

Zorgverleners beter leren communiceren met personen met een ernstig hersentrauma: een pilootstudie met het programma TBI Express

Communicatiepartnertraining is een essentieel onderdeel van de behandeling van personen met neurogene communicatiestoornissen. Desondanks kent deze training nog weinig structurele ingang in Vlaanderen. In dit artikel bespreken we het effect van communicatietraining aan drie professionele zorgverleners van een persoon met een ernstige cognitieve communicatiestoornis als gevolg van een hersentrauma. De twaalf uur durende training werd gebaseerd op het Australische communicatietrainingsprogramma TBI Express. Voor dit onderzoek kregen de communicatiepartners een reeks didactische benaderingen, waaronder psycho-educatie, rollenspellen, feedback, discussies, opdrachten en positieve bekrachtiging. Alledaagse interacties tussen elke zorgverlener en de persoon met hersentrauma werden zowel vóór als na de training gefilmd en achteraf blind beoordeeld door tien logopedisten aan de hand van eigen vertalingen van instrumenten die enerzijds de ondersteuning door de communicatiepartner en anderzijds de participatie van de persoon tijdens gesprekken in kaart brengen. De resultaten laten een positieve evolutie zien in zowel de communicatieve vaardigheden van de zorgverleners als in bepaalde aspecten van de gespreksparticipatie van de persoon met hersentrauma na de training. Dit onderzoek illustreert dat TBI Express een interessant trainingsprogramma kan zijn om de alledaagse interacties tussen professionele zorgverleners en personen met ernstige communicatiestoornissen na een hersentrauma te faciliteren.

¹ Riet De Paermentier is logopedist en werkt in de Arteveldehogeschool en in het AZ Maria Middelaars te Gent. Ze volgde de postgraduaatopleiding Neurologische Taal- en Spraakstoornissen (huidige postgraduaat Neurogene Communicatiestoornissen) aan de Arteveldehogeschool. Dit project werd uitgevoerd in het kader van haar afstudeerscriptie. Frank Paemeleire en Marijke Van Rumst zijn als logopedist tewerkgesteld in het AZ Maria Middelaars te Gent. Verder zijn ze docent aan de Arteveldehogeschool en coördineren ze de hoger vermelde postgraduaatopleiding. Contactadres: riet.depaermentier@azmmsj.be

Inleiding

› Traumatische hersenschade en communicatie

Een hersentrauma resulteert vaak in multifocale schade met een overwicht aan schade aan de ventrolaterale en anterieure oppervlakten van de temporale en frontale kwabben, en veroorzaakt diffuse witte stofschade (Bigler, 2001). Deze schade is het gevolg van een externe kracht op het brein en kan in sommige gevallen leiden tot levenslange beperkingen (Selassie e.a., 2008).

Traumatische hersenschade treft meestal adolescenten, maar er is ook een hoge incidentie op jonge kinderleeftijd en bij ouderen (Bruns & Hauser, 2003). Bij het merendeel van de adolescenten is het hersentrauma het gevolg van verkeersongevallen, terwijl valincidenten de grootste oorzaak vormen bij kinderen en ouderen.

Communicatiestoornissen zijn vaak voorkomende gevolgen van ernstige traumatische hersenschade en vormen een aanzienlijke draaglast voor zorgverleners en familieleden van personen met hersentrauma (Wedcliffe & Ross, 2001). De meest voorkomende soort communicatiestoornissen na hersentrauma zijn zogenaamde cognitieve communicatiestoornissen.

Cognitieve communicatiestoornissen (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2005) zijn communicatiestoornissen die een gevolg zijn van niet-talige cognitieve stoornissen zoals stoornissen in aandacht, geheugen, snelheid van informatieverwerking en executieve functies. Bij deze personen is de taal

in verhouding goed bewaard, maar is communicatie in een alledaagse sociale context problematisch (Togher, 2013). Cognitieve communicatiestoornissen kunnen heel verschillende vormen aannemen. Personen kunnen onder andere problemen hebben met het starten van een conversatie, het vasthouden van wat de gesprekspartner gezegd heeft, het onthouden van wat ze zelf al gezegd hebben (zichzelf herhalen), het oproepen van informatie om te delen, bij het gespreksonderwerp blijven, het begrijpen van complexe taal (zoals meeledige zinnen en humor), het logisch opbouwen van een gesprek en het hanteren van aangepaste beurtname (bv. de gesprekspartner onderbreken of steeds zelf aan de beurt zijn) (Paemeleire, 2016).

Deze communicatiestoornissen betekenen een grote zorglast voor mantelzorgers en professionele zorgverleners (McDonald, Togher & Code, 2014). Conversaties zijn minder bevredigend en vergen meer inspanning van beide partijen (Behn, Togher, Power & Heard, 2012).

Ook de langetermijneffecten van de communicatiestoornissen zijn goed beschreven: moeite met het onderhouden van bestaande relaties en het uitbouwen van nieuwe relaties en minder kans op werk (McDonald e.a., 2014). Het verlies van sociale communicatieve competenties is een groot struikelblok bij de re-integratie in de maatschappij (Dahlberg e.a., 2006).

› Communicatiepartnertraining

Communicatiepartners zijn mensen in de omgeving van personen met neurogene communicatiestoornissen met wie de persoon interactie kan hebben, bijvoorbeeld familieleden, vrienden, vrijwilligers en

zorgverleners (Cherney, Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong & Holland, 2013). In dit artikel focussen we op professionele communicatiepartners (verpleegkundigen, begeleiders, paramedici, artsen, enz.). Communicatiepartners kunnen door hun eigen communicatiegedrag zowel een ondersteunende als een belemmerende factor voor het communiceren van de persoon zijn. Voorbeelden van belemmerende strategieën zijn: de persoon te weinig tijd geven om te reageren, te complexe taal gebruiken, de persoon testen (“En weet je mijn naam nog?”), niet ingaan op wat de persoon zelf aanbrengt en de persoon wijzen op fouten in plaats van hulp te bieden (Paemeleire, 2016).

Aan de omgeving van de persoon van een neurogene communicatiestoornis wordt vaak psycho-educatie gegeven. Uit de klinische praktijk weten we echter dat communicatiepartners hun eigen communicatiegedrag niet (kunnen) veranderen louter door het lezen van een folder of het krijgen van communicatietips. Hiervoor is zogenaamde ‘performance-based training’ noodzakelijk (Ducharme & Spencer, 2001).

Communicatiepartnertraining (CPT) is een interventie gericht op de component ‘externe factoren’ van de International Classification of Functioning, Health and Disability (ICF) (WHO, 2001). Door de kennis, vaardigheden en attitudes van de communicatiepartners te optimaliseren, hopen we een indirecte, positieve bijdrage te leveren aan de conversaties (activiteiten) en sociale participatie van de persoon met een communicatiestoornis.

In de jaren ‘90 van de vorige eeuw werden de eerste effectiviteitsstudies van CPT bij neurogene communicatiestoornissen

uitgevoerd (Kagan & Gailey, 1993). Sindsdien werd het effect van CPT uitgebreid onderzocht bij verschillende populaties, zoals bij personen met cognitieve beperkingen (Purcell, McConkey & Morris, 2000), personen met de ziekte van Alzheimer (Small & Perry, 2013) en personen met afasie (Simmons-Mackie, Raymer & Cherney, 2016; Turner & Whitworth, 2006).

Studies waarin CPT centraal staat, benadrukken drie zaken: ten eerste moet de training praktisch en relevant zijn voor de werkplaats en gericht zijn op veel voorkomende situaties (Purcell e.a., 2000). Ten tweede kunnen interacties verbeteren wanneer de zorgverlener getraind is zonder dat de persoon met de beperking deelneemt aan de training (Burgio e.a., 2001; Dobson, Upadhyaya & Stanley, 2002). Ten slotte blijkt het positief effect van training blijvend. Studies tonen aan dat verbeteringen blijvend kunnen zijn tot twee (Burgio e.a., 2001) à zes maanden (Dobson e.a., 2002) na het einde van de training.

› Communicatiepartnertraining bij hersentrauma

Personen met een ernstig hersentrauma keren omwille van een blijvend hoog zorgprofiel na hun revalidatietraject vaak niet meer naar huis terug en verblijven dan in gespecialiseerde centra. In deze centra ondersteunen professionele zorgverleners deze personen om een maximaal niveau van onafhankelijkheid te bereiken. Gezien de complexiteit van de reststoornissen en het belangrijke aandeel van zorgverleners in de begeleiding en zorg voor personen met een hersentrauma is er nood aan educatie en training voor deze doelgroep (McCrea & Sharma, 2009).

McCluskey (2000) benadrukt dat deze training gericht moet zijn op de therapeutische vaardigheden die nodig zijn om te voldoen aan de rol van zorgverlener. Deze vaardigheden bestaan onder meer uit het aangepast kunnen communiceren met de persoon met een hersentrauma, het in staat zijn te overleggen, conflicten op te lossen en personen te helpen om nieuwe sociale netwerken op te bouwen. Ondanks het feit dat zorgverleners vaak de primaire communicatiepartners zijn van personen met een hersentrauma, zijn de onderzoeken met zorgverleners schaars.

In een eerste studie van Ducharme en Spencer (2001) volgden dertien zorgverleners interactieve workshops waarin ze strategieën aangeleerd kregen om de communicatie te optimaliseren. De zorgverleners werden zowel vóór als na de training gefilmd tijdens communicatieve interacties. De zorgverleners verhoogden door de training de kwaliteit van hun vaardigheden met dertig procent. In een gerandomiseerde, gecontroleerde studie (Togher, McDonald, Code & Grant, 2004) zorgden politierekruten die getraind werden om telefoongesprekken te voeren met personen met een hersentrauma voor meer efficiëntie en gerichte dienstverlening dan ongepaste deelnemers. Bij de gerandomiseerde, gecontroleerde studie van Behn en collega's (2012) kregen zorgverleners een 17-uur durende training (verspreid over acht weken). De communicatieve interacties tussen de zorgverleners en de persoon met een hersentrauma werden gefilmd, zowel vóór de training, direct na de training als zes maanden na de training. De conclusie was dat het trainen van zorgverleners leidde tot verbeterde interacties met personen met een hersentrauma. Dit effect bleek ook blijvend te zijn.

In een tweede studie van Behn, Togher en Power (2015) meldden de vijf getrainde zorgverleners na afloop van het programma een verbeterde kennis en gebruik van strategieën, verbeterde communicatie en positieve emotionele ervaringen. In twee andere studies van Togher, McDonald, Tate, Power en Rietdijk (2013 en 2016) werd het trainen van personen met een ernstig hersentrauma en hun gesprekspartner vergeleken met het trainen van de persoon met een hersentrauma alleen. Hieruit bleek dat het trainen van de communicatiepartners van personen met een ernstig, chronisch hersentrauma meer effect had dan het trainen van de persoon met een hersentrauma alleen.

› Inhoud van het communicatietrainingsprogramma

De inhoud van een programma om communicatiepartners te trainen moet afgestemd zijn op de eerder beschreven cognitieve communicatiestoornissen. Ylvisaker en collega's (1998, in McDonald, Togher & Code, 2014) stellen een set van zogenaamde collaboratieve en elaboratieve conversatiestrategieën voor, die kunnen bijdragen aan een meer positieve communicatieve omgeving voor personen met een hersentrauma. Gebaseerd op de principes van Ylvisaker ontwierpen Togher en collega's (2010) het communicatietrainingsprogramma TBI Express voor personen met een hersentrauma en hun communicatiepartners.

Bij de collaboratieve strategieën ligt de nadruk op het samenwerken om de communicatie effectiever te laten verlopen. Hierbij wordt de persoon met een hersentrauma zoveel mogelijk gestimuleerd om evenveel te participeren in een gesprek als

zijn gesprekspartner. Een voorbeeld hiervan is het stellen van ondersteunende, niet-testvragen aan de persoon met een hersentrauma. In Tabel 1 zijn de basisprincipes van collaboratie alsook voorbeelden van collaboratieve en niet-collaboratieve conversatiestrategieën te vinden.

Bij de elaboratieve strategieën (gericht op uitdieping/uitwerking) probeert de

gesprekspartner de gedachten van de persoon met een hersentrauma te helpen organiseren en ondersteunen tijdens het gesprek. De gesprekspartner probeert bijvoorbeeld het gesprek langer gaande te houden door een gespreksonderwerp te introduceren dat dicht aanleunt bij de interesses van de persoon met een hersentrauma. Al deze strategieën faciliteren dat de persoon in kwestie een actievere en gelijk-

Tabel 1: Voorbeelden van collaboratieve en niet-collaboratieve conversatiestrategieën (vertaald en aangepast uit Togher e.a., 2010)

COLLABORATIE IN CONVERSATIE		
Basisprincipes van collaboratie	Voorbeelden van een collaboratieve stijl	Voorbeelden van een niet-collaboratieve stijl
Intentie tot samenwerking ☞ "We doen dit gesprek samen"	Deelt informatie Betrekt de persoon in het gesprek (mening vragen)	Vraagt informatie/test de persoon Neemt het gesprek over (benadrukt incompetentie)
Cognitieve ondersteuning ☞ "Wat kan dit gesprek gemakkelijker maken?"	Zet externe hulpmiddelen zoals agenda in Geeft bij fouten de correcte informatie	Moedigt gebruik hulpmiddelen niet aan Corrigeert bij fouten op beschuldigende manier
Emotionele ondersteuning ☞ "Ik ben bij jou, het is OK"	Toont respect voor de mening van de persoon Erkent de problemen van de persoon	Toont geen respect voor het perspectief van de persoon Gaat verder ondanks geobserveerde problemen
Positieve manier van vragen stellen ☞ "Ik ben geïnteresseerd in wat je te zeggen hebt"	Stelt (echte) vragen op een niet eisende manier Stelt eenvoudige vragen	Stelt testvragen, vraagt informatie die eigenlijk al gekend is Stelt lange en complexe vragen
Gezamenlijk beurt nemen ☞ "Ik ben geïnteresseerd in het delen van dit gesprek"	Neemt aangepaste conversatiebeurten Helpt de persoon bij woordvindingsprobleem	Onderbreekt de persoon Helpt de persoon niet actief als hij vastloopt

waardige rol in gesprekken speelt, zijn gedachten logischer kan ordenen en meer kan genieten van zijn aandeel in een gesprek. Tabel 2 geeft de basisprincipes weer van elaboratie alsook voorbeelden van elaboratieve en niet- elaboratieve conversatiestrategieën.

In dit artikel wordt het effect van een communicatietrainingsprogramma onderzocht, gebaseerd op een vertaling en aanpassing van het programma TBI Express. De onderzoeksvragen van dit onderzoek zijn: (1) Heeft het trainen van zorgverleners effect op hun communicatieve vaardigheden? en (2) Heeft het trainen van zorgverleners indirect effect op de gespreksparticipatie van de persoon met een hersentrauma?

Methodes

> Zorgverleners

In totaal namen 3 zorgverleners van Zonnestraal vzw, een voorziening in Lennik die plaats en zorg biedt aan personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH), deel aan het onderzoek. De zorgverleners werden geselecteerd door de pedagogisch verantwoordelijke van de voorziening op basis van de interesse voor het project en de communicatieve relatie met de persoon met hersentrauma. Er werd bewust gekozen om met een groepje van 3 zorgverleners te werken zodanig dat elke persoon de mogelijkheid had om elke vaardigheid intensief te oefenen en de zorgverleners elkaar ook

Tabel 2: Voorbeelden van elaboratieve en niet-elaboratieve conversatiestrategieën (vertaald en aangepast uit Togher e.a., 2010)

ELABORATIE IN CONVERSATIE		
Basisprincipes van elaboratie	Voorbeelden van een elaboratieve stijl	Voorbeelden van een niet-elaboratieve stijl
Uitbreiding van onderwerpen  "Ik wil het gesprek gaande houden"	Brengt gespreksonderwerpen aan die de persoon interesseren Stelt meerdere open vragen over hetzelfde onderwerp	Brengt een gespreksonderwerp aan dat de persoon weinig interesseert, met weinig kans tot elaboratie Verandert vaak van gespreksonderwerp
Gespreksorganisatie  "Ik help je om het gesprek te organiseren, zo kunnen we meer in detail praten"	Organiseert de informatie in het gesprek (bv. eerst deden we ... dan deden we ...) Vat de informatie samen die de persoon aangebracht heeft	Gaat over naar een volgend gespreksonderwerp zonder het te linken aan het vorige Blijft een gesprek voeren zonder regelmatig de voornaamste conclusies samen te vatten

gemakkelijk feedback konden geven om hun geïndividualiseerde doelen te behalen.

Zorgverlener 1 (man van 26 jaar) had 3 jaar werkervaring met personen met NAH (waarvan slechts 7 maanden met de persoon uit dit onderzoek). Hij had een diploma Bachelor in de gezinswetenschappen. Zorgverlener 2 (vrouw van 35 jaar) had 15 jaar ervaring met de doelgroep, waarvan 9 jaar met de proefpersoon. Zij had een diploma bachelor in de orthopedagogie. Zorgverlener 3 (vrouw van 27 jaar) kwam professioneel al 5 jaar in contact met personen met NAH, waaronder de persoon uit dit project. Zij had een diploma derde graad TSO jeugd- en gehandicaptenzorg. Iedere zorgverlener ondertekende een geïnformeerde toestemming.

› Persoon met hersentrauma

De persoon met HT werd geselecteerd in overleg met de pedagogisch verantwoordelijke van Zonnestraal vzw op basis van de volgende inclusiecriteria: een diagnose van ernstige traumatische hersenschade (bevestigd door beeldvorming), een diagnose van cognitieve communicatiestoornis, minimum zes maanden post-onset en het Nederlands als moedertaal. De exclusiecriteria waren: geen cerebrovasculair accident in het verleden en geen logopedische therapie op het moment van het onderzoek. Deze inclusiecriteria leidden ons naar M.P., een 55-jarige man die als gevolg van een motorongeval 13 jaar geleden ernstige traumatische hersenschade opliep.

Tabel 3: *communicatief profiel van de persoon met hersentrauma uit deze studie*

Communicatieve sterktes	Factoren die de communicatie negatief beïnvloeden
<ul style="list-style-type: none"> › Staat open voor gesprekken › Geniet van gesprekken › Heeft goede spraakverstaanbaarheid › Heeft goede non-verbale communicatie 	<ul style="list-style-type: none"> › Cognitieve stoornissen: anterograde amnesie, problemen met volgehouden aandacht, executieve functiestoornissen (apathie, perseveraties), visuele agnosie, gebrek aan ziekte-inzicht, neglect en vertraagde informatieverwerking › Talige stoornissen: woordvindingsproblemen › Beperkt aantal gespreksonderwerpen › Gemoedstoestand › Beperkte mobiliteit › Pijn › Medicatie

Bij de start van het project werd als cognitieve screening de Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) (Savonet, Van Beneden, Willemarck & Paemeleire, 2008) afgenomen. De persoon met hersentrauma scoorde 26/100 met duidelijk afwijkende scores op alle cognitieve deelgebieden: oriëntatie (3/10), aandacht/concentratie (2/5), geheugen (10/29), woordvlotheid (0/14), taal (10/26), constructieve praxis (0/8) en perceptuele vaardigheden (1/8). De MMSE-score bedroeg 15/30.

De persoon heeft een ernstige cognitieve communicatiestoornis. Hij neemt algemeen weinig initiatief om een gesprek te starten. Zijn communicatie is onsamenhangend, hij verliest zich in details en heeft vaak perseveraties.

In Tabel 3 is het communicatief profiel van de persoon met hersentrauma te vinden met een overzicht van zowel zijn communicatieve sterktes als de factoren die de communicatie negatief beïnvloeden. Deze gegevens werden verzameld aan de hand van vragenlijsten die door de zorgverleners ingevuld werden en analyse van spontane spraakstalen.

› Beoordelaars

De inclusiecriteria voor de logopedisten die in het onderzoek als beoordelaars fun-

geerden hadden minstens drie maanden praktijkervaring met neurogene communicatiestoornissen. Bovendien moest de groep personen met NAH minstens de helft van hun patiëntenpopulatie bedragen. De logopedisten werden geselecteerd op basis van geografische nabijheid van de onderzoeker. Geen enkele beoordelaar was bekend met de zorgverleners en de persoon met hersentrauma. Er namen uiteindelijk tien logopedisten deel aan het onderzoek. Alle logopedisten werkten in een ziekenhuis en/of een revalidatiecentrum. Alle beoordelaars waren vrouwen en hadden hun basisopleiding in verschillende opleidingen in Vlaanderen gehad.

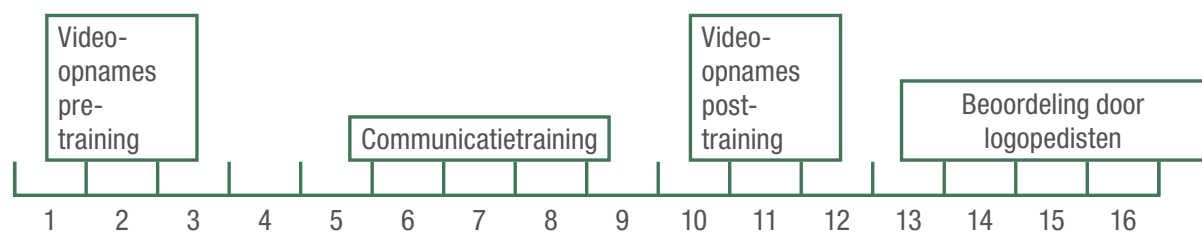
› Onderzoeksprocedure

Figuur 1 toont een overzicht van het tijdsverloop van het onderzoek dat bestond uit een evaluatie vóór de training, een trainingsfase en een evaluatie na de training. Alle data werden na afloop van het project beoordeeld.

Video-opnames

Als baseline werd vóór de start van de communicatietraining een gesprek van minimum vijf minuten tussen elke zorgverlener en de persoon met hersentrauma op video opgenomen. De zorgverleners kregen als instructie om een zo natuurlijk mogelijk

Figuur 1: Tijdsverloop van het onderzoek per week



gesprek te voeren, dat aansloot bij de dagelijkse leefwereld van de proefpersoon.

De keuze voor het gebruik van alledaagse gesprekken komt voort uit de studie van Togher en collega's (2013) waarin verbetering bij de vaardigheden van de gesprekspartners enkel werd teruggevonden bij de alledaagse, informele gesprekken en niet bij de gestructureerde, doelgerichte gesprekken. Daarnaast stelden Larkins, Worrall en Hickson (1999, in Togher e.a., 2013) vast dat het voeren van alledaagse gesprekken de meest uitgevoerde communicatieve activiteit was van personen met hersentrauma.

Na de communicatietraining werd opnieuw een video-opname gemaakt van een gesprek tussen elke zorgverlener en de proefpersoon. Hierbij golden dezelfde instructies als bij de eerste video-opnames. In totaal werden zo zes videofragmenten verzameld.

Communicatietrainingsprogramma: TBI Express

De communicatietraining was gebaseerd op het Australische programma TBI Express (Togher e.a., 2010) voor communicatiepartners van personen met hersentrauma en vond plaats op vier verschillende vormingsdagen, waarin verschillende modules behandeld werden.

In bijlage 1 bij dit artikel (zie blz. 20) is een overzicht te vinden van de planning en de inhoud van de training. Om het onderzoek haalbaar te maken in de instelling werd het originele programma ingekort van tien naar vier sessies van 3 uur. De drie zorgverleners volgden de sessies in groep, elke zorgverlener doorliep de volledige training.

De deelnemers kregen bij de start informatie over het verloop, de basisprincipes en de doelstellingen van het communicatietrainingsprogramma. Elke deelnemer beoordeelde voor de start van de training zijn eigen communicatieve tevredenheid via een visueel analoge schaal. Daarnaast vulden ze ook alle drie de communicatievragenlijst uit TBI Express in. Deze had tot doel inzicht te krijgen in de eigen communicatie met de persoon met hersentrauma.

De training maakte gebruik van verschillende didactische benaderingen en werkvormen waaronder psycho-educatie, rollenspellen, feedback, discussies, opdrachten en positieve bekrachtiging.

De training was opgebouwd aan de hand van een PowerPointpresentatie die na afloop bezorgd werd aan de zorgverleners. De zorgverleners kregen videobeelden te zien van succesvolle en niet-succesvolle interacties tussen communicatiepartners en personen met hersentrauma en moesten deze kritisch observeren en analyseren.

In Figuur 2 is een screenshot te zien uit een van de trainingsvideo's van TBI Express (eigen ondertiteling) met voorbeelden van een niet-collaboratieve communicatiestijl (in dit geval het gebruik van testvragen). Tussen twee vormingsdagen in werd aan iedere zorgverlener gevraagd om zelf een videofragment te maken waarin de aangeleerde strategieën en vaardigheden toegepast werden. Deze opnames werden aan het begin van elke sessie in groep bekeken en de drie zorgverleners gaven elkaar feedback. Na afloop van de vorming werd via een korte vragenlijst gepeild naar de ervaringen van de training en beoordeelde elke deelnemer nogmaals zijn communicatieve tevredenheid via dezelfde visueel analoge schaal.

Figuur 2: Voorbeeld van een niet-collaboratieve communicatiestijl (gebruik van een testvraag) uit een trainingsvideo van TBI Express (<http://sydney.edu.au/health-sciences/tbi-express/>)



Beoordelingen door de logopedisten

Elke logopedist kreeg de zes videofragmenten in willekeurige volgorde via e-mail doorgestuurd en moest de opnames individueel beoordelen. De beoordelaars kregen de opdracht om elk videofragment te beoordelen aan de hand van twee schalen: de Measure of Support in Conversation (MSC) en de Adapted Measure of Participation in Conversation (MPC) (Togher e.a., 2010). Voor dit onderzoek werd iedere schaal vertaald naar het Nederlands en verduidelijkt door middel van een begeleidende tekst en verschillende voorbeelden. De logopedisten werden op voorhand kort geïnformeerd over de opzet van het onderzoek. Er werd ook schriftelijk gepeild naar de ervaring van het werken met de schalen.

› Meetinstrumenten

We lichten de twee eerder vermelde meetinstrumenten meer in detail toe. De Measure of Support in Conversation (MSC) en de Adapted Measure of Participation in Conversation (MPC) zijn twee schalen die

zich specifiek focussen op de vaardigheden van de communicatiepartners om conversationele steun te bieden aan de persoon met hersentrauma. Daardoor zijn ze sensitief in het detecteren van verandering na een communicatiepartnertraining (Togher e.a., 2010).

Deze schalen situeren zich in het ICF-model respectievelijk op het niveau van de componenten externe factoren (MSC) en participatie (MPC). De eerste auteur vertaalde de schalen in het Nederlands. Een beknopt overzicht is in bijlage 2 opgenomen (zie blz. 21). De volledige schalen kunnen bij de eerste auteur opgevraagd worden. De originele Engelstalige schalen beschikken beide over een uitstekende inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (Togher e.a., 2010).

Measure of Support in Conversation (MSC)

De MSC beoordeelt de vaardigheden van de communicatiepartners en bestaat uit twee subschalen (A en B).

De A-subschaal (Erkennen van de competentie) beoordeelt de technieken om personen te helpen in de communicatie, zodat ze het gevoel krijgen respectvol behandeld te worden. Een voorbeeld van een beoordelingsvraag bij deze schaal is: 'Gebruikt de gesprekspartner echte vragen in plaats van testvragen?'. De B-subschaal (Faciliteren van de competentie) beoordeelt de technieken om de juiste informatie te krijgen en te geven. Een voorbeeld van een beoordelingsvraag bij deze schaal is: 'Introduceert de gesprekspartner gespreksonderwerpen die in het interesseveld van de persoon met hersentrauma liggen?'.

De B-subschaal bestaat uit drie verschillende onderdelen die overeenkomen met de drie basiscommunicatiestrategieën uit de SCA™ methode (zie Berns e.a., 2015): IN ('Zorg dat de persoon je begrijpt'), OUT ('Zorg dat de persoon zich kan uiten') en VERIFICATION ('Controleer of je de boodschap goed begrepen hebt'). De MSC wordt gescoord op een 9-puntenschaal met intervallen van 0,5. De scores variëren van 0 (niet ondersteunend) tot 4 (hoog ondersteunend).

Adapted Measure of Participation in Conversation (MPC)

De MPC evalueert in welke mate de persoon met hersentrauma zelf deelneemt aan het gesprek. De schaal bestaat uit twee subschalen; de A-subschaal beoordeelt de interactie, de B-subschaal de transactie.

Bij interactie is de inhoud ondergeschikt aan het reageren op elkaar, transactie slaat dan weer op het overdragen van informatie (Wielaert & Wilkinson, 2012). Een voorbeeld van een beoordelingsvraag voor

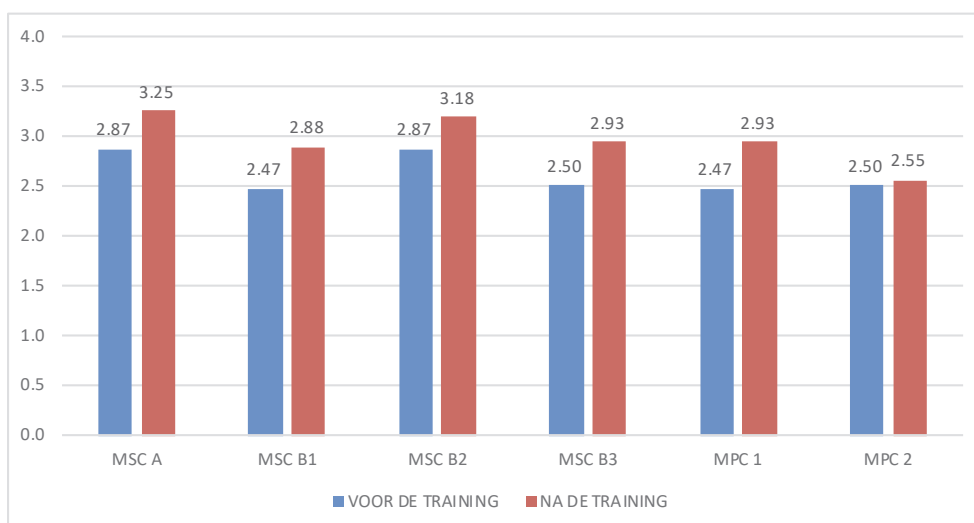
de A-subschaal (Interactie) is: 'Neemt de persoon met hersentrauma initiatief om de interactie gaande te houden?'. Een voorbeeld van een beoordelingsvraag voor de B-subschaal (Transactie) is: 'Uit de persoon informatie op een georganiseerde manier?'.

De MPC wordt eveneens gescoord op een 9-puntenschaal met intervallen van 0,5. De scores variëren van 0 (geen participatie) tot 4 (volledige participatie).

Resultaten

In wat volgt geven we de resultaten die verzameld werden met de eerder besproken beoordelingsschalen. Een visuele weergave van de resultaten van de totale groep is te vinden in Figuur 3. Uit visuele inspectie blijkt dat de beoordelaars gemiddeld op alle subschalen een hogere, dus betere beoordeling gaven aan de interacties tussen de drie zorgverleners en de persoon met hersentrauma.

Figuur 3: Gemiddelde scores van de groep zorgverleners op de verschillende subschalen van de MSC (conversatievaardigheden van de zorgverleners) en MPC (gespreksparticipatie van persoon met hersentrauma) vóór en na de communicatietraining



› Communicatievaardigheden van de zorgverleners

De drie zorgverleners haalden op de MSCA-schaal een gemiddelde score van 2,87 vóór de training en 3,25 na de training. Op de MSCB-schaal (die bestaat uit 3 subschalen) behaalden ze een gemiddelde score van 2,61 vóór de training en 3 na de training.

Als we de resultaten op individueel niveau bekijken, merken we grote verschillen tussen de zorgverleners. We bepaalden dat een verschil van $\geq 0,5$, wat het interval van de beoordelingsschalen is, op een betekenisvolle vooruitgang wijst. Zorgverlener 1 vertoonde een betekenisvolle vooruitgang op drie van de vier schalen, voor zorgverlener 2 was dat zelfs op alle vier de schalen. Zorgverlener 3 daarentegen had op geen enkele MSC-schaal een betekenisvolle vooruitgang. Om de verbeterde communicatiestrategieën van zorgverlener 2 te illustreren verwijzen we naar de transcripties in bijlage vóór (bijlage 3) en na (bijlage 4) de training (zie blz 23 en 24).

› Gespreksparticipatie van de persoon met hersentrauma

De gemiddelde scores op de MPC1-schaal bedroegen 2,47 vóór de training en 2,93 na de training. De gemiddelde scores op de MPC2-schaal bedroegen 2,5 vóór de training en 2,55 na de training. Het verschil op deze laatste schaal, die beoordeelt in welke mate de persoon met hersentrauma zelf inhoud tijdens het gesprek aanreikt, is minimaal. Op dit vlak heeft de training dus vermoedelijk geen noemenswaardige invloed gehad.

Discussie

Dit onderzoek ging de effecten na van een vierdaagse communicatietraining aan zorgverleners van een persoon met traumatische hersenschade. In de eerste plaats werd onderzocht of deze training een rechtstreeks effect had op de communicatieve vaardigheden van de zorgverleners.

De meting met de MSC-schalen toonde dat de getrainde zorgverleners meer faciliterende technieken en strategieën gebruikten. Deze strategieën waren onder andere het gebruik van gespreksonderwerpen die in het interesseveld van de persoon met HT lagen, het toevoegen van informatie om het gesprek gaande te houden en het stellen van open vragen om zo uitgebreidere antwoorden te verkrijgen.

Naast het effect van training op de vaardigheden van de zorgverleners werd ook het indirecte effect op de gespreksparticipatie van de persoon met hersentrauma nagegaan aan de hand van de MPC-schalen. Hierbij zagen we gemiddeld een stijgende trend in de scores op de interactieschaal, bij de transactieschaal werd geen duidelijke stijging waargenomen.

De bevindingen van dit onderzoek bevestigen de eerder bevonden positieve effecten van communicatietraining aan gesprekspartners van personen met hersentrauma (Behn e.a., 2015; Behn e.a., 2012; Togher, McDonald, Code, & Grant, 2004; Togher e.a., 2013, 2016). In de studie van Behn en collega's (2012) verbeterden de vaardigheden van de zorgverleners, maar werd er

net als bij ons geen verbetering vastgesteld bij de persoon met hersentrauma. In de studie van Togher en collega's (2004) werd wel een significante verandering in de communicatieve mogelijkheden van personen met hersentrauma gezien na training van de communicatiepartners.

Mogelijke verklaringen voor de slechts beperkte verbetering op de gespreksparticipatie bij onze proefpersoon zijn de ernst en de chroniciteit van zijn cognitieve communicatiestoornissen. Daarnaast hebben de acute pijnepisodes van de persoon met hersentrauma vermoedelijk ook invloed op het algemeen functioneren en op de communicatie met de zorgverleners. Deze werden ook duidelijk opgemerkt in enkele videofragmenten.

› Evaluatie van het communicatietrainingsprogramma door de zorgverleners

Na afloop van de vorming werd opnieuw via een vragenlijst aan de zorgverleners gevraagd in hoeverre ze zelf vonden dat de communicatie door de training veranderd was. Alle drie de zorgverleners gaven aan dat hun communicatie 'veel verbeterd' was (groter communicatief zelfvertrouwen).

Daarnaast werd ook bij elke zorgverlener aan de hand van visueel analoge schalen gepeild naar de communicatieve tevredenheid en de ervaren kwaliteit van de communicatie met de persoon met hersentrauma vóór en na de training. Op beide beoordelingen scoorden alle zorgverleners zichzelf hoger na de training.

De gekregen training werd door de drie zorgverleners zeer positief geëvalueerd.

Eén zorgverlener deed de suggestie om de behandelde modules te spreiden over meerdere dagen. Een andere zorgverlener had graag nog meer training gehad in het verwoorden van gevoelens.

› Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek

Er werd een eenvoudig pretest/posttest design met slechts drie zorgverleners en één persoon met hersentrauma uitgevoerd. Verder onderzoek zou een grotere groep zorgverleners moeten includeren. Daarnaast is het ook interessant om in de toekomst te werken met een controlegroep waarbij de zorgverleners bijvoorbeeld niet getraind worden. Er zouden dan ook meerdere pretest meetmomenten georganiseerd moeten worden, zodanig dat een stabiele baseline bewezen kan worden. Om het effect op langere termijn te bepalen zou ook een extra posttest, bijvoorbeeld na zes maanden, afgenomen moeten worden.

Er werd nu gekozen om één conversatietype te gebruiken bij de beoordeling van de vaardigheden. Verder onderzoek zou ook de verschillende conversatietypes die voorkomen op de werkvloer moeten onderzoeken.

De logopedisten die de videofragmenten moesten beoordelen, waren niet vertrouwd met de gebruikte schalen en beoordeelden de videofragmenten individueel. Bij verdere studies zouden de logopedisten op voorhand vertrouwd gemaakt moeten worden met de gebruikte schalen door middel van een training. Dit gaven ze zelf ook aan via de vragenlijst die peilde naar de ervaring met het gebruik van de schalen.

Het design van deze studie belet ons om conclusies te trekken over welke compo-

nenten van het trainingsprogramma bijdragen tot de grootste veranderingen in vaardigheden bij de zorgverleners. Zorgverleners rapporteerden dat praktische leermethodes zoals rollenspelen en het bekijken en bespreken van gefilmde interacties tijdens de training het leren meer faciliteerden dan theoretische uiteenzettingen. Dergelijke ‘performance-based training’ wordt ook in de literatuur aangeraden (Ducharme & Spencer, 2001).

Verder onderzoek zou moeten nagaan welke trainingsonderdelen uit TBI Express het meest effectief zijn. Daarnaast zouden de verschillende modules uit het trainingsprogramma nog meer gespreid kunnen worden. In de huidige studie werden alle modules behandeld op vier verschillende vormingsdagen van elk 3 uur. Een zorgverlener gaf aan dat de training hierdoor zeer intensief aanvoelde.

› Conclusies voor de praktijk

Communicatiepartnertraining moet als een essentieel onderdeel van de behandeling bij personen met neurogene communicatiestoornissen gezien worden (Bayley e.a., 2014; Simmons-Mackie e.a., 2017; Paemeleire, 2017). Deze training wordt best gegeven door een logopedist, maar uit ervaring weten we dat deze rol als educator slechts summier aan bod komt in de basisopleiding, waardoor logopedisten zich hierover vaak onzeker voelen (Paemeleire, 2016).

Om communicatiepartnertraining bij personen met hersentrauma meer aandacht te geven werd aan de Arteveldehogeschool Gent een multidisciplinair keuzevak ontwikkeld, waarin studenten logopedie, ergotherapie en verpleegkunde aan de slag gaan met de principes van TBI Express en

zelf demonstratievideo’s (rollenspel) moeten opnemen.

Iedere zorgverlener die beter wil leren communiceren met personen met hersentrauma raden we aan naar de gratis website van het programma TBI Express te gaan. Op <http://sydney.edu.au/health-sciences/TBIExpress/> staan verschillende (Engelstalige) didactische video’s die de principes van collaboratie en elaboratie illustreren. Als de zorgverlener op basis van de video’s meer theoretisch inzicht verworven heeft, kan hij/zij proberen om een of meerdere strategieën (bv. ‘geen testvragen stellen’) te integreren in het dagelijks contact met een persoon met hersentrauma.

Intussen is ook een selectie van de video’s die door de studenten gemaakt werden te vinden in de rubriek ‘TBI Express’ op de website www.neurocom.be. De betrokken studenten gaven hun geïnformeerde toestemming om hun video’s voor niet-commercieel gebruik met het werkveld te delen. Hiermee is er nu ook Nederlandstalig videomateriaal voor training van zorgverleners van personen met hersentrauma ter beschikking.

Dankwoord

Dit project werd uitgevoerd in het kader van de afstudeerscriptie van de eerste auteur in het postgraduaat Neurologische Taal- en Spraakstoornissen (huidig postgraduaat Neurogene Communicatiestoornissen) van de Arteveldehogeschool. Dank aan de persoon met hersentrauma, de zorgverleners en het pedagogisch personeel van Zonnestraal vzw in Lennik voor hun enthousiaste medewerking aan dit project.

Ook een bijzonder woord van dank aan alle collega-logopedisten voor het beoordelen van de filmpjes: Jolien Vereertbrugghen, An Savonet, Liesbet Desmet, Liesbeth Vinck, Marieke Vandelanotte, Micha Stassen, Natasja Willemarck, Nelleke Heyvaert, Eline Verwilligen en Eline Roggeman. Dank aan de studenten logopedie, ergotherapie en verpleegkunde van de Arteveldehogeschool die hun TBI Express demonstratievideo ter beschikking stellen voor het werkveld. Hun namen zijn te vinden op de aftiteling van de filmpjes.

Referenties

- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2005). *Roles of speech-language pathologists in the identification, diagnosis, and treatment of individuals with cognitive-communication disorders [Position Statement]*. Geraadpleegd op 12 maart 2016 via www.asha.org/policy
- Bayley, M.T., Tate, R., Douglas, J.M., Turkstra, L.S., Ponsford, J., Stergiou-Kita, M., Kua, A., & Bragge, P. (2014). INCOG guidelines for cognitive rehabilitation following traumatic brain injury: Methods and overview. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 29* (4), 290-306.
- Behn, N., Togher, L., & Power, E. (2015). Experiences from a communication training programme of paid carers in a residential rehabilitation centre for people with traumatic brain injury. *Brain Injury, 29* (13-14), 1554-1560.
- Behn, N., Togher, L., Power, E., & Heard, R. (2012). Evaluating communication training for paid carers of people with traumatic brain injury. *Brain Injury, 26* (13-14), 1702-1715.
- Berns, P.E.G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M.G., van wessel, S., van Dun, W., van Lonkhuijzen, J.G., & CBO. (2015). *Logopedische richtlijn Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Bigler, E.D. (2001). The lesion(s) in traumatic brain injury: Implications for clinical neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology, 16* (2), 95-131.
- Bruns, J., & Hauser, W.A. (2003). The epidemiology of traumatic brain injury: A review. *Epilepsia, 44* (10), 2-10.
- Burgio, L.D., Allen-Burge, R., Roth, D.L., Bourgeois, M.S., Dijkstra, K., Gerstle, J., (...) Bankester, L. (2001). Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist, 41* (4), 449-460.
- Cherney, L.R., Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., & Holland, A. (2013). Systematic review of communication partner training in aphasia: Methodological quality. *International Journal of Speech-Language Pathology, 15* (5), 535-545.
- Dahlberg, C., Hawley, L., Morey, C., Newman, J., Cusick, C.P., & Harrison-Felix, C. (2006). Social communication skills in persons with post-acute traumatic brain injury: three perspectives. *Brain Injury, 20* (4), 425-435.
- Dobson, S., Upadhyaya, S., & Stanley, B. (2002). Using an interdisciplinary approach to training to develop the quality of communication with adults with profound learning disabilities by care staff. *International Journal of Language and Communication Disorders, 37*, 41-57.
- Ducharme, J.M., & Spencer, T.F. (2001). Training brain injury rehabilitation therapists to use generalized teaching and interaction skills. *Brain Injury, 15* (4), 333-347.
- McCluskey, A. (2000). Paid attendant carers hold important and unexpected roles which contribute to the lives of people with brain injury. *Brain Injury, 14* (11), 943-957.
- McCrea, J.D., & Sharma, R. (2009). Training support staff to work with people with executive disorders. In M. Oddy & A.D. Worthington (Red.), *The rehabilitation of executive disorders: A guide to theory and practice* (pp. 341-349). New York: Oxford University Press.
- McDonald, S., Togher, L., & Code, C. (2014²). *Social and communication disorders following traumatic brain injury*. London and New York: Psychology Press.
- Kagan, A., & Gailey, G. (1993). Functional is not enough: Training conversation partners for aphasic adults. In A. Holland & M. Forbes (Red.), *Aphasia treatment: World perspectives* (pp. 199-226). San Diego, CA: Singular.

- Paemeleire, F. (2017, maart). *Communicatiepartnertraining bij neurogene communicatiestoornissen: basisprincipes en overzicht van de evidentie*. Mondelinge presentatie op het 38ste VVL congres, Gent.
- Paemeleire, F. (2016, oktober). *TBI Express: beter leren communiceren met personen met een ernstig hersentrauma*. Lezing op NAH symposium, 14 oktober 2016. Gijzegem: Sig. Geraadpleegd op 12 maart 2018 via http://www.sig-net.be/uploads/nah_symposium_2016/07__tbi_express___frank_paemeleire.pdf
- Purcell, M., McConkey, R., & Morris, I. (2000). Staff communication with people with intellectual disabilities: The impact of a work-based training programme. *International Journal of Language and Communication Disorder*, 35, 147-158.
- Savonet, A., Van Beneden, G., Willemarck, N., & Paemeleire, F. (2008). De Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): Vlaamse vertaling en aanpassing van een cognitieve screening. *Logopedie*, 21 (3), 34-39.
- Selassie, A.W., Zaloshnja, E., Langlois, J.A., Miller, T., Jones, P., Steiner, C. (2008). Incidence of long-term disability following traumatic brain injury hospitalization, United States, 2003. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23 (2), 123-131.
- 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.
- Simmons-Mackie, N., Worrall, L., Murray, L.L., Enderby, P., Rose, M.L., Paek, E.J., & Klippion, A. (2017). The top ten: Best practice recommendations for aphasia. *Aphasiology*, 31 (2), 131-151.
- Small, J., & Perry, J.A. (2013). Training family care partners to communicate effectively with persons with Alzheimer's disease: the Traced program. *Canadian Journal of Speech-Language*, 36 (4), 332-350.
- Togher, L. (2013). Improving communication for people with brain injury in the 21st century: The value of collaboration. *Brain Impairment*, 14 (1), 130-138.
- Togher, L., McDonald, S., Code, C., & Grant, S. (2004). Training communication partners of people with traumatic brain injury: A randomised controlled trial. *Aphasiology*, 18 (4), 313-335.
- Togher, L., McDonald, S., Tate, R., Power, E., & Rietdijk, R. (2013). Training communication partners of people with severe traumatic brain injury improves everyday conversations: A multicenter single blind clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45, 637-645.
- Togher, L., McDonald, S., Tate, R., Power, E., Ylvisaker, M., & Rietdijk, R. (2010). *TBI Express: A social communication training manual for people with TBI and their communication partners*. Sydney: Australian Society for the Study of Brain Impairment (ASSBI). Meer informatie op <http://sydney.edu.au/health-sciences/tbi-express/>
- Togher, L., McDonald, S., Tate, R., Rietdijk, R., Power, E. (2016). The effectiveness of social communication partner training for adults with severe chronic TBI and their families using a measure of perceived communication ability. *NeuroRehabilitation*, 38 (3), 243-255.
- Togher, L., Power, E., Tate, R., McDonald, S., & Rietdijk, R. (2010). Measuring the social interactions of people with traumatic brain injury and their communication partners: The adapted Kagan Scales. *Aphasiology*, 24 (6-8), 914-927.
- Turner, S., & Whitworth, A. (2006). Conversational partner training programmes in aphasia: A review of key themes and participants' roles. *Aphasiology*, 20 (6), 483-510.
- Wedcliffe, T., & Ross, E. (2001). The psychological effects of traumatic brain injury on the quality of life of a group of spouses/partners. *The South African Journal of Communication Disorders*, 48, 77-99.
- Wielert, S., & Wilkinson, R. (2012). *Partners van Afasiëpatiënten Conversatietraining*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organisation (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geraadpleegd op 29 oktober 2015 via <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Bijlage 1

Inhoud van het communicatietrainingsprogramma gebaseerd op TBI Express (Togher e.a., 2010)

Dag	Onderwerp	Beschrijving
1	Introductie	Inleidende sessie waarin het doel en de achtergrond van de vorming en de verwachtingen van de deelnemers besproken worden
2	Hersentrauma en communicatie	Traumatische hersenschade en de gevolgen op het vlak van cognitie, communicatie en gedrag Beeldmateriaal van interacties tussen een cliënt en een gesprekspartner bekijken en bespreken
	Effectieve communicatie: deel 1	Overzicht van de verschillende doelen en types van communicatie Mogelijke drempels met betrekking tot communicatie en impact op interacties
	Effectieve communicatie: deel 2	Inoefenen van faciliterende communicatiestrategieën
3	Collaboratie	Focus op samenwerkingstechnieken die helpen om de communicatie effectiever te laten verlopen
	Elaboratie	Focus op technieken die helpen om een gesprek langer gaande te houden
	Vragen stellen	Gebruik van geschikte vragen om een gesprek te starten en gaande te houden Focus op een positieve vragenstijl en vermijden van negatieve of testvragen
4	Verbetering van vaardigheden en zelfvertrouwen winnen	Integreren van de geleerde communicatievaardigheden in functie van succesvolle communicatieve interacties

Bijlage 2

Vertaling van de beoordelingsschalen *Measure of Support in Conversation* (MSC) en *Measure of Participation* (MPC) door Riet De Paermentier, uit Togher e.a. (2010)

› Measure of Support in Conversation (MSC)

Competenties erkennen

- MSC A: De natuurlijkheid van een gesprek aangepast aan de context (bv. gebruikt echte vragen in plaats van testvragen) en de sensitiviteit voor de gesprekspartner (bv. luistert actief)

niet	0	De bekwaamheid van de persoon met hersentrauma wordt niet erkend. Betuttelend.
	1	Minimale erkenning van de bekwaamheid van de persoon met hersentrauma.
basis	2	Basisniveau van vaardigheden. Enige erkenning van de bekwaamheid van de persoon met hersentrauma.
	3	Grote erkenning van de bekwaamheid van de persoon met hersentrauma.
hoog	4	Uitstekende interactie. Volledige erkenning van de bekwaamheid van de persoon met hersentrauma.

Competenties tot uiting brengen

- MSC B1: Doet inspanningen opdat de persoon met hersentrauma het gesprek goed zou begrijpen (bv. maakt gebruik van geschreven sleutelwoorden)
- MSC B2: Zorgt ervoor dat de persoon met hersentrauma mogelijkheden heeft om te antwoorden (bv. geeft voldoende tijd om te antwoorden)
- MSC B3: Verificatie (heeft betrekking op het 'controleren' van de uiting) (bv. ja/nee-vragen stellen)

niet	0	Geen gebruik van technieken om de competenties te verzekeren. Verhindert de potentiële participatie van de persoon met hersentrauma.
	1	Laag niveau van vaardigheden om te competenties te verzekeren. Verkleint de potentiële participatie van de persoon met hersentrauma.
basis	2	Basisniveau van vaardigheden. Gebruikt technieken om potentiële participatie van de persoon met hersentrauma te behouden. Is in staat om enige informatie van de persoon met hersentrauma te verkrijgen.
	3	Gebruikt technieken om te potentiële participatie van de persoon met hersentrauma te vergroten.

hoog	4	Technisch uitmuntend. Gebruikt technieken om de potentiële participatie van de persoon met hersentrauma te maximaliseren. Dit verloopt niet altijd succesvol, maar brengt technieken op een flexibele en geavanceerde manier.
------	---	---

› Measure of Participation (MPC)

MPC 1: interactie

- verbaal (bv. de persoon voegt informatie toe om het gespreksonderwerp gaande te houden)
- non-verbaal (bv. aangepast oogcontact)

niet	0	Helemaal geen participatie. Geen pogingen om zich te engageren voor de communicatie-partner of te antwoorden op zijn/haar gesprekspoging.
	1	De persoon met hersentrauma begint occasioneel verantwoordelijkheid te nemen om deel te nemen aan het gesprek.
basis	2	De persoon met hersentrauma doet duidelijke pogingen om deel te nemen aan het gesprek.
	3	De persoon met hersentrauma neemt meestal een verhoogde verantwoordelijkheid om deel te nemen aan het gesprek.
hoog	4	De persoon met hersentrauma participeert volledig. Hij neemt de verantwoordelijkheid om deel te nemen aan het gesprek.

MPC 2: transactie

- Zowel verbaal als non-verbaal
(bv. Uit de persoon met hersentrauma informatie op een georganiseerde manier?)

niet	0	Geen bewijs dat de persoon met hersentrauma inhoud aanreikt.
	1	De persoon met hersentrauma reikt occasioneel inhoud aan.
basis	2	De persoon met hersentrauma reikt enige inhoud aan.
	3	De persoon met hersentrauma reikt meestal inhoud aan.
hoog	4	De persoon met hersentrauma reikt consistent inhoud aan.

Bijlage 3

Transcriptie van een conversatie tussen zorgverlener 2 (Z2) en de persoon met hersentrauma (P) vóór de training met TBI Express (* = voornaam van de persoon, verbale reacties staan vetjes, non-verbale gedrag staat tussen vierkante haakjes, de analyse staat tussen ronde haakjes)

Z2: **“Ça va*met u vandaag?”**

P: [Antwoordt niet. Kijkt weg en begint te prutsen aan een boek dat op de tafel ligt.]

Z2: **“Wat ga je doen?”** (Praat als een ouder op belerende toon.) **“Ge zijt zo aan het rondkijken?”**

P: [Maakt kortstondig oogcontact, maar kijkt snel weer weg en antwoordt nog altijd niet.]

Z2: **“Hebt ge hier eigenlijk al eens gezeten in dit bureau?”** (Begint over een saai onderwerp dat weinig uitnodigt voor een gesprek. Het is een testvraag, want ze kent het antwoord.)

P: [Knikt nee, maar maakt geen oogcontact.]

Z2: **“Nee, hé? Ik denk dat het daarom is dat je zo aan het rondkijken bent, he?”**

P: [Begint plots enorm te hoesten. Lijkt zich verslikt te hebben in zijn speeksel.]

Z2: **“Ça va*?”** (Stelt een vraag terwijl hij nog volop aan het hoesten is.)

Z2: **“Had ge u verslikt in uw soep?”** (Niet-relevante vraag gezien het al meer dan een uur geleden is dat hij soep aan het drinken was.)

P: [Stopt met hoesten.]

Z2: **“Is’t over?”** (Wacht niet op een antwoord om een nieuwe vraag te stellen.)

Z2: **“Had ge u verslikt in uw soep*?”** (Herhaalt de niet-relevante vraag opnieuw.)

P: [Antwoordt niet.]

Z2: **“Daarjuist (= zonet)?”** (Blijft vragen stellen terwijl gesprekspartner geen interesse toont.)

P: [Antwoordt nog steeds niet.]

Z2: **“* ?”** (Blijft vasthouden aan het gespreksonderwerp. Houdt geen rekening met de non-verbale communicatie van de gesprekspartner.)

P: [Kijkt op, maar zegt niets.]

Z2: **“Had ge u verslikt in uw soep?”** (Herhaalt voor de derde keer de niet-relevante vraag. Verandert niet van topic.)

P: [Knikt van nee.]

Bijlage 4

Transcriptie van een conversatie tussen zorgverlener 2 (Z2) en de persoon met hersentrauma (P) na de training met TBI express (verbale reacties staan vetjes, non-verbaal gedrag staat tussen vierkante haakjes, de analyse staat tussen ronde haakjes)

Z2: **“Ik wou het met u eens hebben over uw zoon”** (Introduceert een onderwerp dat aansluit bij de interesses van de gesprekspartner.)

P: [Lacht.] **“Mijn zoon?”** (Participeert onmiddellijk aan het gesprek.)

Z2: **“Ja...”** (Laat ruimte in het gesprek opdat de gesprekspartner informatie kan toevoegen.)

P: [Maakt oogcontact.] **“Hoe zit het ermee?”** (Neemt zelf initiatief om vragen te stellen.)

Z2: **“Goed denk ik.”**

P: **“Waar is hij nu?”** (Leidt nu onbewust zelf het gesprek.)

Z2: **“Die zal aan het werken zijn of thuis zijn...”** (Weet het antwoord niet, maar geeft 2 mogelijke antwoorden waarop het gesprek

verder kan gebouwd worden.)

P: **“Waar woont hij?”** (Gaat verder op de laatst gegeven informatie van de gesprekspartner.)

Z2: **“Dat weet ik niet.” “Die zal nog bij Martine wonen zeker?”** (Ondanks het feit dat ze het antwoord niet weet, reikt ze indirect een cognitieve cue aan.)

Z2: **“Herinnert ge u nog dat hij u een paar weken geleden is komen bezoeken?”** (Lijkt zijn geheugen te testen.)

P: [Schudt van nee.] **“Ik kan mij dat niet meer herinneren hoor...”**

Z2: **“t Is natuurlijk al even geleden ook hè.”** (Herpakt zich door middel van een begripvolle reactie.)

Z2: **“Ik heb hier nog zijn foto bij. Herinnert ge u nu al wat meer?”** (Gebruikt een hulpmiddel als cognitieve ondersteuning.)

P: [Kijkt met fierheid naar de foto.] **“Wat een kadee (=kerel) hè!”**

Z2: **“Grat (= volledig) zijn vader hè.”** (Gaat mee in zijn enthousiasme.)

P: **“Hij lijkt goed op mij hè?”**

Z2: **“Ja, ik vind dat ook...”**



“Dat ze bij Amplifon naar me luisteren, helpt me om beter te horen.”

Sandra De Wit,
tevreden Amplifon klant

Maak een
afpraak
voor een
GRATIS
hoortest

BEL GRATIS
0800 94 229

 
[amplifon.be](https://www.amplifon.be)

 **amplifon**
Hoorcentra