

Een verhaal met een kop en een staart

Een onderzoek naar discoursproblematiek bij patiënten met cognitieve communicatiestoornissen en de ervaringen van de logopedist en patiënten met de Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie.

Fleur Mackloet

Studentnummer

“### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###”

20N-LOG-408

Hogeschool Rotterdam

Instituut voor Gezondheidszorg

Hbo bachelor Logopedie

Kwartaal 1 t/m 4

zondag 4 juli 2021

Praktijkgericht onderzoek

LOGAPT03P4

Rianne Brinkman (eerste beoordelaar)

Philine Berns (tweede beoordelaar)

Rijndam Revalidatie

Westersingel 300

3015 LJ Rotterdam

Jiska Wiegers (afstudeerbegeleider)

5489 woorden (excl. tabellen, figuren en blokcitaten)

Voorwoord

Voor u ligt het eindverslag 'Een verhaal met een kop en een staart. Een onderzoek naar discoursproblematiek bij patiënten met cognitieve communicatiestoornissen (CCS) en de ervaringen van de logopedist en patiënten met de Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT)'. Het eindverslag valt binnen het afstudeercurriculum van de bachelor Logopedie van de Hogeschool Rotterdam. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het afasieteam van Rijndam Revalidatie in de periode van september 2020 tot mei 2021.

Voorafgaand aan dit onderzoek was discours een onbekend onderwerp voor mij, dit maakte dit onderzoek een interessante uitdaging. Ik was zeer gemotiveerd om het afstudeeronderzoek succesvol af te ronden en ik hoopte dat het onderzoek iets zou betekenen voor de logopedische zorg binnen Nederland. Niets bleek minder waar, dit onderzoek zet de eerste stap in de verkenning of en hoe de LOVT een bijdrage kan leveren bij de analyse en behandeling van discoursproblematiek bij personen met CCS ten gevolge van traumatisch hersenletsel (THL) of rechterhemisfeerletsel (RHL).

Gedurende het onderzoek heb ik veel geleerd van de expertise en deskundigheid van mijn opdrachtgever Jiska Wiegers, klinisch linguïst van het afasieteam van Rijndam Revalidatie. Ik wil haar bedanken voor het introduceren van mijn onderzoeksvraag en de begeleiding van het onderzoekstraject. Ook Nina Dammers, logopedist bij Rijndam Revalidatie, wil ik bedanken voor de praktische begeleiding op de werkvloer.

Daarnaast wil ik Rianne Brinkman, hogeschooldocent aan de Hogeschool Rotterdam en tevens eerste beoordelaar, bedanken voor haar betrokkenheid, haar luisterend oor en persoonlijke begeleiding. Haar kennis en feedback hebben geleid tot een doordacht onderzoek. Met plezier en waardering kijk ik terug op onze samenwerking. Ook wil ik mijn dank uitspreken aan Philine Berns, hogeschooldocent aan de Hogeschool Rotterdam en tevens tweede beoordelaar, haar feedback was kritisch en scherp, dit heeft geleid tot nieuwe inzichten en heeft mijn onderzoek naar een hoger niveau getild.

Zonder de medewerking van de patiënten en de logopedist die betrokken zijn geweest, had ik mijn onderzoek niet kunnen uitvoeren. Hun ideeën en ervaringen zijn zeer belangrijk geweest voor dit onderzoek. Ook hen wil ik graag bedanken.

Tenslotte wil ik mijn naaste omgeving bedanken, zij hebben mijn verslagen voorzien van nuttige feedback, ze hebben me onvoorwaardelijk gesteund en hielpen mij om het onderzoek succesvol af te ronden.

Ik wens u veel leesplezier en inspiratie toe!

Fleur Mackloet
Oude-Tonge, mei 2021

Samenvatting

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de belangrijkste kenmerken van discoursproblematiek, volgens de Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT). De LOVT werd in 2018 ontwikkeld voor personen met afasie. In deze studie wordt onderzocht hoe en of de LOVT een bijdrage kan leveren bij de analyse en behandeling van discoursproblematiek bij een nieuwe doelgroep. De doelgroep bestaat uit personen gediagnosticeerd met cognitieve communicatiestoornissen (CCS) ten gevolge van rechterhemisfeerletsel (RHL) of diffuus traumatisch hersenletsel (THL). Ook richt het onderzoek zich op het in kaart brengen van de ervaringen van patiënten en de logopedist met de LOVT.

Methode

Er is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De belangrijkste kenmerken van discoursproblematiek zijn in kaart gebracht door de LOVT-analyses uit te voeren, waarbij gekeken werd naar de discoursmaten coherentie en cohesie. De ervaringen met de behandeling volgens de LOVT zijn vastgelegd, door bij twee patiënten en één logopedist uit de klinische revalidatiesetting, semigestructureerde interviews af te nemen. De onderzoeker heeft haar bevindingen en ervaringen geuit middels een kwalitatieve beschrijving.

Resultaten

De resultaten van discoursanalyses laten zowel afwijkingen zien in coherentie als cohesie. Op het niveau van coherentie werd een gestoorde verhaalstructuur gevonden. Binnen de topic-structuur werd overproductie van irrelevante topics en een minimale uitwerking van de topic-structuur waargenomen. Op het niveau van cohesie werden afwijkingen in referenties gevonden. Ook werden voegwoorden inadequaat gebruikt of weggelaten.

De geïnterviewden en de onderzoeker hebben hun mening en ervaringen gedeeld over bepalende factoren voor een succesvol traject met de LOVT, het materiaal en de uitvoering van de LOVT en hetgeen de LOVT voor hen heeft opgeleverd.

Conclusie

Het onderzoek heeft uitgewezen dat discoursproblematiek bij personen met CCS zich met name voordoet op het niveau van coherentie en in mindere mate op het niveau van cohesie. Dit levert voornamelijk problemen in de structuur, samenhang en inhoud van verhalen op.

De geïnterviewden en onderzoeker staan over het algemeen open voor de inzet van de LOVT, wel blijkt dat zij behoefte hebben aan enige aanpassingen. Het is aan de behandelend therapeut om de behandelssessies en het materiaal, anders dan de LOVT, af te stemmen op individuele mogelijkheden en interesses van de patiënt. Het is wenselijk om meer participatiegerichte taken op te nemen in de behandelssessies. Er zijn factoren gevonden die van invloed zijn op een succesvol traject met de LOVT, namelijk de ernst van de CCS, ziekte-inzicht en motivatie. Ook de fase van herstel bleek bepalend voor de voortgang van het traject. In de klinische fase werd de prioriteit veelal elders gelegd. Vermoedelijk leverde de LOVT bij de geïnccludeerde patiënten geen daadwerkelijke vooruitgang op, wel verbeterde het ziekte-inzicht en in een enkel geval de motivatie.

Abstract

Introduction

This research focuses on the most important characteristics of discourse problems, according to new diagnostic and treatment material, the Linguistic Underpinned Storytelling Therapy (LUST). The LUST was developed in 2018 especially for people with aphasia. This research examines if and how the LUST can contribute to analysis and treatment of discourse problems in a new target group. The target group consists of persons diagnosed with cognitive communication disorders (CCD) as a result of right hemisphere injury (RHI) or diffuse traumatic brain injury (TBI). The research also focuses on reporting the experiences of patients and the speech language therapist with the LUST.

Method

Qualitative research has been conducted. The main characteristics of discourse problems have been collected by performing the LUST analysis, the discourse measures coherence and cohesion have been observed. The experiences with the therapy of the LUST were collected by conducting semi-structured interviews with two patients and one speech language therapist from a clinical rehabilitation clinic. The researcher has expressed her findings and experiences by means of a qualitative description.

Results

The results of the discourse analysis showed abnormalities in coherence and cohesion. At the level of coherence, a disturbed story structure was found. Within the topic structure, overproduction of irrelevant topics and minimal use of the topic structure were observed. At the level of cohesion abnormalities in references were found. Conjunctions were also inadequately used or omitted. The interviewees and the researcher shared their opinion and experiences about determining factors for a successful process with the LUST, the material and the execution of the LUST and what the LUST has to offer for them.

Conclusion

The research has shown that discourse problems in persons with CCD mainly occur at the level of coherence and to a lesser extent at the level of cohesion. Which mainly causes problems in the structure, coherence and content of stories.

The interviewees and researcher are generally open to the use of the LUST, although it appears that the therapy needs some adjustments. It is up to the treating therapist to align the treatment sessions and materials, other than the LUST, to the patient individual abilities, needs and interests. It is recommended to include more functional tasks in the sessions. Factors have been found that influence a successful process with the LUST, such as the severity of the CCD, awareness of disabilities and deficits, and motivation. The phase of recovery also turned out to be decisive for the progress of the process. In the clinical phase, the priorities were often elsewhere. Presumably, the LUST did not yield actual progress in the patients included in this study, but it did improve awareness of disabilities and deficits and in some cases motivation.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Abstract.....	4
1 Inleiding	6
1.1 LOVT.....	6
1.2 Discours.....	7
1.3 Cognitieve functiestoornissen & discours.....	8
1.4 Aanleiding voor het onderzoek	10
2 Methode.....	11
2.1 Onderzoekspopulatie	11
2.2 Data-verzameling	12
2.3 Data-analyse.....	12
2.4 Ethische aspecten.....	13
3 Resultaten.....	14
3.1 Analyse LOVT.....	14
3.2 Therapie LOVT	16
4 Discussie	18
4.1 Beschouwing proces	18
4.2 Beschouwing resultaten	19
5 Conclusie.....	21
6 Aanbevelingen.....	22
Literatuurlijst	23
Bijlagen.....	26
Bijlage I-Samenwerking tussen opdrachtgever en student.....	26
Bijlage II-Informed consent patiënten	27
Bijlage III-Informed consent logopedist	29
Bijlage IV-Meetprotocol	31
Bijlage V-Discoursanalyse LOVT	32
Bijlage VI-Overzicht toelichting elementen & werkbladen LOVT	33
Bijlage VII-Interviewprotocol	34
Bijlage VIII-Topiclijst & conceptvragen patiënten.....	35
Bijlage IX-Topiclijst & conceptvragen logopedist.....	36

1 Inleiding

Jaarlijks krijgen naar schatting 130.000 personen in Nederland niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Gemiddeld krijgen hiervan 85.000 personen traumatisch hersenletsel (THL). THL is een vorm van hersenletsel, die ontstaat nadat een kinetische kracht van buiten het lichaam het brein beschadigt, met soms acceleratie-deceleratie van het hoofd als gevolg. (Voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of posttraumatische amnesie (PTA) wijzen op deze vorm van hersenletsel (Hersenstichting, 2015). De resterende 45.000 personen met NAH lopen een Cerebraal Vasculair Accident (CVA) op. Een CVA kan zich uiten in rechterhemisfeerletsel (RHL). De meest voorkomende vormen van RHL zijn hemorragische of ischemische verstoringen in de rechterhersen helft die langer dan 24 uur duren. Door gebrek aan zuurstof en glucose of directe druk van een bloeding raakt het brein beschadigd (Kennissenetwerk CVA Nederland, 2012).

NAH kan verstrekende gevolgen hebben en is van invloed op diverse functioneringsgebieden, waaronder communicatie (Van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). Communicatie speelt een essentiële rol in het dagelijks leven. Het is onmisbaar in menselijke interactie en essentieel voor het aangaan van relaties (Linnik, Bastiaanse & Höhle, 2016; Stichting AfasieNet, z.j.). *“Communicatie bestaat enerzijds uit de uitwisseling van symbolische informatie, anderzijds uit een sociale verbintenis die plaatsvindt tussen mensen die zich van elkaars onmiddellijke of gemedieerde aanwezigheid bewust zijn. Deze informatie wordt deels bewust, deels onbewust gegeven, ontvangen en geïnterpreteerd.”* (Neijenhuis, 2018, p. 14). THL/RHL leiden vaak tot cognitieve uitvalsverschijnselen, waaronder communicatiestoornissen. Vanwege de nauwe verwevenheid tussen dysfunctie in cognitie en communicatie worden deze doorgaans beschreven als cognitieve communicatiestoornissen (CCS) (Manders, 2016). Cognitieve vaardigheden zijn noodzakelijk voor het organiseren van adequate informatieoverdracht in gesprekken, discussies en verhalen, deze vormen van informatieoverdracht zijn onderdelen van discours (Linnik, Bastiaanse & Höhle, 2016; Manders, 2016).

Discours wordt gedefinieerd als het niveau van gestructureerde taal dat boven één zin uitstijgt. Hiermee wordt de functie van taalstructuren, als woorden en zinnen, in zinvolle gespreksbijdragen binnen de context aangeduid (Bryant, Ferguson & Spencer, 2016). Veel van de dagelijkse communicatie omvat het vertellen van (persoonlijke) verhalen, ofwel narratieve discours. Het vermogen om goedgevormde verhalen te vertellen staat centraal in communicatief succes en vormt een van de grootste uitdagingen voor personen met NAH (Lê, Coelho, Mozeiko, Krueger, & Grafman, 2011; Linnik, Bastiaanse & Höhle, 2016; Blake, 2006). Logopedisten uitten onvrede en gaven aan over onvoldoende kennis, deskundigheid en instrumenten te beschikken om personen met discoursproblematiek te ondersteunen (De Vries, 2018). Het afasieteam van Rijndam Revalidatie is daarom in 2018 gestart met de ontwikkeling en implementatie van de Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT) gericht op personen met afasie, gebaseerd op ‘LUNA’ Linguistics Underpinnings Narrative in Aphasia (Dipper, 2018). Dit onderzoek zet de eerste stap in de verkenning of en hoe de LOVT een bijdrage kan leveren bij de analyse en behandeling van discoursproblematiek bij personen met CCS ten gevolge van THL/RHL. In de volgende paragrafen wordt de theoretische context geschetst en de begrippen LOVT, discours en CCS nader toegelicht.

1.1 LOVT

De LOVT is een linguïstische analyse en therapiemethode voor personen met lichte tot matige communicatieproblemen. Allereerst wordt een discoursanalyse uitgevoerd, waarmee stoornissen op het gebied van discours in kaart gebracht worden. Daarna wordt aan de hand van toelichtings- en

werkbladen inzicht gecreëerd. Vervolgens wordt samen met de patiënt aan de vertelvaardigheid gewerkt. De kennis en vaardigheden die de patiënt opdoet worden geïntegreerd in verteltaken en later ook in eigen verhalen. Voor een uitgebreide toelichting, zie Bijlage V & VI “### wegens auteursrechtelijk nog niet gepubliceerd materiaal verwijderd ###” (Wiegers, Wielaert & Dammers, 2020).

1.2 Discours

Discours wordt onderverdeeld in conversationele en monologische discours. Monologische discours is niet-interactief, maar vaak wel ingebed in de sociale context (Lê, Mozeiko, & Coelho, 2011). Monologische discours wordt als volgt onderverdeeld: het vertellen van een verhaal, fictief (narratief) of niet-fictief (recount), aanwijzingen of instructies geven (procedureel), iets in detail beschrijven (beschrijvend) en iets uitleggen (verklarend) (Boyle, 2011). De LOVT heeft als focus monologische, in het bijzonder niet-fictieve narratieve, discours, dit omdat dit de meest gangbare vorm van monologische discours betreft. Bovendien biedt monologische discours de mogelijkheid tot systematische en kwalitatieve analyse. Ook maakt het uitlokken van deze vorm van discours het mogelijk om elementen als standaard te laten fungeren, wat evaluatie en monitoring van de voortgang faciliteert (Lê, Mozeiko, & Coelho, 2011).

Momenteel gebruiken logopedisten en linguïsten in Nederland taken als de Comprehensive Aphasia Test-NL (CAT-NL) situatieplaat en enkele screeningstaken uit de AfasieNet-Cognitieve Communicatie Screening (A-CCS) om narratieve discours te analyseren (Stichting AfasieNet, 2016; Swinburn, Porter & Howard, 2014). De nieuwe en nog in ontwikkeling zijnde fijnmazig analyse van de CAT-NL situatieplaat richt zich wat betreft discours slechts op verwijzwoorden en voegwoorden (Visch-Brink & Vandenborre, 2020). De taken uit de A-CCS, verhaal navertellen, logische reeks en tekst schrijven, zijn screenend. Wat betreft discours wordt enkel beoordeeld of de informatie coherent is en chronologisch correct is. Een gedetailleerde linguïstisch analyse met beredenering blijft uit (Stichting AfasieNet, 2016).

Discoursanalyse

Om inzicht te krijgen in de aard en ernst van de discoursproblematiek wordt binnen de LOVT een analyse op het gebied van coherentie en cohesie uitgevoerd, in de literatuur ook wel beschreven als een microstructurele en macrostructurele analyse.

Microstructurele analyse

Bij een analyse tussen zinnen spreekt men van een microstructurele analyse, ofwel cohesie. Cohesie verwijst naar de syntactische en lexicale relatie van zinnen en zinsdelen en is de verbinding die ontstaat wanneer de interpretatie van een element in de tekst afhankelijk is van een element elders in de tekst. Binnen een microstructurele analyse worden lexicale en syntactische elementen en/of de complexiteit hiervan bestudeerd (Daamen, 2005; Marini, Andreetta, Del Tin & Carlomagno, 2011).

Macrostructurele analyse

Bij een macrostructurele analyse wordt coherentie bestudeerd. Coherentie is de samenhang in betekenis of algehele verwevenheid van een verhaal of tekst. Coherentie wordt onderverdeeld in drie elementen: globale, lokale en topic coherentie. Met globale coherentie wordt de relatie van iedere zin met het algemene thema aangeduid, ofwel de verhaalstructuur bestudeerd (Ulatowska, North & Macaluso-Haynes, 1981). Lokale coherentie geeft weer hoe twee zinnen thematisch gekoppeld worden. Met topic coherentie wordt naar de structuur van hoofd- en subonderwerpen gerefereerd (Marini, Andreetta, Del Tin & Carlomagno, 2011).

1.3 Cognitieve functiestoornissen & discours

Zoals in vorige paragrafen duidelijk wordt, is discoursproductie een complex en veelzijdig proces en zijn cognitieve en sociale pragmatische vaardigheden nodig om tot adequate interactie te komen (Sherratt, 2007). In onderstaande alinea's worden enkele belangrijke cognitieve functies en de relatie tot discours toegelicht.

Executieve functies

Executieve functies zijn noodzakelijk voor adequate probleemoplossing, flexibiliteit, planning en organisatie, zelfmonitoring, initiatiefname, inhibitie en gedragsregulatie (Paemeleire, 2014).

Executieve disfunctie kan tot onder- en overproductie van discours leiden.

Onderproductie van discours wordt gekenmerkt door mentale rigiditeit, verminderde zinsbouw, anomie en oppervlakkige inefficiënte informatieoverdracht.

Overproductie leidt tot breedsprakigheid zonder functionele informatieoverdracht en verminderde nauwkeurigheid (gebrek aan zelfmonitoring en zelfcorrectie) (Power et al., 2020; Hill et al., 2018; Blake, 2006; Marini, Zettin, & Galetto, 2014).

Dit alles gaat vaak samen met verminderd ziekte-inzicht, waardoor de patiënt zelf de cognitieve beperkingen niet herkent (Van Heugten, Bertens & Spikman, 2017).

Daarnaast worden stoornissen in cognitieve flexibiliteit en snelheid, conceptvorming (verwantschap tussen ideeën) en inhibitieprocessen geassocieerd met problemen als verminderde lokale en globale coherentie. Dit zorgt voor problemen in de samenhang van zinnen en het thema, het reflecteren op incongruente informatie en de dysfunctie in de verhouding van een uiting tot het onderwerp (Hill et al., 2018; Blake, 2006).

(Werk)geheugen

Het geheugen verwijst naar de encoding, bewaring en oproeping van informatie en wordt gezien als centrale component van het menselijk denken. Het werkgeheugen zorgt voor de tijdelijke opslag en verwerking van informatie, dat nodig is om complexe cognitieve activiteiten uit te voeren. (Paemeleire, 2014).

Een studie van Hill et al. (2018) onthulde een verband tussen geheugen, coherentie en cohesie. Verstoorde geheugenprocessen leiden tot interruptie van de verhaalstructuur en inadequate en sporadische productie van cohesieve elementen. Ook Lê, Mozeiko & Coelho (2011) tonen een significant verschil op het niveau van cohesie tussen personen met THL/RHL en gezonde personen. Andere studies hebben echter vergelijkbare prestaties gevonden (Marini et al., 2011; Marini et al., 2012).

Aandacht

Aandacht is een proces verantwoordelijk voor de selectie van interne en externe stimuli. Zonder aandacht kan men geen nieuwe informatie opslaan, zich moeizaam concentreren op verbale output en de productie onvoldoende monitoren, wat kan leiden tot niet-specifieke dubbelzinnige verwijzingen, herhalingen en moeilijkheden om binnen de context passende woorden te selecteren (Marini et al., 2011; Hill et al., 2018).

Cognitieve functies zoals (werk)geheugen, executieve functies en aandacht zijn dus vereisten voor goed georganiseerde discours.

In Tabel 1 worden veelvoorkomende symptomen bij CCS ten gevolge van RHL/THL volgens de indeling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organisation [WHO], 2001) schematisch samengevat.

Tabel 1 Een overzicht van de in de literatuur beschreven gevolgen van RHL en THL ingedeeld volgens de domeinen van het ICF

Ziekte/aandoening rechterhemisfeerletsel (RHL)/traumatisch hersenletsel (THL)	
Functies & anatomische eigenschappen (Stoornissen)	Cognitieve (communicatie)stoornissen als gevolg van: - Executieve functiestoornis; - Geheugenstoornis; - Cognitieve inflexibiliteit; - Stoornis in verwerkingssnelheid; - Aandachtstoornis; (Blake, 2006; Hill et al., 2018; Marini et al., 2011; Marini et al, 2012; Paemeleire, 2014; Power et al., 2020;). - Visuospatiële problemen o.a. hemi-inattentie (m.n. RHL) - Visuele agnosie (m.n. RHL); (Manders, 2016)
Activiteiten (Beperkingen)	Taalbegrip - Onvoldoende begrijpen van impliciete figuurlijke taal of humor; - Verhaalstructuur niet herkennen; - Onvoldoende gebruik maken van tekstuele cues; - Informatie onvoldoende organiseren. Taalproductie - Gestoorde verhaalstructuur; - Afname informativiteit in boodschap; - Confabulaties (m.n. THL); - Breedsprakigheid, niet tot de kern komen; - Centrale thema onvoldoende integreren; - Boodschap opvullen met irrelevante vulwoorden, interjecties en zelfherhalingen; - Moeizaam switchen tussen onderwerpen; - Woordvindproblemen; (Blake, 2006; Hill et al., 2018; Hüsers & Jonkers, 2017; Marini et al., 2011; Marini et al, 2012; ter Mors, Bus, & Reijbroek, 2018; Power et al., 2020;). Pragmatiek - Onvoldoende waarneming, interpretatie van expressie, emoties en prosodie (m.n. RHL); - Niet gebruiken van passende aanspreekvorm, prosodie of lichaamstaal (m.n. RHL); - Emotionele of sociale disinhibitie; - Gestoorde luisterhouding; - Onvoldoende oogcontact; - Gestoorde beurtwisseling; (Blake, 2006; Hill et al., 2018, Ter Mors, Bus, & Reijbroek, 2018)
Participatie (Participatieproblemen)	Restricties op deelname aan werk, gezin en vrije tijd; Decorumverlies; Problemen in relationele sfeer; (Hüsers & Jonkers, 2017; Ter Mors, Bus, & Reijbroek, 2018)
Interne factoren	Affectieve en emotionele problemen; Verminderd ziektebesef; (Hill et al., 2018; Manders, 2016; Van Heugten, Bertens & Spikman, 2017)
Externe factoren	Wijziging attitude naaste omgeving; Veranderde rolverdeling; (Van Heugten, Bertens & Spikman, 2017)

1.4 Aanleiding voor het onderzoek

Probleemanalyse

In de vorige paragrafen werd duidelijk dat discoursproblematiek de communicatie van personen met CCS ten gevolge van THL/RHL negatief kan beïnvloeden, maar dat logopedisten (inter)nationaal over onvoldoende kennis, diagnostisch en behandel materiaal beschikken (Cruice, Botting, Marshall, Boyle, Hersh, Pritchard, & Dipper, 2020; City University of London, 2018; De Vries, 2018). Linguïstische en traditionele taaltesten zijn niet ontworpen om discoursproblematiek bij CCS te onderzoeken (Lindsey, Hurley, Mozeiko & Coelho, 2019). Binnen de A-CCS zijn slechts drie screeningstaken gericht op discours opgenomen, die enkel een globaal beeld schetsen (Stichting AfasieNet, 2016). Over geschikte behandelmethoden wordt nauwelijks gerapporteerd of de methoden ontbreken (Hüsters & Jonkers, 2017). Patiënten krijgen hierdoor onvoldoende doelgerichte therapie, wat verbetering of herstel van hun communicatieve vaardigheden belemmert (Cruice, Botting, Marshall, Boyle, Hersh, Pritchard, & Dipper, 2020; City University of London, 2018; De Vries, 2018).

Praktijkvraag

Het afasieteam van Rijndam Revalidatie heeft behoefte aan een vooronderzoek waarin onderzocht wordt of en hoe de LOVT een bijdrage kan leveren bij de analyse en behandeling van discoursproblematiek bij personen met CCS ten gevolge van THL/RHL.

Relevantie en waarde voor de logopedie

Dit onderzoek is van grote waarde voor zowel de logopedie als het herstel van patiënten met CCS door heel Nederland. Het is van essentieel belang dat passend, effectief en actueel diagnostisch en behandel materiaal beschikbaar komt om uniformiteit en een gestandaardiseerde werkwijze te creëren. Meer kennis en deskundigheid zal de logopedist meer vertrouwen geven in het ondersteunen van patiënten met discoursproblematiek. De kennis die voortkomt uit het onderzoek zal toepasbaar zijn in organisaties waarin patiënten met discoursproblematiek ten gevolge van CCS behandeld worden.

Doelstelling

De kennis die voortkomt uit dit onderzoek zal dienen als onderbouwing voor vervolgonderzoek voor de ontwikkeling of implementatie van (bestaand) diagnostisch en behandel materiaal voor discoursproblematiek bij CCS.

Onderzoeksvraag

“Wat zijn de belangrijkste kenmerken van discoursproblematiek bij patiënten met CCS zonder afasie door RHL of diffuus THL volgens de LOVT, en hoe wordt de inzet van deze therapie door de logopedist en patiënten ervaren?”

2 Methode

In de huidige studie werd een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd met als doel: *“Concepten te ontwikkelen die bijdragen aan het begrijpen van sociale verschijnselen in hun natuurlijke context met de nadruk op betekenissen, ervaringen en gezichtspunten van de betrokkenen.”* (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-Van Doorn & Rosendal, 2019, p. 46). Beschrijvend onderzoek, registratie en systematische ordening van een gebied heeft als doel meer inzicht verkrijgen in de aard en omvang van een probleem of situatie (Verhoef et al., 2019). De onderzoeksvraag werd verdeeld in twee delen:

Wat zijn de belangrijkste kenmerken van discoursproblematiek bij patiënten met CCS zonder afasie door RHL of diffuus THL volgens de LOVT?

Voor het eerste deel van het onderzoek werd de discoursanalyse volgens de LOVT toegepast.

Hoe ervaren de logopedist en patiënten met een CCS zonder afasie door RHL of diffuus THL de inzet van de LOVT?

Voor het tweede deel van het onderzoek werden semigestructureerde interviews uitgevoerd en een kwalitatieve beschrijving gegeven.

In onderstaande paragrafen worden de delen van het onderzoek toegelicht.

2.1 Onderzoekspopulatie

Onderzoeksdeel 1: discoursproblematiek LOVT

Inclusie- en exclusiecriteria:

- De patiënt heeft THL/RHL.
- De patiënt heeft CCS, gediagnosticeerd door de logopedist en/of klinisch linguïst.
- De patiënt heeft geen afasie, beoordeeld door de logopedist en/of klinisch linguïst.
- De patiënt heeft Nederlands als moedertaal.
- De patiënt is 18 jaar of ouder.
- De patiënt is voldoende autonoom om toestemming te verlenen middels het informed consent.
- De patiënt is in staat een persoonlijk verhaal te vertellen.

Onderzoeksdeel 2: ervaringen LOVT

Inclusie- en exclusiecriteria:

- De patiënt heeft discoursproblemen, aangetoond volgens de LOVT.
- De patiënt is bereid om therapie te volgen gericht op zijn vertelvaardigheden.
- De behandelend logopedist heeft ervaring met de behandeling van patiënten met CCS.
- De behandelend logopedist werkt op de (poli)kliniek van Rijndam Revalidatie.
- De behandelend logopedist verleent toestemming middels het informed consent.

2.2 Data-verzameling

Onderzoeksdeel 1: discoursproblematiek LOVT

De vakgroep logopedie en linguïstiek van de volwassenrevalidatie van Rijndam Revalidatie werd verzocht om patiënten, die aan eerder beschreven criteria voldeden, aan te dragen.

Wanneer de patiënt interesse had in het onderzoek verleende de patiënt toestemming middels het informed consent (zie *Bijlage II*).

Vervolgens vertelde de patiënt een verhaal uit eigen ervaring. Hiervan werd een audio-opname gemaakt (zie *Bijlage IV*). Dit verhaal werd getranscribeerd en zowel door de onderzoeker als een van de auteurs van de LOVT geanalyseerd (zie *Bijlage V* “### wegens auteursrechtelijk nog niet gepubliceerd materiaal verwijderd ###”). De sterktes en zwaktes uit de analyses, werden met de patiënt besproken.

Onderzoeksdeel 2: ervaringen LOVT

Wanneer de discoursanalyse problematiek aantoonde én de patiënt voldeed aan de criteria, werd de behandelend logopedist middels het informed consent (zie *Bijlage III*) gevraagd om samen met de onderzoeker volgens de LOVT te behandelen en deel te nemen aan een semigestructureerd interview.

De patiënt kreeg wekelijks drie tot vier therapiesessies (zie *Bijlage VI* “### wegens auteursrechtelijk nog niet gepubliceerd materiaal verwijderd ###”) van dertig minuten van de onderzoeker en de behandelend logopedist. Er werd gestreefd naar minimaal vier tot zes therapiesessies van dertig min, zodat de deelnemers de tijd hadden om voldoende ervaring op te doen en een beargumenteerde mening konden vormen over de LOVT.

Het aantal patiënten dat geïnccludeerd werd, was afhankelijk van het klinische aanbod ten tijde van de uitvoering van het onderzoek. Er werd gestreefd naar deelname van minimaal drie patiënten aan de analyse volgens de LOVT en deelname van minimaal één patiënt en één logopedist aan de therapie volgens de LOVT.

Aan het einde van het behandeltraject beschreef de onderzoeker haar eigen ervaringen met de LOVT volgens de topiclijst opgesteld en werd een semigestructureerd interview bij zowel de patiënt als de behandelend logopedist afgenomen. Hiermee werd hun ervaring met de therapie van de LOVT vastgelegd. Van de interviews werd een audio-opname gemaakt. Voor de afname van de interviews werden een interviewprotocol (zie *Bijlage VII*) en een topiclijst met vragen gebruikt (zie *Bijlage VIII & IX*). De topiclijst werd opgesteld op basis van de procedure van de LOVT (Wiegers, Wielaert & Dammers, z.j.) en de meest voorkomende problematiek bij CCS (Stichting AfasieNet, z.j.)

2.3 Data-analyse

Onderzoeksdeel 1: discoursproblematiek LOVT

De uitkomsten van de LOVT-analyses van de patiënten met CCS werden geanalyseerd, er werd een kwalitatieve beschrijving gegeven van de overeenkomsten en verschillen in discourskenmerken. Vervolgens werd de data vergeleken met de in de literatuur beschreven discourskenmerken bij CCS ten gevolge van THL/RHL

Onderzoeksdeel 2: ervaringen LOVT

Allereerst beschreef de onderzoeker haar eigen ervaringen volgens de topiclijst, hiermee kon op systematische wijze betekenis worden gegeven aan de ervaringen met de LOVT en worden bepaald of zienswijzen en veronderstellingen correct waren.

Vervolgens werden de semigestructureerde interviews afgenomen, verbatim uitgewerkt en

geanalyseerd aan de hand van de kwalitatieve analyse categoriseren en coderen (Verhoef et al, 2015). Waar de onderzoeker weinig tot geen ervaring had met het behandelen van patiënten met CCS, is de logopedist bedreven in het behandelen van deze doelgroep en kon zij de werkwijze die ze eerder hanteerde vergelijken met de LOVT.

2.4 Ethische aspecten

Het onderzoek is niet WMO-plichtig, omdat er geen sprake is van medisch wetenschappelijk onderzoek én personen niet worden onderworpen aan handelingen of gedragsregels die aan hen worden opgelegd (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek [CCMO], z.j.).

De gedragscode wetenschappelijke integriteit wordt nageleefd door onderstaande eisen op te volgen:

Het professionele en maatschappelijke belang dienen: een actieve bijdrage leveren aan de professie logopedie, het werkveld neurorevalidatie, de kennisontwikkeling en kenniscirculatie van discours en de LOVT naar de praktijk;

Respectvol zijn: met discretie omgaan met privacy, zienswijzen, rechten, belangen en opvattingen, door de privacy en anonimiteit van de deelnemers van dit onderzoek te waarborgen.

Zorgvuldig zijn: compleet, nauwkeurig, juist en navolgbaar rapporteren, opdat het onderzoek replicerbaar is, de data zorgvuldig en veilig bewaard wordt en eigendomsrechten worden vastgelegd.

Integer zijn: kritisch kijken naar de probleemanalyse en literatuur, transparante en eerlijke discoursanalyses voltrekken.

Keuzes en gedrag verantwoorden: het doel en probleemanalyse verantwoorden, alsmede de gehanteerde methode en de gestelde conclusies (Algra et al., 2018).

3 Resultaten

In de volgende paragrafen worden de resultaten van beide onderzoeksdelen toegelicht. In Tabel 2 wordt een beschrijving gegeven van de geïnccludeerde patiënten van het onderzoek. Voor onderzoeksdeel 2 werd tevens een logopedist met elf jaar werkervaring in de klinische revalidatie geïnccludeerd. De logopedist heeft ervaring met CCS en is kortgeleden geschoold in het gebruik van de LOVT.

Tabel 2 patiënten

Patiënt	Geslacht	Diagnose	Tijd post onset	Leeftijd	Onderzoeksdeel 1 Analyse	Onderzoeksdeel 2 Therapie
P1	man	THL	6 weken	68 jaar	✓	×
P2	vrouw	RHL	12 weken	53 jaar	✓	✓ (5 sessies)
P3	man	RHL	41 weken	18 jaar	✓	×
P4	man	RHL	9 weken	39 jaar	✓	✓ (6 sessies)

3.1 Analyse LOVT

In Tabel 3 worden de resultaten van de LOVT-analyse schematisch gepresenteerd. Er werd tijdens de analyse gekeken naar drie onderdelen, de aan- of afwezigheid van een element, de plek van een element in het verhaal en of het element afwijkt. P3 voldeed aan de vooraf opgestelde inclusiecriteria, het kernprobleem: de woordvindproblemen die hij had zorgden echter niet voor afwijkingen binnen de LOVT-analyse. In de hierop volgende alinea's wordt de resultaten uitgebreid toegelicht.

Tabel 3 Resultaten LOVT-analyse

LOVT-analyse	P1	P2	P3	P4
Verhaalstructuur				
Introductie (optioneel)	×	×	×	×
Setting begin	✓ <i>afwijkend</i>	✓ begin/midden <i>afwijkend</i>	✓ begin	✓ begin
Gebeurtenissen midden	✓ midden	✓ midden	✓ midden	✓ midden
Evaluaties (optioneel)	✓	✓	✓	✓
Conclusie eind	✓ eind <i>afwijkend</i>	✓ eind <i>afwijkend</i>	✓ eind	✓ eind
Slotwoord (optioneel) eind	✓ <i>afwijkend</i>	×	✓ eind	✓ begin/midden/eind <i>afwijkend</i>
Chronologie	<i>afwijkend</i>			<i>afwijkend</i>
Topic	✓ <i>afwijkend</i>	✓ <i>afwijkend</i>	✓	✓ <i>afwijkend</i>
Referenties	✓ <i>afwijkend</i>	✓	✓	✓ <i>afwijkend</i>
Voegwoorden	✓ <i>afwijkend</i>	✓	✓	✓ <i>afwijkend</i>

Noot. ✓= aanwezig, ×= afwezig.

Coherentie

Verhaalstructuur

De verhaalstructuren van de patiënten tonen zowel verschillen als overeenkomsten. Alle patiënten hebben het element introductie achterwege gelaten. De setting is door P1, P3 en P4 aan het begin van het verhaal verteld. In het verhaal van P2 bevond de setting zich zowel aan het begin als in het midden. De settings van P1 en P2 zijn onvolledig en daardoor afwijkend. De gebeurtenissen werden door alle patiënten in het midden van het verhaal toegepast, ook maakten zij allen gebruik van evaluaties. Alle patiënten hebben aan het einde van hun verhaal een conclusie geformuleerd. Bij P1 en P2 is de conclusie afwijkend. P1, P3 en P4 gebruikten een slotwoord. P1 en P3 formuleerden het slotwoord aan het eind. P4 heeft daarentegen slotwoorden geformuleerd, waarna nog gebeurtenissen, evaluaties en de conclusie volgden. Het slotwoord van P4 wordt daarom als afwijkend bestempeld. P1 formuleerde het slotwoord voor de conclusie, wat ook als afwijkend wordt gezien.

Topic-structuur

Binnen de topic-structuur hebben alle patiënten een duidelijke hoofdtopic geformuleerd. P1, P2 en P4 misten informatie binnen de uitwerking van hun sub-topic-structuur, hun topic-structuur werd daarom als afwijkend bestempeld. Ook werden door P1 en P4 sub-topics afwijkend van het hoofdtopic geïntroduceerd.

Cohesie

Referenties

Alle patiënten gebruikten referenties.

P1 en P4 gebruikten referenties zonder antecedent, waardoor bij P1 onduidelijk was naar welke locatie en personen hij refereerde binnen de setting. Bij P4 zorgde dit voor een incomplete beschrijving van de gebeurtenissen, het was onduidelijk of er naar een persoon of voorwerp gerefereerd werd.

Onderstaand een voorbeeld van referenties zonder antecedent:

P1: "Uh dat is dan uh ff kijken hoor tw..uh drie maanden geleden ja. Kom ik.... Ik woon dan hier zo en daar achter heb je boer Bas met weilanden en uh afijn, dus dan loop ik altijd los met hem."

Voegwoorden

Alle patiënten gebruikten voegwoorden. Enkele voegwoorden van P1 en P4 werden incorrect gebruikt, de betekenissen van de voegwoorden waren niet passend bij hetgeen de patiënten probeerden uit te drukken of de relatie die de zinsdelen verbond. Ook werden voegwoorden weggelaten. Onderstaand voorbeeld laat foutieve voegwoorden zien:

P1: "Ik heb mijn hond ik ook maar daar ben je dan nuchter onder, maar dan zij die mensen zo in in paniek dan staan ze te gillen en te schree het is altijd mijn schuld."

3.2 Therapie LOVT

Tijdens de data-analyse werden vier categorieën en dertien subcategorieën gevonden. In Figuur 1 wordt onderscheid gemaakt in de subcategorieën die de patiënten introduceerden en de subcategorieën die de logopedist en onderzoeker introduceerden. Ook overeenkomsten zijn gepresenteerd.

Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT)

Deelnemers Categorie Subcategorie	Logopedist & onderzoeker Voorwaarden	Alle deelnemers Uitvoering	Patiënten Resultaten
	Motivatie Ernst Cognitieve vaardigheden	Structuur Vormgeving, theorie & terminologie Belevingswereld & interesses Functionaliteit & participatie	Motivatie
	Behoeftes Scholing Intervisie	Resultaten Fasering & prioritering Voortgang Inzicht	

Figuur 1 Codeboom

Voorwaarden

De logopedist en onderzoeker waren unaniem over factoren die belangrijk zijn voor de patiënt om een gereede kans van slagen te hebben met de LOVT, namelijk:

- **Motivatie:** noodzakelijk voor betrokkenheid en inzet van de patiënt;
- **Ernst:** CCS bepalend voor deelname aan de LOVT;
- **Cognitieve vaardigheden:** basis aan cognitieve vaardigheden, met enige mate van ziekte-inzicht als belangrijkste beïnvloedende factor.

Uitvoering

De data-analyse omtrent de uitvoering heeft geleid tot een overzicht van voor- en nadelen, zie Tabel 4.

Tabel 4 Voor- en nadelen uitvoering LOVT

Voordelen	Nadelen
Sterke theoretische onderbouwing;	Complexe terminologie en theorie;
Overzichtelijke vormgeving met ondersteunende visualisaties;	Grote hoeveelheid informatie;
Af te stemmen op belevingswereld en interesses;	Onvoldoende participatiegerichte taken.
Logische opbouw en structuur.	

Volgens de logopedist en onderzoeker is de gegeven informatie theoretisch correct. Daarentegen zijn zij minder tevreden over de terminologie en de complexe discoursstheorie van de toelichtings- en werkbladen, dit is volgens hen onvoldoende afgestemd op de communicatieve of cognitieve

mogelijkheden van de patiënten. Ook de patiënten hebben aangegeven de theorie complex, ofwel soms onbegrijpelijk te vinden. Alle deelnemers zijn zeer tevreden over de structuur en opbouw. Ook is de therapie volgens hen overzichtelijk vormgegeven en zijn de visualisaties ondersteunend aan de toelichtings- en werkbladen, zo blijkt onder andere uit onderstaand citaat.

P4: "Ja wel goed hoor. Het hoofdvak, specifieke dingen. Zo kon ik het dan toch zien en het verhaal afmaken."

De logopedist en onderzoeker hebben de therapie zoveel mogelijk afgestemd op de belevingswereld en interesses van de patiënten. Beide patiënten vertelden in het interview dit zeer belangrijk te vinden. Echter was de ervaring van alle deelnemers dat de therapie nu onvoldoende participatiegericht werd ingevuld. Uit onderstaand citaat blijkt dat taken die nauw verwant zijn aan dagelijkse communicatieve situaties, gerelateerd aan het vertellen van verhalen, worden gemist.

P4: "Nou, anders. Anders, ik weet niet ik heb dat het nog nooit zo gedaan. Ja normaal vertel ik zo een verhaal en uh nu moest ik van plaatjes af kijken."

Resultaten

Alle deelnemers bleken de klinische fase niet het juiste moment te vinden om de LOVT te gebruiken, de patiënten gaven veelal prioriteit aan de zichtbare gevolgen van hersenletsel en/of hadden weinig ziekte-inzicht of geen concrete hulpvraag, zo beschrijft onder meer de logopedist.

LG: "ja mijn ervaring hier op de kliniek zijn ja, dat dat mensen die hier net komen, die hebben voornamelijk, zien ze de problemen voornamelijk die ze hebben met hun arm en hun been. En de uh cognitieve communicatieproblemen kunnen ze heel moeilijk duiden uhm als die er zijn. Uhm dus uh het is wel lastig om uhm dat concreet te maken met iemand. Uhm omdat de persoon vaak ook niet de concrete hulpvraag heeft, of weinig inzicht erin, uhm of andere dingen als prioriteit heeft."

De ervaringen omtrent vooruitgang op discoursniveau zijn wisselend. P2 geeft aan een kleine vooruitgang te zien in het vertellen van verhalen, zij wijt de beperkte vooruitgang aan de onbegrijpelijkheid van de discourstheorie. P4 geeft aan geen vooruitgang te bemerken en wijt dit aan aandachtsproblemen. De onderzoeker en logopedist ervaren bij beide patiënten geen vooruitgang. Volgens de onderzoeker komt dit door verminderd ziekte-inzicht en de ernst van de overige cognitieve belemmeringen. De logopedist deelt deze mening en noemt daarnaast ook intelligentie als beïnvloedende factor.

Wel maakten alle deelnemers kenbaar dat de therapie inzicht opleverde voor beide patiënten. Bij P2 leverde het ook motivatie op om met de problematiek aan de slag te gaan.

P2: "Dat ik vaker naar mijn eigen spreken moet kijken, dan wel luisteren...Dus len,lengLengte in wat ik spreek, dus anders heb ik zoveel bijzinnen...Gewoon echt kort en krachtig..."

Behoeftes

De logopedist en onderzoeker zien een scholing voorafgaand aan het gebruik van de LOVT als vereiste. Ook is er behoefte aan terugkerende momenten van intervisie, waarin casuïstiek besproken wordt en ervaringen uitgewisseld worden.

4 Discussie

4.1 Beschouwing proces

Onderzoeksdeel 1: discoursproblematiek LOVT

Middels discoursanalyses werden discourskenmerken bij RHL/THL op kwalitatieve wijze verzameld. De patiënten zijn geselecteerd op basis van purposive sampling, in het bijzonder criteriumgestuurde selectie, wat een bijdrage levert aan een sterk onderzoek. Tijdens het onderzoek is de procedure onderzoekstriangulatie, in het bijzonder peer debriefing, toegepast. Dit betreft controle interpretatie door een collega-onderzoeker, waardoor inhoudelijke kwesties aan de orde komen en naar consensus gestreefd wordt. Dit bevordert de interne validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoef et al., 2019).

Onderzoeksdeel 2: ervaringen LOVT

Semigestructureerde interviews zijn een passende manier van onderzoek gebleken, omdat motivaties, ervaringen, gedachten en ideeën achterhaald konden worden, waardoor gedetailleerde data vrijkwam en een totaal beeld werd gevormd (Verhoef et al., 2019).

Om een representatieve afspiegeling te geven van de doelgroep die de LOVT beoogd te gebruiken, werden verschillende personen geïncludeerd die in verschillende mate en vanuit verschillende perspectieven betrokken waren bij het onderwerp. Het betreft een kleine groep, mogelijk had een grotere groep of een andere samenstelling andere resultaten opgeleverd.

Er is geen saturatie bereikt doordat de betrokkenen steeds nieuwe informatie hebben aangeleverd. Aangaande het tijdsbestek van het onderzoek en de korte opnameduur van de patiënten heeft er geen member-check plaatsgevonden, wat zorgt voor afname van de interne validiteit (Verhoef et al., 2019).

Er moet vermeld worden dat de resultaten uit beide onderzoeksdelen voorzichtig en zeker niet veralgemeniserend geïnterpreteerd kunnen worden, omdat het onderzoek kwalitatief van aard was en de omvang beperkt was.

4.2 Beschouwing resultaten

Onderzoeksdeel 1: discoursproblematiek LOVT

Verhaalstructuur

In het huidige onderzoek kwam naar voren dat de verhaalstructuur van drie van de vier patiënten verstoord was. Er werden afwijkingen gevonden in de volgorde en ordening van de elementen of de elementen werden onvolledig beschreven, wat problemen oplevert in de opbouw en inhoud van het verhaal. Deze resultaten komen overeen met de onderzoeken van Marini, Carlomagno, Caltagirone en Nocentini (2005), Marini et al. (2011) en Marini (2012). Zij vonden dezelfde problemen: afwijkingen in de structuur en ordening van elementen en reductie van elementen. Interruptie van de verhaalstructuur kan voortkomen uit executieve dysfunctie en geheugenstoornissen (Hill et al., 2018; Blake, 2006).

Topic-structuur

Binnen de analyses van de topic-structuur werden verschillende resultaten gevonden. De hoofd-topics werd door alle patiënten adequaat uitgewerkt. In sommige verhalen zijn de sub-topics minimaal uitgewerkt, wat heeft geleid tot korte verhalen, waarin essentiële informatie aanwezig was, maar relevante details ontbraken. In andere verhalen werden sub-topics geïntroduceerd die afweken van het hoofd-topic, deze verhalen bevatten irrelevante details, commentaren, interjecties en stereotype uitingen, dit heeft met name betrekking op de gebeurtenissen van het verhaal en zorgde voor a-functionele informatieoverdracht. De studie van Brady, Mackenzie en Armstrong (2003) toonde soortgelijke bevindingen. Binnen hun studie werden beperkte problemen gevonden met het hoofd-topic, er werden echter zeer veel sub-topics, in het bijzonder irrelevante sub-topics gebruikt. Daarentegen ontdekte de studie van Power et al. (2020) vooral onvolledige sub-topics en gebrek aan essentiële informatie. De resultaten uit het onderzoek van Marini et al. (2011) zijn niet ondersteunend. Binnen hun studie werden de te verwachten (sub)-topics adequaat uitgewerkt, zij vonden echter wel overproductie van irrelevante informatie. Over- of onderproductie van sub-topics zou voortkomen uit executieve dysfunctie of verminderde volgehouden of selectieve aandacht (Marini et al., 2011; Hill et al., 2018).

Cohesie

Referenties

Bij de helft van de patiënten werden afwijkingen gezien in referenties, dit leverde onduidelijkheid op in de setting of de gebeurtenissen van het verhaal. De patiënten hadden moeite met het toewijzen van de juiste referentie en het correct toepassen van de referentie in de zin, ook ontbrak in sommige gevallen het antecedent. De studie van Blake (2006) liet soortgelijke prestaties zien, zij toonden aan dat afwijkingen in referenties leiden tot verminderde samenhang in en begrijpelijkheid van het verhaal. Lê, Mozeiko, & Coelho (2011) trokken dezelfde conclusies. Ook de studie van Hill et al. (2018) vond resultaten als inadequaat gebruik en sporadische productie van verwijswaarden als gevolg van RHL/THL. De onderzoeken van Marini et al. (2011) en Marini et al. (2012) daarentegen vonden geen afwijkingen op het gebied van referenties.

Voegwoorden

De helft van de patiënten gebruikte voegwoorden inadequaat, de betekenissen van de voegwoorden waren niet passend bij de relatie die de zinsdelen beoogden. Ook werden incidenteel voegwoorden weggelaten. Inadequaat gebruik van voegwoorden leidt tot afwijkingen in de structuur en samenhang van het verhaal (Klein & van den Toorn, 2011). In de literatuur wordt geen uitspraak gedaan over het gebruik van voegwoorden bij personen met RHL/THL.

Problemen in cohesie zouden verklaard kunnen worden door stoornissen in het werkgeheugen en

korte termijn geheugen. Ook verminderde intelligentie als gevolg van hersenletsel werd beschreven als gevolg van afwijkingen in cohesie (Hill et al., 2018).

Onderzoeksdeel 2: ervaringen LOVT

De logopedist en onderzoeker staan open voor de inzet van de LOVT bij patiënten met CCS. Zij schetsen wel enkele voorwaarden voor deelname aan de therapie, zoals ziekte-inzicht en motivatie. De literatuur bevestigt dit, de afwezigheid van ziekte-inzicht zou succesvolle revalidatie en aanpassing na hersenletsel ernstig in de weg staan (Van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). Een mogelijke verklaring zou verminderde motivatie zijn, of terwijl inzet om de behandeling te doen laten slagen. Daarnaast wordt gesproken over de ernst van CCS welke afhankelijk is van de cognitieve vaardigheden van de patiënt. Logopedisten of linguïsten beschikken momenteel niet over een instrument om de gradaties in ernst bij CCS te achterhalen of te definiëren. Dharmaperwira-Prins (2000) doet een voorzichtige uitspraak over de ernst van de stoornis, in het algemeen geldt volgens haar dat patiënten met minder ernstige stoornissen een betere prognose hebben. De neuropsycholoog en ergotherapeut zouden mogelijk in samenwerking met de logopedist of linguïst een uitspraak kunnen doen over cognitieve basisvaardigheden ten behoeve van LOVT. Dit neemt niet weg dat een aanpak toegespitst op de individuele patiënt gewenst blijft. Boosman, Visser-Meily, Winkels & van Heugten (2013) beschrijven in ieder geval selectieve aandacht, informatieverwerking, organisatie en ordening en geheugen, inzicht en motivatie als beïnvloedende factoren op het leervermogen.

Volgens alle deelnemers dienen de discours-theorie en terminologie op de toelichtings- en werkbladen afgestemd te worden op de communicatieve mogelijkheden van de doelgroep. Daarnaast is het advies van de geïnterviewden en onderzoeker aan de behandelend therapeut om in de behandelsessies participatiegerichte taken te integreren. Alle deelnemers misten taken die nauw verwant waren aan dagelijkse communicatieve situaties. Kritische kanttekening: de auteurs van de LOVT beoogden een participatiegerichte aanpak, maar door de beperkte sessies en korte behandelduur was deze aanpak beperkt binnen dit onderzoek.

De LOVT bevat geen voorgeschreven oefeningen, maar de discours-theorie fungeert als leidraad. Het materiaal, anders dan de LOVT, dient daarom volgens alle deelnemers zoveel mogelijk afgestemd te worden op de beleavingswereld en interesses van de patiënt. Bovenstaande bevindingen komen overeen met de behandeladviezen van Dharmaperwira-Prins (2000) die pleit voor een functionele aanpak aangepast aan de interesses van de patiënt. Opvallend is dat de rol van de omgeving niet genoemd werd in de interviews of beschrijving, terwijl de literatuur het betrekken van de omgeving als voorwaarde stelt. Betrokkenheid biedt onder andere de mogelijkheid om het premorbide functioneren gedetailleerder in kaart te brengen en een co-therapeut aan te stellen (Van Heugten, Bertens & Spikman, 2017).

De therapie heeft inzicht en bij een enkele patiënt motivatie opgeleverd. Er zijn twijfels over de daadwerkelijke vooruitgang. De patiënten gaven aan dat de therapie zeer complex was. De logopedist en onderzoeker relateren dit aan de ernstige cognitieve belemmeringen en het moment waarop de therapie geboden werd. De patiënten legden de prioriteit in de klinische fase met name bij de zichtbare gevolgen van hersenletsel en konden de CCS moeilijk duiden. Dit brachten de logopedist en onderzoeker in verband met de beperkingen in het ziekte-inzicht. Onderzoek bevestigt dat in een latere herstelfase meer ziekte-inzicht ontstaat en daardoor betere revalidatieresultaten behaald worden (Van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). Het beperkte aantal sessies, de korte behandelduur en de onervarenheid van de logopedist en onderzoeker met de LOVT hebben mogelijk ook invloed gehad op de uitkomsten.

5 Conclusie

Onderzoeksvraag

“Wat zijn de belangrijkste kenmerken van discoursproblematiek bij patiënten met CCS zonder afasie door RHL of THL volgens de LOVT, en hoe wordt de inzet van deze therapie door de logopedist en patiënten ervaren?”

Onderzoeksdeel 1: discoursproblematiek LOVT

Dit onderzoek heeft uitgewezen dat discoursproblematiek bij personen met CCS zich met name manifesteert op het niveau van coherentie en in mindere mate op het niveau van cohesie. Er zijn afwijkingen waargenomen in de structuur, ordening en volledigheid van elementen van de verhaalstructuur. Daarnaast zijn topics onvoldoende uitgewerkt of irrelevante topics geïntroduceerd. Ook zijn referenties of voegwoorden inadequaet gebruikt. Al deze problemen leveren met name problemen op in de structuur, samenhang en inhoud van het verhaal.

Onderzoeksdeel 2: ervaringen LOVT

De geïnterviewden en onderzoeker staan open voor het gebruik van de LOVT. Het instrument behoeft volgens hen wel enige aanpassingen. Zo blijkt de theorie en terminologie onvoldoende begrijpelijk en complex te zijn. Daarnaast is het volgens hen aan de behandelend therapeut om het materiaal, anders dan de LOVT, af te stemmen op de belevingswereld en interesses van de individuele patiënt en is er behoefte aan integratie van participatiegerichte taken binnen het traject. Ook worden enkele voorwaarden benoemd om een gerede kans van slagen te hebben met de LOVT. De patiënt heeft een basis aan cognitieve vaardigheden en motivatie nodig en de ernst van de CCS is bepalend. De klinische fase is niet de juiste fase om de therapie in te zetten. De prioriteit ligt elders en het beperkte ziekte-inzicht en cognitieve vaardigheden staan vooruitgang in de weg. De LOVT heeft inzicht en in sommige gevallen intrinsieke motivatie opgeleverd.

6 Aanbevelingen

Onderzoeksdeel 1: discoursproblematiek LOVT

Vervolgonderzoek

- Aanbevolen wordt om vervolgonderzoek te doen en daarbij de omvang van het onderzoek te vergroten en patiënten met diversiteit in laesieplaats bij RHL/THL te includeren. Dit alles om de externe validiteit te verhogen en een representatieve weergave te geven van de werkelijkheid.

Onderzoeksdeel 2: ervaringen LOVT

Behoeftes & voorwaarden

- Aanbevolen wordt om een scholing voor de gebruikers van de LOVT te ontwikkelen, waarin ruimte is voor theorie over discours en de LOVT, deskundigheidsbevordering en intervisie.
- Het opstellen van een selectie voorwaarden, bij voorkeur in samenwerking met een neuropsycholoog en ergotherapeut, waarmee vóór het gebruik van de LOVT overwogen kan worden of de therapie geschikt is voor de patiënt, wordt aanbevolen.
- Aanbevolen wordt om een vragenlijst op te stellen waarmee het premorbide functioneren gericht op het vertellen van verhalen in kaart gebracht kan worden.

Uitvoering

- Herbeoordeling van de discourestheorie en terminologie van de LOVT, rekening houdend met communicatieve en cognitieve beperkingen van CCS, wordt aanbevolen.
- Aanbevolen wordt om in samenwerking met de neuropsycholoog en ergotherapeut een plan voor de benaderingswijze van de individuele patiënt op te stellen en een passend instapniveau, met betrekking tot de niet voorgeschreven oefeningen, te bepalen.
- Er wordt aanbevolen aan de behandelend therapeut om participatiegerichte taken te integreren binnen de therapie en het materiaal, anders dan de LOVT, af te stemmen op de belevingswereld en interesses van de patiënt.

Vervolgonderzoek

- Aanbevolen wordt om vervolgonderzoek te doen en daarbij de omvang van het onderzoek te vergroten. Dit om een representatieve afspiegeling te geven van de doelgroep en meer ervaringen uit overige settingen in de eerste en tweede lijn te verkrijgen.
- Er wordt aanbevolen om te onderzoeken welke herstelfase geschikt is voor de inzet van de LOVT bij CCS.
- Aanbevolen wordt om onderzoek te doen naar de rol van de omgeving bij de inzet van de LOVT bij CCS.

Literatuurlijst

Stichting AfasieNet (2016). *Handleiding AfasieNet-CCS: AfasieNet Cognitieve Communicatie Screening*. Op 28 oktober 2020 ontleend aan <https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/handleidingAfasieNetCCSdd29112016.pdf>

Stichting AfasieNet (z.j.). *Cognitieve communicatiestoornissen*. Op 30 september 2020 ontleend aan <https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/cognitieve-communicatiestoornissen/>

Stichting AfasieNet (z.j.). *Hoe worden werkwoorden gebruikt in discourse?* Op 30 september 2020 ontleend aan <https://www.afasienet.com/nieuws-professionals/hoe-worden-werkwoorden-gebruikt-in-discourse/>

Algra, K. A., Bouter, L. M., Hol, A. M., & van Kreveld, J. (2018). Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit.

Blake, M. L. (2006). Clinical relevance of discourse characteristics after right hemisphere brain damage. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3), 255–267.

Boosman, H., Visser-Meily, J. M. A., Winkens, I., & Van Heugten, C. M. (2013). Clinicians' views on learning in brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 27(6), 685-688.

Boyle, M. (2011). Discourse treatment for word retrieval impairment in aphasia: The story so far. *Aphasiology*, 25(11), 1308-1326.

Brady, M., Mackenzie, C., & Armstrong, L. (2003). Topic use following right hemisphere brain damage during three semi-structured conversational discourse samples. *Aphasiology*, 17(1), 881-904.

Bryant, L., Ferguson, A., Spencer E. (2016). Linguistic analysis of discourse in aphasia: A review of the literature. *Clinical linguistics & phonetics, volume 30*(7), 489-518.

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.j.). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Op 18 december 2020 ontleend aan <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>

City University of London (2018). *LUNA: A novel personal narrative therapy to help people with aphasia tell their story*. Op 30 september 2020 ontleend aan <https://www.city.ac.uk/news/2018/july/novel-personal-narrative-therapy-to-help-people-with-aphasia-tell-their-story>

Cranenburgh, B. (2018). *Neuropsychologie, over de gevolgen van hersenbeschadiging*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Cruice, M., Botting, N., Marshall, J., Boyle, M., Hersh, D., Pritchard, M., & Dipper, L. (2020). UK speech and language therapists' views and reported practices of discourse analysis in aphasia rehabilitation. *International journal of language & communication disorders*, 55(3), 417-442.

Daamen, E. (2005). Hoe Eenduidig is Samenhang in Tekst? *Toegepaste Taalwetenschap in Artikelen*, 73(1), 73-83.

- Davis, G. A., O'Neil-Pirozzi, T. M., & Coon, M. (1997). Referential cohesion and logical coherence of narration after right hemisphere stroke. *Brain and language*, 56(2), 183-210.
- Dharmaperwira-Prins, R.I.I. (2000). *Communicatiestoornissen bij rechterhemisfeerdysfunctie. Rechter hemisfeer Communicatie Onderzoek (RHCO)*. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Dipper, L. (2018). LUNA: an intervention for personal storytelling [PowerPoint slides]. City University of London: London.
- Hersenstichting (2015). *Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel*. Op 29 december 2020 ontleend aan <https://zorgstandaardnah.nl/assets/uploads/images/Zorgstandaard%20THL%202015.pdf>
- van Heugten, C. M., Bertens, D., & Spikman, J. (2017). Richtlijn neuropsychologische revalidatie. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 12(3), 212-214.
- Hill, E., Claessen, M., Whitworth, A., Boyes, M., & Ward, R. (2018). Discourse and cognition in speakers with acquired brain injury (ABI): a systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(4), 689-717.
- Hüßers, S., & Jonkers, R. (2017). Het verschil tussen praten en communiceren: De functionele communicatie bij patiënten met cognitieve communicatiestoornissen. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, 22(1), 29-50.
- Klein, M., & Toorn, M.C. van den (2011). *Praktische cursus zinsontleding*. Groningen: Noordhoff Uitgevers
- Lê, K., Coelho, C., Mozeiko, J., Krueger, F., & Grafman, J. (2011). Measuring goodness of story narratives: Implications for traumatic brain injury. *Aphasiology*, 25(6-7), 748-760.
- Lê, K., Mozeiko, J., & Coelho, C. (2011). Discourse analyses: Characterizing cognitive-communication disorders following TBI. *The ASHA Leader*, 16(2), 18-21.
- Linnik, A., Bastiaanse, R. & Höhle, B. (2016). Discourse production in aphasia: A current review of theoretical and methodological challenges. *Aphasiology*, 30(7), 765-800.
- Manders, E. (2016). *Handboek Neurologische communicatiestoornissen*. Antwerpen: Garant.
- Marini, A. (2012). Characteristics of narrative discourse processing after damage to the right hemisphere. *Seminars in Speech and Language*, 33(1), 68-78.
- Marini, A., Andreetta, S., Del Tin, S., & Carlomagno, S. (2011). A multi-level approach to the analysis of narrative language in aphasia. *Aphasiology*, 25(11), 1372-1392.
- Marini, A., Carlomagno, S., Caltagirone, C., & Nocentini, U. (2005). The role played by the right hemisphere in the organization of complex textual structures. *Brain and Language*, 93(1), 46- 54.
- Marini, A., Galetto, V., Zampieri, E., Vorano, L., Zettin, M., & Carlomagno, S. (2011). Narrative language in traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 49(10), 2904-2910.
- Marini, A., Zettin, M., & Galetto, V. (2014). Cognitive correlates of narrative impairment in moderate traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 64, 282-288.
- Minga, J. (2016). Discourse Production and Right Hemisphere Disorder. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1(2), 96-105.

ter Mors, A. J. W., Bus, B. A. A., & Reijbroek, M. (2018). Cognitieve communicatiestoornis ten gevolge van niet-aangeboren hersenletsel in de rechter hemisfeer. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(12), 838-842.

Paemeleire, F. (2014). De screeningstest voor cognitie en communicatie (STCC): Een nieuw instrument voor volwassenen met NAH. *Logopedie*, 27(2), 51-65

Power, E., Weir, S., Richardson, J., Fromm, D., Forbes, M., MacWhinney, B., & Togher, L. (2020). Patterns of narrative discourse in early recovery following severe Traumatic Brain Injury. *Brain injury*, 34(1), 98-109.

Kennisnetwerk CVA Nederland (2012). *Zorgstandaard CVA/TIA*. Maastricht: Kennisnetwerk CVA Nederland

Rijndam Revalidatie (z.j.). *LOVT- Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie bij afasie: innovatieproject*. Op 30 september 2020 ontleend aan <https://www.rijndam.nl/onderzoek-innovatie/innovatiecentrum-revalidatie/lopende-innovatieprojecten/lovt-lingu%C3%AFstisch>

Sherratt, S. (2007). Multi-level discourse analysis: a feasible approach. *Aphasiology*, 21(3-4), 375-393.

Swinburn, K., Porter, G. & Howard, D. (2014). CAT-NL Comprehensive Aphasia Test – Nederlandstalige bewerking. Amsterdam: Pearson.

Ulatowska, H. K., North, A. J., & Macaluso-Haynes, S. (1981). Production of narrative and procedural discourse in aphasia. *Brain and language*, 13(2), 345-371.

Verhoef, J., Kuiper C., Neijenhuis K., Dekker-Van Doorn C. & Rosendal H. (2019) *ZorgBasics: Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Visch-Brink, E. & VandenBorre, D. (2020). De CAT situatieplaat: een conceptuele analysemethode [PowerPoint slides]. Op 18 mei 2021 ontleend aan https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Afasienet-2020_Situatieplaat-CAT-NL_deel-1.pdf

de Vries, L. (2018). Discourse behandeling bij afasie op koers? Eindverslag praktijkgericht onderzoek opleiding logopedie, Hogeschool Rotterdam.

Wiegers, J., Wielaert, S. & Dammers, N. (2020). LOVT-Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie: Afasieconferentie 2020 [PowerPoint slides]. Op 19 januari 2021 ontleend aan <https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Wiegers.pdf>

Wiegers, J., Wielaert, S. & Dammers, N. (z.j.). LOVT-Pilotfase [PowerPoint slides]. Rotterdam: Rijndam Revalidatie.

Bijlagen

Bijlage I-Samenwerking tussen opdrachtgever en student

“### vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd ###”

Informatiebrief voor deelname aan het afstudeeronderzoek gericht op de Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT) voor patiënten

Geachte heer, mevrouw,

Graag nodig ik u uit om deel te nemen aan mijn afstudeeronderzoek over de **Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT)**. De deelname is geheel **vrijwillig** en dus niet verplicht. Als u besluit om niet deel te nemen aan het onderzoek heeft dit verder **geen consequenties** voor de **behandeling**.

Door niet-aangeboren hersenletsel (NAH) heeft u wellicht problemen **met communiceren**. U heeft bijvoorbeeld moeite gekregen met het **vinden van woorden**, het **vasthouden van de rode draad** in een verhaal of het **onderscheiden van hoofd- en bijzaken**. Dit kan gevolgen hebben voor de communicatie met bekenden of onbekenden, op uw werk of in de winkel.

Er bestaat nog **weinig oefenmateriaal** voor deze problemen. Het afasieteam van Rijndam Revalidatie ontwikkelt daarom een **nieuw programma** voor het **verbeteren van de vertelvaardigheden**: LOVT. Mijn **afstudeeronderzoek** is een onderdeel hiervan.

U kunt ons hierbij helpen!

Voor mijn onderzoek ben ik op zoek naar mensen die **een verhaal** willen **vertellen**. Het gaat om een gebeurtenis die u eens heeft meegemaakt, bijvoorbeeld iets gekks, vervelends of grappigs op een vakantie of op uw werk. Ik zal een **geluidsopname** van het **verhaal** maken en het verhaal **letterlijk uitschrijven**. Er wordt daarna **een analyse** van uw verhaal gemaakt. Uit die analyse zullen **sterke en zwakke punten** naar voren komen.

Samen bespreken we hoe u **het vertellen van een verhaal kunt verbeteren** en als u wilt **oefenen** we een aantal **behandelsessies met de LOVT**. Tot slot bespreek ik met u wat u van de therapie vond, uw ervaringen worden vastgelegd op een **geluidsopname**. De gegevens worden **geheel anoniem** bewaard. We gebruiken uw ervaringen om de **LOVT verder te ontwikkelen**.

Wilt u meedoen aan mijn afstudeeronderzoek en de ontwikkeling van de LOVT? Vul dan het bijgevoegde **toestemmingsformulier** in. Ook **na ondertekening** kunt zich altijd **terugtrekken** uit het onderzoek. Dat heeft geen gevolgen voor de behandeling die u krijgt.

Heeft u **vragen**? Of wilt u **meer informatie**? E-mail dan naar FMackloet@rijndam.nl of JWiegers@rijndam.nl. Wij zullen u dan verder helpen en uw vragen beantwoorden.

Ik zou het erg waarderen als u mee wilt doen aan het onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Fleur Mackloet

Toestemmingsformulier deelname afstudeeronderzoek Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT) voor patiënten

Hierbij verklaar ik dat:

ik **deelneem** aan het afstudeeronderzoek gericht op de vertelvaardigheden van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH);

ik **goed geïnformeerd** ben over het doel van mijn deelname en het onderzoek;

ik **voldoende vragen** heb kunnen stellen;

ik voldoende **tijd gehad heb** om over mijn deelname na te denken;

ik weet dat de deelname geheel **vrijwillig** is en dat ik mijn medewerking op ieder moment kan stoppen;

ik weet dat gegevens **anoniem** blijven, **zonder** dat deze **herleidbaar** zijn naar mij als persoon.

Over LOVT

Mijn **afstudeeronderzoek** is een **onderdeel** van een groter onderzoek in het kader van de **ontwikkeling van Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT)**.

De LOVT is een nieuw Nederlands therapieprogramma voor mensen met lichte tot matige communicatieproblemen na niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

Het **programma** wordt ontwikkeld door het **afasieteam** van Rijndam Revalidatie.

Werkwijze

Er wordt gevraagd om een **persoonlijk verhaal** te vertellen, daarna volgt eventueel een aantal behandelsessies.

De audio-opnames en de transcriptie van mijn verhaal

mogen 10 jaar bewaard worden;

gebruikt worden voor **onderzoek en ontwikkeling** van het therapieprogramma Linguïstisch Onderbouwde Vertel Therapie (LOVT) van het Rijndam Afasieteam;

en/of

gebruikt worden ten behoeve van **onderwijs** over het therapieprogramma de LOVT.

Datum: -----

Naam: -----

Naam therapeut: -----

Informatiebrief voor deelname aan het afstudeeronderzoek gericht op de Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT) voor de logopedist

Geachte heer, mevrouw,

Mijn naam is Fleur Mackloet. Ik ben vierdejaars logopediestudent aan de Hogeschool Rotterdam. Voor mijn afstudeeronderzoek ben ik op zoek naar een logopedist die mij ondersteunt bij een onderzoek naar de nieuwe Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT).

Het afasieteam van Rijndam Revalidatie is in 2018 gestart met de ontwikkeling van linguïstische analyse en therapieprogramma op het gebied van discoursproblemen bij personen met afasie, genaamd de LOVT, omdat er in Nederland nog weinig diagnostisch en behandelmateriaal bestaat. Omdat de verwachting is dat dit programma mogelijk ook effectief zal zijn bij patiënten met rechterhemisfeerletsel en/of diffuus traumatisch hersenletsel zonder afasie ben ik in september gestart met een onderzoek naar de, volgens de LOVT, belangrijkste kenmerken van discoursproblematiek en de inzet van de LOVT bij deze doelgroep. Ik ben benieuwd naar uw ervaring en die van de patiënt.

Hierbij nodig ik u uit om deel te nemen aan mijn onderzoek, waarbij u samen met mij een periode een patiënt met discoursproblematiek volgens de LOVT behandelt. Indien u nog niet heeft deelgenomen aan de cursus LOVT, zal u door de auteurs van de LOVT worden geschoold in de uitvoering hiervan. Samen met u zal ik tijdens deze periode enkele patiënten met rechterhemisfeerletsel en/of diffuus traumatisch hersenletsel therapie geven en het vertellen van een verhaal oefenen volgens de LOVT. Na afloop zal ik een interview bij u afnemen, waarvan een audio-opname gemaakt wordt. Hiermee hoop ik uw ervaring met de LOVT in kaart te brengen. Het interview wordt getranscribeerd en zal verwerkt worden in mijn afstudeeronderzoek.

Uw deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt zich, zonder opgaaf van redenen, op ieder moment terugtrekken. U heeft recht op gegevensbescherming, alle gegevens zullen worden geanonimiseerd en uw privacy blijft te allen tijde gewaarborgd. Na afloop van mijn onderzoek zal ik mijn eindverslag met u delen.

Wilt u meedoen aan mijn afstudeeronderzoek en de ontwikkeling van de LOVT? Vul dan het bijgevoegde toestemmingsformulier in. Ook na ondertekening kunt zich altijd terugtrekken uit het onderzoek.

Heeft u vragen? Of wilt u meer informatie? E-mail dan naar FMackloet@rijndam.nl of JWieggers@rijndam.nl. Wij zullen u dan verder helpen en uw vragen beantwoorden.

Ik zou het erg waarderen als u mee wilt doen aan het onderzoek

Met vriendelijke groet,

Fleur Mackloet

Toestemmingsformulier deelname afstudeeronderzoek Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT) voor de logopedist

Hierbij verklaar ik dat:

ik deelneem aan het afstudeeronderzoek gericht op de vertelvaardigheden van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH);

ik goed geïnformeerd ben over het doel van mijn deelname en het onderzoek;

ik voldoende vragen heb kunnen stellen;

ik voldoende tijd gehad heb om over mijn deelname na te denken;

ik weet dat de deelname geheel vrijwillig is en dat ik mijn medewerking op ieder moment kan stoppen;

ik weet dat gegevens anoniem blijven, zonder dat deze herleidbaar zijn naar mij als persoon.

Over LOVT

Mijn afstudeeronderzoek is een onderdeel van een groter onderzoek in het kader van de ontwikkeling van Linguïstisch Onderbouwde Vertel-Therapie (LOVT).

De LOVT is een nieuw Nederlands therapieprogramma voor mensen met lichte tot matige communicatieproblemen na niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

Het programma wordt ontwikkeld door het afasieteam van Rijndam Revalidatie.

Werkwijze

U zal een korte periode samen met mij een patiënt met discoursproblematiek bij CCS door rechterhemisfeerletsel/traumatisch hersenletsel behandelen. Na afloop van het traject wordt een interview afgenomen, waarin ik met u uw ervaring met de LOVT bespreek. Hiervan wordt een audio-opname gemaakt.

De audio-opname

mag 10 jaar bewaard worden;

gebruikt worden voor onderzoek en ontwikkeling van het therapieprogramma Linguïstisch Onderbouwde Vertel Therapie (LOVT) van het Rijndam Afasieteam;

en/of

gebruikt worden ten behoeve van onderwijs over het therapieprogramma de LOVT.

Datum: -----

Naam: -----

Naam therapeut: -----

Bijlage IV-Meetprotocol

Vorbereiding & benodigdheden

- Audiorecorder (reserve audiorecorder/batterijen)
- Interviewprotocol
- Informed consent
- Rustige ruimte, waar men niet gestoord wordt

Introductie

- Er wordt een veilige omgeving gecreëerd en de deelnemer wordt op het gemak gesteld.
- Het doel van het onderzoek, doel van de deelname en het kader waarbinnen het onderzoek wordt uitgevoerd, worden toegelicht.
- Indien het informed consent nog niet ondertekend is, is hier gelegenheid toe. Anonimiteit en privacy worden te allen tijde gewaarborgd.
- Toestemming voor audio-opname wordt gevraagd.
- Eventuele vragen of opmerkingen worden besproken.

Personalia

De gegevens van de deelnemers worden te allen tijde geanonimiseerd en de privacy wordt gewaarborgd.

Werkwijze

- Na de introductie en toelichting van het onderzoek, het ondertekenen van het informed consent en de algemene uitleg wordt de audio-opname gestart.
- De volgende vraag wordt gesteld: *“Kunt u mij iets vertellen wat u heeft meegemaakt tijdens uw laatste vakantie, of op uw werk, in het weekend etc?”*
- Indien nodig worden vervolgvragen als *“Wat gebeurde er toen?; Hoe is dit precies gebeurd?”* gesteld.
- Gedurende het onderzoek wordt de opname op de audiorecorder regelmatig gecontroleerd.

Slot

- De audio-opname wordt stopgezet.
- De deelnemer wordt bedankt voor de deelname aan de meting.

Bijlage VII-Interviewprotocol

Voor het onderzoek naar de kenmerken van discoursproblematiek bij patiënten zonder afasie met cognitieve communicatiestoornissen (CCS) door rechterhemisfeerletsel en/of diffuus traumatisch hersenletsel en de ervaring van de patiënt en logopedist met de LOVT wordt onderzocht door afname van interviews. Een of meer logopedisten met ervaring met CCS uit een (poli)klinische setting van Rijndam Revalidatie, zonder kennis van de LOVT bij CCS worden geselecteerd. Ook worden er enkele patiënten, na enkele behandelsessies met de LOVT te hebben doorlopen, geïnterviewd en worden hun ervaringen omtrent de LOVT bevraagd. Met dit interviewprotocol wordt getracht voorbereid te zijn en een vaste werkwijze te hanteren. Omdat de interviews semigestructureerd zijn, zullen er enkele verschillen zijn.

Vorbereiding & benodigdheden

- Audiorecorder (reserve audiorecorder/batterijen)
- Interviewprotocol
- Informed consent
- Topiclijst
- Pen en papier
- Rustige ruimte, waar men niet gestoord wordt

Introductie

- Er wordt een veilige omgeving gecreëerd en de deelnemer wordt op het gemak gesteld.
- Het doel van het onderzoek, doel van de deelname en het kader waarbinnen het onderzoek wordt uitgevoerd, worden toegelicht.
- Indien het informed consent nog niet ondertekend is, is hier gelegenheid toe. Anonimiteit en privacy worden te allen tijde gewaarborgd.
- Toestemming voor audio-opname wordt gevraagd.
- Eventuele vragen of opmerkingen worden besproken.

Personalia

De gegevens van de deelnemers worden te allen tijde geanonimiseerd en de privacy wordt gewaarborgd.

Werkwijze

- Na de introductie en toelichting van het onderzoek, het ondertekenen van het informed consent en de algemene uitleg wordt de audio-opname gestart.
- Aan de hand van de topiclijst worden open vragen geformuleerd.
- Gedurende het onderzoek wordt de opname op de audiorecorder regelmatig gecontroleerd.

Interview met deelnemer

Slot

- Er wordt nagevraagd of alles wat de deelnemer wilde vertellen is besproken. Zo niet, dan is daar gelegenheid toe.
- De audio-opname wordt stopgezet.
- Het gesprek wordt geëvalueerd.
- De deelnemer wordt bedankt voor de deelname aan het interview.

Bijlage VIII-Topiclijst & conceptvragen patiënten

Onderstaand volgen topics en een opzet van een semigestructureerd interview met bijbehorende vragen.

INLEIDENDE VRAGEN

1. Wat is er veranderd sinds u ziek bent geworden?
2. Wat doet u allemaal tijdens het revalideren?

UITVOERING

1. Hoe vond u het om op deze manier met het vertellen van verhalen te oefenen?
2. Wat vond u van de therapie die ik u gegeven heb?
 - a. Wat vond u prettig?
 - b. Wat vond u onprettig?
3. Wat vond u van de werkbladen (toelichting elementen)?
4. Wat vond u van de oefeningen (werkvorm)?
5. Wat heeft u geleerd van de therapie?
6. Heeft u genoeg tijd gehad om het vertellen een verhaal te oefenen?
7. Als u de therapie en cijfer zou moeten geven van 1 tot 10, welk cijfer zou u geven, kunt u dit toelichten?

RESULTATEN

1. Hoe gaat het vertellen van een verhaal nu?
 - a. Vertelt u sinds u heeft geoefend met het vertellen van verhalen bondiger of kernachtiger?
 - b. Kunt u sinds u heeft geoefend met het vertellen van verhalen begrijpelijker vertellen?
 - c. Lukt het u sinds u heeft geoefend met het vertellen van verhalen om beter bij het onderwerp van het gesprek te blijven (de draad van het verhaal vast te houden)?
 - d. Kunt u sinds u heeft geoefend met het vertellen van verhalen de juiste woorden gemakkelijker vinden (Stichting AfasieNet, z.j.)?

Vraag 1a. t/m c. van 'Voortgang zijn gebaseerd op 'vragenlijst persoon met NAH' van de AfasieNet-Cognitieve Communicatie Screening (A-CCS).

Literatuur

Stichting AfasieNet (z.j.). *Cognitieve communicatiestoornissen*. Op 30 september 2020 ontleend aan <https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/cognitieve-communicatiestoornissen/>

Bijlage IX-Topiclijst & conceptvragen logopedist

Onderstaand volgen topics en een opzet van een semigestructureerde interview met bijbehorende vragen.

INLEIDENDE VRAGEN

1. Wat is uw ervaring als logopedist met personen met cognitieve communicatiestoornissen zonder afasie?

UITVOERING

1. Wat vindt u van de LOVT?
2. Wat vond u van de werkbladen (toelichting elementen)?
3. Wat vond u van de oefeningen (werkvorm)?
4. Wat vond u van de opbouw van de LOVT?
5. Welke materialen, anders dan de LOVT, heeft u gebruik tijdens de therapiesessies?
6. Hoe bekwaam voelde u zich in de uitvoering van de therapie volgens de LOVT?
7. Hoe vond u het om discoursproblematiek volgens de LOVT te behandelen bij personen met rechterhemisfeerletsel/traumatisch hersenletsel zonder afasie?
 - a. In hoeverre is de LOVT de juiste aanpak om discoursproblematiek bij personen met rechterhemisfeerletsel/traumatisch hersenletsel zonder afasie te behandelen?

BEHOEFTES

1. Welke ontwikkelingen omtrent discours en/of de LOVT zou u graag zien?
2. Wat zou u anders zien op het gebied van de behandeling van discourseproblematiek bij personen met rechterhemisfeerletsel/traumatisch hersenletsel zonder afasie volgens de LOVT?
 - a. Miste u kennis of informatie over discours of de LOVT voor de behandeling van personen met rechterhemisfeerletsel/traumatisch hersenletsel zonder afasie, zo ja, wat?
 - b. Is er voldoende variëteit in oefenmateriaal binnen de LOVT om discoursproblematiek bij personen met rechterhemisfeerletsel/traumatisch hersenletsel zonder afasie te behandelen?