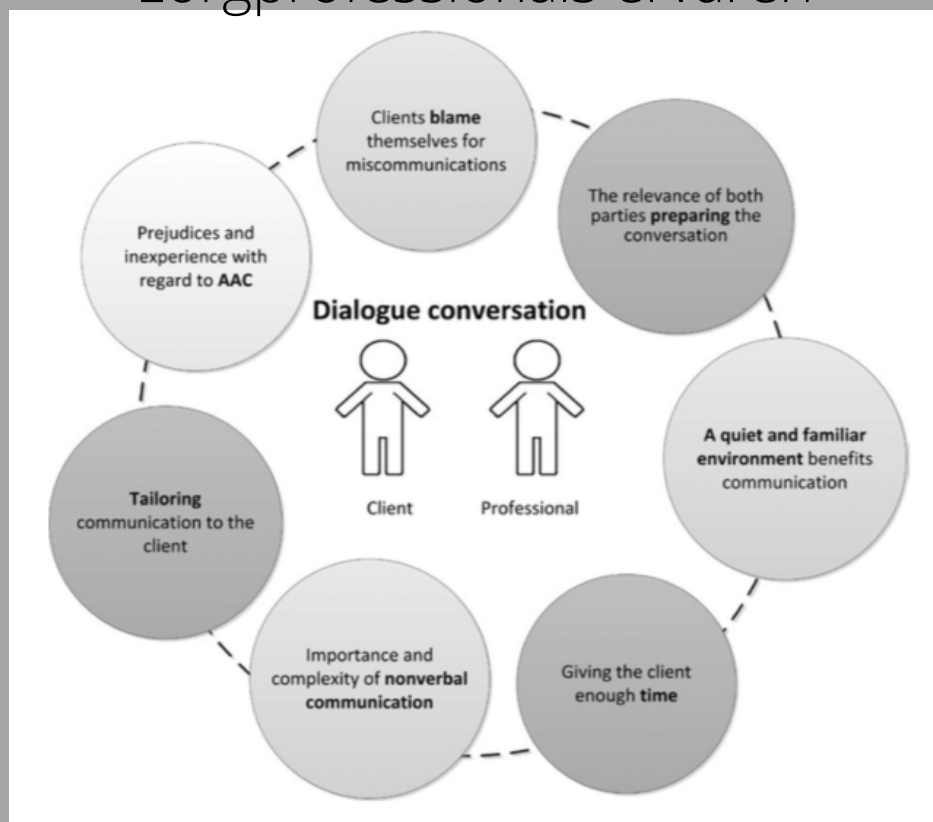


De afasiepatiënt als waardevolle informatiebron

Een kwalitatief onderzoek naar hoe patiënten met afasie de communicatie met zorgprofessionals ervaren



Stans et al., (2018)

Naam student: Manouk van Vliet

Studentnummer: 0923284

Klas: LOG-4A

Stage-instelling: ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###

Opdrachtgevers: ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###

Begeleidend docent: ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###

Vak: Praktijkgericht onderzoek, LOGAPT02P4

Onderwijsinstelling: Hogeschool Rotterdam

Instituut: Gezondheidszorg

Opleiding: Logopedie

Periode: Jaar 4, kwartaal 3 en 4

Datum: 15 juni 2020

Voorwoord

Voor u ligt het eindverslag 'De afasiepatiënt als waardevolle informatiebron, hoe ervaren zij de communicatie met zorgprofessionals? '. Dit eindverslag is geschreven in het kader van mijn praktijkgericht afstudeeronderzoek voor de opleiding Logopedie aan de Hogeschool Rotterdam. Opdrachtgevers ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### hebben mij gebracht tot dit afstudeeronderwerp. Vanuit de praktijk merkten zij dat er tot op heden niet bekend is hoe de persoon met afasie (PMA) de communicatie met zorgprofessionals (ZP's) ervaart. Eerder onderzoek van Berns et al. (2019) waarbij het perspectief van de PMA betreffende de communicatieve toegankelijkheid van revalidatiecentrum ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### centraal stond, leverde onvoldoende resultaat op. Vervolgonderzoek naar de ervaringen van afasiepatiënten met de ontvangen zorg én communicatie met ZP's bleek nodig. Met behulp van kwalitatief onderzoek is getracht de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Dit eindverslag is tot stand gekomen gedurende de coronacrisis en zonder de hulp van anderen was dit mij niet gelukt. Graag wil ik dan ook een aantal mensen bedanken die mij hebben geholpen. Allereerst wil ik de opdrachtgevers ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### bedanken. Van hen heb ik de juiste begeleiding en feedback gekregen tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Voornamelijk bij het bedenken van de nodige aanpassingen en bij het werven van deelnemers hebben zij mij ontzettend geholpen. Ten tweede wil ik mijn docent-begeleider ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### bedanken. Het meedenken, de begeleiding en de feedback heb ik als erg waardevol ervaren. Ook gaat mijn dank uit naar de manager van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### dat ik, ondanks de sluiting van de polikliniek, toch aanwezig mocht zijn om data voor mijn onderzoek te verzamelen. Tevens wil ik mijn medestudenten bedanken voor het bieden van mentale steun en hulp tijdens het schrijven van dit eindverslag. Tot slot gaat mijn dank uit naar zowel de zorgprofessionals als de patiënten met afasie die ervoor hebben gezorgd dat ik bruikbare data voor mijn onderzoek kon verzamelen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Manouk van Vliet

Bergambacht, juni 2020

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	4
Abstract.....	5
Inleiding.....	6
1. Methode.....	9
1.1 Onderzoeksopzet.....	9
1.2 Onderzoekspopulatie.....	9
1.3 Werving en selectie.....	9
1.4 Data-verzameling.....	10
1.5 Data-analyse.....	10
1.6 Ethiek.....	10
2. Resultaten.....	11
2.1 Ervaringen pma.....	11
3. Discussie.....	18
3.1 Resultaten.....	18
3.2 Proces.....	19
4. Conclusie.....	20
5. Aanbevelingen.....	21
5.1 Praktische aanbevelingen.....	21
5.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	21
Literatuur.....	22
Bijlage I Informatiebrieven.....	24
Persoon met afasie.....	24
Zorgprofessional.....	26
Bijlage II Informed Consent.....	27
Persoon met afasie.....	27
Zorgprofessional.....	28
Bijlage III Interviewprotocol.....	29
Bijlage IV Invulformulier samenwerking.....	35

SAMENVATTING

Inleiding

Afasie is een verworven taalstoornis ten gevolge van plotseling optredend hersenletsel dat is ontstaan nadat de taal verworven is. Afasie bemoeilijkt de communicatie tussen de patiënt en de zorgprofessional. De aanwezigheid van de afasie verstoort de productiviteit én effectiviteit van de zorg. Het bieden van hoogwaardige (gezondheids-)zorg vereist immers effectieve communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Er zijn educatieve mogelijkheden voor zorgprofessionals om effectief te leren communiceren met patiënten met communicatieve beperkingen. Bekend is dat dergelijke communicatiepartnertrainingen en ondersteunde gespreksvaardigheden de zorgprofessionals beter in staat stellen om te communiceren met personen met afasie. Echter, effectieve communicatie tussen zorgprofessionals en patiënten vereist een tweerichtingsproces waarbij beide gesprekspartners zich verantwoordelijk voelen voor het slagen van de communicatie. Het is dus niet enkel van belang om inzicht te hebben in hoe zorgprofessionals de communicatie met personen met afasie ervaren, ook is het belangrijk hoe de communicatie vanuit het perspectief van de persoon met afasie ervaren wordt. Dit onderzoek heeft als doel om vanuit het perspectief van de afasiepatiënt de communicatie met zorgprofessionals inzichtelijk te maken. De ervaringen van de afasiepatiënt zijn van belang om patiëntgerichte én kwalitatief hoge zorg te kunnen leveren.

Methode

Dit onderzoek betreft een beschrijvend kwalitatief onderzoek, waarbij data is verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews bij vier (oud) cliënten met afasie. Gedurende het semigestructureerde interview, gebaseerd op de inhoud van Training Con-tAct en Meting Con-tAct, zijn de ervaringen van de cliënten met afasie uitgevraagd betreffende de communicatie met én de communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals. Alvorens de interviews zijn afgenomen is er middels het bekijken van video-opnames van de participanten in conversatie met een zorgprofessional een beeld verkregen van het communicatief functioneren van de participant. Hier is bij het interview rekening mee gehouden. De resultaten zijn getranscribeerd en aan de hand van een startlijst gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten

Alle respondenten geven hun ervaringen met betrekking tot de communicatieve vaardigheden van de zorgprofessionals, gericht op 'erkennen', 'ondersteunen' en 'checken'. De afasiepatiënten zijn tevreden over de communicatie met en de communicatieve vaardigheden van de zorgprofessionals binnen ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###. Met name het 'tijd nemen', 'schrijven ter ondersteuning' en 'een luisterende attitude' maken dat zij prettige ervaringen hebben. Echter, de ervaringen zijn uiteenlopend en individueel bepaald. Ook de ervaringen per discipline verschillen. De respondenten geven allen aan de communicatie met de logopedist en/of ergotherapeut als prettigst te hebben ervaren. Het is belangrijk dat de communicatie op het individu wordt afgestemd, waarbij de inhoud van Training Con-tAct als leidraad gezien kan worden, maar niet per se leidend is.

Conclusie

De ervaringen van de cliënten zijn persoonlijk. Ook de communicatiebehoeften van iedere cliënt zijn uniek. Het kunnen inschatten wat iedere cliënt nodig heeft is een taak van de zorgprofessional en maakt dat een cliënt positieve ervaringen heeft. De ervaringen van de cliënten met de communicatie met zorgprofessionals zijn positief. Met name de technieken behorende bij 'ondersteunen' en 'erkennen' worden door de cliënten als zeer prettig ervaren. Negatieve ervaringen zijn gericht op het gebrek aan ondersteuning en onvoldoende passende spreektoonhoogte door de zorgprofessional. Ook de band met de zorgprofessional is bepalend voor de ervaringen betreffende de communicatie. Voornamelijk het openstaan voor een praatje buiten de behandeling om en de ruimte om grapjes te maken ervaren de cliënten als fijn (passend bij de communicatieve vaardigheid 'erkennen').

ABSTRACT

Background

Aphasia is an acquired language disability caused by brain injury after the language acquisition. The presence of aphasia disrupts productivity and efficiency of providing health care. Providing high-quality healthcare requires effective communication between healthcare providers and patients. There are educational opportunities for healthcare providers to learn how to communicate effectively with patients with communication disabilities. Communication partner training (CPT) and Supported Conversation Training were associated with an increase in health care professionals' confidence and knowledge of communicating with people with aphasia (PWA). However, effective communication between health care professional and patient requires a two-way process in which both parties are responsible for a successful conversation. Therefore, it is not only important to have insights in the experiences of health care professionals with the communication with a person with aphasia, it is also important to know how the person with aphasia experienced the communication. This research aims to get insights in the communication with health care professionals from the perspective of the person with aphasia. The experiences from people with aphasia with the communication with health care professionals are useful to provide patient-centered and high-quality healthcare.

Method

This research is a qualitative descriptive research. Semi-structured interviews were conducted with four clients with aphasia. During the semi-structured interview, based on the content of Training Con-tAct and Meting Con-tAct, the experiences of those four clients with the communication (skills) of health care professionals were asked. Before the interviews were conducted, an insight of the participant's communicative functioning was obtained by viewing video recordings of the participant in conversation with a healthcare professional. The interview was adjusted to these insights. The results have been transcribed, coded and analyzed using a start list.

Results

All participants share their experiences with the communication skills of the healthcare professionals, focused on 'acknowledge of the PWA', 'support the conversation' and 'check of the information is understood'. The patients with aphasia are satisfied with the communication (skills) of the healthcare professionals. In particular 'taking time', 'support the conversation with writing' and 'a listening attitude' ensure that the patients have pleasant experiences. However, the experiences are varied and different for every individual. Also, the experiences with a specific health care professional can be different. The respondents all indicated that they experienced the nicest communication with the speech therapist and/or occupational therapist. It is important that the communication is individualized for each patient. The skills and strategies of Training Con-tAct can be seen as a guideline, but are not necessarily leading.

Conclusion

The experiences and the communication needs of every client are personal and unique. The healthcare professional should estimate what every client, as an individual, needs. If a healthcare professional is adjusted to the client, their experiences regarding to the communication are positive. The experiences of the clients with the communication with healthcare professionals are positive. The communication skills of 'supporting the conversation' and 'acknowledge the PWA' are experienced as very pleasant. Negative experiences are focused on a lack of supportive conversation and an insufficiently appropriate speech pitch of the healthcare professional. Also, the relationship with the healthcare professional determines the experiences regarding to the communication. Especially the possibility for a conversation and making jokes with the therapist are experienced as nice.

INLEIDING

Jaarlijks krijgen ruim 40.000 mensen in Nederland een beroerte en 20 tot 25% van deze patiënten heeft ten gevolge daarvan een afasie (Berns & Wielaert, 2014). Afasie is een verworven taalstoornis door plotseling optredend hersenletsel (Bastiaanse, 2011). Het taalgebruik van afasiepatiënten wijkt af van dat van niet-taalgestoorde mensen, zowel in de productie als in het begrip (Bastiaanse, 2011). Iemand met afasie kan niet meer zeggen wat hij bedoelt en kan moeite hebben met het begrijpen van taal (Kagan et al., 2004). Hoewel afasie zich vrijwel altijd zowel in het productieve als in het receptieve taalgebruik manifesteert, kunnen de linguïstische symptomen van afasie per patiënt variëren. Meestal zijn stoornissen in de mondelinge expressie het meest opvallend en storend voor de patiënt en zijn omgeving (Bastiaanse, 2011). Communicatie is essentieel voor sociale participatie, afasie kan dan ook een verwoestend effect hebben op deze communicatie (Berns & Wielaert, 2014).

Van gesprekspartners wordt verlangd dat zij zich aanpassen aan de communicatieve vaardigheden van de persoon met afasie (PMA). Deze aanpassing heeft als doel dat de afatische partner zijn communicatieve vaardigheden zo optimaal mogelijk kan benutten (Berns & Wielaert, 2014). Om de communicatieve vaardigheden van gesprekspartners te verbeteren, zijn er Communicatie Partner Trainingen (CPT) ontwikkeld (Nikkels, 2019). Oostveen, Berns en Jünger (2018) hebben een Nederlandse CPT ontwikkeld, namelijk 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 afasiepatiënten. Het ontwikkelde communicatiemodel behorende bij deze training bestaat uit de (communicatieve) vaardigheden die nodig zijn in een gesprek met afasiepatiënten (zie tabel 1). Vaardigheid één 'erkennen' betekent dat een gesprekspartner de PMA beschouwt als een volwassen persoon met een normaal denkniveau én de mogelijkheden tot het voeren van een gesprek. Vaardigheid twee 'ondersteunen' betreft het inzetten van technieken om een boodschap makkelijker over te brengen aan een PMA en de boodschap van een PMA beter te kunnen begrijpen. De derde vaardigheid 'checken' omvat het controleren of de PMA en de gesprekspartner elkaar goed begrepen hebben (Oostveen, Berns, & Jünger, 2018).

1. Gedragingen om de PMA te erkennen	2. Technieken om de communicatie te ondersteunen	3. Checken
- Correcte houding/attitude ten opzichte van de PMA	- Tijd nemen voor het gesprek	- Controleer of de PMA jou begrepen heeft
- Normale spreektoonhoogte	- Taalgebruik aanpassen aan de PMA	- Controleer of jij de PMA hebt begrepen
- Het laten zien van gezamenlijke verantwoordelijkheid	- Structureren van het gesprek	
- Toegeven dat jij als gesprekspartner ook tekort kan schieten op het moment dat jullie er niet uitkomen	- Ja/nee kaart gebruiken	
- Laten weten dat je de PMA niet begrijpt	- Gebaren maken	
- Laten merken dat jij de PMA als normaal denkend persoon ziet	- Schrijven	
- Benoem de frustratie	- Tekenen	
	- Hulmiddelen gebruiken	

Tabel 1. Gedragingen die zorgprofessionals in Training Con-tAct leren (Oostveen, Berns & Jünger, 2018)

Onderzoek door Stransky et al. (2018) toont aan dat personen die communicatief kwetsbaar zijn de zorg als minder toegankelijk ervaren dan personen die niet communicatief kwetsbaar zijn. Dit wordt

niet alleen vanuit het perspectief van de persoon met een communicatiebeperking erkend, maar ook vanuit het perspectief van de zorgprofessionals (ZP's). Volgens Carragher et al. (2020) ervaren ZP's de communicatie met afasiepatiënten als tijdrovend en lastig. Afasie bemoeilijkt de communicatie tussen de patiënt en de zorgprofessional en verstoort de productiviteit én effectiviteit van de zorg (Carragher et al., 2020). De aanwezigheid van afasie daagt patiëntgerichte zorg uit. De zorgprofessionals binnen het onderzoek van Carragher et al. (2020) vragen zich af hoe zij patiëntgerichte kunnen leveren wanneer de taal/en of cognitie van de patiënt beperkt is. Als antwoord hierop stelt Heard et al. (2017) dat ZP's kwalitatief goede én patiëntgerichte zorg kunnen bieden, wanneer zij hun communicatieve vaardigheden afstemmen op de PMA. Het bieden van hoogwaardige zorg vereist immers effectieve communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Om communicatie effectief te laten zijn, vereist dit een tweerichtingsproces waarbij over informatie wordt gesproken totdat de informatie door beide partijen correct is begrepen (Stans et al., 2018). Effectieve communicatie kan worden gedefinieerd als een activiteit waarvoor de gesprekspartners een succesvolle gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen, waarbij met behulp van strategieën en het gebruik van verschillende modaliteiten (verbaal en non-verbaal) informatie wordt uitgewisseld (Stans et al., 2018). Echter, communicatie heeft niet enkel als doel om effectief informatie uit te wisselen, ook is communicatie een middel tot interactie. Volgens Neijenhuis (2018) staat interactie voor de sociale component van communicatie, het is de verbinding met de gesprekspartner. Communicatie is medebepalend voor het welbevinden van mensen. Enerzijds is hierbij de transactie (het overbrengen van de boodschap) van belang en anderzijds de interactie tussen de gesprekspartners (het sociale aspect) (Neijenhuis, 2018). Er lijkt een gebrek aan kennis en vaardigheden bij ZP's om de communicatie met patiënten met communicatiestoornissen te ondersteunen (Heard et al., 2017). Dit zorgt er dan ook voor dat personen die communicatief kwetsbaar zijn de zorg als minder toegankelijk ervaren (Stransky et al., 2018).

Er zijn educatieve mogelijkheden voor ZP's om effectief te leren communiceren met patiënten met communicatieve beperkingen (Heard et al., 2017). Communicatiepartnertrainingen, door Simmons-Mackie et al. (2010) gedefinieerd als 'elke interventie gericht op de communicatiepartner van de PMA die als doel heeft om de communicatie, participatie en/of welbevinden van de PMA te verbeteren', hebben aangetoond dat ze de kennis, het (zelf)vertrouwen en de houding van communicatiepartners verbeteren gedurende de communicatie met afasiepatiënten (Heard et al., 2017). Ook door Supported Communication Training hebben ZP's meer aandacht voor de communicatiebehoeften van afasiepatiënten én het toepassen van nieuwe verbale en non-verbale vaardigheden in een gesprek (Horton et al., 2016).

Effectieve communicatie tussen ZP's en patiënten is een voorwaarde voor het bieden van hoogwaardige zorg (Heard et al., 2017). Belangrijke kenmerken hierbij zijn dat er sprake moet zijn van een tweerichtingsproces en dat beide gesprekspartners zich verantwoordelijk voelen voor het slagen van de communicatie (Stans et al., 2018). Bekend is dat trainingen en ondersteunde gespreksvaardigheden door ZP's goed worden ontvangen (Hersh, 2015; Heard et al., 2017; Horton, 2016; Berns et al., 2019). Echter, het is ook belangrijk inzicht te hebben in hoe de communicatie vanuit het perspectief van de PMA ervaren wordt. Stans et al. (2018) stelt dat veel studies over communicatie niet de mening van de patiënten omvatten. De verhalen en ervaringen van afasiepatiënten blijven vaak onverteld (Hersh, 2015). Afasiepatiënten worden vaak uitgesloten van onderzoek, hun meningen, ervaringen en behoeften worden niet gehoord. Deze ervaringen zijn echter wel een waardevolle informatiebron voor ZP's (Hersh, 2015). Patiëntgerichte en kwalitatief hoge zorg kan immers geleverd worden, als communicatieve vaardigheden worden afgestemd op de PMA (Heard et al., 2017). King & Simmons-Mackie (2017) stellen dat ZP's ervoor kunnen zorgen dat hun behandeling is afgestemd op de individuele behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Om de communicatiebehoeften van de PMA te (h)erkennen, is het van belang om vanuit het perspectief van de PMA inzicht te hebben in hoe de communicatie met ZP's ervaren wordt.

Op dit moment is er gebrek aan inzicht in de ervaringen van afasiepatiënten ten aanzien van de communicatie met ZP's. In ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###, waar de opdrachtgevers werkzaam zijn als logopedist, worden binnen nu en twee jaar alle ZP's getraind middels Training Con-tAct. Ook hier is er tot op heden niet bekend hoe de PMA de communicatie met ZP's ervaart. Eerder onderzoek van Berns et al. (2019) waarbij het perspectief van de PMA betreffende de communicatieve toegankelijkheid van het revalidatiecentrum centraal stond, leverde onvoldoende resultaat op. Vervolgonderzoek naar de ervaringen van de PMA met de ontvangen zorg én communicatie met ZP's is nodig. De opdrachtgevers vragen zich af wat de ervaringen zijn van de PMA met de communicatie met de ZP's én of de ZP's hun communicatie aanpassen aan de PMA. Hierbij is het van belang om vanuit het perspectief van de PMA de ervaringen inzichtelijk te maken, zodat er aanbevelingen kunnen worden gesteld om patiëntgerichte en kwalitatief hoge zorg te kunnen leveren, zowel bruikbaar voor ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### als voor andere zorginstellingen waar afasiepatiënten centraal staan. Patiëntgerichte en kwalitatief hoge zorg kan immers geleverd worden als communicatieve vaardigheden worden afgestemd op de PMA (Heard et al., 2017).

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat zijn de ervaringen van (oud)cliënten met afasie, die revalideerden op de (poli)kliniek van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###, met de communicatie met zorgprofessionals; zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, maatschappelijk werker, revalidatiearts of psycholoog?

1. METHODE

1.1 ONDERZOEKSOPZET

Dit onderzoek omvatte een kwalitatief beschrijvend onderzoek, waarbij semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij afasiepatiënten. De semigestructureerde interviews zijn gebruikt om de ervaringen van de participanten ten aanzien van de communicatie met zorgprofessionals te achterhalen. Deze onderzoeksmethode is geschikt voor het verzamelen van informatie over kennis, vaardigheden, attitudes en opinies (Verhoef et al., 2015).

Vanwege de intelligente lockdown was het niet mogelijk om 'face to face' interviews af te nemen, waardoor dit via videobellen moest plaatsvinden. Luck & Rose (2007) stellen dat de interviewer de interviewmethode aan moet passen aan de afasiepatiënt, zodat de participant de vragen begrijpt, de juiste ondersteuning krijgt en dat de interviewstructuur is aangepast op de individuele mogelijkheden van de patiënt. Middels het bekijken van video-opnames van de PMA in conversatie met een ZP is een beeld verkregen van het communicatief functioneren van de participant, om hier vervolgens bij het interview rekening mee te houden.

1.2 ONDERZOEKSPOPULATIE

Voor dit onderzoek zijn vier afasiepatiënten geïnccludeerd. De onderzoekspopulatie voldeed aan de criteria beschreven in tabel 2.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- De cliënten hebben afasie en zijn (oud) revalidanten van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###;	- Cliënten met ernstige verstaanbaarheidsstoornissen bijvoorbeeld als gevolg van dysartrie;
- Van de cliënten is een video-opname, behorende bij Training Con-tAct, aanwezig waarop zij in gesprek zijn met een ZP.	- Cliënten die naast de logopedist geen andere zorgprofessionals zien;
- De cliënten zijn betrokken bij de eigen communicatie en bezitten verbale en/of non-verbale mogelijkheden om een (digitaal) interview bij af te kunnen nemen;	- Cliënten met ernstige cognitieve stoornissen;
- De cliënten kunnen naast de afasie andere (cognitieve) problematiek hebben, maar de afasie staat op de voorgrond.	- Slechte beheersing van de Nederlandse taal pre-morbide.

Tabel 2. In- en exclusiecriteria

1.3 WERVING EN SELECTIE

Het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden op de polikliniek van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###. De opdrachtgevers hebben zowel de zorgprofessionals als afasiepatiënten (mondeling) benaderd, waarvan in het archief nog video-opnames beschikbaar waren, gemaakt in het kader van Training Con-tAct. In de vorm van informatiebrieven (zie bijlage 1) zijn beide partijen op de hoogte gebracht van dit onderzoek. Voor het informeren van de afasiepatiënten is gebruik gemaakt van afasievriendelijk materiaal, zodat de afasiepatiënten zelf controle kunnen nemen en participeren in beslissingen over hun eigen therapie en revalidatie (Worrall et al., 2011). Ook stelt de

Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst dat patiënten recht hebben op het krijgen van informatie in voor hen begrijpelijke taal (NAIS; NVAT, 2015).

1.4 DATA-VERZAMELING

Het verzamelen van data gebeurde aan de hand van individuele, semigestructureerde interviews. In de interviews zijn de ervaringen van de PMA ten aanzien van de communicatie met enkele zorgprofessionals uitgevraagd. Bij een semigestructureerd interview is een interviewprotocol van belang. Het interviewprotocol bevat onderwerpen die tijdens het interview aan de orde komen, waarbij per onderwerp globaal vragen zijn bepaald (Verhoef et al., 2015). Het interviewprotocol (zie bijlage 3) is opgesteld met behulp van de inhoud van Training Con-tAct en Meting Con-tAct. Training Con-tAct (Oostveen, Berns & Jünger, 2018) leert zorgprofessionals gedragingen en technieken bij de vaardigheden 'erkennen', 'ondersteunen' en 'checken'. Meting Con-tAct (Nikkels, 2019) beoordeelt of een gesprekspartner passend gedrag vertoont wat betreft bovenstaande vaardigheden. Bij de communicatieve vaardigheden die zorgprofessionals kunnen inzetten zijn vragen opgesteld. De topics 'erkennen', 'ondersteunen' en 'checken' stonden hierbij centraal.

Alvorens de interviews zijn afgenomen, zijn de video-opnames van Training Con-tAct bekeken. Deze video-opnames hebben inzicht gegeven in het communicatief functioneren van de patiënten (zie tabel 4). Dit stelde de interviewer in staat om zowel de communicatie als de vraagstelling in het interview aan te passen aan de PMA. Er is getracht om de vraagstelling zo te formuleren, dat antwoord in de vorm van ja/nee voldoende was. Bij patiënten met voldoende verbale mogelijkheden werden deze antwoorden uitgediept. Het interview heeft plaatsgevonden via een digitaal beveiligd platform en waar mogelijk was de partner aanwezig. Het interview is opgenomen met behulp van geluids- en/of beeldopname.

1.5 DATA-ANALYSE

De verkregen interviewgegevens zijn letterlijk getranscribeerd aan de hand van de algemene transcribeerregels van Dresing et al. (2015). Tijdens het transcriberen is niet alleen de verbale communicatie, maar ook de non-verbale communicatie uitgeschreven, zoals 'glimlachen' en 'vragende mimiek'. Deze non-verbale communicatie is tijdens het interview bijgehouden middels schriftelijke aantekeningen en belangrijk bij het interpreteren van de gegevens. Nadat de transcripten verkregen zijn, zijn deze geanalyseerd aan de hand van coderen (Verhoef et al., 2015). Het coderen heeft plaatsgevonden vanuit een startlijst, waarbij is uitgegaan van de vraagstelling, deelvragen en de daaruit voortgekomen items of thema's (Verhoef et al., 2015). Bij het coderen zijn de categorieën uit Training Con-tAct gebruikt als thema's. De vaardigheden 'erkennen', 'ondersteunen' en 'checken' stonden gedurende de analyse centraal. Tevens was er middels een open blik gedurende de analyse ruimte voor nieuwe inzichten.

1.6 ETHIEK

De gedragscode 'praktijkgericht onderzoek' stond centraal (Verhoef et al., 2015). De verzamelde persoonsgegevens zijn vertrouwelijk behandeld, waarbij de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in acht is genomen. Middels schriftelijke reactie op de toestemmingsverklaring (zie bijlage 2) hebben de ZP's én de PMA toestemming gegeven voor het verzamelen, bewaren en inzien van de onderzoeksgegevens. De onderzoeksgegevens worden 10 jaar (beveiligd) bewaard. Zowel de video- als de geluidsopname zijn na de analyse verwijderd.

2. RESULTATEN

2.1 ERVARINGEN PMA

Door middel van individuele interviews zijn de ervaringen van de afasiepatiënten betreffende de communicatie met én de communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals uitgevraagd. Over de patiëntengroep zijn de volgende gegevens bekend, beschreven in tabel 3.

PMA	Geslacht	Ernst afasie	Tijd post onset
1 (Hierna: R1)	Vrouw	Matig	7 maanden
2 (Hierna: R2)	Man	(Zeer) ernstig	4 maanden
3 (Hierna: R3)	Man	Zeer ernstig	11 maanden
4 (Hierna: R4)	Man	Matig	4 maanden

Tabel 3. Overzicht deelnemers

De thema's die uit de interviews naar voren kwamen worden hieronder per onderwerp besproken en geïllustreerd met citaten.

Ondersteunen

Alle respondenten benoemden hun ervaringen met het gebruik van schrijven/tekenen, het aanpassen van taalgebruik, gebaren/aanwijzen en het tijd nemen voor het gesprek.

Schrijven/tekenen

Wat betreft het gebruik van schriftelijke ondersteuning door de therapeuten hadden de respondenten wisselende ervaringen. Drie respondenten gaven aan dat alle therapeuten gebruik maakten van schriftelijke ondersteuning. De respondenten hadden dit nodig en ervoeren dit als prettig. Echter, bij drie respondenten gebruikte de fysiotherapeut geen pen en papier. Dit was volgens twee respondenten ook niet nodig. Deze therapie richtte zich immers meer op bewegen en de uitleg werd goed begrepen. Eén respondent gaf aan het wél prettig gevonden te hebben als de fysiotherapeut pen en papier gebruikte. Het gebrek aan ondersteuning resulteerde in 'ruis'.

R1: Vroeger zou hij/zij het wel moeten hebben, want toen kwam hij/zij niet over. Ik weet het niet, tussen hem/haar en mij was een heleboel ruis.

O: Ja en dan had u het prettig gevonden als hij/zij pen en papier had gebruikt?

R1: Ja.

Eén respondent gaf ook aan, dat één therapeut heel soms gebruik maakte van schrijven. De respondent vond het eigenlijk niet nodig dat deze therapeut meer schreef. Met name vanwege de hulp van partner én omdat de behandeling meer op de partner gericht was.

Twee respondenten benoemden dat de verpleging geen gebruik maakte van pen en papier. Eén respondent gaf aan dit niet nodig te hebben. De andere respondent gaf aan dat het soms wél nodig was, maar dat dan juist de verpleegkundigen het vergaten. Het gebruik van schriftelijke ondersteuning had hij/zij wel fijn gevonden, met name gedurende een langer gesprek. Echter, gezien de werkdruk begreep de respondent dat de verpleegkundigen dit niet altijd toepasten.

R1: Nou, eigenlijk is dat niet goed. Maar ja, je kunt ook niet verwachten van een verpleegkundige die eigenlijk van een andere afdeling komt of die nog ingewerkt moet worden, ja weet je er zijn nogal wat regels. Ik snap wel, dat je bepaald werk niet kan doen, dat begrijp ik heus wel. Sommigen moeten erin groeien en soms doen ze het gewoon niet, ja dat lukt gewoon niet.

Twee respondenten reflecteerden op het gebruik van schriftelijke ondersteuning door de revalidatiearts. Bij één respondent gebruikte de arts pen en papier, dit werd als prettig ervaren. Bij de andere respondent gebruikte de arts dit niet, terwijl hij/zij dit wél fijn had gevonden.

O: Maar gebruikte hij/zij bijvoorbeeld wel pen en papier?

R1: Nee, nee.

O: En had u dat fijn gevonden bij de arts?

R1: Ja, fijn gevonden. Bij de arts helemaal! Pen en papier.

Deze respondent gaf ook aan dat het gebruik van pen en papier 'niet het hoogste doel is'. Het gebruik van schriftelijke ondersteuning, en de tevredenheid hiermee, ligt meer in het afstemmen door de therapeut én dat de therapeut wist wat de respondent op dat moment nodig had.

Taalgebruik aanpassen

Drie respondenten deelden ervaringen over het aanpassen van taalgebruik. Hierbij gaf één respondent aan dat het lastig is om te beoordelen of de therapeuten korte zinnen gebruikten. De partner vulde aan dat de korte zinnen voor de respondent al lang zijn. De andere respondent kon duidelijk aangeven of het taalgebruik van de therapeuten werd aangepast. Deze respondent gaf aan het niet fijn te vinden als therapeuten in korte zinnen en met eenvoudige woorden spraken. Echter, dit deden een aantal therapeuten (en de verpleging) in het begin van de behandelingen wél.

R1: X had in het begin ook echt zoiets van korte zinnen (lacht), nou ja, je weet hoe ze dat allemaal te horen krijgen. Ik heb echt gewoon zoiets van 'ja, praat gewoon normaal'.

De meeste therapeuten waren in staat om het taalgebruik aan te passen aan de wensen van de respondent. Echter, één behandelaar bleef deze respondent op een kinderlijke manier, in korte zinnen, aanspreken. Dit heeft de respondent niet als prettig ervaren.

De derde respondent benoemde dat één therapeut vaktermen gebruikte, die de respondent niet goed begreep. Hij/zij ervaarde deze gesprekken dan ook als moeilijk.

R4: Ja, die heeft een hoop kreten, die ja, die weet ik gewoon niet. Die wist ik nooit, die weet ik nou ook niet. Ja, die ehm, dat kwam er te moeilijk uit.

Gebaren/aanwijzen

Bij twee respondenten was het gezien de ernst van de afasie relevant dat therapeuten gebruik maakten van gebaren/aanwijzen. Eén respondent gaf aan zelf wel gebruik te maken van gebaren, maar dat een ander dit niet hoeft te doen.

Partner R3: Dat hij/zij gebaren doet, maar iemand anders hoeft dat niet per se te doen. Eigenlijk, omdat hij/zij het zelf heel goed begrijpt wat ze vragen of zeggen.

De andere respondent gaf aan het prettig te vinden als therapeuten iets gebaren/aanwijzen. Dit deden beide therapeuten die de respondent zich kon herinneren en werd als 'heerlijk' ervaren.

Tijd nemen voor het gesprek

Drie respondenten gaven aan dat de therapeuten, inclusief de revalidatiearts en de verpleging, goed de tijd namen voor een gesprek. Dit hebben zij als prettig ervaren. Eén respondent gaf aan dat de verpleging goed de tijd nam, maar dat er vaak sprake was van kortdurend contact.

Een respondent reflecteerde kritischer op 'tijd nemen'. Hierbij gaf de respondent aan dat niet alle verpleegkundigen de tijd namen voor een gesprek. Dit kwam volgens de respondent door de werkdruk. De respondent had het wél fijn gevonden als zij meer tijd zouden nemen. Het 'gejaag' werd niet als prettig ervaren.

R1: Niet allemaal, maar dat had te maken met de drukte. Als het erg druk was, dan waren ze gauw weer vertrokken naar een andere patiënt.

De poliklinische therapeuten die deze respondent gezien heeft, namen allen de tijd voor een gesprek. Dit heeft de respondent als fijn ervaren. Echter, er was één zorgprofessional waarvan de respondent vond dat hij/zij niet goed de tijd nam. Niet alleen de gesprekken moesten snel, ook ging de zorgprofessional snel over de stof heen, waar de respondent meer diepgang wilde. Dit resulteerde in onprettige ervaringen.

Ondersteuning van/door partner

Eén respondent gaf aan dat de hulp van de partner de communicatie bevorderde. De ondersteuning van de partner bestond voornamelijk uit helpen wanneer de respondent iets aan de therapeut duidelijk wilde maken. Ook één therapeut schakelde af en toe de ondersteuning in van de partner, om na te vragen wat de PMA bedoelde tijdens de behandeling. Hierdoor werd miscommunicatie voorkomen. Het inzetten van de partner kan ook gezien worden als een techniek die een zorgprofessional gebruikt om de boodschap van de PMA beter te kunnen begrijpen.

Partner R3: Af en toe. Dat X mij ook ging roepen, omdat X het niet begreep. Dan schreef X het op, kwam X mij roepen en dan vroeg X wat mijn partner daarmee bedoelde.

Checken

Het reflecteren op 'controleren of de gesprekspartners elkaar begrepen hebben' bleek lastig en abstract. Drie respondenten gaven aan dat er nauwelijks sprake was van miscommunicatie met de therapeuten, waaruit blijkt dat de gesprekspartners elkaar goed begrepen. Bij één respondent zorgde de hulp van de partner ervoor dat miscommunicatie werd opgelost. De tweede respondent gaf aan dat er met de verpleging, ondanks dat zij geen pen en papier gebruikten, en met de poliklinische

therapeuten geen sprake was van miscommunicatie. De derde respondent benoemde dat er nauwelijks miscommunicatie was, maar wanneer dit wél het geval was, kwam dit door de respondent zelf.

R4: Ja, ik denk dat het allemaal goed ging. Maar ehm, soms dan deed ik, ja maar dat ligt niet aan hun. Dat ligt gewoon aan mijn hersenen zelf. Geen idee, ging volgens mij allemaal wel goed, dus.

Het controleren of de PMA de boodschap van de zorgprofessional goed begreep, werd door één respondent expliciet benoemd. Hij/zij heeft met twee therapeuten afgesproken na de behandeling een terugkoppeling te krijgen via de e-mail. De respondent kan dan controleren of hij/zij de therapeut goed begrepen heeft.

R4: Maar ja, dat moet ik gewoon nog een keertje over verteld hebben, dan lukt het wel. Dus daarom een samenvatting, doen we nog even een keertje op de e-mail.

Erkennen

Houding/attitude

Alle respondenten gaven aan zich bij (bijna) alle therapeuten op hun gemak te voelen. Eén respondent gaf aan dat hij/zij zich bij één therapeut niet op het gemak voelde. Dit kwam doordat de therapeut hem/haar met een slecht passende spreektoonhoogte- en volume benaderde. Tevens gaf een andere respondent aan zich bij één therapeut niet op het gemak te voelen. De redenen hiervoor waren deels te wijten aan gebrek aan ondersteuning. Ook op het gebied van erkennen leek deze therapeut niet alert te zijn op de communicatieve signalen van de PMA. De PMA gaf aan dat de gesprekken oppervlakkig waren, terwijl er behoefte was aan meer diepgang.

R1: Nee, X nam niet zo erg de tijd. Dat is punt één. Punt twee, hij/zij ging gauw over de stof heen.

O: Dus, waar u er dieper op in wilde gaan, ging hij/zij naar het volgende onderwerp?

R1: Ja.

De therapeuten hebben een rustige en luisterende houding. De luisterende attitude werd door de respondenten ook getypeerd door het alert zijn op communicatieve signalen, waarbij ruimte is voor andere gesprekken. Dit werd als erg fijn ervaren.

R1: Ja, ik vind het heel goed. We hebben zelfs allemaal praatjes die helemaal niks met de fysiotherapie te maken hebben.

Spreektoonhoogte en spreekvolume

De respondenten gaven aan dat de therapeuten hen (over het algemeen) op een volwassen manier benaderden. Dit werd als erg prettig ervaren. Echter, twee respondenten hadden andere ervaringen. Eén respondent gaf aan dat één therapeut hem/haar met een slecht passende spreektoonhoogte- en volume benaderde, waarbij ook langzaam werd gesproken. Dit werd niet als prettig ervaren, waardoor de behandeling is gestopt. De andere respondent herkende het langzaam en harder spreken door één therapeut. Nadat hij/zij dit aangaf paste de therapeut zich hierop aan.

R4: Nee, ik heb al diverse keren gezegd van 'joh, gewoon lekker vlot', ik ben geen..., het ging allemaal heel goed in mijn hersenen, alleen het praten dat ging gewoon niet goed. Dus ze kon gewoon lekker praten zoals ik altijd deed.

Metacommunicatie: communiceren over de communicatie

De therapeuten waren goed afgestemd op de respondenten, waardoor zij op één lijn met elkaar zaten. Dit kwam met name door het gebruik van passende ondersteuning én attitude. Eén respondent benoemde dat therapeuten middels schriftelijke ondersteuning aangaven dat zij hem/haar niet begrepen. De therapeuten structureerden dan het gesprek en probeerden zo de onduidelijkheid te achterhalen. Deze manier werd als prettig ervaren.

Partner R3: Hij/zij wijst aan, dat ze dus schrijft. Als ze het niet begreep, dat ze het dus opschreef.

Eén respondent benoemde dat de verpleging hem/haar wel eens verkeerd begreep. Dit gaf enkel de respondent aan, niet de verpleging zelf.

R1: Ik weet niet, ik heb dat niet meegemaakt eigenlijk. Ik heb dat niet meegemaakt, dat ze mij niet begrepen. Ja af en toe, het gebeurde wel eens, één keer in de drie weken ofzo. En dan zei ik gelijk 'dit bedoel ik niet', dan nog een keer 'dit bedoel ik niet'. Dan was het eruit.

Ook gaf één therapeut aan, bij aanvang van de therapie, tekort te schieten in het communiceren met afasiepatiënten. De therapeut gaf dit aan, zonder dat er een moment was waarop de communicatie vastliep.

Partner R3: Ja, X zei ook 'ik ben hier niet zo in thuis, maar ik probeer het wel goed te doen'.

Frustratie erkennen en benoemen

Eén respondent gaf aan dat hij/zij gefrustreerd raakte bij één therapeut. Deze frustratie bleek echter meer op het vlak van de oefening te liggen dan op de communicatie. De therapeut herkende en benoemde de frustratie immers goed, maar paste zich hier vervolgens onvoldoende op aan. De oefening werd, ondanks de frustratie, hervat. De ervaring van de respondent met deze therapeut was dan ook onprettig.

O: Ja. Dus eigenlijk ging X er goed mee om. X zei 'ik zie dat u het moeilijk vindt, ik ga u helpen?'

R4: Ja.

O: Maar u wilde niet verder?

R4: Nee.

De andere respondent gaf, indirect, aan af en toe gefrustreerd te raken bij de gesprekken met de verpleging. De respondent gaf tijdens deze gesprekken een aantal keer 'dit bedoel ik niet' (op

geërgerde toon) aan. Ook raakte deze respondent aan het begin van de behandeling gefrustreerd bij één therapeut.

R1: Ja, vroeger wel. Nu niet meer. Vroeger was het wel 'hé, waarom begrijpt ze me niet'. Vroeger wel, maar nu helemaal niet meer.

O: En als u vroeger gefrustreerd raakte, hoe ging X daar dan mee om?

R1: Dat weet ik niet, want ik raakte gefrustreerd in mijn eigen tijd. X was alweer weg.

Naast het inzetten van de communicatieve vaardigheden door de therapeut, bleek ook de band met de therapeut van belang voor de ervaring van de respondenten.

Band met therapeut

Drie respondenten waren in staat te reflecteren op de band met de therapeuten. Zij gaven aan over het algemeen een goede band te hebben (gehad) met de therapeuten en/of verpleging.

R4: De persoon heb je nodig als je gaat revalideren, dat zie ik wel.

Eenzijds zijn voor deze band de communicatieve vaardigheden van de therapeut bepalend. Eén respondent gaf aan zich niet prettig te voelen bij een therapeut, omdat deze therapeut de respondent communicatief slecht passend benaderde (spreektoonhoogte- en volume). Een andere respondent benoemde ook dat de band met een therapeut niet goed was, vanwege onvoldoende communicatieve vaardigheden. Hierdoor had deze respondent geen vertrouwen in de therapeut.

R1: Ja, eigenlijk is het dat wel ja. Kijk, die X, die, hij/zij is best lief. De lievigheid die kan ik best wel waarderen aan hem/haar, maar ja ik heb niet echt veel vertrouwen in hem/haar ja.

O: Komt dat omdat u vond dat hij/ zij niet goed afgestemd was op u?

R1: Ja.

Anderzijds zijn er, naast een persoonlijke klik, ook gedragingen die ervoor zorgen dat de respondenten een band met de therapeuten voelden. Zo wordt aangegeven dat de therapeuten goed ingespeeld waren op wensen/behoefte omtrent de invulling van de behandeling en op de behoefte aan het maken van een praatje/grapjes.

Partner R3: Nee lachen, waar hij/zij mee kon lachen was X. Dat was niet alleen maar oefenen, maar dat hij/zij tussendoor ook een grapje en zo met haar maakte. Dat was erg belangrijk voor hem/haar.

R1: Ja, dat was fijn. Ze wist heel goed, welke spelletjes ze moest nemen en soms helemaal geen spel, soms zaten we gewoon lekker te kletsen. Ja ik weet niet, dat zat heel goed. Daar zat heel goed een mix in.

Tevredenheid revalidatiecentrum

Alle respondenten waren tevreden over de revalidatiezorg. Eén respondent benoemde dat hij/zij langer mocht blijven, dit werd als prettig ervaren. Tevens benoemde een andere respondent dat hij/zij na ontslag van de kliniek, gelijk kon starten op de polikliniek. Dit vond deze respondent erg fijn. Twee respondenten gaven, naast tevreden te zijn over de therapeuten, ook expliciet aan over de verpleging tevreden te zijn. Met name gezien de tijdsdruk, heeft één respondent de zorg als prettig ervaren.

R1: Ja, ik vond wel de verpleegkundigen over het algemeen heel erg goed in de omgang met de patiënten. Overal was wel volgens mij over nagedacht.

Ook de twee aanwezige partners waren enthousiast over ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###. Zij herkennen de communicatieve vaardigheden bij de therapeuten. Ook gaf één partner aan dat hij/zij de ruimte kreeg om bij de therapeuten belemmeringen thuis aan te geven. Dit werd als prettig ervaren.

Partner R3: Als ik iets had daar, dan legde ik het ook gelijk wel voor. Als er iets was of omtrent hemzelf/haarzelf, dat hij/zij daar heel tevreden deed en thuis anders reageerde.

Met name de logopedist en/of ergotherapeut vonden de respondenten de fijnste therapeut(en). Vanwege de inzet van communicatieve vaardigheden of een persoonlijke klik. De logopedist werd genoemd, omdat zij het vaakst gezien werd. Ook gaf één respondent aan dat de logopedist aan het begin van de revalidatie, toen het praten nauwelijks lukte, een basis heeft gelegd. Dit zorgde voor fijne ervaringen.

R4: Zij (logopedist kliniek) is natuurlijk helemaal begonnen bij mij, althans toen kon ik bijna niks praten. Ja ik heb echt goede stappen gemaakt, bij X eigenlijk.

Twee respondenten benoemen niet enkel de therapeuten, maar ook de baliemedewerkers. Eén respondent gaf aan het 'gewoon leuk' te vinden dat zij daar zitten, ook vanwege de bereidheid om te helpen. De andere respondent gaf ook aan dat de baliemedewerkers behulpzaam waren, bijvoorbeeld bij het uitleggen waar hij/zij moest zijn voor therapie.

3. DISCUSSIE

3.1 RESULTATEN

Van gesprekspartners wordt verlangd dat zij zich aanpassen aan de communicatieve vaardigheden van de PMA. Deze aanpassing heeft als doel dat de afatische partner zijn communicatieve vaardigheden zo optimaal mogelijk kan benutten (Berns & Wielaert, 2014). De respondenten uit dit onderzoek geven aan dat de meeste therapeuten goed in staat waren hun communicatieve vaardigheden aan te passen aan de mogelijkheden van het individu.

Effectieve communicatie is de activiteit waarvoor de gesprekspartners een succesvolle gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen, waarbij met behulp van strategieën en het gebruik van verschillende modaliteiten (verbaal en non-verbaal) informatie wordt uitgewisseld (Stans et al., 2018). Dit blijkt ook uit de resultaten van dit onderzoek. De strategieën bij 'erkennen', 'ondersteunen' en 'checken', dragen bij aan effectieve communicatie. De respondenten hebben positieve ervaringen met de communicatie met zorgprofessionals, waarbij met name het inzetten van strategieën (door de therapeuten) 'tijd nemen', 'ondersteunen' en 'een respectvolle en luisterende attitude' als prettig wordt ervaren.

De respondenten waren voornamelijk in staat te reflecteren op technieken en strategieën behorende bij 'ondersteunen' en 'erkennen'. De vaardigheid 'checken' bleek te abstract om op te kunnen reflecteren.

Zorgprofessionals kunnen kwalitatief goede én patiëntgerichte zorg bieden als zij hun communicatieve vaardigheden afstemmen op de PMA (Heard et al., 2017). Het is van belang dat de therapeut zijn gedrag afstemt op de wensen en behoeften van de cliënt, elke afasiepatiënt heeft immers unieke én specifieke communicatiebehoeften (King & Simmons-Mackie, 2017). Dat de communicatieve vaardigheden moeten worden afgestemd op het individu blijkt ook uit dit onderzoek. In Training Con-tAct leren zorgprofessionals hun taalgebruik aan te passen aan de PMA, waarbij het spreken in korte zinnen en met eenvoudige woorden wordt aanbevolen. Echter, één respondent geeft aan het niet prettig te vinden als zorgprofessionals op deze wijze spreken. Deze respondent vindt het prettig als zorgprofessionals 'normaal' spreken, dit leidt voor hem/haar tot betere communicatie. Ook geven twee respondenten aan dat de verpleging geen schriftelijke ondersteuning gebruikten. Iedere respondent bleek een andere communicatiebehoefte te hebben, waarbij één respondent aangaf het wel degelijk fijn te vinden als de verpleging kernwoorden op zou schrijven. Communicatiebehoeften zijn specifiek en uniek. Het is van belang dat de zorgprofessional zich hiervan bewust is én hierop kan afstemmen.

Niet enkel het slagen van de transactie heeft invloed op hoe de respondenten de communicatie evalueren. Ook de band met de therapeut, de interactie, is van belang. Communicatie is medebepalend voor het welbevinden van mensen (Neijenhuis, 2018). Gedragingen passend bij 'erkennen', zoals 'open staan voor een praatje' en 'een afwisseling van oefenen en praten' zijn volgens de respondenten bepalend voor de band met de therapeut. Neijenhuis (2018) beschrijft dat een gezonde balans in het communicatieproces belangrijk is. Als de communicatie in balans is, wordt informatie uitgewisseld op gelijkwaardige wijze (transactie) en is interactie mogelijk (het sociale aspect van communicatie). Dit wordt ook zo ervaren door de respondenten. Zodra er sprake is van een gezonde balans in het communicatieproces, bouwt de patiënt een band op met de zorgprofessional.

Niet enkel communicatiebehoeften zijn uniek, ook de ervaringen met verschillende zorgprofessionals zijn uiteenlopend. Het bleek niet mogelijk een uitspraak te doen over de manier van communiceren 'per discipline'. Waar één respondent aangeeft dat de verpleging niet goed de tijd nam voor gesprekken, gaf een ander aan dat de verpleging alle tijd had voor een gesprek. Een aantal keren werd benoemd dat de behandeling met de fysiotherapeut voornamelijk bestond uit oefenen met bewegen, waardoor de communicatie op de achtergrond lijkt te staan. Alle respondenten geven aan de communicatie met de logopedist en/of ergotherapeut als prettigst te hebben ervaren. Dit kwam enerzijds door de communicatieve vaardigheden van deze therapeuten en anderzijds door een persoonlijke band. De ervaringen met het contact met de logopedist kunnen samenhangen met het feit dat de logopedist het vaakst gezien wordt door de respondenten.

3.2 PROCES

Middels een kwalitatieve onderzoeksmethode zijn data voor dit onderzoek verzameld. Deze onderzoeksmethode is geschikt als het gaat om het verzamelen van informatie over kennis, vaardigheden en opinies (Verhoef et al., 2015). Gedurende het interview is het interviewprotocol aangehouden, dit maakte dat de data goed geanalyseerd en vergeleken konden worden.

Vanwege de intelligente lockdown was het niet mogelijk 'face to face' interviews af te nemen. De interviews moesten via videobellen plaatsvinden. Tijdens het videobellen is gebleken dat het lastig is om ondersteuningsmiddelen, zoals schrijven en afbeeldingen ter ondersteuning, in te zetten. Bij één afasiepatiënt kon tijdens het interview niet aan de communicatiebehoeften worden voldaan. Vanwege de ernst van de afasie, en de behoefte aan ondersteuning, was het niet mogelijk om via videobellen de ervaringen te achterhalen. Een onderzoeker met meer ervaring had dit interview wellicht wel kunnen afnemen bij deze deelnemer. De resultaten van dit interview zijn niet geanalyseerd. Bij de overige deelnemers was interviewen via videobellen wel mogelijk. Bij twee deelnemers waren de partners aanwezig. Echter, dit kan ervoor zorgen dat de ervaringen vertekend zijn. Zo stellen Luck & Rose (2007) dat het beter is om de deelnemers alleen te interviewen om de mogelijkheid van het 'spreken voor' gedrag van partners te vermijden.

Gedurende het transcribeerproces is zowel de verbale als de non-verbale communicatie opgenomen om de ervaringen van de respondenten te achterhalen. Volgens Luke & Rose (2007) is het, om een gedetailleerde analyse uit te voeren, nodig dat het transcript zowel de verbale als non-verbale communicatie bevat. Echter, er heeft geen membercheck plaatsgevonden. Dit had de interne validiteit kunnen verhogen.

De externe validiteit van dit onderzoek is redelijk. De onderzoeksgroep is representatief, zo zijn er afasiepatiënten geïnccludeerd met verschillende ernstgradaties. Echter, de onderzoeksgroep is relatief klein en benaderd via de opdrachtgevers, de deelnemers zijn niet willekeurig geselecteerd. Het beperkte aantal participanten zorgt voor een verminderde generaliseerbaarheid naar een bredere populatie zoals 'alle afasiepatiënten'. Een volgende onderzoeker zou de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van dit onderzoek kunnen verhogen door het vergroten van de onderzoeksgroep. Echter, Verhoef et al. (2015) stelt dat kwalitatief onderzoek waarbij weinig deelnemers zijn betrokken, vaak gericht is op een specifieke groep. De externe validiteit is dan vaak beperkt, maar dit onderzoek kan voor de betreffende groep en context heel waardevol zijn.

4. CONCLUSIE

Gedurende het onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

'Wat zijn de ervaringen van (oud)cliënten met afasie, die revalideerden op de (poli)kliniek van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###, met de communicatie met zorgprofessionals; zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, maatschappelijk werker revalidatiearts of psycholoog?'

Uit dit onderzoek is gebleken dat de cliënten de communicatie met de zorgprofessionals binnen ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### als positief hebben ervaren. De cliënten voelden zich op hun gemak bij de zorgprofessionals, mede doordat de zorgprofessionals goed waren afgestemd op de individuele wensen en behoeften van de cliënt.

De ervaringen van de cliënten zijn persoonlijk en uiteenlopend. Ook de communicatiebehoeften van iedere cliënt zijn specifiek en uniek. Het kunnen inschatten wat iedere cliënt nodig heeft is een taak van de zorgprofessional. Goede afstemming kan eraan bijdragen dat een cliënt positieve ervaringen heeft.

De communicatieve vaardigheden die zorgprofessionals inzetten herkennen de cliënten wanneer zij reflecteren op de communicatie. Positieve ervaringen ten aanzien van de communicatie met zorgprofessionals worden dan ook gevormd door het toepassen van de communicatieve vaardigheden 'ondersteunen', 'erkennen' en 'checken' door de zorgprofessional. Voornamelijk het toepassen van strategieën als 'tijd nemen (ondersteunen)', 'schriftelijke ondersteuning (ondersteunen)' en 'passende attitude (erkennen)' maakt dat een cliënt positief terugkijkt op de communicatie met een zorgprofessional. Negatieve ervaringen die een aantal respondenten benoemen zijn te wijten aan factoren als 'gebrek aan schriftelijke ondersteuning (ondersteunen)', 'onvoldoende de tijd nemen (ondersteunen)' én 'onvoldoende passende spreektoonhoogte en -volume' (erkennen).

Tevens wordt de tevredenheid van de cliënt over de communicatie met de zorgprofessionals beïnvloed door de band met de zorgprofessional. Enerzijds kan deze band gevormd worden door een persoonlijke klik en anderzijds door het inzetten, door de therapeut, van gedragingen passend bij 'erkennen'. Met name het openstaan voor een praatje buiten de behandelingen om, de ruimte voor humor en afstemmen op de behoeften van de cliënt omtrent de invulling van de behandeling (oefenen-praten) ervaren de cliënten als fijn. Hierbij is het van belang dat de zorgprofessional alert is op alle communicatieve signalen van de cliënt en hiervoor openstaat.

5. AANBEVELINGEN

5.1 PRAKTISCHE AANBEVELINGEN

- Het is van belang dat binnen nu en twee jaar alle zorgprofessionals van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### getraind worden met behulp van Training Con-tAct, zodat de zorgprofessionals hun communicatie kunnen afstemmen op individuele cliënten. Tevens moet de training structureel aangeboden worden aan alle toekomstige nieuwe medewerkers.
- Het is belangrijk dat de zorgprofessional zich niet enkel focust op het toepassen van (zichtbare) strategieën op het gebied van 'ondersteunen'. De gedragingen passend bij 'erkennen' zijn bepalend voor de band die met de patiënt gecreëerd wordt. Het zich erkend voelen als gesprekspartner draagt belangrijk bij aan de tevredenheid van de cliënt ten aanzien van de relatie én communicatie met de zorgprofessional.
- Leer van elkaar; de logopedist en ergotherapeut worden gezien als 'prettigste therapeuten'. Voor de andere disciplines kan het leerzaam zijn om deze behandelingen te observeren. Op deze wijze kunnen zij inspiratie opdoen wat betreft het inzetten van communicatieve vaardigheden en strategieën.
- De logopedist is deskundig op het gebied van communicatie en het toepassen van de communicatieve vaardigheden. Observeer, als logopedist, de behandelingen van collega's en geef hen gericht feedback op hun communicatieve vaardigheden. Dit kan hen helpen de communicatie beter aan te passen aan de cliënt.

5.2 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

- Het reflecteren door de PMA op 'erkennen: metacommunicatie' en 'checken' tijdens gesprekken met de therapeuten is abstract. Men herinnert zich vooral 'tijd nemen', 'schriftelijke ondersteuning' en 'attitude zorgprofessional'. Door tijdens het interview video-opnames van gesprekken te tonen en communicatieve situaties uit de gesprekken te bespreken, kunnen abstracte concepten geconcretiseerd worden. Op deze wijze is het mogelijk bij deze aspecten ervaringen uit te vragen.
- De ervaringen van de respondenten zijn met name gericht op de verpleging op de klinische afdeling en de therapeuten op de poliklinische afdelingen. Het is ook interessant om inzichtelijk te maken wat de ervaringen zijn met de therapeuten van de kliniek.

LITERATUUR

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

Berns, P., Jünger, N., Oostveen, N., & Neijenhuis, K. (2019). *Training Con-tAct. Een onderzoek naar de impact van een communicatiepartnertraining voor zorgprofessionals in een revalidatiecentrum*. Op 13 februari 2020 ontleend aan <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/bb36a4a9cdca406c8b1ee2cc29e6c910/berns-training-con-tact-een-onderzoek-naar-de-impact-van-een-communicatiepartnertraining-voor-zorgprofessionals-in-een-revalidatiecentrum.pdf>

Berns, P. & Wielaert, S. (red.) (2014). *Status afasietherapie, nieuwe gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Pearson.

Carragher, M., Steel, G., O'Halloran, R., Torabi, T., Johnson, H., Taylor, N.F. & Rose, M. (2020). Aphasia disrupts usual care: the stroke team's perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia, *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2020.1722264

Dresing, T. & Thorsten/Schmieder, C. Transcription (2015). *Transcription Conventions, Software Guides and Practical Hints for Qualitative Researchers*. 3rd English Edition. Op 23 februari 2020 ontleend aan <http://www.audiotranskription.de/english/transcription-practicalguide.htm>

Heard, R., O'Halloran, R. & McKinley, K. (2017). Communication partner training for health care professionals in an inpatient rehabilitation setting: A parallel randomised trial. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2017; 19: 277–286.

Hersh, D. (2015). "Hopeless, Sorry, Hopeless" Co-constructing Narratives of Care With People Who Have Aphasia Post-stroke. *Top Lang Disorders* Vol. 35, No. 3, pp. 219–236

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.

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

King, J. & Simmons-Mackie, N. (2017). Communication Supports and Best Practices Ensuring People With Aphasia Have an Effective Means of Expressing Needs and Wishes. *Top Lang Disorders* Vol. 37, No. 4, pp. 348–360

Luck, A.M. & Rose, M.L. (2007). Interviewing people with aphasia: insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 2007, 21 (2), 208–224.

Neijenhuis, K. (2018). *Zorg voor communicatie, een goed gesprek is in balans*. Op 21 maart 2020 ontleend aan https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_hr:oai:surfsharekit.nl:4b66b9c6-94c7-47da-975e-8ca683b18d46?q=hogeschool+rotterdam+logopedie&has-link=yes&c=0&p=3

Nikkels, A. (2019). *De ontwikkeling van Meting Con-tAct: een conversatie-beoordelingsinstrument om communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals in gesprek met personen met afasie te beoordelen*. Op 13 februari 2020 ontleend aan [https://theses.uibn.ru.nl/bitstream/handle/123456789/7664/Nikkels%2c A.M. 1.pdf?sequence=1](https://theses.uibn.ru.nl/bitstream/handle/123456789/7664/Nikkels%2c%20A.M.%201.pdf?sequence=1)

NVAT (2015). Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten. (NAIS). Op 1 maart 2020 ontleend aan www.afasietherapie.info/NAIS

Oostveen, Berns & Jünger (2018). *Training Con-tAct voor zorgprofessionals*. Op 23 februari 2020 ontleend aan <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/66d4127436124372b8bc8b3eff3bd262/trainingcontact.pdf>

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814–1837.

Stans, S., Dalemans, R., Roentgen U., Smeets, H. & Beurskens, A. (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expect.* 2018;21: 848–857. <https://doi.org/10.1111/hex.12679>

Stransky, M., Jensen, K.M. & Morris, M. A. (2018). Adults with Communication Disabilities Experience Poorer Health and Healthcare Outcomes Compared to Persons Without Communication Disabilities. *J Gen Intern Med* 33(12):2147–55

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker- van Doorn, C. & Rosendal, H. (2015). *Zorgbasics praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A. & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: their goals according to the ICF. *Aphasiology* Vol 25.

PERSOON MET AFASIE

Geachte heer/mevrouw,

Wilt u mee doen aan mijn **afstudeeronderzoek**? Mijn naam is Manouk van Vliet, stagiaire logopedie. Ik onderzoek de **ervaringen** van mensen met afasie met de **communicatie met zorgprofessionals**.

U **beslist zelf** of u mee wilt doen. Lees deze **informatiebrief** rustig door.

Heeft u na het lezen nog **vragen**, stuur mij dan een mail: Manouk van Vliet

vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd

Doel van het onderzoek

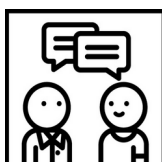
Dit onderzoek betreft de **ervaringen** van een persoon met afasie met de **communicatie met therapeuten** (zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige e.d.) U heeft met verschillende therapeuten gewerkt.

Ik wil weten: hoe heeft u de **communicatie** met de therapeuten **ervaren**?

Met uw mening kan de **zorg** mogelijk **verbeterd** worden.

Uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit **interviews via Facetalk**. Een tijd geleden heeft een zorgprofessional van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### een **video-opname** gemaakt, van een gesprek met u. Voor een training. Ik zou graag deze video-opname bekijken. En met u **bespreken** via Facetalk. Van dit gesprek zal een **(geluids- en/of beeld) opname** worden gemaakt.





Ik weet dat spreken voor u moeilijk is. Ik **help** u tijdens het interview.

Mogelijke voor- en nadelen

Voordelen:

- Uw ervaring kan de **communicatie** in ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ### **verbeteren**.
- De **zorg** voor mensen met afasie kan hierdoor in de toekomst **verbeteren**.

Nadelen:

- Deelname aan dit onderzoek kost u ongeveer **20-30 minuten**.

Vrijwillige deelname

Deelname aan het onderzoek is **vrijwillig**. U mag altijd **stoppen** met het onderzoek. Hier is **geen reden** voor nodig.



Gebruik en bewaren van uw gegevens

Uw gegevens worden **anoniem** verwerkt. De gegevens zijn in te zien door Manouk en haar begeleiders. Uw naam komt **niet** in het **onderzoeksverslag**.

Toestemming geven

U krijgt minimaal **een week** om over de deelname na te denken. U wordt vriendelijk verzocht om daarna aan te geven of u **wel** of **niet** mee wil doen.

- Wanneer u **wel** mee wil doen aan dit onderzoek, kunt u **toestemming** hiervoor geven. Reageer op deze mail met het woord: **ja**.

- Wanneer u **niet** mee wil doen, hoeft u **niets** te doen.

Ik hoop op uw medewerking!

Met vriendelijke groet, Manouk van Vliet

ZORGPROFESSIONAL

Beste zorgprofessional,

Als onderdeel van mijn afstudeerstage ben ik, Manouk van Vliet, student logopedie, bezig met mijn afstudeeronderzoek. Het doel van dit onderzoek is om inzichtelijk te maken wat de ervaringen zijn van revalidanten, die revalideerden bij ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###, ten aanzien van de communicatie met zorgprofessionals. Met het in kaart brengen van de ervaringen van de revalidanten kunnen aanbevelingen worden opgesteld die nodig zijn om patiëntgerichte zorg te bewerkstelligen en om de communicatieve toegankelijkheid te verbeteren. De volgende onderzoeksvraag staat gedurende het onderzoek centraal: Wat zijn de ervaringen van (oud)cliënten met afasie die revalideerden op de polikliniek van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###, met de communicatie met zorgprofessionals; zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, revalidatiearts, maatschappelijk werker en/of psycholoog?

Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar video-opnames van zorgprofessionals, waarbij zij in gesprek zijn met personen met afasie. Tijdens Training Con-tAct zijn dit soort video-opnames gemaakt.

Wat deelname inhoudt

Concreet wil ik u vragen of ik de video-opname die u gemaakt hebt voor Training Con-tAct mag bekijken én beoordelen. Op basis hiervan wil ik met de revalidant uit de video-opname de ervaringen met de communicatie bespreken. Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig, zowel voor u (als persoon die toestemt in het gebruik van de video-opname van Training Con-tAct), als voor de revalidant met afasie met wie ik een gesprek wil voeren naar aanleiding van uw video-opname.

Ik ga vertrouwelijk met uw gegevens om.

Ik behandel de gegevens die ik voor dit onderzoek verzamel strikt vertrouwelijk. Er zullen geen namen van behandelaren te zien zijn in mijn afstudeeronderzoek. Persoonlijke gegevens zullen worden verwerkt onder een code. Als u de toestemmingsverklaring ondertekent, geeft u toestemming voor het verzamelen, bewaren en inzien van de onderzoeks- en persoonsgegevens. De video-opname verwijder ik na de beoordeling. Mijn beoordeling van deze opname zal beveiligd worden opgeslagen voor 10 jaar – conform wetgeving. Deze data zullen enkel inzichtelijk zijn voor de begeleiders van dit onderzoek.

Zo werkt deelname aan het onderzoek

U reageert op deze e-mail met de volgende tekst: 'ik (voornaam, achternaam) begrijp het doel van dit onderzoek en geef hierbij toestemming aan Manouk van Vliet om de video-opname te gebruiken voor haar onderzoek'. Hiermee bevestigt u uw deelname aan dit onderzoek, dat is dus het toestaan dat ik uw video-opname gebruik. Zodra u toestemming heeft gegeven voor deelname aan dit onderzoek, zal ik uw video-opname beoordelen aan de hand van conversatiebeoordelingsinstrument Meting Con-tAct. Mocht u geïnteresseerd zijn in mijn bevindingen (en de ervaringen van de revalidant), dan kan ik deze naderhand met u bespreken.

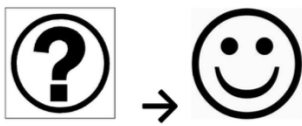
Alvast bedankt voor uw tijd en medewerking!

Met vriendelijke groet,
Manouk van Vliet

PERSOON MET AFASIE

Onderzoek naar de ervaringen met de communicatie met zorgprofessionals binnen ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###.

- Ik heb de informatiebrief **gelezen**. Ik ben geïnformeerd over het **doel** en **verloop** van het onderzoek. Ook kon ik **vragen** stellen en deze zijn beantwoord.



- Ik ga meedoen aan een **digitaal interview**, van ongeveer ± 20-30 minuten.



- Ik had genoeg **tijd** om te **beslissen** of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen geheel **vrijwillig** is. Ook weet ik dat ik op elk moment kan **stoppen**. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor **doelen** die in de informatiebrief vermeld staan.
- Ik geef toestemming voor het maken van een **geluid- en/of beeldopname** tijdens het interview.



- Mijn gegevens zullen **anoniem** gebruikt worden.

Ik wil

- ☐ **wel** meedoen (reageer dan met een 'ja!' op deze mail)

- **niet** meedoen (u hoeft dan niets te doen)

Beste zorgprofessional,

U bent van harte uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek, geleid door Manouk van Vliet, naar ervaringen van (oud)revalidanten, die revalideerden bij ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###, ten aanzien van de communicatie met zorgprofessionals.

Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming om mee te werken aan het bovengenoemde onderzoek.

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ik heb eventuele vragen hierover kunnen stellen.
- Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik mee wil doen aan dit onderzoek.
- Ik weet dat deelname helemaal vrijwillig is.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor de doelen die in de informatiebrief staan vermeld.
- Ik geef toestemming voor het bekijken én beoordelen van mijn video-opname van Training Con-tAct.
- Ik geef toestemming om de verzamelde gegevens tot 10 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek. Met de ondertekening van dit document geef ik, ondergetekende, aan vrijwillig mee te werken aan dit onderzoek. Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek, de manier waarop gegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld. Ik geef de onderzoeker toestemming om de video-opname te bekijken én beoordelen. Tot slot weet ik dat mijn privacy als deelnemer wordt gewaarborgd en dat mijn gegevens in publicatie worden geanonimiseerd.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum: ____/____/ 20____

BIJLAGE III INTERVIEWPROTOCOL

PM A	Ernst afasie	Tijd post onset	Kenmerken afasie (naar aanleiding van video-opname)
1 (V)	Matig	7 maanden	Zowel het begrip als de productie is redelijk. Enkelvoudige vragen worden begrepen, ook zonder schriftelijke ondersteuning. Woordvindproblemen bemoeilijken de taalproductie. De productie is vloeiend.
2 (M)	(Zeer) ernstig	4 maanden	Het begrip is goed. Er wordt nauwelijks gesproken, er is sprake van een ernstige productiestoornis. Ja/nee vragen worden adequaat beantwoord en met behulp van schriftelijke ondersteuning (schrijven) kan mevr./dhr. zich duidelijk maken.
3 (M)	Zeer ernstig	11 maanden	Ernstige productiestoornis, spreekt niet/nauwelijks. Kan adequaat antwoord geven op ja/nee vragen en uit zich middels schriftelijke ondersteuning. Het begrip is licht gestoord.
4 (M)	Matig	4 maanden	Zowel het begrip als de productie is redelijk in één-op één gesprekken. Woordvindproblemen en problemen in de syntaxis bemoeilijken de taalproductie. Er is sprake van een vloeiende productie.

Tabel 4. Uitgebreid overzicht gegevens PMA

De ervaringen van patiënten met afasie met de communicatie met zorgprofessionals.

Telefonisch interview d.d.: 28 april 2020
 Locatie: ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###
 Tijd: 00:00 – 00:00

Benodigdheden:

- Laptop met FaceTalk;
- Een ingeplande afspraak met de patiënten via FaceTalk;
- Opnameapparatuur, geluid en waar mogelijk ook beeld;
- Interviewprotocol;
- Pen en papier voor aanvullende aantekeningen, met name wat betreft de non-verbale communicatie;
- Ondersteunende communicatiemiddelen, zoals: ja/nee kaart, pictogrammen (emoties/gevoelens) en pen (zwarte stift)/papier voor schriftelijke ondersteuning;

Zelf alert zijn op:

- Rustig en duidelijk praten;
- Verbale uitingen passend ondersteunen, door middel van: gebaren, opschrijven en tonen van kernwoorden tijdens het gesprek;
- Vriendelijke mimiek en empathie tonen;
- Signaleren onduidelijkheid door mimiek PMA en reacties waaruit blijkt dat PMA mij niet/anders begrepen heeft.

Voorbereiding, kennismaking en introductie

Welkom heten en voorstellen:

Wat fijn dat u mee wil doen aan mijn onderzoek! Mijn naam is Manouk. Ik ben vierdejaars student logopedie. Ik loop stage op de polikliniek van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###. Voor mijn afstudeeronderzoek onderzoek ik hoe patiënten met afasie de gesprekken met verpleging en therapeuten ervaren.

Doel van het interview benoemen:

Het doel van dit interview is dat ik inzicht krijg in uw ervaringen met de communicatie, het praten/ het voeren van gesprekken, bij ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###. Dus gesprekken die u voerde met de ergotherapeut, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker, de psycholoog, maar ook met de baliemedewerker.

Deelnemer op zijn/haar gemak stellen:

Ik weet dat spreken voor u lastig is. Ik zal u tijdens het interview helpen. We kennen elkaar nog niet, maar ik zal u proberen zo goed mogelijk te helpen! Als u mij niet begrijpt, kunt u dit gewoon aangeven (afspreken hoe patiënt dit aan kan geven, bijvoorbeeld door te zwaaien o.i.d. en hierbij ook goed letten op mimiek en reacties patiënt)

Toestemming:

Schriftelijk heeft u al toestemming gegeven voor deelname aan dit onderzoek. Ik neem het interview op met een audio/videorecorder. Het interview duurt ongeveer 30-45 minuten. U mag altijd aangeven als u wilt stoppen met het interview.

Gegevens participant (omcirkel welke van toepassing is):

PMA- 1/2/3/4/

- Nagaan of er tot zo ver vragen zijn, zo niet: start interview. Zet opname apparatuur aan -

Gedurende het interview wordt zorgprofessional X veranderd in de naam van de therapeut, dit maakt het voor de PMA concreter.

De schuingedrukte vragen in onderstaand interviewprotocol kunnen alleen gesteld worden als de patiënt de (verbale) mogelijkheden heeft om open vragen te beantwoorden. Wanneer dit niet het geval is, is het antwoord op de gesloten ja/nee vraag voldoende.

In plaats van 'vond u dit (on)prettig?' kan ook gevraagd worden 'hoe voelde u zich hierbij?', waarbij de patiënt een emotie kan aangeven (pictogrammen).

Start interview

We gaan het hebben over het praten. Ik ben benieuwd naar uw ervaringen met de gesprekken met verschillende therapeuten en de verpleging. In ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###.

- Kunt u zich nog herinneren met wie u zoal sprak in ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###?
- Ik wil het met u hebben over gesprekken met de verpleging, ergotherapeut/fysiotherapeut en logopedist. (Of met andere disciplines als patiënt dit zelf aangeeft)

We starten met de gesprekken met de verpleging in de kliniek, dit is voor u al lang geleden.

Achtergrondinformatie gesprekken verpleging

- Waar praatte u over met de verpleging?
- Begonnen zij wel eens een gesprek?
- Vond u praten met de ene verpleegkundige fijner dan met de ander? (waar mogelijk; hoe kwam dit?)

Als u nu een verpleegkundige in gedachte neemt, verpleegkundige X. en u was aan het praten met hem/haar...

Erkennen

- Vond u het fijn om met hem/haar te praten? *Waarom wel/niet? Hoe kwam dat?*
- Had u het idee dat verpleegkundige X goed naar u luisterde?
- Praatte X op een volwassen manier tegen u?
- Vaak gaan mensen harder en hoger praten, op een kinderlijke manier. Had u het idee dat verpleegkundige X harder/hoger ging praten? Vond u dat (on)prettig? *Hoe heeft u dit ervaren?*
- Praten is iets wat je samendoet. Hierbij hoort ook het zeggen dat je elkaar niet begrijpt. Zei verpleegkundige X wel eens dat ze u niet begreep? Hoe ervaaarde u dit? Vond u dit juist wel/niet fijn? *Hoe werd dit opgelost?*
- Praten kan soms frustrerend zijn. Het gaat soms wat lastiger. Voelde u zich wel eens gefrustreerd als u met X aan het praten was? *Waarom wel/niet? Wat gebeurde er dan? Wat was de reactie van verpleegkundige X?*
- Zag hij/zij de frustratie? Bijvoorbeeld: 'ik zie dat u het moeilijk vindt?'
- Erkende hij/zij de frustratie? Bijvoorbeeld: 'ik snap dat het voor u lastig is'

Ondersteunen

- Vindt u dat verpleegkundige X de tijd nam voor een gesprek met u?
- Praten in korte zinnen en eenvoudige woorden is fijn. Dit kan u helpen het beter te begrijpen. Als u praatte met verpleegkundige X, sprak zij dan in korte zinnen? En met eenvoudige woorden? Vond u dat fijn?
- Ook het stellen van ja/nee vragen kunnen u helpen. Bijvoorbeeld: wilt u koffie? In plaats van: wat wilt u drinken? (Toepasselijke vraag per discipline bedenken!) Stelde verpleegkundige X vaak ja/nee vragen? Dus vragen waarop het antwoord ja of nee is. *Vond u dit prettig? Waarom wel/niet?*
- Gebaren/aanwijzen kunnen u helpen als ondersteuning van een boodschap. Bijvoorbeeld een voorwerp aanwijzen waar het gesprek over gaat. Ik ben benieuwd of X dit ook deed. Gebaarde hij/zij wel eens? Vond u dit fijn? *Waarom wel/niet?*
- Net als gebaren kan het helpen om iets op te schrijven of te tekenen. Dan ziet u het woord of een afbeelding. Dit kan een gesprek verduidelijken. Gebruikte X vaak pen en papier? Vond u dit fijn? *Waarom wel/niet?*

Checken

Bij praten is het belangrijk dat je elkaar goed begrijpt. Anders ontstaat er miscommunicatie. Dan begrijp je elkaar niet.

- Om ervoor te zorgen dat de verpleegkundige u goed begrijpt kan hij/zij dit aan u vragen. Hij/zij kan dan zeggen: 'begrijp ik het goed dat...' Gebeurde dit wel eens? *Vond u dit prettig? Waarom wel/niet?*
- Om miscommunicatie te voorkomen, is het ook belangrijk dat X vraagt of u begrijpt wat hij/zij heeft gezegd. Zij kan dan zeggen: 'begrijpt u mij? Kunt u mij volgen?' Gebeurde dit

wel eens? Vond u dit prettig? Waarom wel/niet?

Is er wel eens iets misgegaan doordat de verpleegkundige u niet goed begreep?

Is er nog iets wat u wil zeggen over het praten met verpleegkundige X?

We hebben het gehad over het praten met verpleegkundige X. Nu gaan we het hebben over het praten met fysiotherapeut/ergotherapeut X. Toen u beneden was op de polikliniek van ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###.

Bovenstaande vragen worden nu bij therapeuten van de polikliniek gesteld.

Afronding/slotvragen

Verkregen informatie samenvatten. We hebben het nu samen gehad over het praten met de verpleegkundige, fysio/ergo en ..

- Met wie van de therapeuten of verpleging of dokters vond u het praten het prettigst in ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###? En met wie het vervelendst/moeilijkst?
- Is er nog iets wat u kwijt wilt over de communicatie met zorgprofessionals in ### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###?
- Hoe vond u het om te doen?

Bedanken voor de medewerking!

- Sluit FaceTalk af en zet opnameapparatuur uit -

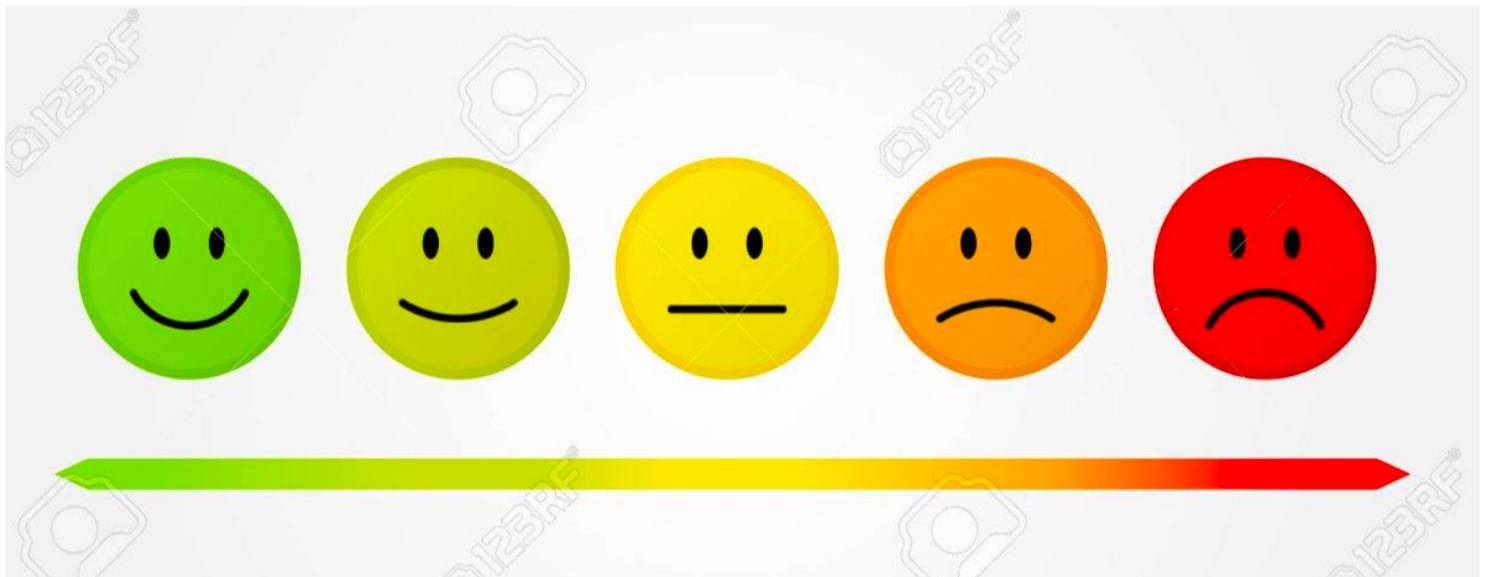
Ter (visuele) ondersteuning van het interviewprotocol is er gebruik gemaakt van afbeeldingen en pictogrammen.



Niet prettig

Neutraal

Prettig



JA

NEE



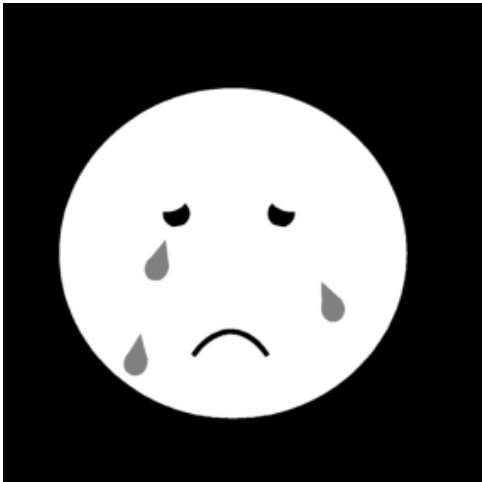
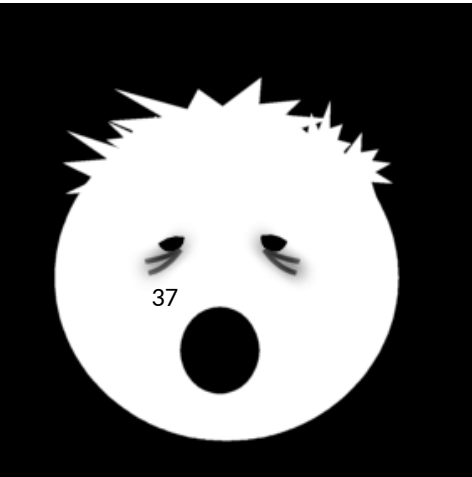
Blij



Verwarrend/in de war



Boos/gefrustreerd



Vermoeiend

Ontevreden

Verdrietig

BIJLAGE IV INVULFORMULIER SAMENWERKING

vanwege vertrouwelijke aard verwijderd