gemaakt van conversaties tussen een persoon met afasie (PMA) en een zorgprofessional. De video's zijn opgenomen in Rijndam Revalidatiecentrum te Rotterdam. Rijndam Revalidatiecentrum en de deelnemende zorgprofessionals en PMA hebben toestemming gegeven om de video-opnames te analyseren. De huidige onderzoeker heeft daarbij een geheimhoudingsverklaring ondertekend waarin wordt toegezegd dat er adequaat en zorgvuldig met de video-opnames wordt omgegaan en dat de ruwe data en de resultaten aan de begeleiders van deze masterstudie worden achtergelaten.

Op de video-opnames zijn conversaties te zien tussen een zorgprofessional en een PMA. De zorgprofessionals hadden vooraf de instructie gekregen om een gesprek van tien tot vijftien minuten te voeren met een PMA in een rustige behandelruimte aan een tafel. Voorafgaand hebben de zorgprofessionals suggesties gekregen voor gespreksonderwerpen, zoals bijvoorbeeld praten over de behandeling. In Tabel 5 wordt weergegeven met welke PMA de zorgprofessionals conversaties hebben gevoerd. Deze indeling is op gerandomiseerde wijze gemaakt. Zorgprofessional 8 en 9 hebben Training Con-tAct niet gevolgd en het is onbekend met welke PMA deze zorgprofessionals een conversatie hebben gevoerd.

Tabel 5

Indeling conversaties zorgprofessionals en PMA op de video-opnames

Zorgprofessional	Conversatie met PMA voor Training Con-tAct	Nummer video-opname	Conversatie met PMA na Training Con-tAct	Nummer video-opname
1	PMA - A	1	PMA - E	12
2	PMA - C	7	PMA - G	2
3	PMA - C	9	PMA - E	3
4	PMA - A	5	PMA - F	4
5	PMA - B	6	PMA - E	14
6	PMA - B	13	PMA - E	8
7	PMA - D	10	PMA - E	11
8*	PMA - ?	15	-	
9*	PMA - ?	16	-	

**Deze zorgprofessionals hebben Training Con-tAct niet gevolgd. Er is maar één video-opname van deze zorgprofessionals gemaakt.*

De groep zorgprofessionals had een gemiddelde leeftijd van 41,6 jaar ($sd = 11.13$), waarbij de leeftijd varieerde van 26 tot 61 jaar. De zorgprofessionals waren werkzaam in revalidatiecentrum Rijndam als maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, (GZ)-psycholoog, psychologisch assistent of therapie-assistent en zij varieerden in hun ervaring met het werken met PMA. Een overzicht van informatie over de zorgprofessionals is weergegeven in Tabel 6. Van zorgprofessional 1 tot en met 7 zijn twee video-opnames gemaakt. Tussen de twee video-opnames zijn deze zorgprofessionals getraind met Training Con-tAct. De eerste video-opname is dus gemaakt vóór dat zij de training kregen en de tweede video-opname is gemaakt na Training Con-tAct. De tweede video is vier weken na Training Con-tAct opgenomen. Van zorgprofessional 8 en 9 is maar één video-opname gemaakt. Zij hebben Training Con-tAct niet gevolgd.

Tabel 6

Gegevens van de zorgprofessionals op de video-opnames

Zorgprofessional	Geslacht	Discipline	Leeftijd (jaar)	Aantal jaar zorg aan NAH	Frequentie PMA (per week)	Training Con-tAct gevolgd
1	Vrouw	Maatschappelijk werker	30	7	Vaak	Ja
2	Vrouw	Ergotherapeut	47	25	Soms	Ja
3	Vrouw	Ergotherapeut	37	15	Vaak	Ja
4	Vrouw	Psychologisch assistent	48	5	Vaak	Ja
5	Vrouw	Fysiotherapeut	36	14	Vaak	Ja
6	Vrouw	Therapie assistent	61	12.5	Soms	Ja
7	Vrouw	Psycholoog	26	4	Vaak	Ja
8*	Vrouw	GZ-psycholoog	34	0.5	Vaak	Nee
9*	Vrouw	Maatschappelijk werker	55	20	Heel vaak	Nee

**de beoordelingen over deze zorgprofessionals zijn alleen meegenomen in de betrouwbaarheidsanalyse en niet in de effectmeting*

De groep PMA bestond uit zeven patiënten (drie mannen en 4 vrouwen) met een gemiddelde leeftijd van 58 jaar ($range = 36-77$ jaar, $sd = 11.53$). De patiënten bevonden zich in de acute, subacute of chronische fase na de beroerte. De ernst van de afasie verschilde van licht, matig tot ernstig. Tabel 7 geeft een overzicht weer van de patiënten en hun geslacht, leeftijd, aantal maanden post onset en de ernst van de afasie.

Tabel 7

Gegevens Personen Met Afasie (PMA)

PMA	Geslacht	Leeftijd	Aantal maanden post onset	Ernst afasie
A	Man	63	1	Licht
B	Man	63	1	Matig
C	Vrouw	53	6	Licht
D	Vrouw	55	4	Licht
E	Man	36	2	Ernstig
F	Vrouw	77	2	Matig
G	Vrouw	59	8	Matig

2.4 Procedure

2.4.1 Totstandkoming conversatie-beoordelingsinstrument: Meting Con-tAct

Om het effect van Training Con-tAct te kunnen aantonen is er een conversatie-beoordelingsinstrument ontwikkeld, zoals beschreven in de inleiding. Om de betrouwbaarheid van het beoordelingsinstrument te onderzoeken zijn de video-opnames door participanten beoordeeld met het conversatie-beoordelingsinstrument. Het alternatieve conversatie-beoordelingsinstrument is gericht op de inhoud van Training Con-tAct. Het instrument heeft daarom de naam “Meting Con-tAct” gekregen.

Meting Con-tAct is ontwikkeld om communicatie tussen zorgprofessionals en PMA te beoordelen. Bij het beoordelen van video-opnames van conversaties gaat het om observatiemetingen waarbij onderzoekers iets willen weten over het gedrag van de personen op de video-opnames (Goosens, 2008). Bij het ontwikkelen van een beoordelingsinstrument is het belangrijk dat een onderzoeker vooraf ideeën heeft van wat er theoretisch verwacht te zien wordt (Goosens, 2008). Op de video-opnames werd door de onderzoeker van de huidige studie verwacht dat de vaardigheden en technieken van Training Con-tAct te zien zouden zijn bij de zorgprofessionals. Daarbij werd verwacht dat deze vaardigheden in verschillende mate beheerst werden.

Het conversatie-beoordelingsinstrument, Meting Con-tAct, is afgestemd op de inhoud van training Con-tAct (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018a). Er is gekozen om de vaardigheden en technieken uit het communicatiemodel van training Con-Tact (afbeelding 1) aan Meting Con-tAct toe te voegen, zodat het effect van Training Con-tAct inzichtelijk werd per onderdeel. De training maakt onderscheid tussen het verbeteren van drie verschillende vaardigheden: erkennen van de PMA, ondersteunen van de PMA en checken of de boodschap is overgekomen. Deze drie vaardigheden zijn de hoofdcategorieën van Meting Con-tAct geworden. Voor het maken van items bij de hoofdcategorieën in Meting Con-tAct, is de inhoud van Training Con-tAct nauwkeurig bestudeerd. Daarnaast zijn de oefen video-opnames van conversaties tussen de ontwikkelaars van Training Con-tAct en PMA gebruikt om de inhoud en de werking van het conversatie-beoordelingsinstrument proefondervindelijk te testen. De totstandkoming van de items in Meting Con-tAct wordt hieronder per hoofdcategorie beschreven.

Erkennen

Bij het ontwikkelen van Meting Con-tAct zijn de gedragingen van erkennen uit Tabel 1 nader bestudeerd, waarna beslissingen zijn gemaakt hoe de gedragingen als item toegevoegd werden aan de hoofdcategorie ‘erkennen’ van het conversatie-beoordelingsinstrument. Gedraging 1 (correcte houding/attitude ten opzichte van de PMA) is toegevoegd als item bij de categorie erkennen van Meting Con-tAct. Gedragingen 3, 4 en 5 (het laten zien van gezamenlijke verantwoordelijkheid, eerlijk zijn dat jij als gesprekspartner tekort schiet op het moment dat jullie er niet uitkomen, eerlijk zijn als je de PMA niet begrijpt) lijken het criterium van homogeniteit te schenden en zouden beter bij elkaar gevoegd kunnen worden tot één item. Er is gekozen om deze gedragingen samen te voeren en term “metacommunicatie” hiervoor te gebruiken. Met metacommunicatie wordt bedoeld dat er wordt gecommuniceerd over de communicatie zelf en niet over de inhoud van een boodschap. Metacommunicatie is dus communiceren over de manier waarop je met elkaar praat. Dit kan betrekking hebben op zowel verbale als non-verbale communicatie (Witteveen, Admiraal, Visser, & Wilken, 2010). Gedraging 2 (normale spreektoonhoogte) is toegevoegd als item aan Meting Con-tAct. Aan

dit item is ook “spreekvolume” toegevoegd. Studies concluderen namelijk niet alleen dat zorgprofessionals vaak hoger spreken tegen PMA, maar ook harder (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018a). Er is gekozen om gedraging 6 (laten merken dat jij de PMA als normaal denkend persoon ziet) niet aan Meting Con-tAct toe te voegen. Deze gedraging vat eigenlijk de term erkennen zelf en is een te brede term niet los staat van de andere gedragingen van erkennen. Gedraging 7 (het benoemen van frustratie) is een belangrijke gedraging en deze is toegevoegd als item aan Meting Con-tAct. Deze gedraging paste niet onder metacommunicatie, omdat het benoemen van frustratie gevoelsreflectie is. Samengevat is de categorie erkennen van Meting Con-tAct ontwikkeld, bestaande uit de volgende items: houding/attitude ten opzichte van de PMA, spreektoonhoogte en spreekvolume, metacommunicatie en frustratie erkennen en benoemen.

Ondersteunen

In Training Con-tAct leren zorgprofessionals verschillende technieken om communicatie te ondersteunen. Bij het ontwikkelen van Meting-Cont-Act zijn ook de gedragingen van de hoofdcategorie ondersteunen (Tabel 2) nader bestudeerd, waarna besloten is hoe de gedragingen als item aan de hoofdcategorie werden toegevoegd.

Vrijwel alle technieken van het ondersteunen van communicatie uit Training Con-tAct zijn aan de hoofdcategorie ‘ondersteunen communicatie’ van het Meting Con-tAct toegevoegd. Er is gekozen om techniek 2 (taalgebruik aanpassen aan de PMA) en 3 (structureren van het gesprek) samen te voegen, omdat het structureren van een gesprek onder taalgebruik aanpassen valt. Het gebruiken van een ja/nee kaart (techniek 4) is aangepast tot het stellen van ja/nee vragen. Er zal namelijk niet in alle conversaties een ja/nee kaart aanwezig zijn. Daarnaast zijn de technieken schrijven (techniek 6) en tekenen (techniek 7) bij elkaar gevoegd tot één onderdeel en is er een onderdeel gebaren/aanwijzen bij gemaakt. Het gebruik van hulpmiddelen (techniek 8) is niet in het meetinstrument gezet. De reden hiervoor is dat de gemaakte video-opnames niet vooraf bekeken zijn door de onderzoeker van deze studie. Het was niet bekend of de PMA waarmee de zorgprofessionals spreken al gebruik maakten van hulpmiddelen en of zij deze al zelfstandig konden inzetten. Tot slot is de laatste techniek (1) ‘tijd nemen voor het gesprek’ toegevoegd aan Meting Con-tAct. Samengevat is de categorie ondersteunen van Meting Con-tAct ontwikkeld, bestaande uit de volgende items: tijd nemen voor het gesprek, taalgebruik aanpassen aan de PMA, ja/nee vragen stellen, schrijven/tekenen en gebaren/aanwijzen.

Checken

De technieken uit de vaardigheid checken (Tabel 3) zijn tevens bestudeerd en toegevoegd aan Meting Con-tAct. Het controleren of de PMA de zorgprofessional heeft begrepen en het controleren of de zorgprofessional de PMA heeft begrepen zijn beide toegevoegd aan Meting Con-tAct om het onderdeel checken te beoordelen.

Meting-Contact is een gedetailleerd observatiesysteem geworden met voornamelijk een molair karakter. Sociale wetenschappers geven de voorkeur aan categorieën met een molair karakter, categorieën en items waar al enige interpretatie in zit.

2.4.2 Beoordelingsschaal Meting Con-tAct

Voor Meting Con-tAct (Bijlage 1) is gebruik gemaakt van een beoordelingsschaal. Uit de literatuur is namelijk naar voren gekomen dat een beoordelingsschaal geschikt is om gedrag te meten wat moeilijk te kwantificeren is, zoals het erkennen van een PMA (Goosens, 2008). De beoordelaars moesten zich bij het beoordelen per item continu de vraag moeten stellen:

*Is het toepassen van de gedragingen van de zorgprofessional **passend** voor de communicatie met de persoon met afasie?*

Er is gekozen om de gedragingen van zorgprofessionals te laten beoordelen op passendheid in de communicatie met de PMA, omdat het doel van Training Con-tAct is dat zorgprofessionals de geleerde vaardigheden kunnen toepassen op elke PMA. Dit betekent dat de ernst en de aard van de afasie geen invloed mogen hebben op de communicatievaardigheden van de zorgprofessionals. Daarbij is het niet per se beter als een zorgprofessional gedragingen in grotere hoeveelheden laat zien. Het gaat er juist om dat een zorgprofessional het gebruik van vaardigheden en technieken aanpast aan de PMA. De term “passendheid” vat bovenstaande het best samen en is gebruikt in de hoofdvraag van het beoordelen met Meting Con-tAct.

De gedragingen die werden beoordeeld met Meting Con-tAct zijn de drie hoofdcategorieën erkennen, ondersteunen en checken van Training Con-tAct, met de daarbij ontwikkelde items (Bijlage 1). Oppenheim (1966) adviseert een beoordelingsschaal te maken met oneven aantal schaalpunten. In eerste instantie was er gekozen voor een 5-puntsschaal, bestaande uit de schaaloordelen “nooit passend”, “meestal passend”, “vaak passend” en “altijd passend”. Deze schaal is voorgelegd aan meerdere logopedisten binnen de kenniskring van de onderzoeker. Voor de logopedisten gold dat het onderscheid tussen de oordelen “soms”, “meestal” en “vaak” niet te onderscheiden viel en dat deze schaaloordelen niet concreet genoeg waren. Daarnaast leek het in deze beoordelingsschaal dat de oordelen “nooit passend” en “soms passend” als een negatieve/onvoldoende score geïnterpreteerd konden worden en dat de oordelen “meestal passend”, “vaak passend” en “altijd passend” als positieve/voldoende score geïnterpreteerd konden worden. Hieruit bleek de middelste maat, “meestal passend”, een onjuiste term te bevatten die richting gaf in een positief oordeel. Om deze redenen is er gekozen om af te wijken naar een 4-punts beoordelingsschaal, waarbij de eerste twee oordelen stonden voor een negatieve/onvoldoende score en de laatste twee oordelen stonden voor een positieve/voldoende score (afbeelding 3). Daarbij is er een kolom “niet voorkomend” toegevoegd aan de beoordelingsschaal. Wanneer een gedraging niet voorkwam op een video, werd de optie “niet voorkomend” omcirkelt. Van de gedraging die niet voorkwam, werd beoordeeld of het terecht of onterecht was dat die gedraging niet voorkwam. Wanneer een zorgprofessional een gedraging niet liet zien, maar wel had moeten gebruiken, werd gekozen voor “niet voorkomend - onterecht”. Het kon ook voorkomen dat een zorgprofessional een gedraging niet liet zien, waarbij het gedrag ook niet voor betere communicatie had gezorgd. Een communicatief vaardige zorgprofessional zal bijvoorbeeld bij een patiënt met een lichte afasie niet snel kiezen om de techniek “schrijven/tekenen” in te zetten. In deze gevallen werd de optie “niet voorkomend – terecht” omcirkelt. De definitieve beoordelingsschaal is te zien op afbeelding 3. De definitieve versie van Meting Con-tAct inclusief gebruikershandleiding zijn te vinden in Bijlage 1 en 2.

Gedraging X	Slecht passend	Onvoldoende passend	Voldoende passend	Goed passend	Niet voorkomend	Terecht
						Onterecht

Afbeelding 3. Beoordelingsschaal Meting Con-tAct

2.4.3 Kalibreersessie

Voorafgaand aan het beoordelen van video-opnames van de conversaties heeft er een kalibreersessie plaatsgevonden. Het doel van de kalibreersessie was om ervoor te zorgen dat de beoordelaars onderling op één lijn zaten in het beoordelen van gedrag (Goosens, 2008). Om Meting Con-tAct proefondervindelijk te testen en om de kalibreersessie voor te bereiden hebben de ontwikkelaars van Training Con-tAct (Oostveen, Berns en Jünger, 2018) en de onderzoeker van de huidige studie allereerst het gebruik van Meting Con-tAct getest op oefen video-opnames. Deze oefen video-opnames, afkomstig uit Training Con-tAct, waren vergelijkbaar met de officiële video-opnames. Na het proefondervindelijk testen, hebben de ontwikkelaars van Training Con-tAct de inhoud en het gebruik van Meting Con-tAct met elkaar besproken. De feedback is besproken met de onderzoeker, en Meting Con-tAct is vervolgens aangepast. De feedback van de ontwikkelaars is te vinden in Bijlage 3.

De kalibreersessie werd gehouden op twee november 2018 op de Hogeschool Rotterdam. De sessie werd geleid door de onderzoeker van de huidige studie en P. Berns (een van de ontwikkelaars van Training Con-tAct). Bij de kalibreersessie waren de drie beoordelaars aanwezig en N. Jünger (een van de overige ontwikkelaars van Training Con-tAct). In twee en een half uur tijd is Meting Con-tAct uitgebreid besproken. Er is ruimte geweest om te discussiëren over de inhoud van het meetinstrument, de definities van terminologie en het beoordelen met het meetinstrument. Er is geoefend met beoordelen van vier oefenfilms die vergelijkbaar waren met de officiële video-opnames. Uit Training Con-tAct zijn twee opnames geselecteerd die als oefenvoorbeeld dienden. Deze oefen video-opnames lieten een voorbeeld zien van zorgprofessionals die over goede communicatievaardigheden beheersten. Omdat de video-opnames van Con-tAct vrijwel alleen opnames bevatten van voorbeelden waarin de communicatie goed verliep, is er gekozen om voor de kalibeersessie een extra video-opname te maken. De onderzoeker heeft in haar eigen werksetting een opname gemaakt van een conversatie tussen een PMA en een zorgprofessional, waarbij de communicatie niet goed verliep. De PMA en de zorgprofessional op deze video-opname zijn vooraf uitgebreid geïnformeerd over het onderzoek en beide hebben een informed toestemmingsformulier ondertekend.

Tijdens de kalibreersessie zijn de oefenfilms bekeken besproken. Op basis van de discussies die ontstonden over Meting Con-tAct en de keuzes in het beoordelen, zijn afspraken gemaakt over het interpreteren van het gedrag op de video-opnames en de keuzes om tot een bepaald beoordelingsoordeel te komen. Op basis van de feedback van de beoordelaars en de gemaakte afspraken is meetinstrument en de handleiding van het meetinstrument voor een laatste keer aangepast. De discussiepunten van de kalibreersessie zijn te vinden in Bijlage 3.

2.4.4 Beoordelen

De duur van de video-opnames varieerde van vijf tot twintig minuten. Omdat het beoordelen van videofragmenten tijdrovend is, is er gekozen om een selectie uit de video-opnames te gebruiken. Deze selectie is gebaseerd op eerder onderzoek van Beeke et al., (2015) en Wielaert et al. (2016). De selectie heeft als doel om de tijdsbesteding van het beoordelen te verminderen en de ecologische validiteit zoveel mogelijk te verhogen. Van alle video-opnames is een sample van precies vijf minuten geselecteerd voor beoordeling. Van de video-opnames die langer dan 10 minuten duurde, is er een sample geknipt van minuut 05:00 tot minuut 10:00. Van de video-opnames die minder dan 10 minuten duurde, zijn de laatste 5 minuten van de opname geselecteerd. Op deze manier werd het opnamestuk gebruikt waarop de zorgprofessionals en de PMA minder bewust waren van het feit dat zij deelnamen aan een studie en werden opgenomen. Daarnaast werd hierdoor voorkomen dat de onderzoeker bewuste invloed kon uitoefenen op het geselecteerde deel van de opname.

De zestien video-opnames zijn via SURFdrive gedeeld met de drie beoordelaars. SURFdrive is een persoonlijke cloudopslagdienst voor Nederlands onderzoek en onderwijs, waarmee gemakkelijk bestanden opgeslagen, gesynchroniseerd en gedeeld kunnen worden (www.surfdrive.nl). Er is gekozen om de video-opnames via deze cloud te delen met de beoordelaars omdat dit een veilige en betrouwbare cloud is. Hiermee werd verzekerd dat er zorgvuldig met de gegevens van patiënten en zorgprofessionals werd omgegaan.

De video-opnames werden in een random volgorde afgespeeld, zodat er afwisseling was in het aanbieden van video-opnames vóór Training Con-tAct en ná Training Con-tAct. Hierdoor werden de beoordelaars geblindeerd voor het meetmoment. De video-opnames zijn op volgorde terug te vinden in Tabel 5. De beoordelaars hebben de video-opnames en het beoordelingsformulier van Meting Con-tAct op vijf november 2018 ontvangen en de deadline voor het inleveren van de ingevulde beoordelingsformulieren was op zestien november 2018. De beoordelaars mochten zelf bepalen hoe vaak zij de video-opnames bekeken, mits ze de video-opnames maar in een rustige ruimte bekeken. Er werd wel aan de beoordelaars gevraagd om op het beoordelingsformulier te noteren hoe vaak ze de video-opnames hebben bekeken. De beoordelaars konden gebruik maken van de handleiding van Meting Con-tAct tijdens het beoordelen (Bijlage 2).

2.5 Statistische analyse

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de beoordelingen van de video-opnames van conversaties tussen zorgprofessionals en PMA geanalyseerd. De beoordelingsschaal van Meting Con-tAct varieerde van slecht passend tot goed passend (afbeelding 3). Wanneer een gedraging volgens een beoordelaar niet voorkwam, werd voor de optie niet voorkomend gekozen waarbij werd aangegeven of het terecht of onterecht was dat dit gedrag niet voorkwam. De beoordelingen van de video-opnames zijn omgezet in numerieke scores (Tabel 8). De beoordeling “slecht passend” is omgezet tot score 1, “onvoldoende passend” tot score 2, “voldoende passend” tot score 3 en “goed passend” tot score 4. Wanneer de beoordelaar had gekozen voor de optie “niet voorkomend”, waarbij de beoordelaar het terecht vond dat het gedrag niet voorkwam, is gekozen om deze beoordeling score 4 te geven. Het was in deze gevallen volgens de beoordelaar terecht dat een zorgprofessional gedrag niet liet zien, dus kan dit gedrag als “goed passend” geïnterpreteerd worden. Wanneer de beoordelaar heeft gekozen voor de optie niet voorkomend, waarbij de beoordelaar vond dat het niet terecht was dat de zorgprofessional gedrag niet liet zien, is

gekozen om deze beoordeling tot score 1 te coderen. In deze gevallen kon dit gedrag als ‘slecht passend’ geïnterpreteerd worden. Met deze scores is de Intraclass Correlation Coëfficiënt (ICC) voor absolute overeenkomst (two-way mixed) in *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 23* berekend voor de categorieën en items van Meting Con-tAct.

Tabel 8

Omzettingstabel beoordelingen Meting Con-tAct in numerieke scores

Beoordeling	Score
Slecht passend	1
Onvoldoende passend	2
Voldoende passend	3
Goed passend	4
Niet voorkomend – terecht	4
Niet voorkomend – onterecht	1

In het tweede deel dit onderzoek is het effect onderzocht van Training Con-tAct op de scores van de vaardigheden erkennen, ondersteunen en checken van zorgprofessionals gemeten met Meting Con-tAct. De beoordelingen van één random gekozen beoordelaar op veertien video-opnames (zeven zorgprofessionals die zijn beoordeeld voor en na het volgen van Training Con-tAct) zijn gebruikt voor de effectmeting. De non-parametric Wilcoxon signed rank toets in SPSS is gebruikt om de beoordelingen voor en na Training Con-tAct te vergelijken.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van deze studie beschreven. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn allereerst de resultaten van de betrouwbaarheidsanalyse van Meting Con-tAct beschreven, waarna de effectmeting van Training Con-tAct beschreven is. Als de betrouwbaarheid hoog genoeg is ($r > .5$), dan kunnen er uitspraken gedaan worden over de effecten (significante verschillen tussen de opnamemomenten).

3.1 Betrouwbaarheidsanalyse Meting Con-tAct

De Intraclass Correlation Coëfficiënt (ICC) voor absolute overeenkomst (two-way mixed) is gebruikt om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen van Meting Con-tAct. Er is gekozen voor de opties two-way mixed en absolute overeenkomst, omdat de interesse uitgaat naar precieze overeenstemming tussen de gebruikte beoordelaars. Er is daarbij geen reden om te generaliseren naar het gebruik van Meting Con-tAct voor alle logopedisten/afasietherapeuten. Een minimumwaarde van $r = .5$ werd gezien als waarde voor voldoende betrouwbaarheid, gebaseerd op onderzoek van Koo en Li (2016).

Tabel 9 geeft een overzicht weer van de ICC-waarden per categorie en item van Meting Con-tAct. Er is een kolom aan de tabel toegevoegd die weergeeft hoeveel video-opnames de categorieën en items bevatten. Naast de analyse met SPSS heeft de onderzoeker per item berekend hoe vaak de beoordelaars eenzelfde beoordeling gaven (100% overeenkomst), hoe vaak twee van de drie beoordelaars eenzelfde beoordeling gaven (66% overeenkomst) en hoe vaak de drie beoordelaars allen een andere beoordeling gaven (geen overeenkomst). Deze gegevens zijn tevens weergegeven in Tabel 9.

De beoordelingen “slecht passend” en “niet voorkomend – onterecht” zijn beide samengevoegd en omgezet tot score 1 en de beoordelingen “goed passend” en “niet voorkomend – terecht” zijn beide samengevoegd en omgezet tot score 4. Om te controleren of het samenvoegen van deze beoordelingen mogelijk invloed heeft gehad op de betrouwbaarheidsanalyse, is een optelsom gemaakt van het aantal samengevoegde beoordelingen. Hieruit kwam naar voren dat bij 18 van de 176 beoordelingen een beoordelaar “goed passend” koos terwijl een andere beoordelaar “niet voorkomend – terecht” koos. Het kwam maar twee keer voor dat een beoordelaar “slecht passend” koos terwijl een andere beoordelaar “niet voorkomend – onterecht” koos. Door het relatief lage voorkomen van samenvoelingen is er gekozen om alle beoordelingen mee te nemen in de betrouwbaarheidsanalyse.

Tabel 9

Intraclass Correlation Coëfficiënt van de categorieën en items van Meting Con-tAct

Categorie	ICC (r) (95%-BI)	Waardering g ICC	Aantal video- opnamen	Aantal keer 100% overeenkomst	Aantal keer 66.66% overeenkomst	Aantal keer geen overeenkomst
Categorie 1 Erkennen	.54 (.31-.70)	Redelijk	64	46	17	1
Item 1: Houding/attitude t.o.v. PMA	-	-	16	15	1	0
Item 2: Spreektoonhoogte/ volume	-	-	16	14	2	0
Item 3: Metacommunicatie	.39 (-.46-.78)	Laag	16	7	9	0
Item 4: Frustratie erkennen/ benoemen	.51 (-.04-.81)	Redelijk	16	10	5	1
Categorie 2 Ondersteunen	.54 (.33-.69)	Redelijk	80	36	35	9
Item 5: Tijd nemen voor het gesprek	-	-	16	13	3	0
Item 6: Taalgebruik aanpassen aan PMA	.68 (.29-.88)	Redelijk	16	6	9	1
Item 7: Ja/nee vragen	.37 (-.31-.75)	Laag	16	5	7	4
Item 8: Schrijven/tekenen	.56 (.04-.83)	Redelijk	16	7	8	1
Item 9: Gebaren/aanwijzen	-	-	16	5	8	3
Categorie 3 Checken	.58 (.26-.78)	Redelijk	32	13	17	2
Item 10: GP controleert of PMA boodschap heeft begrepen	.62 (.15-.85)	Redelijk	16	11	5	0
Item 11: CP controleert of hij/zij boodschap van PMA heeft begrepen	.48 (-.17-.80)	Laag	16	2	12	2

Volgens onderzoek van Koo en Li (2016) staat een ICC-waarde lager dan $r=.5$ voor lage betrouwbaarheid, een ICC-waarde tussen $r=.5$ en $r=.75$ voor een redelijke betrouwbaarheid, een ICC-waarde tussen $r=.75$ en $r=.9$ voor goede betrouwbaarheid en een ICC-waarde boven $r=.9$ voor excellente betrouwbaarheid. De categorieën erkennen, ondersteunen en checken hebben een redelijke betrouwbaarheid ($r=.54$, $r=.54$, $r=.58$ respectievelijk).

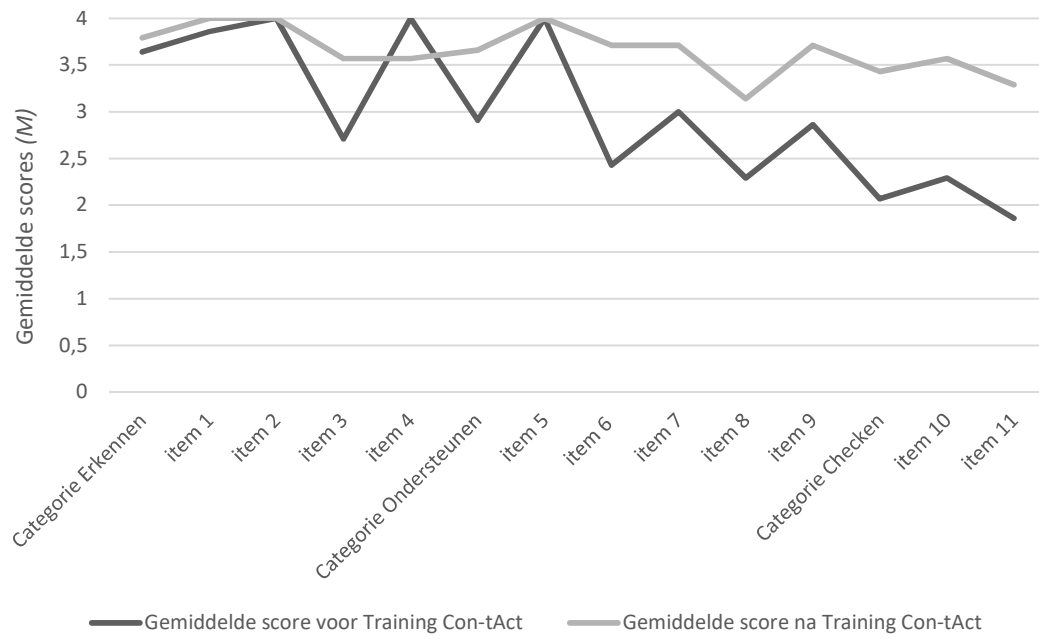
De ICC is tevens berekend per item. Items 4, 6, 8 en 10 hebben een redelijke betrouwbaarheid ($r=.51$, $r=.68$, $r=.56$, $r=.62$ respectievelijk). Items 3, 7 en 11 hebben een lage betrouwbaarheid ($r=.39$, $r=.37$, $r=.48$ respectievelijk). De ICC kon niet berekend worden voor items 1, 2, 5 en 9. De analyse gaf bij deze items foutmeldingen of afwijkende ICC-waarden, zoals een negatieve uitkomst of een uitkomst van $r=.00$. De afwijkende resultaten en foutmeldingen zijn ontstaan doordat de beoordelingen op deze items weinig variatie tussen films bevatten. Er is gekozen om een descriptieve uitspraak te doen over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze items op basis van beschrijvende statistiek. De beschrijvende statistiek is gericht op mate van overeenstemming tussen beoordelaars.

Uit de resultaten in de laatste drie kolommen van Tabel 10 blijkt dat er bij item 1,2 en 5 minimaal dertien van de zestien keer volledige overeenstemming is tussen de beoordelaar en geen enkele keer 0 procent overeenstemming. De betrouwbaarheid van item 1, 2 en 5 lijkt hoog. De resultaten in de laatste drie kolommen van Tabel 10 wijzen voor item 9 op minder overeenstemming in het beoordelen. Volledige overeenstemming kwam maar vijf keer voor en over acht video-opnames week wisselend een beoordelaar af. De betrouwbaarheid van item 9 lijkt twijfelachtig.

3.2 Effectmeting

Een ICC-waarde van $r=.5$ werd gezien als minimale waarde voor een betrouwbaar instrument, gebaseerd op onderzoek van Koo en Li (2016). De drie categorieën erkennen, ondersteunen en checken bevatten een ICC-waarde hoger dan $r=.5$. Dit resultaat van redelijke betrouwbaarheid van de categorieën van Meting Con-tAct wordt als voldoende geacht om de beoordelingen voor en na Training Con-tAct te toetsen op significante verschillen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de beoordelingen van één van de drie beoordelaars gebruikt. Deze beoordelaar is random gekozen en wordt beoordelaar X genoemd. De non-parametric Wilcoxon signed rank toets in SPSS is gebruikt om de beoordelingen voor en na Training Con-tAct te vergelijken. Er is voor deze toets gekozen omdat het totaal aantal beoordeelde video-opnames minimaal is en de data niet normaal verdeeld zijn. Figuur 1 en Tabel 10 geven een overzicht van de gemiddelde beoordelingen (gegeven door beoordelaar X) van de zorgprofessionals voor en na dat zij Training Con-tAct (TC) hebben gevolgd. Daarnaast wordt in de tabel de significantie van het verschil in beoordelingen voor en na TC weergegeven. Tot slot wordt in de tabel per item het aantal zorgprofessionals weergegeven dat een hogere beoordeling kreeg na TC, dezelfde beoordeling kreeg na TC en een lagere beoordeling kreeg na TC.



Figuur 1. Schematische weergave van de verschillen in gemiddelde scores van zorgprofessionals voor en na Training Con-tAct

Tabel 10

Beoordelingen van de zorgprofessionals voor en na Training Con-tAct (TC), gegeven door beoordelaar X

Categorie	Gemiddelde score voor TC (M)	Gemiddelde score na TC (M)	Significantie	Aantal zorgprofessionals als dat een hogere beoordeling heeft gekregen na TC	Aantal zorgprofessionals als met een gelijke score voor en na de training	Aantal zorgprofessionals dat een lagere score heeft gekregen na TC
Hoofdcategorie Erkennen	3.64	3.79	.48	3	2	2
Item 1: Houding/attitude t.o.v. PMA	3.86	4.00	.32	1	6	0
Item 2: Spreektoonhoogte/volume	4.00	4.00	1.0	0	7	0
Item 3: Metacommunicatie	2.71	3.57	.32	3	1	3
Item 4: Frustratie erkennen/benoemen	4.00	3.57	.32	0	6	1
Hoofdcategorie Ondersteunen	2.91	3.66	.13	6	0	1
Item 5: Tijd nemen voor het gesprek	4.00	4.00	1.0	0	7	0
Item 6: Taalgebruik aanpassen aan PMA	2.43	3.71	1.1	6	0	1
Item 7: Ja/nee vragen stellen	3.00	3.71	.20	3	3	1
Item 8: Schrijven/tekenen	2.29	3.14	.34	4	2	1
Item 9: Gebaren/aanwijzen	2.86	3.71	.19	5	1	1
Hoofdcategorie Checken	2.07	3.43	.11	5	1	1
Item 10: GP controleert of PMA de boodschap/informatie heeft begrepen	2.29	3.57	.18	4	2	1
Item 11: GP controleert of hij/zij de boodschap van PMA heeft begrepen	1.86	3.29	.07	4	2	1

Op de drie hoofdcategorieën ligt de gemiddelde beoordeling van de zeven zorgprofessionals na Training Con-tAct hoger dan de beoordeling voor Training Con-tAct. Van vrijwel alle items liggen de gemiddelde beoordelingen ook hoger na Training Con-tAct. Alleen de gemiddelde beoordeling van de items “spreektoonhoogte/spreekvolume” en “frustratie erkennen/benoemen” geven geen gemiddeld hogere beoordeling na Training Con-tAct. Echter, voor geen enkele categorie en item is het verschil in beoordelingen voor en na Training Con-tAct significant ($\alpha > .05$).

Bij het nauwkeurig bestuderen van de beoordelingen valt op dat meer dan de helft van de zorgprofessionals op item 6, 8, 9, 10 en 11 een hogere beoordeling heeft gekregen na Training Con-tAct. Op item 6 (taalgebruik aanpassen aan de PMA) hebben vrijwel alle zorgprofessionals (zes van de zeven zorgprofessionals) een hogere beoordeling gekregen na Training Con-tAct. Op item 8 (schrijven/tekenen), 9 (gebaren/aanwijzen), 10 (GP controleert of PMA boodschap heeft begrepen) en 11 (GP controleert of hij/zij boodschap van PMA heeft begrepen) heeft meer dan de helft van de zorgprofessionals een hogere beoordeling gekregen na Training Con-tAct.

Bij het nauwkeurig bestuderen van de resultaten op item 1, 2, 4 en 5 valt op dat de beoordelingen voor Training Con-tAct van vrijwel alle zorgprofessionals gelijk zijn aan de beoordeling na de training. De zorgprofessionals krijgen vrijwel allemaal een beoordeling van 4 (goed passend of niet voorkomend – terecht) bij de items “houding/attitude ten opzichte van PMA” (zes van de zeven zorgprofessionals), “spreektoonhoogte/volume” (zeven van de zeven zorgprofessionals), “frustratie erkennen/benoemen” (zes van de zeven zorgprofessionals) en “tijd nemen voor het gesprek” (zeven van de zeven zorgprofessionals).

De 4-punts beoordelingsschaal van Meting Con-tAct beschouwt een score van 1 of 2 (slecht passend, onvoldoende passend en niet voorkomend - onterecht) als een negatieve/onvoldoende score en een score 3 of 4 (voldoende passend, goed passend en niet voorkomend - terecht) als een positieve/voldoende score. De gemiddelde scores in Tabel 9 laten zien dat de scores van de zeven zorgprofessionals op de hoofdcategorieën “ondersteunen” en “checken” en items 3 (metacommunicatie), 6 (taalgebruik aanpassen aan de PMA), 8 (schrijven/tekenen), 9 (gebaren/aanwijzen), 10 en 11 (het controleren of een boodschap is begrepen) van een gemiddeld negatieve/onvoldoende score naar een positieve/voldoende score zijn verschoven. Deze verschuiving geeft een positieve verandering weer.

4 Discussie

Deze masterthesis had als doel om een conversatie-beoordelingsinstrument (Meting Con-tAct) te ontwikkelen, waarmee communicatieve vaardigheden van een zorgprofessional in gesprek met een persoon met afasie (PMA) op kwantitatieve wijze beoordeeld konden worden. Er werd allereerst onderzocht of de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van Meting Con-tAct voldoende was om vervolgens een eerste onderzoek naar het effect van Training Con-tAct uit te kunnen voeren. Uit de resultaten is gebleken dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van Meting Con-tAct voldoende is. Meting Con-tAct is gebruikt om het effect van Training Con-tAct te onderzoeken. De gevonden verschillen tussen de beoordelingen voor en na Training Con-tAct bleken niet significant. De betrouwbaarheidsmeting van Meting Con-tAct en de effectmeting van Training Con-tAct zullen uitgebreid worden besproken en bediscussieerd.

4.1 Betrouwbaarheid Meting Con-tAct

Een ICC-waarde van $r=.5$ werd gezien als minimumwaarde voor een voldoende betrouwbaar instrument (Koo en Li, 2016). De betrouwbaarheidsanalyse heeft voor de hoofdcategorieën erkennen, ondersteunen en checken een ICC-waarde boven $r=.5$ gevonden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de hoofdcategorieën redelijk betrouwbaar zijn. De betrouwbaarheidsanalyse op de items heeft wisselende resultaten gevonden. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van items 4, 6, 8 en 10 is redelijk en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van items 3, 7 en 11 is laag. De betrouwbaarheid van items 1, 2, 5 en 9 kon niet met de betrouwbaarheidsanalyse berekend worden, maar uit de beschrijvende analyse blijken items 1, 2 en 5 hoge mate van overeenkomst tussen beoordelaars te laten zien. Kortom, op zeven van de elf items is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende te noemen.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van items 3, 7 en 11 is laag. Het nader bestuderen van de overeenstemming in de ruwe data (Bijlage 4) van item 3, metacommunicatie, bevestigt de lage betrouwbaarheid. Opvallend is dat de beoordelaars het op zes van de zestien video's niet eens waren of metacommunicatie voorkwam. Het lijkt erop dat het voor de beoordelaars niet duidelijk genoeg was hoe zij metacommunicatie moesten interpreteren. Op negen video-opnames waren de beoordelaars het wel eens dat metacommunicatie niet voorkwam. In de ruwe data is echter te zien dat de beoordelaars op vijf van deze video's geen overeenstemming toonden in de keuze of het terecht of onterecht was dat metacommunicatie niet voorkwam. Hieruit blijkt dat het item "metacommunicatie" moeilijk te scoren is. Dit resultaat was enigszins te verwachten. Tijdens de kalibreersessie ontstond al de meeste discussie over het item metacommunicatie. Mogelijk was er meer overeenstemming in het beoordelen geweest als de kalibreersessie meer aandacht aan dit item had gegeven.

Op item 7 (ja/nee vragen stellen) kwam het bij zeven video-opnames voor dat er slechts één beoordelaar afweek in het beoordelen. Bij het nader bestuderen van de ruwe data (Bijlage 4) blijkt dat de afwijkende beoordeling in de helft van gevallen twee punten afwijkt. Wanneer twee beoordelaars een positieve/voldoende beoordeling gaven (bijvoorbeeld "goed passend" (score 4)), gaf de afwijkende beoordelaar een negatieve onvoldoende beoordeling (bijvoorbeeld "onvoldoende passend" (score 2)) en was het verschil tussen de beoordelingen twee punten. De ICC berekening heeft deze afstand (2 punten) meegenomen. Dit zou een oorzaak kunnen zijn voor de lage betrouwbaarheid van item 7 (ja/nee vragen stellen). De beoordelaars interpreteren het gedrag, "ja/nee vragen stellen" van zorgprofessionals op de

video-opnames, dus niet hetzelfde. Een verklaring voor dit resultaat is niet gevonden. In item 11 (GP controleert of hij/zij de boodschap van PMA heeft begrepen) waren de beoordelaars het op slechts twee video's volledig met elkaar eens en op twee video's gaven de beoordelaars allen een andere beoordeling. Het kwam bij maar liefst twaalf video's voor dat één beoordelaar afweek van de andere beoordelaars, waarbij het wisselend voorkwam welke beoordelaar afweek. In tegenstelling tot het item "ja/nee vragen" was de afstand waarop de beoordelaars afweken bij dit item meestal maar één punt. De ICC van item 11 valt daarom hoger uit dan die van item 7. De ICC-waarde van item 11 is echter nog steeds te laag om van voldoende betrouwbaarheid te spreken. Een verklaring voor de lage betrouwbaarheid van item 11 kan zijn dat het gedrag moeilijk te herkennen is op de video-opnames. Een zorgprofessional kan controleren of hij/zij de boodschap van de PMA heeft begrepen middels verbale informatie en non-verbale informatie. Mogelijk is dit gedrag vaak impliciet aanwezig, waardoor het gedrag moeilijk te herkennen is.

De ICC kon niet berekend worden voor item 1, 2, 5 en 9. Uit de ruwe data van item 9 (gebaren/aanwijzen) blijkt dat de beoordelaars het over zes video-opnames niet eens waren of dit gedrag wel of niet voorkwam. Van gebaren en aanwijzen werd verwacht dat deze wat betreft voorkomen gemakkelijker gescoord zouden worden dan bijvoorbeeld de abstractere vaardigheden van erkennen. Mogelijk was de mate van overeenstemming hoger geweest als de handleiding specifieker aangaf welke vormen van gebaren en aanwijzen bij dit item passen. Uit item 1, 2 en 5 blijkt wel een hoge mate van overeenstemming. Deze items kunnen dus goed gebruikt kunnen worden om de vaardigheden "houding/attitude ten opzichte van de PMA", "spreektoonhoogte/volume" en "tijd nemen voor het gesprek" te beoordelen. Daarentegen valt op dat de beoordelaars op item 1, 2 en 5 vrijwel alleen maar de beoordeling "goed passend" gaven. Het lijkt dat de zorgprofessionals de vaardigheden "houding/attitude ten opzichte van de PMA", "spreektoonhoogte/volume" en "tijd nemen voor het gesprek" zowel voor als na Training Con-tAct goed beheersten. Dit resultaat was vooraf niet verwacht. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat zorgprofessionals niet genoeg kennis hebben van afasie en niet goed weten hoe zij moeten communiceren met een PMA (Burns et al., 2015; Cameron et al., 2017; Kagan et al., 1995; Kagan en Kimelman, 1995). Een reactie in de gespreksvoering tussen een zorgprofessional en een PMA die minder goed kan communiceren is vaak dat de zorgprofessional harder en hoger gaat praten, alsof de PMA doof is. De huidige resultaten komen niet geheel overeen met deze literatuur. Mogelijk was de situatie, waarbij zorgprofessionals en PMA wisten dat zij gefilmd werden, niet vergelijkbaar met werkelijke situaties waarin zorgprofessionals met PMA communiceren. Het kan zo zijn dat de opnamesituatie ervoor gezorgd heeft dat zorgprofessionals zich extra hebben ingespannen voor een goed communicatief resultaat. Een andere verklaring voor de hoge beoordelingen vóór Training Con-tAct, kan te maken hebben met het tijdsbestek van de video-opname. De zorgprofessionals hadden vooraf de instructie gekregen om een opname van tien tot vijftien minuten te maken. Deze ruime conversatietijd hebben zorgprofessionals niet altijd tijdens hun werkzaamheden, waardoor een vaardigheid als "tijd nemen voor het gesprek" niet geheel vergelijkbaar is met werkelijke situaties. Het veelal beoordelen met score 4 "goed passend" of "niet voorkomend – terecht", is tevens te zien in item 4 (frustratie erkennen/benoemen). Binnen dit patroon is het opmerkelijk dat beoordelaars het gedrag voornamelijk als "niet voorkomend – terecht" beoordelen. Vermoedelijk is er geen video-opname waarop een PMA frustratie toont. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de zorgprofessionals in het verleden al goede coaching hebben gehad in het omgaan met frustraties bij patiënten en hierdoor frustraties bij PMA weten te voorkomen. Mogelijk heeft de setting van een video-opname van

een semigestructureerd gesprek hier eveneens een rol gespeeld. Onderzoek heeft aangetoond dat PMA in veel gevallen gefrustreerd worden als het voeren van een gesprek lastig gaat (Kagan et al., 2004). Vermoedelijk zijn de video-opnames dus niet geheel vergelijkbaar met werkelijke dagelijkse situaties. Verwacht wordt dat PMA in werkelijke dagelijkse situaties meer frustratie in conversaties laten zien. De onderzoeker van huidige studie heeft geen invloed gehad op de inhoud en de structuur van de video-opnames. De video-opnames zijn door een collega logopedist gemaakt. De zorgprofessionals waren volledig vrij in het kiezen van gespreksonderwerpen en zij mochten zelf de video-opname stopzetten. De betrouwbaarheid van item 1, 2 en 5 lijkt hoog, maar het zou mogelijk beter zijn als de gesprekken meer gestructureerd waren geweest en vergelijkbaar met dagelijkse conversaties. Vermoedelijk zou het beoordelen van de video-opnames voor elke categorie en item makkelijker zijn voor beoordelaars wanneer de conversaties tussen zorgprofessionals en PMA beter gestructureerd waren. Hierdoor zal de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoger uitkomen.

De betrouwbaarheid wordt tevens groter wanneer er meer video-beoordelingen worden geanalyseerd (Beurskens, 2008). De betrouwbaarheidsanalyse van de items bestaat uit een minimaal aantal beoordeelde video's (zestien), waardoor de kans op hoge mate van overeenstemming in beoordelen kleiner werd. De betrouwbaarheidsanalyse van de hoofdcategorieën, waarbij meer video-beoordelingen worden meegenomen, is daarom interessanter. De ICC-waarden van de categorieën zijn voldoende, maar niet hoog. Een verklaring hiervoor is dat de categorieën en items van Meting Con-tAct voornamelijk een molair karakter bevatten, wat inhoudt dat interpretatie van gedrag door beoordelaars nodig is om het gedrag te beoordelen. Goosens (2008) beschreef dat categorieën met een hoog interpretatief karakter de kans vergroten dat beoordelaars meer fouten maken in het beoordelen. Dit kan resulteren in een lage mate van overeenstemming tussen de beoordelaars (Goosens, 2008). Het molaire karakter van de (sub)categorieën van Meting Con-tAct is een van de factoren die ervoor zorgt dat de overeenstemming tussen de beoordelaars niet hoog is. Het meten van communicatief gedrag vergt altijd interpretatie. De redelijke betrouwbaarheid van Meting Con-tAct wordt om deze reden als voldoende beschouwd.

De onderzoeker van de huidige studie en de ontwikkelaars van Training Con-tAct verkiezen Meting Con-tAct boven het alternatieve meetinstrument, de MSC/MPC. Het veelgebruikte meetinstrument, MSC/MPC, is een veel globaler meetinstrument. De studie van Kagan et al. (2004) bewees wel een ICC-waarde van boven de $r=.8$ voor de MSC/MPC, wat een goede betrouwbaarheid inhoudt, maar deze betrouwbaarheid werd in twijfel getrokken. Er zijn maar tien korte video-opnames beoordeeld, de gesprekspartners (vrijwilligers) die te zien waren op de video-opnames hadden geen ervaring in communiceren met PMA en de beschrijving van de statistische analyse met keuzes rondom de ICC-berekening ontbreken in de studies van Kagan et al. (2002 & 2004). Mùo et al. (2018) hebben de statistische analyse van de ICC-berekening wel beschreven en de betrouwbaarheid van de naar het Italiaans vertaalde versie van de MSC/MPC berekend. Zij gebruikten echter één logopedist en twee logopediestudenten als beoordelaars. Conversatie-beoordelingsinstrumenten zoals de MSC/MPC en Meting Con-tAct beoordelen gedrag, waarbij interpretatie van de beoordelaar nodig is. Een sterk punt van huidige studie is daarom dat specifiek de keuze is gemaakt om drie ervaren logopedisten (afasietherapeuten) te gebruiken als beoordelaar. Deze beoordelaars zijn vaardiger in het interpreteren van gedrag dan logopediestudenten. Echter, de logopedisten in de huidige studie zouden ook juist door een grote ervaring meer van elkaar kunnen

verschillen in beoordelen dan studenten. Van studenten is het namelijk precies bekend wat hun kennis en ervaring is en van de logopedisten is dat niet bekend.

Croteau et al., (2018) hebben beschreven dat er behoefte is aan specifiekere meetinstrumenten, die zich direct richten op de communicatie van een gesprek tussen een PMA en een gesprekspartner. De inhoud van deze meetinstrumenten moet sterk gerelateerd zijn aan doelen van therapie of de Communicatie Partner Training. Aangezien de inhoud van Meting Con-tAct gebaseerd is op de doelen van Training Con-tAct, is deze alleen al een meer gewenst meetinstrument dan de MSC/MPC (of andere meetinstrumenten).

Al met al heeft de redelijke betrouwbaarheid van de hoofdcategorieën de doorslag gegeven dat de onderzoeker van de huidige studie en de ontwikkelaars van Training Con-tAct, Meting Con-tAct voldoende betrouwbaar vinden. Na deze vaststelling waren de onderzoeker en de ontwikkelaars van Training Con-tAct geïnteresseerd in een eerste idee over de effectiviteit van de training bij de betreffende zeven zorgprofessionals. Er zijn echter zekere mogelijkheden voor verbetering van het beoordelingsinstrument en de methodiek van de huidige studie.

Vermoedelijk kent de uitgevoerde kalibreersessie de meeste verbeterpunten. De kalibreersessie duurde twee en een half uur en deze ingeschatte tijd bleek te kort. Er kon geoefend worden met het beoordelen van maar één video-opname en alleen over deze video-opname kon worden gediscussieerd. Om de beoordelaars toch meer te laten oefenen met beoordelen is er gekozen om de beoordelaars digitaal toegang te geven tot twee andere oefen video-opnames. De beoordelaars hebben zelfstandig geoefend met het beoordelen en hun vragen en opmerkingen naar de onderzoeker gemaïld. Op basis van deze vragen, opmerkingen en verschillen in overeenkomst tussen beoordelingen is een handleiding voor het beoordelen opgesteld. Deze handleiding (Bijlage 2) is gemaïld naar de beoordelaars en de beoordelaars hebben de handleiding gebruikt bij het beoordelen van de officiële video-opnames. Er is helaas te weinig tijd geweest om mondeling te discussiëren over keuzes in het beoordelen, waardoor mogelijk de betrouwbaarheid van de categorieën lager is uitgevallen.

4.2 Effectmeting Training Con-tAct

Van alle categorieën en vrijwel alle items liggen de gemiddelde beoordelingen hoger na Training Con-tAct. Echter, voor geen enkele categorie en geen enkel item is het verschil in beoordelingen voor en na Training Con-tAct significant ($\alpha > .05$). Een positieve verandering is wel dat de beoordelingen van de zeven zorgprofessionals in veel vaardigheden van een gemiddeld negatieve/onvoldoende score naar een positieve/voldoende score zijn verschoven. Ook bij de effectmeting is het aantal proefpersonen, de zorgprofessionals waarmee het effect van Training Con-tAct is gemeten, minimaal. Daarnaast bestond de periode tussen de eerste video-opname en de tweede video-opname (na Training Con-tAct) uit acht weken. De tweede video werd vier weken na het volgen van Training Con-tAct opgenomen. De korte duur van deze periode kan het effect van de training hebben benadeeld. Wanneer het aantal proefpersonen groter zou zijn geweest en de zorgprofessionals meer tijd zouden hebben gekregen om de geleerde vaardigheden van Training Con-tAct te oefenen in de praktijk, zou vermoedelijk het effect van de training groter zijn geweest.

5 Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat via deze masterthesis bruikbare resultaten zijn gevonden. De communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals van PMA zijn cruciaal in een gesprek. Een zorgprofessional met sterke communicatieve vaardigheden kan een PMA helpen in het overbrengen en begrijpen van een boodschap, waardoor de PMA beter kan participeren in de zorg en in het dagelijks leven. Hiermee wordt de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van de PMA vergroot. Training Con-tAct lijkt een positieve invloed te hebben op de communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals. Meting Con-tAct is een voldoende bruikbaar meetinstrument om de communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals in gesprek met PMA te meten. Vervolgonderzoek is nodig om Meting Con-tAct te optimaliseren op basis van de verbeterpunten uit de huidige studie. Verbeterpunten voor vervolgonderzoek zullen in het volgende hoofdstuk besproken worden.

6 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Inhoudelijk is de meeste verbetering nodig bij item 3, 7, 9 en 11. De beoordelaars lieten namelijk de minste overeenstemming zien op deze items. Het blijkt dat gedrag wat hoort bij item 3 (metacommunicatie), 7 (ja/nee vragen stellen), 9 (gebaren/aanwijzen) en 11 (GP controleert of hij/zij de boodschap van PMA heeft begrepen) moeilijk te herkennen is op de video-opnames door de beoordelaars. Verwacht wordt dat deze items makkelijker te beoordelen zijn als de items specifieker worden uitgelegd in de handleiding met daarbij meer voorbeelden. Daarnaast kan een verbeterde kalibreersessie zorgen voor hogere overeenstemming tussen de beoordelaars. Deze kalibreersessie zou meer oefenvideo's moeten bevatten, waarbij meer ruimte is om te discussiëren en afspraken te maken over het beoordelen. Een ander idee om te zorgen dat beoordelaars meer op een lijn zitten, is om meer kalibreersessies te organiseren of om beoordelaars naast de kalibreersessie een e-learning aan te bieden. Een e-learning kan oefenvideo's bevatten die als ankerstimuli dienen om de rest van de video's op diezelfde wijze te beoordelen. Echter, deze methode is meer tijdrovend.

Naast de inhoud van het meetinstrument kunnen andere onderdelen van het meetprotocol aangepast worden. Allereerst zouden de video-opnames meer vergelijkbaar moeten zijn met werkelijke situaties van conversaties tussen zorgprofessionals en PMA. Daarnaast is de kans op significante verschillen in communicatieve vaardigheden voor en na Training Con-tAct vermoedelijk groter wanneer de duur van de periode tussen de video-opnames langer is. Tot slot zouden vervolgstudies zich moeten richten op de beoordeling van een grotere groep zorgprofessionals om het effect van Training Con-tAct aan te tonen.

De bruikbaarheid van Meting Con-tAct is veelbelovend. Mogelijk kan Meting Con-tAct in de toekomst ook ingezet worden bij doelgroepen met andere stoornissen. Middels Meting Con-tAct kunnen dan de communicatieve vaardigheden gemeten worden van zorgprofessionals die te maken hebben met patiënten met andere communicatieve aandoeningen, zoals traumatisch hersenletsel of vormen van dementie. Daarnaast kan er een alternatieve versie van Meting Con-tAct ontwikkeld worden om communicatieve vaardigheden van andere communicatiepartners te meten, zoals familie of vrienden van de PMA. Vervolgonderzoek is gewenst om Meting Con-tAct verder te optimaliseren en te onderzoeken of het meetinstrument ook ingezet kan worden bij andere communicatieve stoornissen.

Literatuurlijst

- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R.J., & MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Canadian Medical Association Journal*, 178(12), 1555-1562. doi: 10.1503/cmaj.070690
- Beeke, S., Beckley, F., Johnson, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J., & Best, W. (2015). Conversation focused aphasia therapy: Investigating the adoption of strategies by people with agrammatism. *Aphasiology*, 29, 355-377. doi:10.1080/02687038.2014.881459
- Berns, P.E.G., Junger, N., Boxum, E., Nouwens, F., Van der Staaij, M.G., Van Wessel, S., Van Dun, W., Van Lonkhuijzen, J.G., CBO & TNO. (2015). *Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Beurskens, S., van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R. & Wittink, H. (2008). *Meten in de Praktijk*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Burns, M., Baylor, C., Dudgeon, B.J., Starks, H., & Yorkston, K. (2015). Asking the stakeholders: Perspectives of individuals with aphasia, their family members, and physicians regarding communication in medical interactions. *American journal of speech-language pathology*, 24(3), 341-357. doi:10.1044/2015_AJSLP-14-0051
- Blom Johansson, M. (2012). *Aphasia and communication in everyday life: Experiences of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis). Geraadpleegd via <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:516701/FULLTEXT01.pdf>
- Blom Johansson, M., Carlsson, M. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 47(2), 144-155. doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x.
- Bos, N., Triemstra, M., Ruijter, L., Wiegers, T., Plass, A.M. (2015). *Afasiezorg in beeld: ontwikkeling van de CQ-index Afasie*. Utrecht: NIVEL, 2015
- Cameron, A., McPhail, S.M., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., Tan, N.J., & Finch, E. (2017). The confidence and knowledge of health practitioners when interacting with people with aphasia in a hospital setting. *Disability and rehabilitation*, 40(11), 1288-1293. doi:10.1080/09638288.2017.1294626
- Croteau, C., McMahon-Morin, P., Le Dorze, G., Power, E., Fortier-Blanc, J., & Davis, G.A. (2018). Exploration of a quantitative method for measuring behaviors in conversation. *Aphasiology*, 32(3), 247-263. doi:10.1080/02687038.2017.1350629
- Cunningham, R., & Ward, C. (2003). Evaluation of a training programme to facilitate conversation between people with aphasia and their partners. *Aphasiology*, 17(8), 687-707. doi:10.1080/02687030344000184
- De Vries, L.A. (1989). Totale communicatie therapie. In: E.G. Visch-Brink, F. Van Harskamp & D. de Boer (red.), *Afasietherapie* (pp.165-167). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Engelter, S.T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., ... Lyrer, P.A. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology and thrombolysis. *Stroke*, 37(6), 1379-1384. doi:10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c
- Goossens, F.A. (2008). Gedrag onder de loep. *Methodisch observeren in theorie en praktijk*.

Coutinho, Bussum.

- Heintjes, T. (2003). Een persoonlijk communicatie-ondersteunend middel: samenspel tussen cliënt, omgeving en therapeut. In: S. Wielaert, & P. Berns (red.). *Status Afasietherapie, gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Pearson.
- Hoogland, A. (2016, april 7). *CVA: een beroerte. Hersenbloeding of herseninfarct?*
Geraadpleegd via <https://www.gezondheidsnet.nl/hart-en-vaatziekten/cva-een-beroerte>
- Horton, S., Lane, K., & Shiggins, C. (2016). Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: Transfer of training in a multidisciplinary stroke team. *Aphasiology*, 30(5), 629–656. doi:10.1080/02687038.2014.1000819
- Janssen, G. (2003). ‘Het lijkt wel een quiz’. Toepassing van een vereenvoudigde vorm van conversatieanalyse in de begeleiding van de partner van een cliënt met afasie. In: S. Wielaert, & P. Berns (red.). *Status Afasietherapie, gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Pearson.
- Jensen, L.R., Løvholt, A.P., Sørensen, I.R., Blüdnikow, A.M., Iversen, H.K., Hougaard, A., ... Forchhammer, H.B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57-80. doi:10.1080/02687038.2014.955708
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(1), 15-28. doi:10.1080/10749357.1995.11754051
- Kagan, A., Black, S.E., Duchan, J.F., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA): A controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(3), 624-638 doi:10.1044/1092-4388(2001/051)
- Kagan, A. & Kimelman, M.D. (1995). Informed consent in aphasia research: Myth or reality? *Clinical Aphasiology*, 23, 65-75. Geraadpleegd via <http://aphasiology.pitt.edu/1304/>
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., ... & Sharp, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life-outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22(3), 258-280. doi:10.1080/02687030701282595
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11(1), 67-83. doi:10.1310/CL3V-A94A-DE5C-CVBE
- Kenniscentrum zorginnovatie (2018, maart). *Onderzoeksopzet bij onderzoek naar effect van Training Con-tAct in Rijndam* [beschrijving pilot onderzoek]. Geraadpleegd via <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/ce893ae12cfe4ff59072dceca76a6732/onderzoeksopzetcontact.pdf>
- Knight, K., Worrall, L., & Rose, T. (2006). The provision of health information to stroke patients within an acute hospital setting: What actually happens and how do patients feel about it?. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(1), 78–97. doi:10.1310/FC6M-P7L0-W3XD-4WAE
- Koo, T.K., & Li, M.Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., & Haines, T. (2010). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and rehabilitation*, 32(2), 159-172. doi:

- 10.3109/09638280903036605
- McDonald, D., Proctor, P., Gill, W., Heaven, S., Marr, J., & Young, J. (2015). Increasing early childhood educators' use of communication-facilitating and language-modelling strategies: Brief speech and language therapy training. *Child Language Teaching and Therapy*, 31(3), 305-322. doi:10.1177/0265659015588203
- Muò, R., Rinaudo, M., Rabino, G., Massari, E., Schindler, A., Steni, P., & Iacomussi, T. (2018). Validation of the Italian version of the Kagan scales for people with aphasia and their conversation partners. *Aphasiology*, 33(3) 1-20. doi:10.1080/02687038.2018.1482402
- NVAT (2015). Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten. (NAIS). Geraadpleegd via https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/NAIS_maart2015.pdf
- Okx, G. (2014). *Een maat voor het kwantificeren van conversatie* (Eindverslag praktijkgericht onderzoek opleiding logopedie, Hogeschool Rotterdam). Te downloaden via HBO-Kennisbank.nl
- Oostveen, J. (2016). *Persoonsgerichte zorg voor patiënten met afasie* (Masterthesis Neurorevalidatie en Innovatie, HAN University of Applied Science). [Intern document].
- Oostveen, Berns & Jünger (2018a). *Training Cont-Act voor zorgprofessionals* [Training beschrijving]. Geraadpleegd via <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/66d4127436124372b8bc8b3eff3bd262/trainingcontact.pdf>
- Oostveen, Berns & Jünger (2018b). *Het communicatiemodel bij Training Con-tAct* [Model]. Geraadpleegd via <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/66d4127436124372b8bc8b3eff3bd262/communicatiemodel.pdf>
- Ophoff, M. (2017). *Kwaliteit van communicatie; Meetbaar?* (Eindverslag praktijkgericht onderzoek opleiding logopedie, Hogeschool Windesheim). [Intern document]
- Oppenheim, A.N. (1966) *Questionnaire design and attitude measurement*. New York: Basic Books.
- Otterspeer, C. & Verschaeve, M. (2014). Jajajaneeneene: Beschrijving van de werkwijze in een afasiecentrum bij een cliënt met ernstige afasie. In: P. Berns, & S. Wielaert (red.), *Status afasietherapie: Nieuwe gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk* (pp. 185-196). Amsterdam: Pearson.
- Piasta, S.B., Justice, L.M., Cabell, S.Q., Wiggins, A.K., Pence Turnbull, K., & Curenton, S.M. (2012). Impact of professional development on preschool teachers' conversational responsivity and children's linguistic productivity and complexity. *Early childhood research quarterly*, 387-400. doi:10.1016/j.ecresq.2012.01.001
- Pound, C., Duchan, J., Penman, T., Hewitt, A. & Parr, S. (2007) Communication access to organisations: Inclusionary practices for people with aphasia, *Aphasiology*, 21(1), 23-38. doi:10.1080/02687030600798212
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L.R. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(12), 1814-1837. doi:10.1016/j.apmr.2010.08.026
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L.R. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202-2221. doi:10.1016/j.apmr.2016.03.023

- Stans, S.E., Dalemans, R., De Witte, L., & Beurskens, A. (2013). Challenges in the communication between 'communication vulnerable' people and their social environment: an exploratory qualitative study. *Patient education and counseling*, 92(3), 302-312. doi:10.1016/j.pec.2013.05.021
- Van Delden, L. (2018). *'Ik hoor het wel, maar ik begrijp het niet'*. *Communicatie tussen zorgprofessionals en personen met afasie*. (Eindverslag praktijkgericht onderzoek, Hogeschool Rotterdam). [Intern document]
- Verschaeve, M. (1994). *Het gespreksboek binnen de semantische therapie: Een handleiding voor logopedisten*. Loosdrecht: Stichting Afasie Nederland.
- Vos, L. (2017). *Wanneer taal niet meer vanzelfsprekend is. Communicatie tussen zorgverlener en met persoon met afasie*. (Eindverslag praktijkgericht onderzoek opleiding logopedie, Hogeschool Rotterdam). [Intern document]
- Wielaert, S.M., Sage, K., Heijenbrok-Kal, M.H., & Van De Sandt-Koenderman, M.W. (2016). Candidacy for conversation partner training in aphasia: findings from a Dutch implementation study. *Aphasiology*, 30(6), 699-718. doi:10.1080/02687038.2015.1100707
- Wielaert, S., Van De Sandt-Koenderman, M.W., Dammers, N., & Sage, K. (2018). ImPACT: a multifaceted implementation for conversation partner training in aphasia in Dutch rehabilitation settings. *Disability and rehabilitation*, 40(1), 76-89. doi:10.1080/09638288.2016.1243160
- Wielaert, S. & Wilkinson, R. (2012). Partners van Afasiepatiënten Conversatie Training (PACT). Bohn Stafleu van Loghum: Houten.
- Witteveen, E., Admiraal, L., Visser, H. & Wilken, J. (2010). *Communicatie bij hersenletsel: Begrijpen we elkaar?*. In *Communicatie en bejegening* (pp. 105). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organization (2001). *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. Gedraadpleegd via <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/903133913X-dut.pdf?sequence=117&isAllowed=y>

Bijlagen

De bijlagen zijn op te vragen via het Kenniscentrum Zorginnovatie:

<https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/evidence-based-care/ondersteunde-communicatie-bij-afasie/project/#flex>

Tevens is op deze site actuele informatie te vinden over de ontwikkelingen en de implementatie van Training Con-tAct.