

Handleiding BEBA

Algemeen

De BEBA wordt afgenomen voor aanvang van de behandeling van een specifieke activiteit (*startmeting*) en na een periode van behandelen van de activiteit (*evaluatiemeting*). De BEBA is daardoor zeer goed te gebruiken in combinatie met de BIPAC (Behoeftes Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve activiteiten) (v.d. Meer & v.d. Wielen, 2007). De BEBA is voorzien van een apart scoringsformulier om een evaluatiemeting op de lange termijn uit te voeren (*lange-termijn-meting*).

Afbakenen van de communicatieve activiteit

Bij het gebruik van de BEBA is het van groot belang om duidelijk *af te bakenen* wat er geoeft en dus wat er gemeten gaat worden. In de praktijkgerichte behandeling in het *Trainingscentrum voor mensen met afasie* wordt gewerkt met een indeling in communicatieve activiteiten, zoals is onderscheiden in de BIPAC. Het is niet noodzakelijk om specifiek uit te gaan van deze indeling, maar het is wel essentieel dat voor alle beoordelaars duidelijk is wat er precies moet worden beoordeeld. Als bijvoorbeeld besloten wordt het reizen met de trein te beoordelen, gaat het dan alleen om de treinreis naar de dochter van de patiënt, gaat het om een aantal verschillende maar vaststaande trajecten, of wil de patiënt in principe iedere treinreis kunnen maken? Hetgeen wordt beoordeeld hangt dus sterk af van de behoeften van de patiënt en wordt steeds individueel bepaald.

Startmeting

De beoordeling wordt gedaan door de *patiënt*, indien mogelijk een *direct betrokkene* (bv partner, familielid) en de *therapeut*. Hiervoor is gekozen omdat iedere beoordelaar afzonderlijk een eigen kijk op de activiteiten heeft die van waarde is. Het vergelijken van de scores van de drie beoordelaars kan op zichzelf al een meerwaarde hebben voor de behandeling. Het gemiddelde van de drie beoordelaars geeft waarschijnlijk een goed beeld van de uitvoering van de activiteit. Daarnaast is het zo dat afasiepatiënten vaak moeite hebben met abstracte begrippen zoals voorkomen in instrumenten als de BEBA. Het is dan prettig als er naast de patiënt nog een ander is die een beeld kan geven van de thuissituatie.

Om een beoordeling te kunnen geven moeten de beoordelaars wel een beeld hebben van de wijze waarop een activiteit doorgaans wordt uitgevoerd. Vóór aanvang van de training van een activiteit vindt daarom een *praktijkobservatie* plaats: de patiënt voert de activiteit (zonder voorbereiding) in de praktijk uit en de therapeut en direct betrokkene observeren de patiënt. De therapeut beoordeelt de patiënt op basis van deze praktijkobservatie, meestal met gebruik van de BIPAC. De patiënt en betrokkene baseren hun oordeel op hoe de activiteit doorgaans *in het dagelijks leven* wordt uitgevoerd en kunnen de geobserveerde activiteit hierin meenemen. Soms is echter ook het oordeel van de betrokkene of zelfs van de patiënt geheel gebaseerd op de praktijkobservatie, bijvoorbeeld wanneer de patiënt sinds de beroerte de activiteit in het dagelijks leven niet meer uitvoert.

Eindmeting

Een evaluatiemeting wordt na een periode van behandelen uitgevoerd. De therapeut kan deze periode zelf bepalen; in de praktijk van het *Trainingscentrum voor mensen met afasie*, met een behandelfrequentie van gemiddeld 2 uur per week, wordt de evaluatiemeting gemiddeld

na 3 maanden uitgevoerd. De patiënt voert ook voor deze evaluatiemeting weer een activiteit uit in bijzijn van de betrokkene en de therapeut, zonder ondersteuning bij de uitvoering ervan. De therapeut beoordeelt de patiënt op basis van deze praktijkobservatie én op basis van de handelwijze van de patiënt in de praktijk tijdens de behandelsessies. De patiënt en betrokkene baseren hun oordeel op hoe de activiteit op dat moment in het dagelijks leven wordt uitgevoerd en kunnen de geobserveerde activiteit hierin meenemen. Vanzelfsprekend kan alleen de betrokkene die bij de startmeting aanwezig was, beoordelaar zijn bij de volgende metingen van de betreffende activiteit. Op basis van de evaluatiemeting kan besloten worden om de behandeling van de activiteit te beëindigen of nog enige tijd voort te zetten.

Eindevaluatie

Om het effect van de behandeling op de lange termijn, bijvoorbeeld na een jaar, op een efficiënte manier te meten kan voor de behandelde activiteiten wederom een BEBA-meting worden uitgevoerd. Een praktijkobservatie van alle geoefende activiteiten is natuurlijk het meest optimaal maar dit kost echter veel tijd en is praktisch vaak moeilijk haalbaar. Als alternatief kan dan een beoordeling van de patiënt en direct betrokkene(n) worden gevraagd. Op het eindevaluatie gedeelte is het mogelijk om de beoordelingen van de patiënt en de betrokkene(n) te noteren. Ook voor de evaluatiemeting geldt dat alleen de betrokkene die bij de eerdere metingen aanwezig was beoordelaar kan zijn.

Schalen

Beoordeling vindt plaats op vijf 4-punts-schalen:

Frequentie

Beoordeeld wordt hoe vaak de patiënt de activiteit uitvoert *als deze daaraan behoefte heeft*. Deze laatste toevoeging is van groot belang. Het gaat er niet om hoe vaak iemand de activiteit per week of per maand uitvoert, maar of hij de bus neemt of een afspraak maakt *wanneer hij dat zelf wil*. In deze schaal kan de formulering 'als deze er behoefte aan heeft' indien relevant worden vervangen door 'als het nodig is'. Omdat de therapeut niet kan weten wat plaatsvindt in de thuissituatie van de patiënt wordt de schaal 'frequentie' door hem of haar niet ingevuld.

Zelfstandigheid

Beoordeeld wordt hoe zelfstandig de patiënt de activiteit uitvoert. Zelfstandigheid wordt hier bepaald door de mate van *hulp van andere personen* die nodig is om een activiteit uit te voeren. De patiënt wordt echter niet als minder zelfstandig beoordeeld, als hij *zelf hulp vraagt* bij een handeling, bijvoorbeeld bij het maken van een kopie. Ook het gebruik van een *hulpmiddel* zoals een communicatieboek maakt een patiënt niet minder zelfstandig, integendeel, dit kan een hogere score op de schaal zelfstandigheid opleveren als door het hulpmiddel minder hulp van derden nodig is.

Probleemoplossend vermogen

Beoordeeld wordt hoe de patiënt omgaat met probleemsituaties. Onder probleemsituaties worden situaties verstaan waarin de patiënt *in eerste instantie* een probleem heeft, bijvoorbeeld met het vinden van een woord, met het uitdrukken van de gedachtegang, met het begrijpen van een gesprekspartner, maar ook met onverwachte situaties, zoals een trein die vertraging heeft. Vaak zijn patiënten zeer goed in staat een activiteit uit te voeren, als er zich maar geen probleemsituaties voordoen. In het dagelijks leven zijn deze er vaak wel en de patiënt leert daarom in de behandeling strategieën hoe te handelen in dergelijke situaties. De schaal 'probleemoplossend vermogen' brengt in kaart *of en hoe goed* de patiënt een oplossing kan vinden in probleemsituaties.

Spanning

Afasiepatiënten zijn vaak bang dat zij niet uit hun woorden kunnen komen in een communicatieve situatie, en daardoor 'voor gek' zullen staan. Hierdoor loopt de spanning op, vervolgens kan de patiënt minder goed uit zijn woorden komen en er ontstaat een vicieuze cirkel. Doel van de behandeling kan zijn een dergelijke vicieuze cirkel te doorbreken en de spanning te laten afnemen. Beoordeeld wordt daarom in hoeverre de uitvoering van een activiteit wordt beïnvloed door de spanning. Natuurlijk is dit gevoel het best door de patiënt zelf te beoordelen, maar ook de betrokkene en de therapeut kunnen hiervan een goede indruk hebben door observatie of uit gesprekken met de patiënt.

Tevredenheid

Als laatste wordt beoordeeld hoe tevreden de beoordelaar is over de uitvoering van de activiteit, *gezien de mogelijkheden van de patiënt*. Ook hier is de toevoeging weer van groot belang. Het is niet de bedoeling dat de mate van acceptatie van de problemen of iets dergelijks wordt gemeten, maar of de patiënt (volgens de betrokkene, de therapeut en volgens zichzelf) 'eruit haalt wat erin zit'.

Voor iedere schaal is in de Scoretabel omschreven wanneer de score 0, 1 2 of 3 moet worden toegekend.

Afname

De *therapeut* vult de beoordeling in vóóordat de patiënt en de direct betrokkene hun beoordeling geven. Dit gebeurt eerst, om te voorkomen dat de therapeut beïnvloed wordt door de mening en scores van de patiënt en betrokkene.

Vervolgens worden de *patiënt* en de *direct betrokkene* geïnterviewd, bij voorkeur apart van elkaar. De therapeut kan de betrokkene bijvoorbeeld vragen even buiten de onderzoeksruimte te wachten op het moment dat de patiënt wordt geïnterviewd. Vervolgens kan het interview met de betrokkene plaatsvinden in bijzijn van de patiënt. Gezien de omstandigheden van de dagelijkse praktijk kan de afname ook tegelijk gebeuren.

Om te beginnen geeft de therapeut zo concreet mogelijk aan welke activiteit wordt beoordeeld. De therapeut noteert dit, bijvoorbeeld door op te schrijven met welke voorbeelden de activiteit is toegelicht. Vervolgens stelt de therapeut de vragen die bij de schalen horen. Voor het duidelijk maken van de antwoordmogelijkheden wordt gebruik gemaakt van de BEBA-Antwoordkaart. De therapeut zorgt ervoor dat de patiënt of betrokkene de reeds ingevulde scores niet kan zien. De gekozen score wordt door de therapeut omcirkeld. Wanneer een schaal volgens een beoordelaar *niet te beoordelen* is, wordt geen score toegekend, en wordt dit genoteerd en toegelicht in de kolom 'opmerkingen' bij de betreffende beoordelaar. Ook wanneer het gedrag van de patiënt als *zeer wisselend* wordt beoordeeld, wordt geen score toegekend, maar wordt dit genoteerd in de kolom 'opmerkingen' bij de betreffende beoordelaar. Wanneer er in de kolom 'opmerkingen' onvoldoende ruimte is kunnen belangrijke zaken vermeld worden onder 'Bijzonderheden'

Het is de bedoeling dat de evaluatiemeting zonder inzage van de startmeting wordt uitgevoerd. Om te voorkomen dat de beoordelaars beïnvloed worden door de startmeting dient het scoreformulier na de startmeting te worden afgeschermd.

Doelen stellen

Na het invullen van de scores loopt de therapeut de schalen nog een keer langs. De patiënt wordt gevraagd bij alle schalen waar geen score 3 is ingevuld (voor alle schalen, met uitzondering van de schaal 'zelfstandigheid', geldt dat een score 3 in principe haalbaar is) aan te geven of hij de score wil verbeteren:

Wilt u...

...de activiteit vaker uitvoeren?

...de activiteit zelfstandiger uitvoeren?

...onverwachte problemen beter oplossen?

...graag dat de activiteit minder spannend wordt?

Wanneer het antwoord 'ja' is wordt het desbetreffende hokje bij *Doel* aangekruist. In de meeste gevallen zullen meerdere, zo niet alle hokjes worden aangestreept.

Wanneer echter wordt aangegeven dat één van de doelstellingen *niet* relevant is (een schaal als 'spanning' is vrijwel nooit relevant in een activiteit zoals 'een gesprek voeren met de partner'), dan wordt de overeenkomstige schaal *niet* meegenomen in het bepalen van het gemiddelde. Ook bij de tweede meting wordt de schaal van de activiteit dan *niet* meegenomen in de berekening. De therapeut is natuurlijk vrij om de schaal wel af te nemen, wanneer hem of haar dat zinvol lijkt. De schaal 'tevredenheid' wordt vanzelfsprekend altijd meegenomen in de meting.

Literatuur

- Anderson, R. (1988). The quality of life of stroke patients and their carers. In: Anderson, R. & Bury, M. (Eds). *Living with chronic illness: The experience of patients and their families*. London: Unwin Hyman Ltd.
- Bastiaanse, R., Bosje, M., & Visch-Brink, E.G. (1995). *Psycholinguïstische Testbatterij voor de Taalverwerking van Afasiepatiënten (PALPA)*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blomert, L., Koster, Ch., & Kean, M.-L. (1995). *ANTAT: Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brumfitt, S. (1998). The measurement of psychological well-being in the person with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33, supplement, 116-120.
- Brumfitt, S. & Sheeran, P. (1999). The development and validation of the Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES). *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 387-400.
- Deelman, B.G., Koning-Haanstra, M., Liebrand, W.B.G., & Burg, W.v.d. (1981). *SAN-test, een afasietest voor auditief taalbegrip en mondeling taalgebruik*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ellis, A.W. & Young, A.W. (1988). *Human Cognitive Neuropsychology*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goos, H.M.M. (Red.) (In voorbereiding). Evaluatie-instrument voor Therapie op basis van de Communicatieve Behoeften (ETCB). Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Goos, H.M.M., Heesbeen, I.M.E., & Sevat, R.G. (1999). Trainingscentrum voor mensen met afasie. *Logopedie en Foniatrie*, 71, 12, 254-260.
- Graetz, P., DeBleser, R., & Willmes, K. (1992). *Akense Afasietest, Nederlandse versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hoen, B., Thelander, M., & Worsley, J. (1997). Improvement in psychological well-being of people with aphasia and their families: Evaluation of a community-based programme. *Aphasiology*, 11, 7, 681-691.
- Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2001). *Handleiding BIPAC: Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve activiteiten*. Amersfoort: Verpleeg- en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Stern, R.A., Arruda, J.E., Hooper, C.R., Wolfner, G.D., & Morey, C.E. (1997). Visual analogue mood scales to measure internal mood state in neurologically impaired patients: Description and initial validity evidence. *Aphasiology*, 11, 1, 59-71.

- Vries, L.A.d. & Heesbeen, I.M.E. (1996). *Utrechts Evaluatie Onderzoek (UEO)*. Utrecht: Stichting Afasie Utrecht.
- Wielaert, S. & Visch-Brink, E.G. (1990). *Communicatie Profiel*. Rotterdam: Stichting Afasie Rotterdam.
- World Health Organisation (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (1999). *ICIDH-2: International classification of functioning and disability: Beta-2 draft, full version*. Geneva: WHO.
- Worrall, L. (1995). The functional communication perspective. In: Code, C. & Müller, D. (Eds). *Treatment of aphasia: From theory to practice*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Worrall, L. (1999). *Functional Communication Therapy Planner (FCTP)*. Oxon: Winslow Press Ltd.