

**HET BELANG VAN DYNAMISCH ASSESSMENT VOOR DE OPSTART VAN EEN
COMMUNICATIESYSTEEM**

Het proces van assessment op maat bij ernstige afasie

Promotor: Dhr. Frank Paemeleire
Mevr. Karen Van Leuven
Academiejaar: 2019-2020

Bachelorproef voorgedragen door:
Megan Van Damme
tot het bekomen van de graad van Bachelor in de
logopedie en de audiologie afstudeerrichting
logopedie

**HET BELANG VAN DYNAMISCH ASSESSMENT VOOR DE OPSTART VAN EEN
COMMUNICATIESYSTEEM**

Het proces van assessment op maat bij ernstige afasie

Promotor: Dhr. Frank Paemeleire
Mevr. Karen Van Leuven
Academiejaar: 2019-2020

Bachelorproef voorgedragen door:
Megan Van Damme
tot het bekomen van de graad van Bachelor in de
logopedie en de audiologie afstudeerrichting
logopedie

Abstract

Het belang van dynamisch assessment voor de opstart van een communicatiesysteem	
Promotiejaar:	2020
Student:	Megan Van Damme
Co-promotor:	Mevr. Karen Van Leuven
Promotor:	Dhr. Frank Paemeleire
Trefwoorden:	Ernstige afasie – Dynamisch assessment – OC-systeem
<p>Personen met een globale afasie hebben vaak ernstige moeilijkheden om te communiceren met hun omgeving. Om dit te verbeteren, kan een communicatiesysteem op maat ontwikkeld worden. In deze bachelorproef wordt het proces van de opstart van een OC-systeem beschreven. Er wordt een theoretisch kader gevormd over globale afasie, de types communicatoren en ondersteunde communicatie. Het belang van dynamisch assessment wordt aangetoond en het instrument GLOBAMIX wordt beschreven. Daarna volgt de omschrijving van het functioneren van de cliënt binnen zijn contextuele factoren. Ook wordt een overzicht gegeven van de onderzoeksactiviteiten die nodig zijn om bijkomende relevante informatie te verzamelen. Verder worden zowel de assessmentresultaten als de ontwikkeling en de training van het communicatiesysteem besproken. Tot slot wordt de effectiviteit en de gehanteerde methode op een kritische manier geëvalueerd. De bachelorproef heeft tot doel het proces van dynamisch assessment weer te geven van waaruit een communicatiesysteem kan ontwikkeld worden.</p>	

Inhoudsopgave

ABSTRACT	4
INHOUDSOPGAVE.....	5
FIGURENLIJST.....	7
DANKWOORD	8
1 Introductie	9
1.1 Globale afasie	9
1.2 Aphasia Categories of Communicators	10
1.2.1 Partnerafhankelijke AAC communicatoren	10
1.2.1.1 Beginnende communicator	11
1.2.1.2 Contextuele keuze communicator	11
1.2.1.3 Transitionele communicator	12
1.2.2 Partneronafhankelijke AAC communicatoren	12
1.2.2.1 Opgeslagen boodschappen communicator	12
1.2.2.2 Zelfgegenereerde boodschappen communicator	13
1.2.3 Specifieke noden communicator	13
1.3 Dynamisch assessment – GLOBAMIX.....	13
1.3.1 Traditioneel assessment	14
1.3.2 Statisch assessment	15
1.3.3 Dynamisch assessment	15
1.3.4 GLOBAMIX.....	17
1.4 OC – Ondersteunde Communicatie	17
1.4.1 Grid Displays	20
1.4.2 Visual Scene Displays	21
1.4.2.1 Een vergelijking tussen Grid Displays en Visual Scene Displays	22
2 Probleemstelling	23
3 Methodologie.....	24
3.1 Proefpersoon.....	24
3.2 Onderzoeksinstrumenten	24
3.2.1 GLOBAMIX – Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie	24
3.2.1.1 Methodieken PMA	25
3.2.1.2 Methodieken omgeving.....	27
3.2.2 OCS-NL – Oxford Cognitive Screen – Nederlandstalige versie	27
3.2.3 DIAS – Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak	28
3.2.4 Verkort Communicatieprofiel	28
3.3 Procedure.....	28
4 Resultaten.....	30
4.1 Type communicator	30
4.2 GLOBAMIX.....	30
4.3 OCS-NL.....	32

4.4	DIAS	33
4.5	Verkort Communicatieprofiel	33
4.6	Ontwikkeling OC-systeem	34
4.7	Training van het OC-systeem	34
5	Discussie	35
5.1	Interpretatie testresultaten GLOBAMIX	35
5.2	Interpretatie overige testresultaten	36
5.3	Evaluatie van het OC-systeem	37
5.4	Tekortkomingen van het onderzoek	37
5.5	Implicatie voor de klinische praktijk	38
5.6	Conclusie	38
6	Literatuurlijst.....	39
7	Bijlagenlijst.....	42
	Bijlage 1: Aanbevelingen voor toepassing principes dynamisch assessment	42
	Bijlage 2: Stappen OC-training	44
	Bijlage 3: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) A.	46
	Bijlage 4: Observatielijst restmogelijkheden van een persoon met globale afasie.....	49
	Bijlage 5: Bepaling type communicator	51
	Bijlage 6: Testresultaten – GLOBAMIX.....	53
	Bijlage 7: Testresultaten – Oxford Cognitive Screen Nederlandstalige versie (OCS-NL).....	63
	Bijlage 8: Testresultaten – Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak (DIAS).....	65
	Bijlage 9: Testresultaten – Verkort Communicatieprofiel	67
	Bijlage 10: Vragenlijst zorgverleners.....	69
	Bijlage 11: Beoordeling vragen door de PMA.....	71
	Bijlage 12: Doelstellingen ter evaluatie van het OC-systeem.....	73
	Bijlage 13: Trainings- en evaluatiemomenten OC-systeem.....	76
	Bijlage 14: Vragenlijst communicatiepartners over de beoordeling van het OC-systeem.....	79

Figurenlijst

Figuur 1: Voorbeeld Grid Display (Blackstone, 2004, p. 2).....	20
Figuur 2: Visual Scene Display (Beukelman et al., 2015, p. 236).....	21
Figuur 3: Weergave hotspots (Blackstone, 2004, p. 6).....	21
Figuur 4: Evaluatie gebruik communicatiebord – deel 1 (Paemeleire & Moerkerke, in druk).....	26

Dankwoord

Graag zou ik een aantal personen willen bedanken die de realisatie van deze bachelorproef mede mogelijk hebben gemaakt.

Mijn promotor Frank Paemeleire voor de begeleiding en ondersteuning gedurende dit proces en voor de interessante inzichten die hij mij heeft bijgebracht. Ook voor het ter beschikking stellen van de proefversie van GLOBAMIX. Eveneens mijn co-promotor Karen Van Leuven voor haar advies en begeleiding. Zij heeft mij de kans gegeven om stage te mogen lopen in het woonzorgcentrum waar de volpatiënt verblijft. Ik ben haar erg dankbaar dat ze haar kennis met mij heeft gedeeld.

Vooraf ook mijn volpatiënt en zijn familie voor hun medewerking. Zonder hun vertrouwen had ik deze bachelorproef niet kunnen waarmaken. Het woonzorgcentrum omdat ik bij hen stage mocht lopen in functie van deze bachelorproef. Alsook de zorgverleners die ervoor openstonden om mee te werken.

Tot slot wil ik Attainment Company bedanken voor het beschikbaar stellen van de tijdelijke licentie voor het gebruik van de volledige versie van de app GoTalk Now.

“Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd, gefotokopieerd en digitaal ter beschikking wordt gesteld”.

Gent, mei 2020

1 **Introductie**

Deze bachelorproef gaat over de doelgroep globale afasie in het chronisch stadium. Een belangrijke taak van de logopedist hierbij is het opsporen van de restmogelijkheden van de persoon met afasie (PMA) en deze in te zetten om tot communicatie te komen. In deze introductie wordt dieper ingegaan op globale afasie. Daarnaast worden de types communicatoren beschreven. Ook wordt het nieuwe assessmentinstrument 'GLOBAMIX' toegelicht. Tot slot wordt beschreven wat ondersteunde communicatie (OC) is en waarvoor dit kan ingezet worden.

De relevantie van deze bachelorproef bestaat eruit dat het materiaal dat zal ontwikkeld worden, zal bijdragen aan een verbeterde communicatie tussen de PMA en zijn cliëntensysteem. Om dit materiaal op maat van de PMA te kunnen ontwikkelen, is een voorafgaand proces van dynamisch assessment noodzakelijk. De relevantie bestaat er bijgevolg ook uit om een voorbeeld van dit proces aan te reiken aan logopedisten, studenten... Indien zij zelf dynamisch assessment willen uitvoeren om van daaruit een OC-systeem op te starten, kunnen zij zich op dit voorbeeld baseren.

1.1 **Globale afasie**

Globale afasie impliceert een ernstige stoornis van alle taalmodaliteiten, waaronder de receptieve en expressieve modaliteiten (van Harskamp, Visch-Brink, & van Amerongen, 1995). Personen met een globale afasie zijn niet-vloeiend en worden gekenmerkt door een beperkte taalproductie. Ook vertonen deze personen problemen met het herhalen, lezen en schrijven. De doelgroep scoort bovendien slecht op het begrip van gesproken en geschreven taal (Bastiaanse, 2010). Toch vertoont niet elke persoon met een globale afasie bovengenoemde kenmerken. De doelgroep vormt namelijk een zeer heterogene groep waarbinnen variaties aan symptomen optreden. De klassieke indeling genaamd 'Boston Aphasia Classification System', ontwikkeld door de Boston-school, is reeds een zeer oude indeling. Tegenwoordig wordt een PMA eerder ingedeeld op basis van de restvaardigheden op vlak van receptie, expressie, lezen en schrijven (K. Van Leuven, persoonlijke communicatie, 29 januari 2020).

De meest voorkomende oorzaak van dit type afasie is het CVA, infarct en/of bloeding. Ook andere oorzaken zijn mogelijk (van Harskamp et al., 1995). De afasie ontstaat in de meeste gevallen door een letsel in de linkerhemisfeer, de zogenaamde 'taaldominante hemisfeer' (Bastiaanse & Prins, 2010, p. 48).

Sommige individuen met ernstige afasie hebben baat bij begripstechnieken die toegevoegd worden door de communicatiepartner. Vaak hebben personen met globale afasie blijvend nood aan deze toegevoegde begripstechnieken. Zonder ondersteuning van dergelijke technieken zullen individuen

met globale afasie veel moeilijker tot begrip van de overgedragen boodschap komen. De reden hiertoe zijn hun begripsproblemen (Garrett & Lasker, 2013).

1.2 Aphasia Categories of Communicators

Aphasia Categories of Communicators is een conceptueel kader, bedacht door Garrett en Lasker (2005), dat de functionele communicatie van personen met afasie beschrijft. Het is als het ware een classificatie die een indeling weergeeft in 6 verschillende categorieën van communicatoren. Deze indeling in types is heel bruikbaar aangezien het jou een andere kijk geeft op personen met afasie. Door gebruik te maken van het kader, bekijk je de PMA volgens zijn/haar manier van communiceren (F. Paemeleire, persoonlijke communicatie, 21 november 2019). De classificatie legt bovendien een link met de praktische toepasbaarheid. Je kan namelijk aan de hand van de categorieën uitmaken of er een mogelijkheid is tot het gebruik van ondersteunende communicatiehulpmiddelen. Uit onderzoek waarbij logopedisten 9 personen met ernstige afasie moesten toewijzen aan een type, bleek dat er zelden unanimititeit was over de indeling (Fierens, 2019). Dit toont aan dat de classificatie gehanteerd moet worden als een denkkader en niet als een afgebakende indeling (F. Paemeleire, persoonlijke communicatie, 21 november 2019).

De classificatie van Garrett en Lasker differentieert personen met afasie die onafhankelijk met OC-strategieën kunnen communiceren van anderzijds personen met afasie die het best tot communicatie komen wanneer OC gebruikt wordt met ondersteuning van de communicatiepartner. Deze laatste groep is dus eerder afhankelijk van de partner (Garrett & Lasker, 2013).

1.2.1 Partnerafhankelijke AAC communicatoren

Personen met afasie die tot deze categorie behoren, hebben ondersteuning van de partner nodig om boodschappen samen te stellen (Garrett & Lasker, 2013). Ze hebben nood aan hulp of cueing van de communicatiepartner. Hulp aangeboden door de partner kan bijvoorbeeld zijn dat hij/zij expliciet aan de PMA vraagt: "Is het dit dat je bedoelt? Of is het dit dat je bedoelt?". Een vorm van cueing is bijvoorbeeld dat de partner het communicatiehulpmiddel voor de PMA legt. Op die manier wordt er aan de PMA een cue gegeven om gebruik te maken van het hulpmiddel (F. Paemeleire, persoonlijke communicatie, 21 november 2019).

Binnen de categorie van partnerafhankelijke communicatoren zijn er drie types te onderscheiden. De types worden in een oplopende hiërarchie van communicatieve bekwaamheid besproken. Concreet betekent dit dat het eerste type binnen deze categorie over de zwakste communicatieve competentie beschikt (Garrett & Lasker, 2013).

Volgens F. Paemeleire (persoonlijke communicatie, 21 november 2019) zijn het voornamelijk personen met een ernstige afasie die tot deze categorie behoren. Personen met dit type afasie worden dus ingedeeld in één van de drie onderstaande subcategorieën.

1.2.1.1 Beginnende communicator

Typerend voor de beginnende communicator is dat zij zich non-verbaal uiten. Deze subcategorie vertoont ernstige moeilijkheden met functionele spraak en het gebruik van symbolen. Ook reageren zij slechts zelden op conversationele informatie. Vooral bij afwezigheid van visuele en/of persoonlijke context vertonen zij een beperkt taalbegrip. Een ander kenmerk is het niet-adequaat gebruik van ja/nee-signalen (Garrett & Lasker, 2013). Dit betekent dat hun ja/nee-respons niet betrouwbaar of zelfs afwezig is. In sommige gevallen kunnen ze echter wel, vaak non-verbaal, hun acceptatie of weigering voor een specifieke tastbare keuze duidelijk maken (Garrett & Lasker, 2005). De beginnende communicator communiceert zelden doelbewust. Vaak gaat de PMA weinig tot geen gebruik maken van fundamentele non-verbale signalen, zoals bijvoorbeeld knikken. Wanneer een PMA dit gedrag toch vertoont, dan is dit eerder zeldzaam te noemen (Garrett & Lasker, 2013). Personen die tot dit type behoren, zijn vaak opmerkzaam voor objecten, foto's of reminiscentie items. Wanneer de communicator begroet wordt, zal hij/zij opkijken. Bovendien kunnen zij objecten op verzoek aannemen en ook teruggeven, dit enkel binnen vertrouwde routines (Garrett & Lasker, 2005).

1.2.1.2 Contextuele keuze communicator

Kenmerkend is dat dit type niet over de talige mogelijkheid beschikt om zelfstandig een conversatie te initiëren (Garrett & Lasker, 2013). De PMA slaagt er af en toe in om gesproken taal en gebaren te uiten, maar deze zijn vaak moeilijk te begrijpen. Hierdoor kan er weinig informatie worden overgebracht (Garrett & Lasker, 2005). Deze communicatoren zijn auditief minder sterk. Input en ondersteuning van de partner versterkt dan ook het begrip van auditief aangeboden informatie. De contextuele keuze communicator kan basale behoeften, een respons of een voorkeur uitdrukken door middel van spontaan aanwijzen van bijvoorbeeld een woord. Hij herkent met weinig moeite visuele symbolen, zoals bijvoorbeeld foto's. De PMA kan antwoorden op gelabelde ja/nee-vragen door gebruik te maken van gerelateerde gebaren, hoofdbewegingen en/of verbale reacties. Er is met andere woorden een adequaat gebruik van ja/nee-signalen. Ook zal de persoon aangeven wanneer hij een boodschap al dan niet begrepen heeft. De contextuele keuze communicator is enkel met assistentie van de partner in staat om te participeren aan actuele gesprekken met meerdere beurten, mits de communicatiepartner geschreven en/of picturale keuzes voorziet (Garrett & Lasker, 2013).

1.2.1.3 Transitionele communicator

De transitionele communicator is bekwaam om gebruik te maken van externe ondersteuning zoals bijvoorbeeld een communicatiebord. Kenmerkend voor dit type is dat de PMA nood heeft aan cues van de communicatiepartner om deze externe ondersteuning effectief te hanteren (Garrett & Lasker, 2013). De PMA kan een vastgelopen conversatie niet zelfstandig succesvol oplossen. Hij/zij initieert zelf geen vragen, maar kan wel spontaan reageren. Bij fysieke behoeften kan de PMA zonder cueing van de partner een verzoek uiten. Ook slaagt dit type er af en toe in om een gedeeltelijke boodschap uit te drukken, mits specifieke context. De PMA kan, met de nodige ondersteuning van de partner, verwisselen van modaliteit. Hij/zij drukt zich voornamelijk uit via aanwijzen, gebaren en/of gesproken taal. Typerend voor de taalproductie zijn de automatische reacties, zoals bijvoorbeeld "ik weet het niet" (Garrett & Lasker, 2005).

1.2.2 Partneronafhankelijke AAC communicatoren

Deze communicatoren zijn in staat om zelfstandig boodschappen in dagelijkse contexten te genereren (Garrett & Lasker, 2013). Ze zijn niet afhankelijk van de ondersteuning van de partner en zijn in staat om zelfstandig met gevarieerde communicatiepartners te communiceren (Garrett & Lasker, 2005). Dit type is bekwaam om intentioneel eigen ideeën en gedachten te delen door middel van diverse strategieën en/of modaliteiten. Personen die een communicatieboek vlot en autonoom kunnen hanteren, zijn een voorbeeld van partneronafhankelijke AAC communicatoren. De twee subcategorieën die hiertoe behoren, komen in de praktijk zelden voor (F. Paemeleire, persoonlijke communicatie, 21 november 2019). De kenmerken van beide subcategorieën zullen nu verder worden toegelicht.

1.2.2.1 Opgeslagen boodschappen communicator

Dit type slaagt erin om communicatie te initiëren zonder ondersteuning van de communicatiepartner. Af en toe produceert de persoon gesproken woorden of frasen die betekenisvol zijn. Incidenteel lukt het de persoon om delen van ideeën te communiceren door te schrijven en/of gebaren te gebruiken. De opgeslagen boodschappen communicator kan zelfstandig boodschappen, die door anderen opgeslagen zijn, terugvinden in een OC-systeem. De pogingen die ondernomen worden om deze opgeslagen boodschappen te verduidelijken en/of uit te breiden, verlopen doorgaans niet succesvol. Dit type is zich bewust van de communicatiestoringen, maar is niet in staat om de vastgelopen communicatie succesvol te herstellen. De persoon heeft wel degelijk hulp nodig om op een effectieve manier een volledige, communicatieve boodschap over te brengen naar de omgeving toe (Garrett & Lasker, 2005).

1.2.2.2 Zelfgegenereerde boodschappen communicator

De zelfgegenereerde boodschappen communicator is in staat zelfstandig nieuwe informatie over te brengen. Aangezien de communicatieve vaardigheden vaak inconsistent zijn, heeft dit type nood aan ondersteunde communicatie. In vergelijking met de opgeslagen boodschappen communicator is het semantisch netwerk van dit type uitgebreider. Deze communicator slaagt erin om af en toe semantisch en grammaticaal complexe uitingen te produceren (Garrett & Lasker, 2013). De PMA is in staat zelfstandig opgeslagen boodschappen te gebruiken in bekende situaties. Hij/zij kan, zonder hulp van de partner, switchen tussen verschillende onderdelen in een OC-systeem. Dit type combineert verschillende stappen om een boodschap over te brengen. De PMA herkent momenten van vastgelopen communicatie en kan deze soms met succes herstellen. In veeleisende en onbekende communicatieve contexten is de kans op communicatiestoringen groter (Garrett & Lasker, 2005).

1.2.3 Specifieke noden communicator

Wanneer een persoon welomschreven, specifieke communicatieve noden heeft, behoort de persoon tot dit type communicator. Voorbeelden van dergelijke specifieke noden zijn het voeren van een telefoongesprek, een persoonlijke brief schrijven, eten bestellen op restaurant... (Garrett & Lasker, 2013). De PMA heeft de behoefte om een concrete communicatieve taak adequaat uit te voeren. Hij/zij maakt selectief gebruik van OC-systemen/strategieën om bepaalde boodschappen over te brengen en dit in specifieke situaties. Zowel partnerafhankelijke als partneronafhankelijke communicatoren kunnen de nood ervaren om efficiënter te communiceren in een bepaalde context. Vandaar dat dit type losstaat van de indeling in partnerafhankelijke en -onafhankelijke communicatoren (Garrett & Lasker, 2005).

1.3 Dynamisch assessment – GLOBAMIX

Assessment bij ernstige afasie kent vijf doelstellingen. Een eerste is het bepalen van de onderliggende taalstoornis op een hypothese toetsende manier. Dit dient zo snel mogelijk na de onset van de afasie te gebeuren. Het verzamelen en in kaart brengen van de restvaardigheden waarover de PMA beschikt, is een tweede doelstelling. Restvaardigheden bieden mogelijkheden om tot verbetering te komen en kunnen ingezet worden voor optimalisatie van de communicatie. Een derde doel is het opstellen van een baseline. Evolutie en kleine veranderingen kunnen enkel vastgesteld worden op voorwaarde dat er een duidelijke baseline werd opgesteld en dat er aan sensitief onderzoek wordt gedaan. Screening van niet-talige cognitieve stoornissen vormt de vierde doelstelling. Deze screening dient uitgevoerd te worden bij elke persoon met een ernstige afasie. De reden hiertoe is de vaak voorkomende comorbiditeit tussen ernstige afasie en niet-talige

cognitieve stoornissen. Een laatste doel is het bepalen van prognostische factoren. Op basis van neuro-anatomische data (de aard, lokalisatie en grootte van het letsel) en gedragsdata (onder andere de intactheid van de executieve functies) kan er een voorspelling van het herstel worden gedaan (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen traditioneel, statisch en dynamisch assessment. Deze begrippen worden hieronder verder toegelicht. Ook zal het werkboek GLOBAMIX worden besproken.

1.3.1 Traditioneel assessment

De traditionele assessmentinstrumenten die beschikbaar zijn voor personen met afasie, zijn vaak niet geschikt voor personen met een ernstige afasie. Ze detecteren uitvalsverschijnselen in een sterk gecontroleerde, niet-interactieve context. Dit is in tegenstrijd met wat er geweten is over personen met ernstige afasie. De doelgroep communiceert namelijk meestal beter in een natuurlijke context. Traditionele testonderzoeken zijn niet ontwikkeld om te gebruiken bij personen met een ernstige stoornis in de taal (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

Traditioneel assessment bij personen met een ernstige afasie geeft beperkingen op vlak van frustratie, sensitiviteit en validiteit. Aangezien de onderzoeker zich tijdens de afname afzijdig houdt, is het erg frustrerend voor beide partijen. Vaak loopt het al mis bij het geven van de instructies. Deze zijn op een te hoog talig niveau geformuleerd, waardoor de PMA moeilijkheden ondervindt om te begrijpen wat de effectieve opdracht is. De tests vragen vaak een mondelinge respons van de PMA, wat voor personen met een niet-vloeiende afasie net de moeilijkste modaliteit vormt (Paemeleire & Moerkerke, 2019). De klassieke testing confronteert de PMA met zijn communicatieve incompetentie. Dit leidt niet alleen tot demotivatie, maar zet daarnaast ook druk op de relatie met de therapeut (Paemeleire, 2018).

Een ander probleem is de lage sensitiviteit. De afname van traditionele tests bij ernstige afasie is weinig informatief. De instrumenten zijn niet in staat om kleine progressie te detecteren. Er is dus onvoldoende sensitiviteit om restmogelijkheden en klinisch relevante vooruitgang te objectiveren (Paemeleire & Moerkerke, 2019). Vaak treedt bodemeffect op en wordt er geen differentiatie gemaakt binnen de groep van ernstige afasie, terwijl dit juist een zeer heterogene groep vormt. De klassieke testing is daarnaast niet-holistisch, omwille van de enge focus op het stoornisniveau. Het isoleert ook de talige functies van de niet-talige cognitie, waardoor geen rekening wordt gehouden met eventuele aanwezigheid van niet-talige cognitieve stoornissen (Paemeleire, 2018).

Dit brengt ons bij het laatste probleem, namelijk dat traditionele tests niet aangepast zijn aan veel voorkomende comorbide stoornissen (Paemeleire, 2018). Naast niet-talige cognitieve stoornissen,

vallen ook input- en outputstoornissen onder de noemer van comorbiditeit. Hemianopsie en neglect zijn voorbeelden van inputstoornissen. Deze kunnen problemen veroorzaken bij complexe visuele prikkels. Onder outputstoornissen wordt hemiplegie en apractisch gedrag verstaan. Traditioneel assessment vergt vaak complexe motorische activiteiten, zoals aangeduidgedrag. Sommige personen met een ernstige afasie slagen er niet in om adequaat aan te duiden, omwille van een bijkomende apraxie. Dit brengt de betrouwbaarheid van de responsmodus in gedrang. Daarnaast kunnen bijkomende niet-talige cognitieve stoornissen ertoe leiden dat de PMA meer tijd nodig heeft om bij te leren. Aangezien traditionele taken een beperkt aantal oefen- en testitems aanbieden, bestaat de kans dat de PMA gaat onderpresteren. Het is van belang om voldoende items te voorzien, zodat er een langere fase gecreëerd wordt om te leren (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

1.3.2 Statisch assessment

Statisch assessment houdt in dat de onderzoeker een zo neutraal mogelijke houding dient aan te nemen. De therapeut mag geen hulp of cues aanbieden en is verplicht zich afzijdig te houden. Bij statische testinstrumenten zijn bovendien de afname- en scoringsregels streng geprotocolleerd. Deze vorm van assessment heeft tot doel om de statische prestatie van het huidige functioneren na te gaan (Paemeleire & Moerkerke, 2019). Ook is er een tekort aan mogelijkheden tot procesanalyse. Vaak bieden statische testen nauwelijks of geen informatie over het leerpotentieel (Resing, 2006).

1.3.3 Dynamisch assessment

Bij dynamisch assessment is de onderzoeker een ondersteunende factor en neemt hij/zij de rol van actieve participant op. Dit betekent dat er interactie plaatsvindt tussen de PMA en de onderzoeker. Typisch voor deze vorm van assessment is dat het heel individueel, experimenteel en holistisch is. Het assessment wordt als het ware aangepast op maat van de PMA. Het dynamisch assessment geeft, in tegenstelling tot het statisch assessment, mogelijkheden om het leerpotentieel te onderzoeken. Hierdoor kan op zoek gegaan worden naar het hoogste niveau van presteren (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

Dynamisch assessment wordt door van Balkom (2014) omschreven als vooruitziend en hypothesetoetsend. Volgens hem richt deze vorm van assessment zich op het ontwikkelingspotentieel. Dit in tegenstelling tot de klassieke testdiagnostiek die eerder retrospectief te noemen is. Daarnaast omschrijft hij dynamisch assessment als methodisch-cyclisch behandelen waarbij gegevens proefondervindelijk worden verzameld (van Balkom, 2014).

Het doel van dynamisch assessment is het cognitief functioneren, de leerbaarheid en veranderbaarheid nagaan. Door informatie te verzamelen over deze drie aspecten, kan de interventie optimaler afgestemd worden op de restvaardigheden van de PMA. Met dit soort assessment wordt op zoek gegaan naar welke communicatieondersteuning het best door de omgeving ingezet kan worden (van Balkom, 2011).

Het gaat om een proces dat op elk moment van de revalidatie kan plaatsvinden, naargelang de nood om een bepaalde onderzoeksvraag beantwoord te zien. De therapeut selecteert dan methodieken die geschikt zijn om een specifieke klinische vraag te beantwoorden. In de klinische praktijk wordt vaak gesproken van termen zoals 'behandelend onderzoeken' of 'onderzoekend behandelen'. Deze begrippen zijn bruikbaar wanneer er zich meerdere sessies van dynamisch assessment voordoen (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

Ook bij het dynamisch assessment zijn beperkingen te vinden. Het assessment vergt veel tijd, aangezien het om een proces gaat. Bovendien worden er geen echte testresultaten verkregen. Desondanks is dynamisch assessment de geschikte vorm om onderzoek te doen bij complexe doelgroepen zoals personen met meervoudige en ernstige stoornissen (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

Doorheen de jaren werden pogingen ondernomen om bruikbare instrumenten te ontwikkelen voor assessment bij personen met ernstige afasie. Momenteel bestaan er vijf belangrijke testinstrumenten die kunnen ingezet worden bij dit type afasie. Het gaat over het Utrechts Communicatie Onderzoek (UCO), de Robert-Van Rumst screening, de Globale Afasie Neuropsychologische Batterij (GANBA), de Scenario Test en de Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA). Bij de ontwikkeling van deze tests werden de eerder besproken problemen mee in acht genomen (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

Moerkerke, Paemeleire en Robert (2017) onderzochten de meerwaarde van de Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA) bij personen met een globale afasie. Uit hun onderzoek kwamen positieve resultaten naar voren. Zowel bij de PMA als bij de onderzoeker werden aangename ervaringen met de BASA gerapporteerd. In de meeste gevallen werden geen bodemscores vastgesteld. Zowel verbale als non-verbale reacties werden gescoord. Ook waren bij de afname van de BASA hulpmiddelen voorzien ter compensatie. Ondanks deze positieve uitkomsten, zijn er ook een aantal negatieve aspecten aan verbonden. Het scoren vergt zeer veel tijd. Per onderdeel waren er te weinig items voorzien. Ook ontbreken enkele onderdelen zoals testing van de non-verbale semantiek en het assessment op activiteiten- en participatieniveau in de BASA (Moerkerke, Paemeleire, & Robert, 2017).

Vermits deze kritische opmerkingen werd besloten om van de vijf bovenstaande testen de positieve elementen te verzamelen en te integreren in een nieuw instrument dat GLOBAMIX heet (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

1.3.4 GLOBAMIX

Het te verschijnen instrument GLOBAMIX zal in wat volgt worden toegelicht als een voorbeeld van dynamisch assessment. Het is een werkboek, ontwikkeld door Paemeleire en Moerkerke (in druk), gericht op personen met een ernstige afasie. Het kan zowel ingezet worden bij vloeiende en niet-vloeiende afasie, als bij cognitieve communicatiestoornissen. Ook kunnen een aantal, eerder algemene, methodes worden gebruikt bij andere ernstgraden van afasie. Dit zorgt ervoor dat de doelgroep redelijk ruim is. Aangezien GLOBAMIX onder dynamisch assessment valt, kan het ingezet worden in elke fase van de interventie (acute, revalidatie- en chronische fase) (Paemeleire & Moerkerke, 2019). Het werkboek bevat allerlei methodieken die zowel bij de PMA als bij de omgeving kunnen ingezet worden. Voorbeelden van dergelijke methodieken zijn vragenlijsten, observatieschalen, stoornisgerichte taken, interviews... (Paemeleire, 2018).

GLOBAMIX kan ingezet worden met het oog op verschillende doeleinden. Het instrument detecteert restvaardigheden en verkent invalshoeken voor de behandeling van de PMA. Het materiaal is ontwikkeld met de bedoeling om kleine vooruitgang in kaart te brengen. Naast de talige functies, vindt er een screening plaats van de niet-talige cognitieve functies. Deze zijn namelijk onmisbaar voor de functionele communicatie en de mogelijkheden om tot compensatie te komen. Onder compensatie wordt het hanteren van strategieën en hulpmiddelen verstaan. Tot slot worden contextuele factoren, die zowel ondersteunend als belemmerend zijn, bepaald (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

Paemeleire en Moerkerke (2019) beschrijven 16 aanbevelingen die de principes van dynamisch assessment weergeven. Bijlage 1 'Aanbevelingen voor toepassing principes dynamisch assessment' geeft hiervan een overzicht. Door de aanbevelingen toe te passen, kan dynamisch assessment uitgevoerd worden bij personen met een ernstige afasie (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

1.4 OC – Ondersteunde Communicatie

Personen met afasie ervaren een verlies van taal- en communicatievaardigheden. Ondersteunde Communicatie (OC) maakt het voor deze doelgroep mogelijk om een boodschap op een alternatieve manier over te brengen. OC bestaat uit allerlei strategieën, communicatievormen en -hulpmiddelen die ingezet kunnen worden ter ondersteuning van de (nog resterende) communicatieve vaardigheden (ISAAC-NF, z.d.). Niet enkel de vaardigheden en mogelijkheden van de persoon met een communicatiestoornis worden ondersteund en versterkt, maar ook die van het sociale netwerk. OC kan omschreven worden als het streven naar totale communicatie, waarbij elke vorm van zowel non-verbale als verbale communicatie wordt gefaciliteerd (ISAAC-NF, 2019, p. 3). Door beroep te doen op OC kan beantwoord worden aan de individuele communicatieve noden van de PMA (Beukelman et al., 2007, p. 230).

ISAAC-NF (z.d.) maakt een onderscheid in enerzijds communicatievormen zonder en anderzijds communicatievormen met hulpmiddelen. Wanneer de ondersteuning afkomstig is van de PMA of de communicatiepartner, dan gaat het om een communicatievorm zonder hulpmiddel. Er wordt met andere woorden geen beroep gedaan op externe ondersteuning. Voorbeelden hiervan zijn gebaren, mimiek, lichaamshouding... Communicatievormen met hulpmiddelen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit een pictobord, een communicatieboek, een spraakcomputer... (ISAAC-NF, z.d.).

OC-hulpmiddelen kunnen onderverdeeld worden in non-tech, low-tech en high-tech. Voorbeelden van non-tech hulpmiddelen zijn concrete voorwerpen, ondersteunende gebaren, pictoborden, communicatieboeken... Concreet gaat het bij non-tech om hulpmiddelen waar geen technologie aan te pas komt. Met low-tech hulpmiddelen kunnen spraakboodschappen opgenomen en afgespeeld worden. Een voorbeeld hiervan is een losse spraakknop (ISAAC-NF, 2019, p. 13). Kenmerkend voor high-tech hulpmiddelen is het interactief en veranderbaar scherm, wat de indeling van het OC-hulpmiddel flexibel maakt. Zo kan er bijvoorbeeld naar een andere pagina geswitcht worden met slechts één druk op een toets. Een spraakcomputer is hier een voorbeeld van. Deze laatste groep is zowel geschikt voor tekst- als voor symboolcommunicatie (ISAAC-NF, z.d.). In deze bachelorproef zal enkel dieper ingegaan worden op de high-tech hulpmiddelen.

Een aantal voordelen die hoogtechnologische hulpmiddelen bieden, zijn de unieke digitale mogelijkheden zoals het integreren van videofragmenten, maar ook de vele toepassingen zoals het nemen van foto's. Een hoogtechnologisch OC-hulpmiddel is als het ware een geïntegreerd systeem waardoor het bijgevolg deel uitmaakt van het dagelijks leven van de PMA. Vaak gaat het om een toestel dat door personen zonder afasie ook wordt gebruikt, zoals een tablet of laptop, waardoor het minder stigmatiserend is (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

Wanneer digitale hulpmiddelen worden ingezet bij personen met een ernstige afasie, zijn hier een aantal kanttekeningen aan verbonden (Paemeleire & Moerkerke, in druk). Vaak verwacht de omgeving dat de PMA een flexibele en onafhankelijke gebruiker van het OC-hulpmiddel zal worden. Dit is echter zelden een realistische verwachting (van de Sandt-Koenderman, 2007, p. 126). Wat in de praktijk ook vaak voorkomt, is dat de PMA het hulpmiddel niet gebruikt. Dit wordt vaak gezien als een weigering van de PMA. Vaak heeft het echter te maken met hun onvermogen om het OC-hulpmiddel onafhankelijk te gebruiken. Als logopedist evalueer je best eerst de vaardigheden van de PMA om te communiceren aan de hand van een non-tech communicatiebord/-boek. Bovendien vergt het gebruik van een hoogtechnologisch OC-hulpmiddel meer probleemoplossend vermogen, meer motorische vaardigheden en voldoende technische ondersteuning in vergelijking met een niet-/laagtechnologisch hulpmiddel (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

Het gebruik van een OC-hulpmiddel op lange termijn is in de praktijk voor personen met afasie vaak problematisch (Paemeleire & Moerkerke, in druk). In de TouchSpeak studie, uitgevoerd door

van de Sandt-Koenderman (2007), waren er slechts twee van de twaalf participanten die het hulpmiddel na drie jaar nog gebruikten. Een belangrijke factor die mede het gebruik op lange termijn bepaalt, is het regelmatig aanpassen van het gepersonaliseerde vocabularium. Hiervoor kan een technische buddy worden ingeschakeld (van de Sandt-Koenderman, 2007, p. 159).

Wanneer een dergelijk OC-hulpmiddel wordt ingezet, is dit hulpmiddel één van de vele OC-vormen waarmee de PMA communiceert. Er is dus sprake van een overkoepelend OC-systeem bestaande uit allerlei OC-vormen die de PMA inzet om zijn/haar communicatie te optimaliseren (ISAAC-NF, 2019).

Het is van groot belang dat de ondersteunde communicatie nauw aansluit bij de mogelijkheden van de PMA, de gesprekspartners en de communicatieve situaties (van Balkom, 2014). Personen met afasie vertonen vaak comorbide niet-talige cognitieve stoornissen. Voorbeelden hiervan zijn geheugen- en aandachtsproblemen, inhibitiestoornissen... Omwille van deze comorbide cognitieve stoornissen zijn personen met afasie vaak niet in staat om hun resterende communicatieve vaardigheden optimaal in te zetten. Dit geldt ook voor het gebruik van OC-hulpmiddelen. Dit betekent dat het hulpmiddel eenvoudig moet zijn in gebruik (Rietveld & Stolte, 2005, p. 12). Om een boodschap via een OC-hulpmiddel over te brengen, zijn verscheidene stappen nodig. Concreet betekent dit dat het gebruik van een communicatiehulpmiddel op cognitief niveau complex is en een goede werking van de executieve functies vereist (Paemeleire & Moerkerke, in druk). Ook Nicholas en Connor (2017) tonen met hun studie het belang van een goede werking van de executieve functies aan bij het gebruik van OC (Nicholas & Connor, 2017). Daarnaast is een intacte non-verbaal semantische verwerking noodzakelijk aangezien communicatiehulpmiddelen vaak gebaseerd zijn op een semantische organisatie van de verschillende items (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

Bij de opstart van een OC-systeem dienen een aantal factoren in kaart worden gebracht. Zo bepalen comorbiditeit en omgevingsfactoren voor een deel het al dan niet succesvolle gebruik van OC. Wanneer een PMA bijvoorbeeld een bijkomende motorische stoornis heeft, kan die persoon problemen ervaren met de bediening van het hulpmiddel. Het is dus essentieel dat er wordt nagedacht over de geschiktheid van het OC-hulpmiddel en dat de PMA holistisch wordt benaderd. Gebruiksvriendelijkheid is bijgevolg een belangrijke factor die mede het succes bepaalt. Zoals reeds werd aangehaald, moet ook rekening worden gehouden met de omgeving. Zij zijn medebepalend voor de behoeften, maar ze zijn ook onmisbaar op vlak van motivatie en technische ondersteuning. Daarnaast moet het financiële aspect bekeken worden (Rietveld & Stolte, 2005, pp. 17-31). Tot slot dient het OC-systeem gepersonaliseerd te zijn om tegemoet te komen aan de communicatieve behoeften van de PMA (ISAAC-NF, 2019, p. 19). Ook Lasker en Bedrosian (2001) geven met het 'Augmentative and Alternative Communication Acceptance Model' aan dat de omgeving, de PMA en het technologische aspect bepalend zijn voor het effectieve gebruik van een OC-systeem. Ook besteden zij aandacht aan de attitudes van de PMA en zijn/haar omgeving. Deze bepalen namelijk deels in hoeverre het systeem in het dagelijks leven zal ingezet worden (Lasker & Bedrosian, 2001).

ISAAC-NF (2019) bespreekt allerlei strategieën die het implementeren van het OC-hulpmiddel kunnen bevorderen. Voorbeelden van dergelijke strategieën zijn het hulpmiddel bij de hand houden, het uitlokken van communicatie door de omgeving... Het tweede voorbeeld impliceert dat er bewust probleemsituaties gecreëerd worden door de communicatiepartner(s) door middel van sabotage. Door deze techniek wordt de PMA gestimuleerd om gebruik te maken van OC om zich op die manier alternatief uit te drukken. Andere strategieën zijn de persoon geleidelijk aansporen aan de hand van cueing, afwachten, het tempo aanpassen... (ISAAC-NF, 2019, pp. 21-23).

Paemeleire, Desmet, Savonet en Van Beneden (2013) beschrijven zes stappen waaruit een OC-training is opgebouwd. Bijlage 2 'Stappen OC-training' geeft een overzicht van deze verschillende stappen.

1.4.1 Grid Displays

Bij een grid display (GD) worden symbolen, foto's, pictogrammen... georganiseerd in roosters. De elementen waaruit de GD bestaat, worden onderverdeeld in semantische categorieën en in afzonderlijke ruimtes geplaatst, zoals weergegeven in figuur 1 (Beukelman et al., 2007, p. 237). Hierdoor zitten vaak onder een GD nog andere GDs, wat vereist dat de gebruiker categorisch semantisch moet denken. Deze vorm van denken is voor veel personen met afasie vaak moeilijk (F. Paemeleire, persoonlijke communicatie, 3 april 2020).



Fig. 1 Voorbeeld Grid Display (Blackstone, 2004, p. 2)

Een dergelijke organisatie van de symbolen vereist dat de PMA alle symbolen afzonderlijk verwerkt. Daarnaast moet de PMA in staat zijn deze symbolen te combineren om op die manier een boodschap te formuleren. Dit vergt een hoog niveau van talige verwerking. Bovendien wordt het werkgeheugen van de PMA erg belast, aangezien hij/zij de doelwoorden moet vasthouden terwijl andere geassocieerde symbolen worden geselecteerd. Dit kan ertoe leiden dat het reeds verminderde werkgeheugen van de PMA wordt overbelast (Beukelman et al., 2015, p. 238). Het aanleren van communiceren via GDs is vaak tijdrovend, omwille van de cognitieve eisen die eraan verbonden zijn. Sommige personen slagen erin OC-systemen in de vorm van GDs te beheersen, velen echter niet (Blackstone, 2004, p. 2).

1.4.2 Visual Scene Displays

Visual Scene Displays (VSDs) bestaan uit allerlei foto's die persoonlijk relevant en contextrijk zijn (zie figuur 2). Anderzijds bestaan VSDs uit bijhorende geschreven woorden, woordgroepen en/of zinnen, afhankelijk van de leesvaardigheid van de PMA (Beukelman, Hux, Dietz, McKelvey, & Weissling, 2015, p. 235). Indien het om een hoogtechnologische VSD gaat, kunnen hotspots worden toegevoegd, zoals weergegeven in figuur 3 (Hux, Buechter, Wallace, & Weissling, 2010). Een hotspot is als het ware een (spraak)boodschap die vervat zit in de VSD. Deze (spraak)boodschap wordt hoorbaar bij aanraking van een bepaalde plaats op de foto (K. Van Leuven, persoonlijke communicatie, 17 februari 2020). Door met andere woorden op een hotspot te klikken, wordt toegang verkregen tot de spraakoutput (Blackstone, 2004, p. 1). Dergelijke spraakboodschappen stimuleren zowel het taalbegrip als de taalproductie van de PMA (Beukelman et al., 2015). Een VSD creëert een gedeeld communicatieplatform tussen de PMA en zijn/haar communicatiepartner. Dit platform biedt opportuniteiten voor het co-construeren van diverse boodschappen (Hux et al., 2010).



Fig. 2 Visual Scene Display (Beukelman et al., 2015, p. 236)

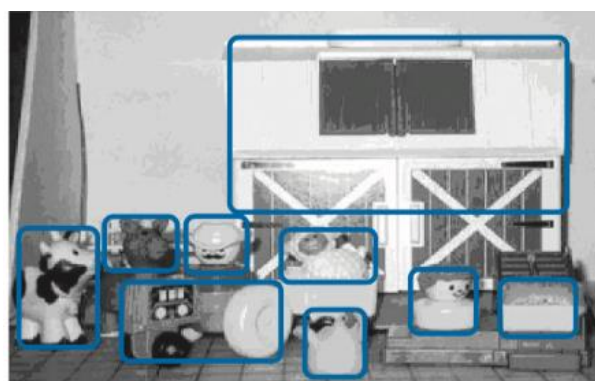


Fig. 3 Weergave hotspots (Blackstone, 2004, p. 6)

VSDs zijn onder andere ontworpen om personen met een ernstige, chronische afasie (en apraxie) een visuele-contextuele ondersteuning aan te bieden. Het zijn dynamische weergaven van bijvoorbeeld een belangrijke levensgebeurtenis. Het zou personen met afasie in staat moeten stellen om tot succesvol communiceren te komen (Beukelman, Fager, Ball, & Dietz, 2007, p. 237).

De foto's dienen een hoge persoonlijke en contextuele relevantie te bevatten (Beukelman et al., 2015, p. 240). De context binnen een VSD geeft namelijk de relatie tussen de aanwezige elementen en de natuurlijke omgeving duidelijk weer. Een grote hoeveelheid aan context zet bovendien aan tot een conversationele interactie (Beukelman et al., 2007, p. 237). Contextrijke foto's zorgen daarnaast voor een sneller begrip van de algemene betekenis van het weergegeven scenario (Beukelman et al., 2015, p. 238).

Bepaalde intacte functies, zoals gezichtsherkenning en visueel-perceptuele vaardigheden, maken het voor personen met afasie mogelijk om foto's van bekende mensen en gebeurtenissen relatief makkelijk te herkennen, te verwerken en op te roepen (Beukelman et al., 2015, pp. 237-238).

Hux, Buechter, Wallace en Weissling (2010) onderzochten het effect van het gebruik van VSDs op de gedeelde communicatie tussen een PMA en onbekende communicatiepartners. De deelnemers participeerden in korte, één-op-één conversaties met betrekking tot een specifiek onderwerp in telkens een verschillende conditie. Het onderzoek maakte gebruik van 3 diverse condities, namelijk een gedeelde VSD (de visual scene is voor beide gesprekspartners zichtbaar), een niet-gedeelde VSD (de visual scene is enkel zichtbaar voor de PMA) en een afwezigheid van een VSD. Uit de resultaten blijkt dat de gedeelde VSD het grootste aantal beurtnames opleverde. Daarnaast gaf de PMA aan dat het begrijpen van de communicatiepartner en het voeren van een conversatie het best verliep in de gedeelde visual scene conditie (Hux et al., 2010).

1.4.2.1 Een vergelijking tussen Grid Displays en Visual Scene Displays

VSDs organiseren foto's contextueel en minder volgens semantische categorieën, zoals bij GDs wordt gedaan. Bij een VSD is elk element weergegeven in zijn natuurlijke relatie en positie ten opzichte van alle andere elementen in de scene. Dit creëert een holistische context waarin de betekenis van alle elementen, alsook de semantische associaties, integraal met elkaar verbonden zijn (Beukelman et al., 2007, p. 237). Hierdoor is er een transparante weergave van de associaties en relaties van mensen tot objecten, plaatsen en gebeurtenissen. Er is weinig tot geen taalkundige interpretatie nodig. Door als communicatiepartner te verwijzen naar de voorziene picturale, geschreven en auditieve informatie, wordt het taalbegrip en de -productie gestimuleerd (Beukelman et al., 2015, pp. 238-239).

Er kan geconcludeerd worden dat het gebruik van GDs een uitgebreidere training vereist voor personen met afasie ten opzichte van VSDs die gebruik maken van persoonlijk relevante scenes. OC-systemen die beroep doen op VSDs voorzien een alternatieve manier van verwerken dat beroep doet op meer automatisme tegenover de verwerkingsprocessen bij GDs die minder automatisch verlopen (Beukelman et al., 2015, p. 238).

Brock, Koul, Corwin en Schlosser (2017) hebben de invloed van GDs en VSDs op de communicatieve competentie van personen met een chronische afasie met elkaar vergeleken. Uit deze studie bleek dat de twee deelnemers met een chronische afasie bij de VSDs vaker de beurt namen met minder frustratie-ervaringen. Ook hun uitingen waren langer en complexer bij de scene displays ten opzichte van de uitingen bij de GDs. De conclusie van dit onderzoek is dat VSDs de communicatieve competentie van personen met afasie meer faciliteren in tegenstelling tot GDs. Er moet echter wel rekening mee worden gehouden dat de studie met slechts 2 afasiepatiënten werd uitgevoerd (Brock, Koul, Corwin, & Schlosser, 2017).

2 Probleemstelling

De problemen die verbonden zijn aan deze bachelorproef, hebben betrekking op de assessmentfase, de inhoud en de implementatie van een OC-systeem en de heterogene populatie van personen met een globale afasie.

Een eerste is dat in de wetenschappelijke literatuur voornamelijk het traditioneel assessment wordt beschreven. Zoals reeds in de introductie vermeld, is deze vorm van assessment minder geschikt voor personen met een ernstige afasie. Het levert heel wat beperkingen op bij deze doelgroep.

Een tweede is dat OC-systemen in de praktijk vaak worden opgesteld vanuit een veralgemeend vocabularium. Dit zorgt er bij vele personen met afasie voor dat het communicatiesysteem niet effectief is. Eerder zou dit moeten opgesteld worden vanuit de reële, communicatieve noden van de PMA. Een OC-systeem, ontwikkeld vanuit een vocabularium, is bovendien weinig gepersonaliseerd. Een bijkomend probleem is dat het systeem een ruim aanbod aan items bevat. Uit een studie, uitgevoerd door van de Sandt-Koenderman (2007), blijkt dat een beperkte set aan boodschappen meer bruikbaar is voor personen met een ernstige afasie tegenover een OC-systeem dat iedere mogelijke boodschap kan genereren (van de Sandt-Koenderman, 2007).

Een derde doet zich voor bij het implementeren van een ondersteunend communicatiesysteem. In vele gevallen is het mogelijk om de communicatie te ondersteunen. In de praktijk loopt deze ondersteuning echter vaak vast bij het gebruik ervan. Personen met een ernstige afasie nemen namelijk zelden tot geen initiatief. Bijgevolg zijn ze voor het gebruik van het OC-systeem grotendeels afhankelijk van hun partner. Dit betekent dat de communicatiepartner(s) een grote verantwoordelijkheid dragen voor het inzetten van het OC-systeem.

Een laatste probleem is de heterogeniteit binnen de groep van globale afasie. Personen binnen deze groep verschillen namelijk op vlak van cognitie, communicatie(noden), taal, sensoriek, motoriek, participatiecontexten... Elke persoon met een globale afasie vertoont andere mogelijkheden en beperkingen.

In deze bachelorproef zal het belang van dynamisch assessment bij personen met een ernstige afasie worden aangetoond. Door vooraf een grondig assessment uit te voeren en het hulpmiddel af te stemmen op de noden en wensen van de persoon en zijn/haar cliëntsysteem, kan er een OC-systeem op maat worden ontwikkeld. Ook zal bij de implementatie van het systeem voldoende aandacht worden besteed aan de stimulatie van het gebruik ervan. De proefpersoon zal aangezet worden om het hulpmiddel in zoveel mogelijk situaties in te zetten.

Met deze bachelorproef wordt naar een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

- Met welke onderzoeksinstrumenten kan voldoende informatie verzameld worden om een communicatiesysteem op maat te ontwikkelen?
- Wat is de meerwaarde van dynamisch assessment voor de opstart van een communicatiesysteem?
- Hoe zal de opbouw, de inhoud en de vorm van het communicatiesysteem eruitzien?
- Hoe kan het totale systeem van OC effectief geëvalueerd worden?
- Wat is het effect van de trainingsperiode op de communicatie tussen de PMA en zijn communicatiepartners?

3 Methodologie

3.1 Proefpersoon

De proefpersoon is een man van 66 jaar, genaamd A. Het gaat om een man met een globale afasie die zich in de chronische fase bevindt. De afasie is ontstaan ten gevolge van een CVA op 59-jarige leeftijd. A. is bijkomend halfzijdig verlamd aan de rechterlichaamshelft. Hij verblijft in een woonzorgcentrum, is gehuwd en heeft 1 zoon. Zijn spontane taal kan omschreven worden als niet-vloeiend. Af en toe slaagt hij erin om tot een succesvolle communicatiepoging te komen, mits ondersteuning van de communicatiepartner. A. drukt zich voornamelijk uit door middel van aanwijzen. De verbale taalexpressie bestaat voor een groot deel uit productie van korte uitingen en automatische reacties. Vooral de communicatie met bekenden verloopt relatief vlot, aangezien voor hen de noden van A. reeds gekend zijn. Bijlage 3 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) A.' geeft een holistisch overzicht van zijn functioneren.

3.2 Onderzoeksinstrumenten

3.2.1 GLOBAMIX – Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie

Voor de uitvoering van het dynamisch assessment zal gebruik gemaakt worden van het instrument GLOBAMIX, dat ontwikkeld werd door Paemeleire en Moerkerke (in druk). Het spoort restvaardigheden op en exploreert invalshoeken voor de behandeling. Daarnaast stelt het de therapeut in staat om aan onderzoekend behandelen te doen (Paemeleire & Moerkerke, 2019).

3.2.1.1 Methodieken PMA

Niet-talige cognitie: buccofaciale praxis

Dit onderdeel gaat de aanwezigheid van buccofaciale apraxie na. Het bestaat uit 15 enkelvoudige niet-spraakgerelateerde opdrachten (Paemeleire & Moerkerke, in druk). Voorbeelden van dergelijke opdrachten zijn zuchten, de tong uitsteken, de ogen sluiten...

Non-verbale expressie: gebaren (begrip)

Afname van deze subtest heeft tot doel de aanwezigheid van eventuele pantomimestoornissen, problemen met het begrijpen van gebaren, na te gaan. De subtest bestaat uit twee delen, namelijk discriminatie van pantomime en begrip van gebaren. Bij deel 1 moet de PMA, door middel van een ja/nee-respons, aangeven of het gebaar al dan niet past bij de foto/het voorwerp. Bij deel 2 is het de bedoeling dat de PMA de foto/het voorwerp aanduidt dat bij het gebaar hoort. De taken zijn bovendien opgebouwd qua moeilijkheidsgraad. Er worden namelijk oefeningen zonder en met semantische en motorische afleiders aangeboden (Paemeleire & Moerkerke, in druk). Een semantische afleider is qua betekenis verwant aan het doelitem. De afleider en het doelitem behoren tot dezelfde semantische categorie. Een voorbeeld van een semantische afleider bij het doelitem zout is peper. Bij een motorische afleider zijn de bewegingen/gebaren van de afleider en het doelitem verwant aan elkaar. Een voorbeeld van een motorische afleider bij het doelitem piano is computer.

Ja/nee-vragen

Dit onderdeel gaat na of het ja/nee-gedrag van de PMA al dan niet verstoord is. Ook kan onderzocht worden wat de mogelijke oorzaak hiervan is. Daarnaast kan de meest adequate ja/nee-reactie van de PMA bepaald worden. Zowel verbale als non-verbale reacties dienen onafhankelijk van elkaar gerapporteerd te worden. Aangezien het de bedoeling is het ja/nee-gedrag te evalueren, mag de onderzoeker het taalbegrip stimuleren. De subtest bestaat uit drie delen. Bij afname van deel 1 worden persoonsgebonden vragen gesteld, zoals "Heb jij 2 kinderen?". Bij deel 2 is het de bedoeling dat de PMA aan de hand van ja/nee-reacties adequaat antwoordt op de vraag "Is dit een...?". Er wordt bijvoorbeeld een mes voor de PMA gelegd en hij/zij moet antwoorden op de vraag "Is dit een vork?". Dit is een voorbeeld van semantisch verwantschap. Tot slot bestaat deel 3 uit informatieve vragen en vragen met betrekking tot de directe omgeving. Voorbeelden van ja/nee-vragen uit deel 3 zijn "Kan een poes blaffen?" en "Staat de televisie aan?" (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

Met deze onderdelen wordt onderzocht in hoeverre de PMA in staat is om een gegeven boodschap, met behulp van een communicatiebord/-boek, over te brengen. Ook kan snel geëxploreerd worden wat de mogelijkheden van de PMA zijn op vlak van OC met een niet-technologisch hulpmiddel. Enkel wanneer de PMA goed presteert op het onderdeel van het communicatiebord, wordt ook het gebruik van een communicatieboek geëvalueerd. De reden hiertoe is dat het gebruik van een communicatieboek complexer is (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

1. *Communicatiebord*

De subtest bestaat uit drie delen. Bij elk deel wordt een ander communicatiebord gehanteerd. Figuur 4 geeft het communicatiebord van deel 1 weer. De moeilijkheidsgraad neemt toe naarmate de test vordert. De communicatieborden bevatten namelijk telkens meer items en foto's worden vervangen door pictogrammen. De opdracht is dat de PMA telkens één symbool op het bord moet aanwijzen.



Fig. 4 Evaluatie gebruik communicatiebord – deel 1
(Paemeleire & Moerkerke, in druk)

Bij deel 1 is het de bedoeling dat de PMA allerlei basisnoden aangeeft, zoals bijvoorbeeld “Ik wil iets drinken.” en “Ik wil in bed.” Bij opdracht 1 tot en met 6 zit het symbool dat de PMA moet aanduiden, letterlijk vervat in de communicatieve boodschap. Zo moet A. bijvoorbeeld bij de boodschap “Ik wil mijn bril.” het item ‘bril’ aanduiden. Bij opdracht 7 tot en met 10 daarentegen dient de PMA een semantische link te leggen tussen de boodschap en een symbool op het bord. Een voorbeeld hiervan is de communicatieve boodschap “Ik wil me wassen.” waarbij A. het item ‘douche’ moet aanduiden. Deel 2 verloopt hetzelfde als deel 1, enkel de moeilijkheidsgraad ligt hoger (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

Tot slot dient de PMA bij deel 3 zijn persoonlijke voorkeuren uit te drukken. Er worden vragen gesteld zoals “Wat drink jij het liefste: koffie of thee?” en “Wat doe jij het liefste?”. Indien de PMA

moeite ervaart om via het communicatiebord zijn voorkeuren aan te geven, kan de onderzoeker per symbool op het bord een gelabelde ja/nee-vraag stellen ter ondersteuning (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

2. *Communicatieboek*

Bij dit onderdeel wordt gebruik gemaakt van een communicatieboek bestaande uit 10 pagina's. De subtest bestaat uit vier delen met een stijgende moeilijkheidsgraad. Bij deel 1 is het de bedoeling dat de PMA één symbool aanduidt om een boodschap over te brengen. Bij het tweede deel moet de PMA een vraag beantwoorden door opnieuw één symbool aan te wijzen. Bij de twee laatste delen dient de PMA twee symbolen te combineren. Bij deel 3 staan deze op dezelfde pagina. Bij deel 4 bevinden ze zich op twee verschillende pagina's, wat voor de hogere moeilijkheidsgraad zorgt (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

3.2.1.2 **Methodieken omgeving**

- Vragenlijst persoonlijke factoren
- Vragenlijst activiteiten & participatie
- Vragenlijst omgeving
- Zelfevaluatie communicatieve vaardigheden
- Vragenlijst over de noden van de omgeving van de persoon met afasie
- Vragenlijst over de communicatie met de persoon met afasie

De vragenlijsten zijn vooral bedoeld om, via de communicatiepartners, meer informatie van de PMA in kaart te kunnen brengen. Op basis van ontbrekende gegevens, nodig voor de opstart van het OC-systeem, werd voor afname van bovenstaande vragenlijsten gekozen.

Naast GLOBAMIX zullen ook andere, relevante assessmentinstrumenten worden afgenomen. Deze worden hieronder verder toegelicht.

3.2.2 **OCS-NL – Oxford Cognitive Screen – Nederlandstalige versie**

De Oxford Cognitive Screen (OCS) is een screeningsinstrument ontwikkeld aan de Universiteit van Oxford door Demeyere, Riddoch, Slavkova, Bickerton en Humphreys (2015). Het instrument werd vertaald en aangepast door Huygelier, Schraepen, Demeyere en Gillebert (2019). Het evalueert de cognitieve domeinen, meer bepaald aandacht, geheugen, taal, numerieke cognitie en praxis. Deze domeinen worden onderzocht aan de hand van 11 verschillende subtests. Om het cognitief functioneren van A. in kaart te brengen, werd gekozen voor afname van dit screeningsinstrument,

aangezien het geschikt is voor personen met afasie (Huygelier, Schraepen, Demeyere, & Gillebert, 2019).

3.2.3 DIAS – Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak

Daarnaast zal het Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak (DIAS) afgenomen worden. Dit instrument werd ontwikkeld door Feiken en Jonkers (2012). Het stelt de eventuele aanwezigheid van spraakapraxie vast. Ook kan hiermee de ernst van de spraakapraxie bepaald worden (Feiken & Jonkers, 2012, p. 19).

3.2.4 Verkort Communicatieprofiel

Voor de beoordeling van de natuurlijke communicatie zal het Verkort Communicatieprofiel afgenomen worden. Wielaert en Steenbergens ontwikkelden in samenwerking met het logopedisch team van Rijndam revalidatie het Verkort Communicatieprofiel (2018), gebaseerd op het Communicatieprofiel (CP) van Wielaert en Visch-Brink (2003). Het instrument geeft informatie over de kwaliteit van het communicatief vermogen van de PMA in allerlei dagelijkse situaties. De checklist dient ingevuld te worden door een logopedist en twee verpleegkundigen (Paemeleire & Moerkerke, in druk).

3.3 Procedure

Om als resultaat een communicatiesysteem op maat van de PMA te verkrijgen, zullen de verschillende stappen van een OC-training doorlopen worden. Deze stappen werden eerder in de introductie beschreven en zijn terug te vinden onder bijlage 2 'Stappen OC-training'.

De basis, en dus ook de eerste stap in het proces, is het verzamelen van de communicatieve noden van de PMA. Dit is het uitgangspunt voor de opstart van een OC-systeem.

Vooraleer de ontwikkeling van start gaat, is het eveneens van groot belang om aan dynamisch assessment te doen. Dit is essentieel voor het bepalen van de restmogelijkheden en beïnvloedende factoren, wat stap 2 vormt. Doordat dynamisch assessment het cognitief functioneren en de leerbaarheid in kaart brengt, verkrijgt de onderzoeker informatie over de restvaardigheden. Met deze vorm van assessment kan bepaald worden welke communicatieondersteuning het best wordt ingezet (van Balkom, 2011). Bij personen met een ernstige afasie is het belangrijk dat enkel het hoogstnodige wordt afgenomen en dat de PMA een minimum aan frustratie ervaart (Paemeleire & Moerkerke, 2019). Het is bijgevolg niet bij elke PMA aangewezen om aan uitgebreid assessment te

doen. De onderzoeker dient de onderzoeksactiviteiten af te stemmen op maat. Alvorens het dynamisch assessment plaatsvond, werden enkele restvaardigheden reeds geobserveerd tijdens een eerste contactmoment. Bijlage 4 'Observatielijst restmogelijkheden van een persoon met globale afasie.' geeft deze observatielijst weer. Daarnaast zal er een sociale netwerkanalyse plaatsvinden. Hiermee worden de huidige communicatiepartners in kaart gebracht. Ook zullen een aantal zorgverleners, die instaan voor de zorg van A., bevroegd worden. Deze bevraging heeft tot doel om meer informatie te verkrijgen over probleemsituaties die zich voordoen op vlak van communicatie. De vragenlijst is terug te vinden onder bijlage 10 'Vragenlijst zorgverleners'.

Rekening houdend met de resultaten die uit het assessment voortkomen, wordt de vorm en de inhoud van het OC-systeem bepaald. Dit impliceert stap 3 en 4 van de OC-training, namelijk het kiezen van een selectietechniek en het communicatiehulpmiddel. Belangrijk hierbij is de inspraak van de PMA. Hij/zij dient betrokken te worden bij de opmaak van het systeem. Hierdoor zal de PMA gemotiveerder zijn om het systeem te gebruiken. Na uitvoering van stap 3 en 4 kan de opstart beginnen.

Nadat een eerste versie ontwikkeld is, kan dit samen met de PMA en indien mogelijk met de omgeving getraind worden. Het instrueren en trainen vormt stap 5 van het proces. Een bruikbare techniek om het gebruik van het OC-systeem aan te leren, is modelling. Bij modelling wordt het systeem tussen de PMA en de therapeut gelegd. De therapeut hanteert zelf ook het OC-systeem om zichzelf uit te drukken. Op die manier modelt de therapeut het gebruik. De trainingen vinden idealiter plaats tijdens dagelijkse situaties. Alsook zal er een educatief moment voorzien worden om de zorgverleners te informeren over het OC-systeem. Tijdens deze workshop is het de bedoeling dat ze leren communiceren aan de hand van dit systeem.

De effectiviteit van het OC-systeem kan tijdens de trainingsmomenten geëvalueerd worden. Dit zal gebeuren op basis van een aantal vooraf opgestelde algemene en communicatieve doelen, die weergegeven zijn in bijlage 12 'Doelstellingen ter evaluatie van het OC-systeem'. Er zal eerst een baseline worden opgesteld. Daarna kan het effect van het communicatiesysteem nagegaan worden op basis van de evolutie die A. maakt op vlak van deze doelstellingen. Ook zal het OC-systeem door de omgeving worden beoordeeld. Hiervoor is een vragenlijst voorzien die terug te vinden is onder bijlage 14 'Vragenlijst communicatiepartners over de beoordeling van het OC-systeem'. Het evalueren en opvolgen vormt de zesde en laatste stap van de OC-training.

4 Resultaten

Uit het dynamisch assessment dat bij A. werd afgenomen, kunnen allerlei resultaten verzameld worden. De kwantitatieve assessmentresultaten zijn achteraan opgenomen als bijlagen. Deze zijn terug te vinden onder bijlage 6, 7, 8 en 9. Wat nu volgt, is de beschrijving van deze testresultaten. Tot slot wordt de ontwikkeling en de training van het OC-systeem besproken.

4.1 Type communicator

A. kan beschreven worden als een partnerafhankelijke communicator. Hij vertoont zowel kenmerken van de contextuele keuze communicator als van de transitionele communicator. Bijlage 5 'Bepaling type communicator' geeft een overzicht van de kenmerken, aanwezig bij A.

Uit de resultaten van een studie uitgevoerd door van de Sandt-Koenderman, Wiegers, Wielaert, Duivenvoorden en Ribbers (2007) blijkt dat slechts de minderheid van personen met een ernstige afasie evolueren naar partneronafhankelijke gebruikers van hoogtechnologische OC (van de Sandt-Koenderman, Wiegers, Wielaert, Duivenvoorden, & Ribbers, 2007).

Het gebruik van een OC-systeem vereist veel van het probleemoplossend vermogen van de PMA. Desondanks kan de communicatie van personen met een ernstige afasie en comorbide executieve functiestoornissen verbeteren door het inzetten van een communicatiesysteem. Echter is het wel zo dat deze doelgroep nood heeft aan ondersteuning bij het gebruik en zij waarschijnlijk het systeem niet onafhankelijk zullen kunnen hanteren (Paemeleire & Moerkerke, in druk). Mogelijks evolueert A. bijgevolg niet naar een partneronafhankelijke AAC communicator.

4.2 GLOBAMIX

Niet-talige cognitie: buccofaciale praxis

A. slaagt er slechts éénmaal in om een volledig correcte en direct ingezette beweging uit te voeren. Bij alle andere niet-spraakgerelateerde opdrachten voert hij een afwijkende beweging uit en heeft hij nood aan cueing. Cueing leidt slechts bij twee opdrachten, van de 14 opdrachten waarbij gecued werd, tot een positieve reactie. Tijdens de afname werd frustratiegedrag, zoekend monddrag en regelmatige vocalisatie van de klank /p/ geobserveerd.

Non-verbale expressie: gebaren (begrip)

A. duidt slechts éénmaal een afleider aan. In alle andere gevallen van foutieve responsen duidt hij een voorwerp/foto aan dat zowel semantisch als motorisch niet verwant is met het gebaar. Als cue werd tweemaal de keuze verminderd en tweemaal werd een gelabelde ja/nee-vraag gesteld. De cue 'keuze verminderen' leidde éénmaal tot een positieve reactie. Bij een correcte reactie na het aanbieden van één of meerdere cues, wordt de score C+ gegeven. Op basis van deze scores kan het percentage C+ berekend worden. Als observatie werd productie van het woord negen keer vastgesteld.

Ja/nee-vragen

Persoonsgebonden vragen die bestaan uit een cijfer beantwoordt A. foutief. Een voorbeeld van een dergelijke vraag is "Ben jij 66 jaar?". Bij de beoordeling van de voorwerpen, dat onderdeel uitmaakt van deel 2, maakt A. tweemaal een fout. Dit bij items waarbij het voorwerp vergeleken wordt met een semantisch verwant item. Er wordt bijvoorbeeld een glas voor de PMA gezet en de onderzoeker vraagt "Is dit een kopje?". Opvallend is dat A. de ja/nee-responsen bijna altijd verbaal gesproken produceert. Op de informatieve vragen, zie taak 2 van deel 3, behaalt A. een lagere score ten opzichte van de andere taken. Tijdens de afname wordt tweemaal een herhaling geobserveerd.

Evaluatie gebruik communicatiebord

Bij deel 1 en deel 2 zijn de 0-scores vooral te situeren bij de items waarbij een semantische link moet worden gelegd, namelijk item 7 tot en met 10. Bij deel 1 heeft A. slechts één van deze items juist. Bij deel 2 heeft hij er drie van de vier correct. Om deze boodschappen over te brengen, maakt hij nauwelijks spontaan gebruik van het communicatiebord. Ondanks de ondersteuning van de onderzoeker en de cues die worden aangeboden, slaagt A. er niet altijd in om de boodschappen over te brengen. Tijdens de afname van deel 2 produceert A. af en toe gesproken woorden zoals 'zon' bij de communicatieve boodschap "Het is hier te warm!". Ook bij deel 3 beantwoordt hij soms vragen zoals "Wat eet jij het liefste?" met een verbaal gesproken woord, namelijk in dit geval met het woord 'boterham'.

Evaluatie gebruik communicatieboek

Tijdens de testafname kon geobserveerd worden dat A. vlot doorheen het boek bladert en gericht op zoek gaat naar de symbolen. Wanneer hij bijvoorbeeld een fruitsoort moet aanduiden, bladert

hij onmiddellijk naar de pagina met het fruit erop. Af en toe produceert A. gesproken woorden, zoals 'zee' en 'woensdag'. Bij deel 3 en 4, waarbij A. twee symbolen moet combineren, heeft hij veel ondersteuning en cueing nodig van de onderzoeker. Hij weet meestal wel dat hij nog een tweede symbool moet aanduiden, maar toch slaagt hij er niet altijd in om deze met elkaar te combineren. Ook lukt het hem niet om kleuren over te brengen. Op vlak van het communiceren van getallen is A. eerder geneigd de voluit geschreven getallen aan te wijzen in plaats van de getallen weergegeven in symbolen.

Om tot uiting van een communicatieve boodschap te komen, overloopt A. alle items op een bepaalde pagina om op die manier het correcte symbool te vinden. Deze strategie gebruikt A. succesvol. Wat opvalt is dat A. de woorden, die in het communicatieboek geschreven staan, kan lezen. Dit is relevante informatie met betrekking tot de ontwikkeling van het OC-systeem.

4.3 OCS-NL

Op basis van klinisch redeneren werden slechts zes van de elf subtests van versie A afgenomen.

- *Subtest 'Benoemen'*

Bij afname van dit testonderdeel, waarbij A. prenten moet benoemen, slaagt hij er slechts éénmaal in om een prent onmiddellijk en correct te benoemen.

- *Subtest 'Semantiek'*

Hierbij moet A. afgebeelde items aanduiden. Hij duidt bij alle drie de opdrachten de correcte tekening aan.

- *Subtest 'Gezichtsveld'*

Deze subtest, die nagaat of de PMA neglect heeft, werd afgebroken omdat het voor A. moeilijk was om naar een centraal punt te blijven kijken. Mogelijks vertoont A. problemen met visuele aandacht. De eventuele aanwezigheid van neglect dient verder onderzocht te worden.

- *Subtest 'Gebroken harten test'*

Met deze subtest wordt de aandachtsfunctie geëvalueerd. Ook deze werd afgebroken. A. had nood aan constante ondersteuning van de onderzoeker.

- *Subtest 'Betekenisloze gebaren imiteren'*

Bij dit onderdeel, dat peilt naar ledematenapraxie, voerde A. na een tweede demonstratie af en toe een goede poging uit. Desondanks kwamen de gebaren niet exact overeen met het voorbeeld van de onderzoeker.

- *Subtest 'Executieve taak'*

Bij de eenvoudige taken op dit onderdeel slaagde A. er (na de oefenreeks) zelfstandig in de cirkels en driehoeken van groot naar klein met elkaar te verbinden. Bij de gemengde, complexe taak had A. meer ondersteuning nodig van de therapeut. Ook werd geobserveerd dat meneer niet in staat is om met een potlood verbindingen te maken.

4.4 DIAS

De subtest 'Aansturing van articulatiespieren' werd niet afgenomen bij A., aangezien de aanwezigheid van buccofaciale apraxie reeds werd nagegaan met de GLOBAMIX.

- Subtest 'Articulatie van klanken'

Bij de articulatie van consonanten geeft A. vaak aan het niet te weten. Hij aarzelt en is onzeker over zijn pogingen. Hij verlengt regelmatig de consonant met een korte schwa-klank. De articulatie van de vocalen gaat daarentegen vlotter.

- Subtest 'Diadochokinese'

Hierbij valt op dat de sequentiële herhalingen vlot lukken, maar dat A. er niet in slaagt om de alternerende reeksen te herhalen. Bij de herhaling van de sequentiële reeksen binnen de 8 seconden nam A. een trager spreektempo aan en moest hij zich harder concentreren. Desondanks slaagde hij er wel in om deze reeksen binnen de 8 seconden zoveel mogelijk te herhalen. Aangezien A. geen enkele keer éénmaal een alternerende reeks kon herhalen, werd herhaling van deze reeksen binnen de 8 seconden niet afgenomen.

- Subtest 'Articulatie van woorden'

Wat opvalt is dat A. regelmatig clusterreducties produceert, zowel initiaal, mediaal als finaal. Ook kon een omissie van een syllabe en een adductie van een finale consonant geobserveerd worden.

4.5 Verkort Communicatieprofiel

De checklist werd ingevuld door de logopedist, de kinesist en een zorgverlener. Bijlage 9 'Testresultaten – Verkort Communicatieprofiel' geeft de verschillende beoordelingen per persoon weer. A. is volgens de 3 beoordelaars in staat om gebaren goed te begrijpen. Geschreven woorden begrijpt A. enkel als ze binnen een context worden aangeboden. Op vlak van productie maakt hij zich voornamelijk duidelijk via non-verbale modaliteiten, zoals aanwijzen en het maken van gebaren. Hij produceert af en toe een gesproken inhoudswoord of een automatische reactie. Schrijven kan A. niet meer, mede door zijn hemiplegie aan de rechterlichaamshelft. Aan de hand van afbeeldingen/foto's kan A. zich matig uitdrukken. A. neemt vooral initiatief om het hoogstnodige te vragen. Sommige communicatiepartners gaan niet altijd in op zijn pogingen, waardoor dit belemmerend is voor de communicatie. A. is sociaal ingesteld naar de andere bewoners toe. Hij probeert deel te nemen aan de gesprekken, door ja/nee te knikken of door mee te lachen. Zijn ja/nee-responsen zijn meestal adequaat. Enkel in situaties met weinig context lijkt zijn ja/nee-gedrag verstoord te zijn.

4.6 Ontwikkeling OC-systeem

Om tot een eerste versie van het OC-systeem te komen, werden de stappen 1 tot en met 4 van de OC-training doorlopen (zie bijlage 2). Op basis van verschillende gegevens, zoals de assessmentresultaten, de mening van de PMA en de omgeving, de vaardigheid van A. om met een tablet te werken... werd besloten om voor een hoogtechnologisch OC-systeem te kiezen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de app GoTalk Now en de Nederlandstalige handleiding van deze app, die ontwikkeld werd door Verhelst (2017). In de handleiding staan de verschillende stappen beschreven voor de aanmaak van een communicatieboek op de app GoTalk Now (Verhelst, 2017). Ook werd op basis van het theoretisch kader, dat in de inleiding werd gevormd, gekozen voor een combinatie van grid displays en visual scene displays. Het systeem bevat een startscherm dat A.'s kamer weergeeft onder de vorm van een VSD. Vanuit dit startscherm kan hij switchen naar de eetzaal, de badkamer, zijn nachtkast... Er werd voor gekozen enkel persoonlijk relevante foto's te gebruiken. Aangezien uit het assessment bleek dat A. in staat is tot lezen, mits voldoende context, werden ook enkele geschreven woorden toegevoegd aan het systeem. Ook zijn er hotspots met spraakoutput voorzien. Het was de bedoeling dat A. door middel van nazeggen de spraakoutput zelf ging inspreken. Dit lukt enkel bij woorden. Ook is het minder goed verstaanbaar wanneer hijzelf de boodschap inspreekt. Hierdoor werd besloten om dit niet te doen, aangezien het voor een verminderde geluidskwaliteit zorgt. Er werd uiteindelijk gekozen voor tekst-naar-spraak software. Het uitgangspunt voor de inhoud van het OC-systeem zijn de communicatieve noden. Deze werden onder andere bepaald op basis van de bevraging van verschillende zorgverleners (zie bijlage 10). Bepaalde noden die tijdens deze bevraging naar voor kwamen, waren bijvoorbeeld het licht uitdoen en de deur sluiten bij het verlaten van de kamer, zijn bril kuisen... Ook was het de bedoeling om een pagina te voorzien van allerlei vragen die A. zou kunnen stellen aan zijn communicatiepartner(s). Iets waar hij zonder een OC-systeem niet toe in staat is. De vragen zouden ondersteund worden met een pictogram en kernwoorden en zouden voorzien zijn van spraakoutput. Op basis van de vragenlijsten, die werden ingevuld door de echtgenote, werden een reeks van vragen opgesteld. Om A. inspraak te geven bij de selectie van deze vragen, werd elke vraag afzonderlijk aan hem voorgelegd. De opdracht was dat hij duidelijk moest maken welke vraag hij zelf wel/niet zou willen stellen (zie bijlage 11). Uiteindelijk werden deze vragen niet opgenomen in het OC-systeem, aangezien de proefversie te beperkt was.

4.7 Training van het OC-systeem

Stap 5 van de OC-training houdt het instrueren en trainen van het communicatiesysteem in. Omwille van een plotselinge beëindiging van de trainingsperiode (door COVID-19) vonden slechts 2 trainingsmomenten plaats. Bijlage 13 'Trainings- en evaluatiemomenten OC-systeem' vat de inhoud van deze trainingsmomenten samen.

5 Discussie

5.1 Interpretatie testresultaten GLOBAMIX

A. vertoont duidelijk kenmerken van buccofaciale apraxie, omwille van de slechte prestatie op het onderdeel 'niet-talige cognitie: buccofaciale praxis'. Dit kan te verklaren zijn vanuit begripsproblemen. Maar aangezien A. ook na imitatie er niet in slaagde om de opdrachten correct uit te voeren, lijken begripsproblemen niet aan de oorzaak te liggen van zijn verminderde prestaties. Vermoedelijk is er sprake van aanwezigheid van buccofaciale apraxie. Het gaat in zijn geval om een ernstige stoornis, aangezien er geen doelbewuste bewegingen mogelijk zijn. Het percentage C+ (correcte reacties na cue(s)) is 14,29 %, wat betekent dat cueing weinig effect heeft bij A.

Op het onderdeel 'non-verbale expressie: gebaren (begrip)' scoort A. enkel op taak 1 van deel 1 lager dan 50 %. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hij nog moest wennen aan de opdracht. Mogelijks is dit ook het effect van de leerbaarheid. Een andere denkpiste kan zijn dat A. de opdracht eerst niet goed begrepen had. Op de taken die daarna volgen, behaalde A. telkens meer dan 50 %. Het lijkt dus dat hij redelijk goed gebaren begrijpt. Vermoedelijk is er geen sprake van een pantomimestoornis. Opvallend is wel dat A. zowel bij deel 1 als bij deel 2 beter scoort op de taken met afleiders t.o.v. de taken zonder afleiders. Mogelijks liggen andere factoren, zoals aandacht, mimiek van de onderzoeker... mee aan de oorzaak van deze opvallende discrepantie. Uit de percentages C+ kan afgeleid worden dat cueing ook bij dit onderdeel geen positief effect heeft.

Op basis van de resultaten op het onderdeel 'ja/nee-vragen' kan geconcludeerd worden dat A. ja/nee-vragen in de meeste gevallen lijkt te begrijpen. Zijn begrip is schijnbaar beter bij contextvragen. Vragen met weinig context, zoals de informatieve vragen, zijn moeilijker voor A. om te begrijpen. Wanneer hij bij dergelijke vragen een inadequate ja/nee-respons vertoont, is dit bijgevolg te verklaren vanuit begripsproblemen. Ook lijkt hij moeite te hebben met het begrijpen van gesproken cijfers. Zijn meest adequate ja/nee-reactie is verbaal gesproken.

Uit het onderdeel 'evaluatie gebruik communicatiebord' kan besloten worden dat A. goed overweg kan met een communicatiebord. Hij slaagt er in de meeste gevallen in om de communicatieve boodschap adequaat over te brengen. Vooral wanneer hij een semantische link moet leggen, heeft hij nog nood aan ondersteuning. Wel valt op dat zijn prestaties bij de boodschappen met een semantische link beter zijn bij deel 2 ten opzichte van deel 1. Dit kan te verklaren zijn vanuit het effect van leerbaarheid.

Tijdens afname van het onderdeel 'evaluatie gebruik communicatieboek' lijkt A. de verschillende categorieën waaruit het boek is opgebouwd te begrijpen. Hij is in staat om de woorden die geschreven staan te lezen in tegenstelling tot het lezen bij een leesopdracht. De context die het

communicatieboek aanbiedt, is hier mogelijk een verklaring voor. Mits de nodige ondersteuning van de communicatiepartner kan A. aan de hand van een communicatieboek een boodschap overbrengen.

5.2 Interpretatie overige testresultaten

Op basis van de resultaten op de OCS-NL kan besloten worden dat A. woordvindingsproblemen vertoont. De discrepantie tussen de scores op de onderdelen 'benoemen' en 'semantiek' kan een indicatie zijn dat de receptieve taal beter is dan de expressieve taal. Dit wil echter niet zeggen dat er geen problemen op vlak van receptieve taal kunnen zijn. De eventuele problemen zullen waarschijnlijk enkel minder groot zijn dan de problemen op expressief vlak. Doordat de subtest 'gebroken harten test' moest worden afgebroken, is er een vermoeden van aandachts- en/of begripsproblemen. Ook vertoont A. problemen op vlak van praxis. Er kan geconcludeerd worden dat A. in staat is tot uitvoering van eenvoudige taken, mits de vereiste ondersteuning. Complexe taken vormen echter een probleem voor hem. Ondanks A. intact scoort op het onderdeel 'executieve taak' lijkt hij toch problemen te vertonen op vlak van executief functioneren. A. heeft namelijk moeite om een complexe instructie te onthouden tijdens een opdracht. Ook kan hij moeilijk een complexe taak indelen in opeenvolgende deeltaken. Bovendien houdt A. vast aan dagelijkse gewoonten en structuur, waardoor hij zich niet makkelijk flexibel kan opstellen. Aangezien OCS-NL een screeningsinstrument is, is verder onderzoek aangewezen om specifieke problemen in kaart te brengen.

Op basis van de resultaten die A. behaalt op de DIAS kan vastgesteld worden dat hij een slechtere productie vertoont bij de consonanten ten opzichte van de vocalen (kenmerk 1). Ook op de alternerende reeksen presteert hij slechter dan op de sequentiële reeksen (kenmerk 2). Daarnaast kan, op basis van kenmerk 1 en de vele clusterreducties die hij maakt, geconcludeerd worden dat er bij A. een articulatiecomplexiteitseffect aanwezig is (kenmerk 3). Op basis van deze 3 kenmerken is er een sterk vermoeden van spraakpraxie. Om van de diagnose te kunnen spreken, moeten 3 of meer specifieke kenmerken aanwezig zijn (Feiken & Jonkers, 2012). Aangezien het niet duidelijk was of A. de opdrachten voldoende had begrepen, gaat het slechts om een sterk vermoeden. Begripsstoornissen kunnen namelijk de score op de DIAS beïnvloeden hebben.

Bij de beoordelingen van het verkort communicatieprofiel valt op dat beoordelaar 3 aangeeft dat A. soms zaken aanwijst, terwijl hij iets anders bedoelt. Mogelijks denkt deze beoordelaar dit, omdat ze niet diep genoeg ingaat op de pogingen van A. Daarnaast hangt de mate waarin A. gesproken taal begrijpt mogelijk af van de strategieën die de communicatiepartner toepast. Hoe meer communicatieve vaardigheden de partner inzet, hoe beter A. de gesproken taal zal begrijpen.

Aangezien er een vermoeden van neglect was, werd de Visual Attention Lite afgenomen. Deze test gaat na of er sprake is van inputstoornissen, zoals neglect en/of hemianopsie. Op basis van deze testing kan geconcludeerd worden dat A. geen duidelijk linker- en/of rechterneglect vertoont.

5.3 Evaluatie van het OC-systeem

Het evalueren van het communicatiesysteem behoort tot stap 6 van de OC-training. Aangezien er slechts een beperkte trainingsperiode heeft kunnen plaatsvinden, zijn er slechts enkele gegevens ter beschikking die de effectiviteit van het OC-systeem in kaart kunnen brengen. Het systeem zal vooral ingezet worden voor communicatie over objecten die niet zichtbaar zijn in de ruime omgeving. Ondersteunde communicatie vormt namelijk een aanvulling op de restmogelijkheden van de PMA en dient dus niet ter vervanging. Wanneer een object in de omgeving aanwezig is, zal A. dit vermoedelijk aanwijzen zonder gebruik te maken van het OC-systeem. Daarnaast zal het systeem zijn nut voornamelijk bewijzen bij de communicatie met onbekende personen. Deze onbekenden kennen namelijk de gewoontes en noden van A. niet. Bij hun zal de communicatie met meneer veel moeizamer verlopen in vergelijking met een bekende communicatiepartner. Vermoedelijk zal de chronische fase waar meneer zich reeds enkele jaren in bevindt een invloed hebben op het gebruik van het OC-systeem. A. is het namelijk al geruime tijd gewend om zonder het systeem te communiceren, waardoor hij reeds geleerd heeft hoe te compenseren.

Uit de 2 trainingsmomenten bleek dat A. in staat is om met het OC-systeem communicatieve boodschappen over te brengen. Ondanks hij gemotiveerd is om het systeem zelfstandig te gebruiken, heeft hij op bepaalde momenten hulp nodig van de partner om tot succesvolle communicatie te komen.

Het is moeilijk om op basis van de beperkte versie van de app en de 2 trainingsmomenten te concluderen of het OC-systeem al dan niet succesvol is voor de communicatie tussen A. en zijn communicatiepartner(s). Verdere training met de uitgebreide versie is aangewezen om de onderzoeksvraag 'Wat is het effect van de trainingsperiode op de communicatie tussen de PMA en zijn communicatiepartners?' te beantwoorden.

5.4 Tekortkomingen van het onderzoek

Om het cliëntensysteem meer inzicht te geven in de restvaardigheden van de PMA, zou de omgeving betrokken moeten worden bij de uitvoering van de assessmentactiviteiten. Op die manier kunnen zij zien wat de PMA wel/niet kan. Dit geeft hen bijgevolg ook meer inzicht in de opbouw van het OC-systeem. In dit onderzoek werd de omgeving door omstandigheden niet betrokken bij het assessment op stoornisniveau, wat een tekortkoming vormt van deze bachelorproef.

Bij assessment op het niveau van activiteiten, participatie en persoonlijke factoren zou de PMA nog meer betrokken kunnen worden. De vragenlijsten die deze niveaus bevragen, werden enkel door de echtgenote van A. ingevuld. Een suggestie is om de PMA ook te betrekken bij het assessment op deze niveaus, en niet enkel bij het assessment op stoornisniveau.

Bij de opmaak van het OC-systeem werd de PMA te weinig betrokken. Het systeem werd opgebouwd op basis van zijn communicatieve noden, maar de tevredenheid over de eerste versie van het OC-systeem werd bijvoorbeeld niet bevestigd. Er werd onvoldoende rekening gehouden met de mening van de PMA. Daarnaast werd bij de eerste versie van het systeem nog te veel vertrokken vanuit een vocabularium. Zo bevatte het nog te veel overbodige items. Deze overbodige items zijn bijvoorbeeld foto's van voorwerpen/objecten die altijd aanwezig zijn in zijn kamer. Over dergelijke voorwerpen/objecten kan A. communiceren door ernaar te wijzen, aangezien ze aanwezig zijn in de omgeving. Zulke items dienen dus, in het geval van A., niet opgenomen te worden in het OC-systeem. Een andere beperking van het onderzoek was dat er met de proefversie van de app GoTalk Now slechts 5 pagina's konden gecreëerd worden. Dit beperkte het aanbod aan communicatieve boodschappen die met het systeem konden overgebracht worden. Dit zorgt er bijgevolg voor dat de kans op slagen kleiner is. Attainment Company bood een tijdelijke licentie aan waarmee toegang kon verkregen worden tot de uitgebreide versie van de app. Omwille van de lockdown door COVID-19 kon geen beroep gedaan worden op deze licentie. Ook werden de communicatiepartners niet betrokken bij de training en werd er geen workshop meer gegeven aan de zorgverleners, omwille van de plotselinge lockdown. Hierdoor kon de OC-training niet optimaal afgewerkt worden zoals gepland.

5.5 Implicatie voor de klinische praktijk

Dynamisch assessment stelt de onderzoeker in staat de restvaardigheden van de PMA in kaart te brengen. Deze restvaardigheden vormen het uitgangspunt voor de opstart van een OC-systeem.

Volgens de 6 stappen van een OC-training, die eerder in deze bachelorproef werden beschreven, kan een OC-systeem op maat ontwikkeld en geïmplementeerd worden.

5.6 Conclusie

Deze bachelorproef vormt een best practice voorbeeld van de uitvoering van dynamisch assessment. Dit proces vormt de basis voor de opstart van een OC-systeem op maat van de PMA. Het is bij elke PMA van belang om aan voorafgaand assessment op maat te doen. Specifiek voor personen met een ernstige afasie is het aan te raden dynamisch assessment te verkiezen boven traditioneel assessment, aangezien deze laatste vorm minder geschikt is voor desbetreffende doelgroep.

6 Literatuurlijst

- Bastiaanse, R., & Prins, R. (2010). Symptomen en syndromen: Afasiesyndromen: Globale afasie. In *Afasie* (1ste editie, pp. 48–49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*, *23*(3), 230–242. doi: 10.1080/07434610701553668
- Beukelman, D. R., Hux, K., Dietz, A., McKelvey, M., & Weissling, K. (2015). Using Visual Scene Displays as Communication Support Options for People with Chronic, Severe Aphasia: A Summary of AAC Research and Future Research Directions. *Augmentative and Alternative Communication*, *31*(3), 234–245. doi: 10.3109/07434618.2015.1052152
- Blackstone, S. W. (2004). Visual Scene Displays. *Augmentative Communication News*, *16*(2), 1–16. Geraadpleegd op 23 maart 2020 via https://www.augcominc.com/newsletters/newsletter_10.pdf
- Brock, K., Koul, R., Corwin, M., & Schlosser, R. (2017). A comparison of visual scene and grid displays for people with chronic aphasia: a pilot study to improve communication using AAC. *Aphasiology*, *31*(11), 1282–1306. doi: 10.1080/02687038.2016.1274874
- Feiken, J., & Jonkers, R. (2012). *DIAS: Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fierens, L. (2019). *Differentiatie bij personen met ernstige afasie* (Masterscriptie). Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Garrett, K. L., & Lasker, J. P. (2005). *AAC-Aphasia Categories of Communicators Checklist*. Geraadpleegd op 7 oktober 2019 via <https://cehs.unl.edu/documents/secd/aac/assessment/aphasiachecklist.pdf>
- Garrett, K. L., & Lasker, J. P. (2013). Adults with severe aphasia and apraxia of speech. In D. R. Beukelman, & P. Mirenda, *Augmentative & Alternative Communication supporting children & adults with complex communication needs (fourth edition)* (pp. 405-445). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hux, K., Buechter, M., Wallace, S., & Weissling, K. (2010). Using visual scene displays to create a shared communication space for a person with aphasia. *Aphasiology*, *24*(5), 643–660. doi: 10.1080/02687030902869299
- Huygelier, H., Schraepen, B., Demeyere, N., & Gillebert, C. R. (2019). The Dutch version of the Oxford Cognitive Screen (OCS-NL): normative data and their association with age and socio-

economic status. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 1–22.
doi: 10.1080/13825585.2019.1680598

ISAAC-NF. (z.d.). *International Society for Augmentative and Alternative Communication*.
Geraadpleegd op 29 maart 2020 via <http://www.isaac-nf.nl>

ISAAC-NF. (2019). *Leidraad Ondersteunde Communicatie*. Oeffelt: International Society for
Augmentative and Alternative Communication – Netherlands and Flanders.

Lasker, J., & Bedrosian, J. (2001). Promoting acceptance of augmentative and alternative
communication by adults with acquired communication disorders. *Augmentative and
Alternative Communication*, 17(3), 141–153. doi: 10.1080/aac.17.3.141.153

Moerkerke, L., Paemeleire, F., & Robert, E. (2017). Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA):
een meerwaarde bij het onderzoek van personen met globale afasie? *Logopedie*, 30(3), 19–
31. Geraadpleegd op 16 april 2020 via
http://neurocom.be/uploads/2017_BASA_Moerkerke_Paemeleire_Robert.pdf

Nicholas, M., & Connor, L. T. (2017). People with aphasia using AAC: are executive functions
important? *Aphasiology*, 31(7), 819–836. doi: 10.1080/02687038.2016.1258539

Paemeleire, F. (2018, oktober). Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie.
Presentatie op de *Afasieconferentie 2018*. Geraadpleegd op 10 oktober 2019 via
[https://www.afasienet.com/wp-
content/uploads/2018_dynamisch_assessment_ernstige_afasie_Afasieconferentie_def_HA
ND_OUTS.pdf](https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/2018_dynamisch_assessment_ernstige_afasie_Afasieconferentie_def_HA_ND_OUTS.pdf)

Paemeleire, F., Desmet, L., Savonet, A., & Van Beneden, G. (2013). *DYSAMIX: Werkboek dysartrie
bij volwassenen-Deel 2*. Gijzegem: Sig vzw.

Paemeleire, F., & Moerkerke, L. (2019). Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie.
Logopedie, 32(4), 5–17. Geraadpleegd op 7 oktober 2019 via
[http://www.neurocom.be/uploads/2019_dynamisch_assessment_ernstige_afasie_Paemel
eire_Moerkerke.pdf](http://www.neurocom.be/uploads/2019_dynamisch_assessment_ernstige_afasie_Paemeleire_Moerkerke.pdf)

Paemeleire, F., & Moerkerke, L. (in druk). *GLOBAMIX: dynamisch assessment voor personen met
ernstige afasie*. Gijzegem: Sig vzw.

Resing, W. C. M. (2006). *Zicht op potentieel. Over dynamisch testen, variabiliteit in
oplossingsgedrag en leerpotentieel van kinderen*. Geraadpleegd op 8 december 2019 via
[https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/4479/oratie_resing.pdf?sequenc
e=1](https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/4479/oratie_resing.pdf?sequence=1)

Rietveld, T., & Stolte, I. (2005). *Taal- en spraaktechnologie en communicatieve beperkingen*.
Geraadpleegd op 23 maart 2020 via

https://www.researchgate.net/profile/Toni_Rietveld/publication/237312634_Taal_en_Spraaktechnologie_en_Communicatieve_Beperkingen/links/55b4cca808ae092e96556ed9.pdf

van Balkom, H. (2011). *Uit jezelf! Taal die niet tot spraak komt, vindt in communicatie altijd een uitweg*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

van Balkom, H. (2014). Zoveel zeggend: Communicatieontwikkeling en -ondersteuning voor mensen met meervoudige beperkingen. In P. Goudena, R. de Groot, & J. Janssens (Red.), *Orthopedagogiek: State of the art* (Hoofdstuk 6, pp. 91-106). Antwerpen: Garant.

van de Sandt-Koenderman, W. M. E. (2007, 6 juni). *Crossroads in aphasia rehabilitation*. Erasmus University Rotterdam. Geraadpleegd op 7 april 2020 via <http://hdl.handle.net/1765/15843>

van de Sandt-Koenderman, W. M. E., Wiegers, J., Wielaert, S. M., Duivenvoorden, H. J., & Ribbers, G. M. (2007). High-tech AAC and severe aphasia: Candidacy for TouchSpeak (TS). *Aphasiology*, 21(5), 459–474. doi: 10.1080/02687030601146023

van Harskamp, F., Visch-Brink, E. G., & van Amerongen, N. (1995). Globale afasie. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, 4(2), 73–102. Geraadpleegd op 4 oktober 2019 via <https://sstp.nl/article/view/19163/16639>

Verhelst, N. (2017). *Handleiding GoTalk Now* (Bachelorproef). Geraadpleegd op 30 maart 2020 via https://www.modemadvies.be/uploads/5/4/7/5/54751539/gotalk_now_handleiding.pdf

7 Bijlagenlijst

Bijlage 1: Aanbevelingen voor toepassing principes dynamisch assessment

Aanbevelingen over hoe de principes van dynamisch assessment geïmplementeerd kunnen worden bij personen met een ernstige afasie.

1. Spreid de taken over meerdere sessies.
2. Voorzie voldoende oefenitems.
3. Voorzie voldoende moeilijkheidsniveaus.
4. Ga op zoek naar discrepanties in het functioneren.
5. Breek de taak af als er te veel frustratiegedrag optreedt.
6. Houd rekening met inputstoornissen.
7. Ondersteun het taalbegrip van de persoon bij het geven van instructies.
8. Vraag zo weinig mogelijk verbale reacties.
9. Bepaal de meest adequate ja/nee-respons.
10. Maak gebruik van gelabelde ja/nee-vragen.
11. Voorzie een aanwijzstok.
12. Gebruik manipuleerbare stimuli.
13. Geef cues bij onvolledige, foutieve of non-reacties.
14. Evalueer de effectiviteit van de gegeven cues.
15. Ga de leerbaarheid van de persoon na.
16. Maak een uitgebreide kwalitatieve analyse.

Paemeleire, F., & Moerkerke, L. (2019). Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie. *Logopedie*, 32(4), 5–17.

Bijlage 2: Stappen OC-training

1) *Stap 1: Inventariseren van noden en barrières*

Het doel van deze stap is om de communicatieve wensen en noden van de PMA in kaart te brengen. Om informatie te verkrijgen over mogelijke participatiebarrières, kunnen de wensen en noden vergeleken worden met de premorbide en met de huidige manier van communiceren. Naast deze participatiebarrières wordt ook de nodige aandacht besteed aan eventuele attitudebarrières zoals vooroordelen, veronderstellingen, negatieve attitudes... ten opzichte van OC.

2) *Stap 2: Inventariseren van beïnvloedende factoren*

Vooraleer over de vorm van OC kan beslist worden, moeten verschillende factoren in kaart worden gebracht. Voorbeelden van dergelijke factoren zijn motorische, auditieve, visuele, cognitieve, praktische factoren... Het is van belang te weten welke invloed deze factoren hebben. Om bijvoorbeeld de manier van bedienen van een OC-systeem te bepalen, moet je eerst een zicht hebben op de motorische vaardigheden van de OC-gebruiker.

3) *Stap 3: Kiezen van selectietechniek*

Met selectietechniek wordt de manier waarop de OC-gebruiker items selecteert bedoeld. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen directe selectiemethodes en scanning, waarbij directe selectie de voorkeur geniet. De selectietechniek wordt best eerst uitgetoetst in situaties met lage cognitieve en linguïstische vereisten. Vervolgens worden deze vereisten verhoogd en wordt de impact hiervan op de uitvoering van de selectietechniek geëvalueerd.

4) *Stap 4: Kiezen van communicatiehulpmiddel*

Vooraleer de keuze voor een bepaald OC-systeem kan gemaakt worden, dienen de mogelijkheden en beperkingen van de PMA vergeleken te worden met de kenmerken en basisvereisten van de bestaande communicatiehulpmiddelen. Op die manier kan er op een verantwoorde en geïndividualiseerde manier voor een bepaald OC-systeem gekozen worden.

5) *Stap 5: Instrueren & trainen*

Van zodra het OC-systeem is geselecteerd, volgt de trainingsfase. Belangrijk hierbij is dat zowel de PMA als de communicatiepartners betrokken worden. Door de omgeving te betrekken in de training, kunnen zij ondersteunde communicatiepartners worden.

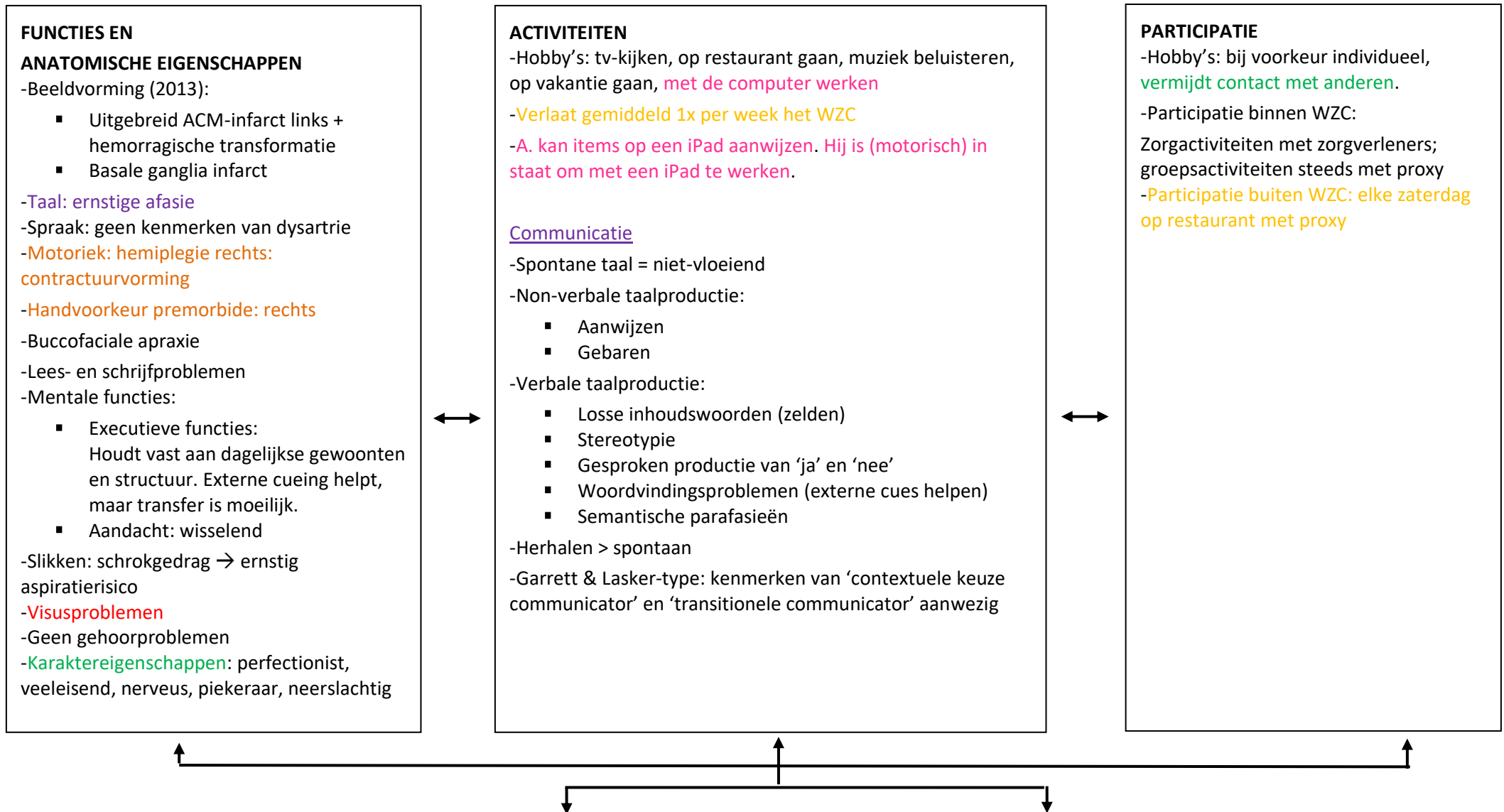
6) *Stap 6: Evalueren & opvolgen*

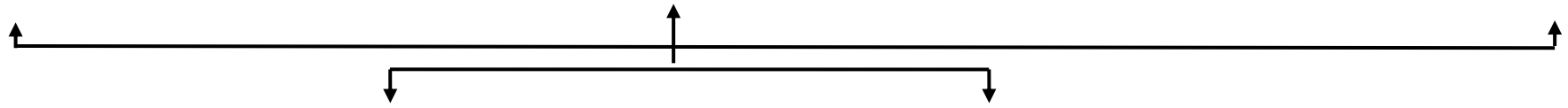
Evaluatie, opvolging en bijsturing mogen zeker niet ontbreken in het proces van OC-training. Op basis van vooropgestelde doelen kan de meerwaarde van het OC-systeem geëvalueerd worden. Het effect van OC kan op verschillende manieren bepaald worden. De communicatie kan geobserveerd worden in een natuurlijke context. Ook kan de communicatiepartner een logboek bijhouden waarin het gebruik van het OC-systeem wordt opgevolgd. Tot slot vergroot het inschakelen van een technische buddy de kans op gebruik op lange termijn.

Bijlage 3: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) A.

SYNTHESE GEZONDHEIDSTOESTAND

ZIEKTE/AANDOENING: CVA (chronische fase, 7 jaar post onset)





EXTERNE FACTOREN

- 1 zoon (34j, leerkracht) en schoondochter, 1 kleindochter (3,5m)
- Echtgenote: werkt nog
- Zijn echtgenote en moeder komen vaak op bezoek. De zoon minder.
- Belemmerende factoren:
 - Echtgenote: nadruk op functie (meer spreken) i.p.v. communicatie
 - Moeder: neemt vaak de communicatie over
- Verblijft in WZC (ondersteunende factor) = stimulans communicatie
- De echtgenote past volgende communicatiestrategieën heel vaak toe:
 - Herhalen van woorden
 - Dingen in de omgeving aanwijzen tijdens het spreken.
 - De PMA vragen om dingen duidelijk te maken met gebaren/door zaken in de omgeving aan te duiden.
 - Raden wat de PMA bedoelt
 - Bijkomende vragen stellen
 - Hardop herhalen wat met zekerheid werd verstaan.(=ondersteunende factoren)
- Hulpmiddelen:
Rolstoel, rolstoelkussen, alternerende matras, bril, vaste gebitsprothese bovenaan
- Suikercontrole en insulinespuit
- Disciplines:
 - **Kinesithérapie**: 2 à 3x/week
Passieve mobilisatie
Onderhoudstherapie, contractuurpreventie
 - **Logopedie**: 1x/week
Onderzoekend behandelen in functie van ontwikkeling OC-systeem

PERSOONLIJKE FACTOREN

- Geslacht: mannelijk
- Leeftijd: 66 jaar
- Gehuwd
- Voormalig beroep: leerkracht
- Premorbide sedentaire levensstijl, werkte niet meer (reden: **recidiverende depressies**)
- Premorbide normale taal, spraak, cognitie
- Comorbiditeit **diabetes** en obesitas
- Coping: A. heeft leren leven met zijn beperkingen. Hij heeft geleerd op welke manieren hij kan compenseren. Hij heeft een eerder **negatief zelfbeeld**, omdat hij veel minder kan dan vroeger. Wel staat A. open voor deelname aan testafnames en is hij gemotiveerd om mee te werken aan de ontwikkeling van het OC-systeem. Hij helpt graag anderen en raakt niet snel gefrustreerd.

Bijlage 4: Observatielijst restmogelijkheden van een persoon met globale afasie

Algemeen

- Is er sprake van een (rechtszijdig) hemibeeld?
- Kan de persoon rechtop zitten? (al dan niet met behulp van een hulpmiddel)
- Hoe verplaatst de persoon zich? Kan hij dit al dan niet zelfstandig?
- Is de persoon zich bewust van zijn/haar afasie?
- Hoe is zijn/haar motivatie?
- Vertoont de persoon frustratiegevoelens?
- Vertoont de persoon doorzettingsvermogen?
- Is er sprake van foutenbewustzijn? Hoe reageert de persoon in zulke situaties?
- Hoe is zijn/haar communicatiedrang?
- Vertoont de persoon perseveratiegedrag?
- Heeft de persoon besef van routines?
- Hanteert de persoon een adequate beurtname?
- Maakt de persoon oogcontact tijdens het communiceren?
- Luistert de persoon gericht (aandachtig) naar zijn gesprekspartner?
- Hoe is zijn/haar spreektempo?
- Is de persoon in staat om behoeften, zoals naar het toilet moeten, uit te drukken?
- Hoe reageert de persoon wanneer verbaal communiceren moeilijk gaat/niet lukt?
Naar welk kanaal/welke kanalen schakelt de persoon over?
Is de persoon in staat tot het switchen tussen verschillende communicatieve kanalen?
Of schakelt de persoon over naar hulp van zijn communicatiepartner?
- Tot welk type communicator behoort de persoon? (communicatietypes Garrett & Lasker)
- Hoe is de articulatie van de persoon?

Taalreceptie

- Begrijpt de persoon gebaren?
- Begrijpt de persoon opdrachten? (visueel/auditief aangeboden)

Taalexpressie

- Begroet de persoon bezoekers? (verbaal/non-verbaal)
- Kan de persoon stemgeluid produceren?
- Uit de persoon bestaande woorden of is er eerder sprake van neologismen?
- Vertoont de persoon echolalieën?

Observaties

.....

.....

.....

.....

Bijlage 5: Bepaling type communicator

Kenmerken 'Contextuele keuze communicator'

- De non-verbale productie van A. bestaat voornamelijk uit aanwijzen.
- A. uit zijn basale noden door te wijzen.
- A. beantwoordt vragen door voorwerpen en objecten in de omgeving aan te duiden.
- A. is in staat ja/nee-vragen te beantwoorden. Hij reageert meestal met verbale responsen.
- Indien A. een communicatieve boodschap niet heeft begrepen, maakt hij dit duidelijk met verbale reacties.
- A. brengt weinig tot nooit spontaan zelf een onderwerp aan. Hij initieert zelden een conversatie. Dit kan te verklaren zijn vanuit de problemen die A. vertoont op vlak van executief functioneren. Aangezien A. in andere situaties geen startproblemen vertoont, lijkt eerder het linguïstisch onvermogen aan de basis te liggen.

Kenmerken 'Transitionele communicator'

- A. is in staat om te groeten.
- Bij deelname aan sociale conversaties communiceert A. voornamelijk non-verbaal. Af en toe produceert hij stereotype uitingen, zoals "ik weet het niet".
- A. verzoekt of stelt een vraag door te wijzen. Hij wijst bijvoorbeeld naar zijn glas water om op die manier te vragen om het dicht(er) te zetten. Ook wijst hij naar de gordijnen om te verzoeken deze dicht/open te doen.

Bijlage 6: Testresultaten – GLOBAMIX

Naam onderzoeksinstrument: GLOBAMIX: Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie

Auteur(s): Paemeleire en Moerkerke

Publicatiejaar: in druk

Overzicht ruwe scores en interpretaties per subtest:

<i>Subtest</i>	<i>Onderdeel</i>	<i>Ruwe score</i>	<i>Interpretatie</i>
Niet-talige cognitie: buccofaciale praxis		1/15	Zeer zwak
Non-verbale expressie: gebaren (begrip)	1.Discriminatie van pantomime	29/40	Goed
	2.Begrip van gebaren	36/40	Zeer goed
Ja/nee-vragen	1.Persoonsgebonden vragen	27/30	Zeer goed
	2.Voorwerpen en foto's	38/40	Zeer goed
	3.Andere	15/20	Goed
Evaluatie gebruik communicatiebord	1.Aanduiden van 1 symbool om basisnoden over te brengen (eenvoudig)	6/10	Voldoende
	2.Aanduiden van 1 symbool om basisnoden over te brengen (complex)	8/10	Goed
	3.Aanduiden van 1 symbool om voorkeuren over te brengen	10/10	Zeer goed
Evaluatie gebruik communicatieboek	1.Aanduiden van 1 symbool om een boodschap over te brengen	7/8	Goed
	2.Aanduiden van 1 symbool om een vraag te beantwoorden	5/6	Goed
	3.Combineren van 2 symbolen op dezelfde pagina om een boodschap over te brengen	0/8	Zeer zwak
	4.Combineren van 2 symbolen op 2 pagina's om een boodschap over te brengen	1/8	Zwak

1. Niet-talige cognitie: buccofaciale praxis

<i>Testonderdeel</i>	<i>Reactie zonder cue(s)</i>	<i>Reactie na cue(s)</i>
1.Ogen sluiten	1	/
2.Zuchten	0	C-
3.Tanden tonen/laten zien	0	C+
4.Kuchen	0	C-
5.Smakken met lippen	0	C-
6.Tong uitsteken	0	C-
7.Mond openen	0	C+
8.Lippen tuiten	0	C-
9.Tong naar mondhoeken	0	C-
10.Fluiten	0	C-
11.Lippen aflikken	0	C-
12.Bolle wangen maken	0	C-
13.Bijten op onderlip	0	C-
14.Blazen	0	C-
15.Tong naar neus	0	C-

2. *Non-verbale expressie: gebaren (begrip)*

Deel 1: Discriminatie van pantomime

<i>Taak</i>	<i>Aantal correcte reacties</i>
1. Gebaar-voorwerp-verificatie	4/10
2. Gebaar-foto-verificatie (1) (zonder afleiders)	8/10
3. Gebaar-foto-verificatie (2) (zonder afleiders)	8/10
4. Gebaar-foto-verificatie (3) (semantische en motorische afleiders)	9/10

Deel 2: Begrip van gebaren

		<i>CUEING</i>		
<i>Taak</i>	<i>Aantal correcte reacties</i>	<i>C totaal</i>	<i>C+</i>	<i>% C+</i>
1.Matchen gebaar-voorwerp	9/10	1	0	0%
2.Matchen gebaar-foto (1)	8/10	2	1	50%
3.Matchen gebaar-foto (2)	9/10	1	0	0%
4.Matchen gebaar-foto (3) (sem. en mot. afleiders)	10/10	0	/	/

3. Ja/nee-vragen

Deel 1: Persoonsgebonden vragen

<i>Taak</i>	<i>Subtotalen</i>	<i>Totaal</i>
1.Persoonsgebonden koppelvragen	V (verbaal) totaal: 20 V1: 16 % V1: 80% NV (non-verbaal) totaal: 0	8/10
2.Persoonsgebonden vragen	V totaal: 10 V1: 9 % V1: 90% NV totaal: 0	9/10
3.Persoonsgebonden vragen (2)	V totaal: 10 V1: 10 % V1: 100% NV totaal: 0	10/10

Deel 2: Voorwerpen en foto's

<i>Taak</i>	<i>Subtotalen</i>	<i>Totaal</i>
1.Woord-voorwerp-verificatie (1)	V totaal: 10 V1: 10 % V1: 100% NV totaal: 0	10/10
2.Woord-voorwerp-verificatie (2)	V totaal: 10 V1: 8 % V1: 80% NV totaal: 0	8/10
3.Woord-foto-verificatie (1)	V totaal: 10 V1: 10 % V1: 100% NV totaal: 1 NV1: 1 % NV1: 100%	10/10
4.Woord-foto-verificatie (2)	V totaal: 10 V1: 10 % V1: 100% NV totaal: 0	10/10

Deel 3: Andere

<i>Taak</i>	<i>Subtotalen</i>	<i>Totaal</i>
1.Directe omgeving	V totaal: 10 V1: 8 % V1: 80% NV totaal: 0	8/10
2.Informatieve vragen	V totaal: 10 V1: 7 % V1: 70% NV totaal: 0	7/10

4. Evaluatie gebruik communicatiebord

Deel 1: Aanduiden van 1 symbool om basisnoden over te brengen (eenvoudig)

<i>Communicatieve boodschap</i>	<i>Score</i>
1. Ik wil iets drinken.	0 (C+)
2. Ik wil in bed.	1
3. Ik moet naar het toilet/de WC.	1
4. Ik wil mijn bril.	1
5. Ik wil in de douche.	1
6. Ik wil iets eten.	1
7. Ik heb dorst. (drinken)	1
8. Ik ben moe. (bed)	0
9. Ik heb honger. (eten)	0
10. Ik wil me wassen. (douche)	0
Totaal: 6/10	

Deel 2: Aanduiden van 1 symbool om basisnoden over te brengen (complex)

<i>Communicatieve boodschap</i>	<i>Score</i>
1. Waar ligt mijn bril?	1
2. Ik heb het koud.	1
3. Ik wil een dokter zien.	1
4. Het is hier té warm!	1
5. Geef mijn pillen, alsjeblieft.	1
6. Ik heb veel pijn.	1
7. Ik ben moe. (slapen)	0
8. Het is hier heet. (warm)	1
9. Ik heb honger. (eten)	1
10. Kan ik mij douchen? (wassen)	0 (C+)
Totaal: 8/10	

Deel 3: Aanduiden van 1 symbool om voorkeuren over te brengen

<i>Communicatieve boodschap</i>	<i>Score</i>
1. Wat eet jij het liefste: een croissant of een donut?	1
2. Wat drink jij het liefste: koffie of thee?	1
3. Wat doe jij het liefste: tv kijken of in de tuin werken?	1
4. Wat drink jij het liefste: (fruit)sap of water?	1
5. Welk dier heb jij het liefste: een vis of een poes?	1
6. Wat eet jij het liefste: een appel of een banaan?	1
7. Wat doe jij het liefste?	1
8. Wat drink jij het liefste?	1
9. Welk dier heb jij het liefste?	1
10. Wat eet jij het liefste?	1
Totaal: 10/10	

5. Evaluatie gebruik communicatieboek

Deel 1: Aanduiden van 1 symbool om een boodschap over te brengen

<i>Communicatieve boodschap</i>	<i>Score</i>
1.Ik wil mijn bril.	1
2.Ik wil mijn sleutels.	1
3.Ik wil televisiekijken.	1
4.Ik wil met de hond spelen.	1
5.Ik wil een peer.	1
6.Ik moet geld afhalen.	0 (C+)
7.Ik heb zin in aardbeien.	1
8.Ik wil in een boek kijken.	1
Totaal: 7/8	

Deel 2: Aanduiden van 1 symbool om een vraag te beantwoorden

<i>Communicatieve boodschap</i>	<i>Score</i>
1.Waar woon jij?	1
2.Naar welk land ben je al op vakantie geweest?	1
3.Welke dag is het vandaag?	1
4.Hoe oud ben je?	0
5.Wanneer is het jouw verjaardag?	1
6.Welk fruit eet je graag?	1
Totaal: 5/6	

Deel 3: Combineren van 2 symbolen op dezelfde pagina om een boodschap over te brengen

<i>Communicatieve boodschap</i>	<i>Score</i>
1. Ik wil een rode broek.	0
2. Ik wil een blauw hemd.	0
3. Mijn schoenen zijn te klein.	0
4. De handtas is te groot.	0 (C+)
5. Ik wil warme sokken.	0 (C+)
6. Ik heb het koud, ik wil handschoenen.	0 (C+)
7. Ik heb pijn aan mijn hoofd.	0
8. Mijn familie komt morgen.	0 (C+)
Totaal: 0/8	

Deel 4: Combineren van 2 symbolen op 2 pagina's om een boodschap over te brengen

<i>Communicatieve boodschap</i>	<i>Score</i>
1. Ik wil vier bananen.	0 (C+)
2. Ik wil zes appelen.	0
3. Ik wil een dure handtas.	0 (C+)
4. Ik wil een groot boeket bloemen.	0 (C+)
5. Ik word ziek van kiwi.	0 (C+)
6. Ik vind ananas lekker.	0
7. Ik ga met de familie naar Frankrijk.	1
8. Ik vind Brussel niet leuk.	0
Totaal: 1/8	

Bijlage 7: Testresultaten – Oxford Cognitive Screen Nederlandstalige versie (OCS-NL)

Naam onderzoeksinstrument: OCS-NL: Oxford Cognitive Screen – Nederlandstalige versie

Auteur(s): Huygelier, Schraepen, Demeyere en Gillebert

Publicatiejaar: 2019

<i>Testonderdeel</i>	<i>Ruwe score</i>	<i>Score vergeleken met cut-off</i>
Benoemen	1	Aangetast
Semantiek	3	Intact
Gezichtsveld	0	Aangetast
Gebroken Harten Test	0	Aangetast
Betekenisloze Gebaren Imiteren	5	Aangetast
Executieve taak	1	Intact

Bijlage 8: Testresultaten – Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak (DIAS)

Naam onderzoeksinstrument: DIAS: Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak

Auteur(s): Feiken en Jonkers

Publicatiejaar: 2012

	<i>Aantal correct</i>	<i>Ernstscore</i>	<i>Kenmerkscore</i>
<i>Taak 2: Articulatie van klanken</i>	-Correcte producties consonanten: 8/15 -Correcte producties vocalen: 15/15	23/30 → pc: 60-70	-Kenmerkscore 1 'inconsistente vorming': 0 -Kenmerkscore 2 'slechtere productie consonanten dan vocalen': 7
<i>Taak 3: Diadochokinese</i>	-Correcte eenmalige herhalingen sequentieel: 5 -Correcte eenmalige herhalingen alternerend: 0	0 → pc: 30	-Kenmerkscore 3 'slechtere prestatie alternerende reeksen': Deel 1: 0,17 Deel 2: 0,08 -Kenmerkscore 4 'zoekend monddrag': 0
<i>Taak 4: Articulatie van woorden</i>	/	231 → pc: 96,7-100	-Kernmerkscore 5 'initiatieproblemen': 0 -Kenmerkscore 6 'lettergreepsegmentaties': 0 -Kenmerkscore 7 'clustersegmentaties': 0 -Kenmerkscore 8 'articulatiecomplexiteitseffect': 4

Bijlage 9: Testresultaten – Verkort Communicatieprofiel

Naam onderzoeksinstrument: Verkort Communicatieprofiel

Auteur(s): Wielaert en Steenbergen

Publicatiejaar: 2018

<i>Item</i>	<i>Beoordeling persoon 1</i>	<i>Beoordeling persoon 2</i>	<i>Beoordeling persoon 3</i>
Begrijpen gesproken taal: Begrijpt de patiënt wat wordt gezegd?	Matig	Goed	Goed
Gebaren begrijpen: Begrijpt de patiënt eenvoudige gebaren?	Goed	Goed	Goed
Lezen: Begrijpt de patiënt geschreven woorden/zinnen?	Matig	NVT	Goed
Spreken: Kan de patiënt via spreken informatie overbrengen?	Slecht	Slecht	Slecht
Schrijven: Kan de patiënt via schrijven informatie overbrengen?	Slecht	NVT	Slecht
Gebaren: Kan de patiënt via gebaren, mimiek, aanwijzen voorwerpen informatie overbrengen?	Goed	Matig	Matig
Afbeeldingen: Kan de patiënt via afbeeldingen/foto's informatie overbrengen?	Matig	NVT	Matig
Initiatief: Doet de patiënt pogingen om informatie over te brengen of om iets te vragen?	Matig	Goed	Matig
Deelname gesprek: Neemt de patiënt actief deel aan een gesprek?	Matig	Matig	Matig
Ja/nee: Geeft de patiënt 'ja' en 'nee' correct aan?	Matig	Goed	Matig

Bijlage 10: Vragenlijst zorgverleners

Beste

Mijn naam is Megan Van Damme. Ik ben studente logopedie 3^e schijf aan de Arteveldehogeschool te Gent. In het kader van mijn bachelorproef zou ik u graag een aantal vragen stellen over de communicatie met meneer A. Ik zal namelijk een communicatiehulpmiddel op maat ontwikkelen om de communicatie tussen A. en zijn omgeving te verbeteren. Om deze reden wil ik graag van zoveel mogelijk zorgverleners informatie verzamelen om het hulpmiddel zo geïndividualiseerd mogelijk te maken.

Zou u even de tijd willen nemen om onderstaande vragen te beantwoorden?

1. **Hoe verloopt de communicatie tussen u en A.? Ervaart u het communiceren met A. als lastig?**

2. **Zijn er specifieke situaties die leiden tot problemen? Heeft u het al eens voorgehad dat u er niet uit geraakte wat A. wou duidelijk maken?**

3. **Wat doet u om zo een probleemsituatie op te lossen? Hoe probeert u A. op communicatief vlak te ondersteunen? Welke communicatieve strategieën past u zoal toe?**
Voorbeelden van communicatieve strategieën:
Ik gebruik gebaren terwijl ik spreek, ik stel bijkomende vragen, ik herhaal hardop wat ik met zekerheid begrepen heb, ik wijs dingen in de omgeving aan terwijl ik spreek...

4. **Zijn er, volgens u, bepaalde zaken die zeker niet mogen ontbreken in het communicatiehulpmiddel? (Zaken waarvan u denkt dat het de communicatie gunstig kan verbeteren)**

Bijlage 11: Beoordeling vragen door de PMA

<i>Vraag</i>	<i>Beoordeling door A.</i>
-Hoe gaat het met jou? / Hoe was je dag?	
-Wat heb je gedaan vandaag?	
-Ga je nog iets doen vandaag?	
-Wat ga je doen dit weekend?	
-Wat heb je dit weekend gedaan?	
-Ben je gaan werken?	
-Hoe was het op het werk?	
-Hoe gaat het met T. (zoon)?	
-Heb je T. (zoon) nog gezien?	
-Hoe gaat het met E. (kleindochter)?	
-Heb je E. (kleindochter) vandaag gezien?	
-Heb je nog iets van mijn moeder gehoord?	
-Wanneer kom je de volgende keer op bezoek?	
-Ben je gaan zwaardvechten (hobby echtgenote)?	
-Hoe was het zwaardvechten?	
-Hoe is het met mijn suiker?	
-Wanneer moet ik naar de logo/kine?	
-Ik zou graag T. (zoon) nog eens zien.	

Bijlage 12: Doelstellingen ter evaluatie van het OC-systeem

1) Algemene doelstellingen

<i>Doel</i>	<i>Evaluatie</i>
A. kan zelfstandig de iPad aanzetten en het communicatieboek (app) openen.	
A. kan zelfstandig switchen tussen de verschillende lagen/pagina's binnen de app.	
A. kan adequaat aanwijzen op de iPad.	

2) Communicatieve doelstellingen

<i>Doel</i>	<i>Evaluatie</i>
A. maakt op verzoek gebruik van het communicatiesysteem.	
A. kan het communicatiesysteem met hulp van de communicatiepartner hanteren.	
A. kan een foutieve communicatieve poging herstellen.	
A. kan uitdrukken wanneer hij naar het toilet moet. → Sd 1: A. kan uitdrukken wanneer hij moet plassen. → Sd 2: A. kan uitdrukken wanneer hij naar het groot toilet moet.	
A. kan adequaat een vraag stellen aan zijn vrouw.	
A. kan adequaat een vraag stellen aan zijn moeder.	
A. kan adequaat een vraag stellen aan zorgverleners.	
A. bestelt zelf zijn drank in de cafetaria. → Sd 1: A. bestelt zelf zijn koffie in de cafetaria.	

→ Sd 2: A. bestelt zelf zijn bruiswater in de cafetaria.	
A. bestelt zelf zijn snack in de cafetaria. → Sd 1: A. drukt uit welke smaak van chips hij graag wil eten.	
A. bestelt zelf zijn drank op restaurant. → Sd 1: A. drukt uit welke smaak van wijn hij graag wil drinken (rode, rosé, witte).	
A. bestelt zelf zijn eten op restaurant.	
A. kan aan een externe persoon vragen om het licht uit te doen bij het naar buiten gaan.	
A. kan aan een externe persoon vragen om de deur dicht te doen bij het naar buiten gaan.	
A. kan aan een externe persoon vragen om zijn bril te kuisen.	
A. kan aangeven dat hij plat/bruis water wil.	
A. kan aangeven dat hij in bad wil.	
A. kan duidelijk maken dat hij zwarte koffie wil drinken.	
A. geeft aan dat zijn mouw moet omgevouwen worden.	
A. geeft aan dat de spuit en het boekje voor zijn suikerziekte mee moeten bij het verlaten van de kamer.	

Bijlage 13: Trainings- en evaluatiemomenten OC-systeem

Trainingsmoment 1

Doelstelling 1: A. is vertrouwd met het OC-systeem.

Doelstelling 2: A. voert de algemene doelstellingen (zie bijlage 12) adequaat uit.

Doelstelling 3: A. bestelt zelf zijn drank/snack in de cafetaria (communicatief doel).

De algemene doelstellingen werden bepaald op basis van de vaardigheden die nodig zijn voor het gebruik van de app.

Na evaluatie van deze algemene doelstellingen blijkt dat A.:

- de iPad op verzoek kan aanzetten door op de startknop te duwen;
- niet in staat is om de ingangscodes in te voeren;
- de app GoTalk Now niet zelf kan openen;
- na modelling in staat is om te switchen tussen de verschillende pagina's;
- adequaat kan aanwijzen op de iPad, maar hier af en toe toch moeite mee heeft. Soms gebeurt het dat hij een bepaald item aantikt, maar dat er niets gebeurt. Hij zou dan de redenering moeten maken dat hij dan nogmaals moet tikken op dat item.

A. kon het scherm van de iPad onvoldoende zien wanneer deze plat ligt op de tafel. De iPad moet dus licht gekanteld worden. Het is belangrijk om hier een oplossing voor te zoeken, aangezien A. onmogelijk de iPad zelf kan vasthouden wanneer hij ook nog eens items moet aanduiden op de app (omwille van zijn hemiplegie).

Evaluatie communicatief doel: De opdracht werd gegeven om twee communicatieve boodschappen over te brengen. Het ging hier om het communicatief doel 'A. bestelt zelf zijn drank/snack in de cafetaria'. Aangezien de training plaatsvond op zijn kamer en enkel A. en de therapeut aanwezig waren, kon dit doel enkel geëvalueerd worden binnen deze setting. De bedoeling is dat de doelen in een verder verloop ook buiten zijn kamer worden ingeoeft en geëvalueerd, dit met communicatiepartners die voor hem belangrijk zijn. A. slaagde erin om de boodschap 'Ik wil chips eten.' adequaat over te brengen. Bij de communicatieve boodschap 'Ik wil een cola drinken.' persevereert hij op de chips. Na feedback van de therapeut lukt het hem wel om deze boodschap te communiceren aan de hand van het OC-systeem. Een suggestie naar generalisatie van dit doel toe, is om A. te begeleiden naar de bar in de cafetaria en hem zelf zijn eten/drinken laten bestellen. Er werd namelijk geobserveerd dat zijn moeder altijd naar de bar gaat om te bestellen, aangezien A. in een rolstoel zit. Tijdens dit eerste trainingsmoment was A. onzeker over zijn acties met het OC-systeem. Ook had hij ondersteuning van de therapeut nodig wanneer hij een item niet kon terugvinden op de weergegeven pagina. Er kon vastgesteld worden dat A. niet in staat is zelfstandig een foutieve communicatieve poging te herstellen.

Trainingsmoment 2

Doelstelling 4: A. brengt met behulp van het OC-systeem allerlei gegeven boodschappen over (communicatieve doelen: zie bijlage 12).

Evaluatie communicatieve doelen: A. kreeg allerlei communicatieve opdrachten zoals 'Maak eens duidelijk dat ik jouw bril moet kuisen.' waarbij hij gebruik moest maken van het OC-systeem om zich uit te drukken. Op die manier werd het gebruik van het systeem geobserveerd en geëvalueerd. Deze training vond plaats op zijn kamer zonder aanwezigheid van andere communicatiepartners. Tijdens de training kon geobserveerd worden dat A. nauwelijks gebruik maakt van het startscherm (VSD van zijn kamer). Ook waren sommige items niet goed zichtbaar voor hem, omwille van zijn visusprobleem. Het is dus belangrijk dat de items voldoende groot worden weergegeven. Na evaluatie van de communicatieve doelen werd bewust, door middel van sabotage, een probleemsituatie gecreëerd. A. moet namelijk elke middag een spuit en schriftje meenemen naar de eetzaal voor zijn diabetes. De therapeut had deze bewust niet klaargelegd op het moment dat hij naar de eetzaal werd gebracht (sabotage van de situatie). Bij het verlaten van de kamer probeert A. iets duidelijk te maken. Hij wordt gestimuleerd om dit via het OC-systeem te doen. A. duidt op het OC-systeem de fles water aan in plaats van de spuit en het schriftje. Na het stellen van gerichte vragen bleek dat hij wou uitdrukken dat het flesje water van de therapeut nog op zijn tafel stond. Hij heeft dus op een adequate manier gecommuniceerd aan de hand van het systeem, aangezien hij de fles water aanduidde. Het OC-systeem heeft reeds in deze situatie zijn nut bewezen.

Bijlage 14: Vragenlijst communicatiepartners over de beoordeling van het OC-systeem

Ingevuld door:

Datum van invullen:

1. *Wanneer ik communiceer met A. gebruik ik zelf ook het communicatiesysteem.*

- Nooit
- Zelden
- Vaak
- Altijd

Gelieve uw antwoord concreet toe te lichten:

.....
.....
.....

2. *Ik moet A. stimuleren om het communicatiesysteem te gebruiken. Ik moet hem er telkens aan herinneren.*

- Nooit
- Zelden
- Vaak
- Altijd

Gelieve uw antwoord concreet toe te lichten:

.....
.....
.....

3. *Ik merk dat het communicatiesysteem een positief effect heeft op de communicatie tussen mij en A.*

Voorbeelden: er doen zich minder probleemsituaties voor, we begrijpen elkaar beter, A. kan zich beter uitdrukken dan voordien...

- Nooit
- Zelden
- Vaak
- Altijd

Gelieve uw antwoord concreet toe te lichten:

.....
.....
.....

4. *Ik vind dat alle relevante onderwerpen zijn opgenomen in het communicatiesysteem.*
Omcirkel: Ja / Neen

Zo niet, wat ontbreekt er nog volgens u?

.....

.....

.....

.....