

Een samenvatting van de resultaten van het project 'Functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg'.

# Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg

M.F. Raaijmakers, J. Dekker

► In dit artikel worden de belangrijkste resultaten uit het project 'Functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg' besproken. De gegevens zijn in 1993 en 1994 verzameld in twee onderzoeken: een schriftelijke enquête onder logopedisten en een registratie van patiëntgegevens door logopedisten.

De resultaten van het project betreffen ondermeer de werksituatie en beroepsuitoefening van logopedisten; verwijsindicaties en andere medische indicaties; de logopedische diagnose in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps alsmede de (relatie tussen) behandeldoelen en interventies. Het onderzoeksproject levert hiermee basisgegevens die kunnen dienen als referentiepunt voor verdere activiteiten en onderzoeken. ◀

## Inleiding

In toenemende mate wordt van logopedisten verlangd dat zij duidelijk maken wat het nut, de noodzaak en de kwaliteit van hun handelen is. Maar omdat er nog maar weinig gegevens bekend zijn over de logopedie, is het moeilijk om inzicht te verschaffen in de beroepsuitoefening van logopedisten. Zo ontbreekt bijvoorbeeld inzicht in de werksituatie van logopedisten en in de patiënten die door logopedisten worden behandeld. Dergelijke gegevens zijn niet alleen nodig voor de beleidsontwikkeling door overheid en financiers. Ook de beroepsgroep zelf kan gegevens over de beroepsuitoefening gebruiken, bijvoorbeeld voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg en voor het signaleren en stimuleren van nieuwe ontwikkelingen in het beroep.

In het project 'Functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg' zijn dergelijke basisgegevens over de logopedie in Nederland verzameld en verwerkt. Het project is gesubsidieerd door het ministerie van VWS en uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Medewerking is verleend door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLFF). Het project past binnen het masterplan voor kwaliteitsbevordering van de NVLF (NVLF/CBO, 1991). In het kader van dit masterplan wordt het project gezien als een 'nulstudie', de verzamelde gegevens kunnen dienen als referentiepunt voor toekomstige activiteiten en onderzoeken, zoals de Landelijke Logopedie Registratie (Mondelaers en Van Praag, 1992; NVLF/SIG, 1993). De doelstelling

van het project is het verkrijgen van een kwantitatief inzicht in (NIVEL, 1992):

- de signaleerders en de verwijzers van patiënten; en de aard van de relatie tussen logopedisten en deze signaleerders en verwijzers;
- de klachten en kenmerken van patiënten die door logopedisten worden behandeld;
- de omvang en aard van de behandeling die aan deze patiënten gegeven wordt.

Het project bestaat uit twee deelonderzoeken: een enquête-onderzoek en een registratie-onderzoek. In het enquête-onderzoek zijn gegevens verzameld over ondermeer de werksituatie van logopedisten, de relatie van logopedisten met andere disciplines en de taakuitoefening van logopedisten. In het registratie-onderzoek zijn met behulp van een registratieformulier gegevens verzameld over kenmerken van de patiënten die door logopedisten worden behandeld, de logopedische diagnoses die bij deze patiënten werden vastgesteld en enkele gegevens over de behandeling of begeleiding die werd uitgevoerd.

In dit artikel zullen de belangrijkste bevindingen uit de beide deelonderzoeken van het project worden samengevat. Voor verdere informatie over het project verwijzen wij naar het eindrapport van het project (Raaijmakers en Dekker, 1995b).

## Methode

Bij de analyses van zowel het enquête-onderzoek als het registratie-onderzoek zijn de vier werkvelden onderscheiden waar logopedisten het meeste aantal dagdelen werkzaam zijn. Deze vierdeling is afgeleid van een onderzoek door de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI, 1990) en werd ook gebruikt door Pols en Kuiper (1991). De vier werkvelden dekken samen 88,9% van het aantal dagdelen logopedie en vertegenwoordigen daarmee een groot deel van de logopedie in Nederland. De volgende werkvelden worden onderscheiden:

1. Intramuraal (ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis, instelling voor zwakzinnigenzorg)
2. Vrijgevestigd (eigen praktijk, loondienst in eigen praktijk)
3. Basisonderwijs/ Basisgezondheidsdienst (BAGD)/ Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)
4. Speciaal onderwijs (onder andere: LOM, MLK, kinderen met spraak-taal-hoorproblemen)

Deze vierdeling maakt het mogelijk om de resultaten

op een betekenisvolle en overzichtelijke manier weer te geven. Om coherente groepen te kunnen maken, zijn werkterreinen die niet in deze vierdeling pasten weggelaten uit de analyses. Dit betreft bijvoorbeeld audiologische centra en dagverblijven.

#### *Enquête-onderzoek*

Het enquêteformulier is met de medewerking van inhoudelijk deskundigen ontwikkeld naar het voorbeeld van soortgelijke formulieren bij andere paramedische beroepen (Kerssens en Curfs, 1993; Driessen en Dekker, 1994; Zuijderduin en Dekker, 1994). De enquête is eind 1993 verstuurd en na aftrek van formulieren die onbestelbaar waren of afkomstig van niet-werkende logopedisten, was de respons 84,5%. Door deze hoge respons kunnen de resultaten als representatief worden beschouwd voor alle (paramedisch) werkende logopedisten in Nederland. De enquêteformulieren van 381 logopedisten zijn betrokken in de analyses.

Vanwege het belang van jeugdartsen voor logopedisten in gezondheidsdiensten, zijn jeugdartsen in de analyses meegerekend als verwijzers, hoewel dit formeel niet het geval is. Het werkveld speciaal onderwijs is weggelaten uit analyses over verwijzers, omdat gegevens hierover vaak ontbraken.

#### *Registratie-onderzoek*

Met behulp van een registratieformulier zijn gegevens verzameld over in totaal 1761 patiënten. Deze registratie is uitgevoerd door 171 logopedisten in 103 praktijken of afdelingen. Het gaat hier om een andere groep logopedisten dan bij het enquête-onderzoek. Logopedisten die werkzaam waren in een van de vier onderscheiden werkvelden konden deelnemen aan het registratie-onderzoek.

Voorafgaand aan de start van het onderzoek zijn de logopedisten zowel schriftelijk als mondeling geïnstrueerd en is met elke praktijk of afdeling afgesproken welk aantal patiënten zou worden geregistreerd. Het totaal aantal patiënten per werkveld moest in verhouding zijn met de relatieve omvang van dat werkveld, volgens de gegevens van het GHI-onderzoek (GHI, 1990). De volgende verhouding in het aantal patiënten is bereikt: intramuraal 21% (gepland was 20%), vrijevestigde praktijken 29% (gepland was 30%), basisonderwijs/ BAGD/ GGD 19% (19% was ook gepland) en speciaal onderwijs 31% (was volgens plan).

Alle patiënten die werden aangemeld in de periode van september 1993 tot maart 1994 konden worden ingesloten in het onderzoek. De eventuele behandeling of begeleiding werd vervolgens maximaal zes maanden gevolgd, waarna het formulier werd afgesloten en geretourneerd.

Het registratieformulier bestaat uit drie delen: patiëntgegevens (o.a. leeftijd, geslacht, verwijsgegevens), logopedische diagnose en logopedische behandeling of begeleiding. Het formulier werd op twee momenten ingevuld: bij het eerste behandelcontact (patiëntgegevens, verwijsgegevens en

logopedische diagnose) en zodra de behandeling was beëindigd (indien de behandeling binnen zes maanden werd afgesloten) ofwel na afloop van de maximale registratieperiode van zes maanden.

De *verwijsindicaties* en andere *medische indicaties* zijn van belang voor de logopedist. Uitgaande van deze indicaties kan de logopedist de patiënt namelijk gericht onderzoeken en een anamnese afnemen. Onderzoek en anamnese leiden vervolgens tot de logopedische diagnose. De medische (verwijs-)indicaties en de logopedische diagnose leggen elk een bepaald aspect vast van de problemen van de patiënt. In dit onderzoek zijn de verwijsindicaties en medische indicaties geregistreerd door de logopedist en achteraf door de onderzoekers gecodeerd volgens de International Classification of Disease-10th revision (ICD-10 in WHO, 1993). De ICD wordt in toenemende mate gebruikt voor medische registratie (bijvoorbeeld in ziekenhuizen) en wetenschappelijk onderzoek (Bouter en Van Dongen, 1991).

De *logopedische diagnose* is gebaseerd op de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH in WHO, 1980) en bestaat uit drie rubrieken: stoornissen, beperkingen en handicaps. Een stoornis betreft een afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie. Een beperking heeft betrekking op problemen bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden. Bij een handicap gaat het om de problemen van de patiënt in diens sociale context. De ICIDH levert een bruikbaar kader voor de indeling van logopedische diagnoses en sluit goed aan bij de diagnostiek en behandeling in de logopedie (Raaijmakers en Dekker, 1993a-b). In een eerder onderzoek is de indeling van logopedische diagnoses reeds getoetst. De betrouwbaarheid van deze indeling is daarbij goed bevonden (Raaijmakers e.a., 1995a). Opgemerkt moet worden dat in dit registratie-onderzoek per patiënt meerdere logopedische diagnoses konden worden aangegeven. In het project 'Logopedie Informatie Systeem ten behoeve van Kwaliteitsbevordering' daarentegen moet de gebruiker zich beperken tot één keuze per niveau (Graetz en Broekhuizen, 1994).

De indeling in stoornissen, beperkingen en handicaps is tevens gebruikt voor het registreren van *behandeldoelen*. In het registratieformulier is gevraagd op welke stoornissen, beperkingen en/of handicaps het behandeldoel was gericht. Per patiënt konden maximaal vijf van dergelijke behandeldoelen worden aangegeven. Voor elk gekozen behandeldoel is vervolgens aangegeven welke interventie-elementen daarvoor werden toegepast.

De indeling van *interventie-elementen* is voor dit onderzoek ontwikkeld op basis van literatuurstudie en consultatie van inhoudelijk deskundigen. De concept-versie is getest door logopedisten in verschillende werkvelden en naar aanleiding van hun opmerkingen zo nodig aangepast. Er zijn vier hoofdgroepen

van interventie-elementen onderscheiden: informeren/adviseren, voorzien in hulpmiddel, oefenen van specifieke functies en oefenen van vaardigheden. Deze hoofdgroepen zijn weer verder onderverdeeld om meer specifieke gegevens te kunnen verkrijgen (zie tabel 9).

Tijdens de ontwikkeling van het registratieformulier was nog geen ander kader voor de ordening van interventie-elementen bekend. Inmiddels is door andere auteurs (Dejonckere e.a., 1995) eveneens een voorstel voor een dergelijke indeling ontwikkeld. Deze indeling in 'elementen in de logopedische behandeling' staat los van de hier gebruikte indeling.

## Resultaten van het enquête-onderzoek

### Kenmerken van logopedisten

De gemiddelde leeftijd van de logopedisten is 36,6 jaar (minimum leeftijd 23 jaar, maximum 63 jaar). Meer dan de helft van de respondenten is jonger dan 35 jaar; 93,2% van de logopedisten is vrouw.

Mannen zijn relatief sterk vertegenwoordigd in de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder, terwijl het merendeel van de vrouwelijke logopedisten juist jonger dan 35 jaar is.

### Werksituatie

In tabel 1 is een overzicht gegeven van alle werkplekken waar logopedisten werkzaam zijn.

Tabel 1. Overzicht van totaal aantal werkplekken (n=539) van 381 logopedisten.

|  | Werkplekken  |      |
|--|--------------|------|
|  | %            | %    |
| <b>Intramuraal</b>                                       | <b>15,0</b>  |      |
| - ziekenhuis   |              | 4,8  |
| - verpleeghuis   |              | 5,8  |
| - instelling voor zwakzinnigenzorg                       |              | 2,0  |
| - revalidatiecentrum                                     |              | 2,0  |
| - psychiatrisch ziekenhuis                               |              | 0,4  |
| <b>Vrijgevestigd</b>                                     | <b>37,6</b>  |      |
| - zelfstandig  |              | 35,4 |
| - in loondienst  |              | 2,2  |
| <b>Basisonderwijs/BAGD/GGD</b>                           | <b>14,3</b>  |      |
| - gezondheidsdienst                                      |              | 6,3  |
| - basisonderwijs   |              | 8,0  |
| <b>Speciaal onderwijs</b>                                | <b>23,4</b>  |      |
| - IOBK, LOM, MLK   |              | 11,5 |
| - ZMOK/ZMLK  |              | 2,8  |
| - school voor slechthorende en spraakgebrekkige kinderen |              | 1,9  |
| - overigen   |              | 2,2  |
| - niet gespecificeerd                                    |              | 5,0  |
| <b>Anders</b>  | <b>9,7</b>   |      |
| - HBO/WO   |              | 1,3  |
| - overig onderwijs                                       |              | 2,0  |
| - audiologisch centrum                                   |              | 0,6  |
| - dagverblijven  |              | 4,1  |
| - overigen   |              | 1,7  |
| <b>Totaal</b>  | <b>100,0</b> |      |

De meeste logopedisten (62,5%) zijn werkzaam op één werkplek. Eenderde van de logopedisten werkt op twee werkplekken (32,8%) en een klein aantal (4,7%) op drie werkplekken.

Alle hierna volgende resultaten hebben steeds betrekking op de vier gedefiniëerde werkvelden, de 'andere' werkvelden uit tabel 1 blijven dus verder buiten beschouwing.

In tabel 2 is van de vier werkvelden aangegeven wat het relatieve aandeel van elk werkveld is. Hiervoor is uitgegaan van het aantal uren logopedie dat in alle werkplekken als totaal in een bepaald werkveld werd gewerkt door de respondenten. Ter vergelijking zijn de gegevens over het gewerkte aantal dagdelen logopedie in het GHI-onderzoek uit 1989 eveneens omgerekend als het relatieve aandeel van elk van de vier werkvelden. Sinds 1989 is het aantal uren in vrijgevestigde praktijken sterk toegenomen, terwijl het aantal uren in het speciaal onderwijs juist is afgenomen.

Tabel 2. Relatieve verdeling van totaal aantal uren logopedie in vier werkvelden.

|                         | Huidig<br>onderzoek<br>(januari 1994)<br>% | GHI-<br>onderzoek<br>(april 1989)<br>% |
|-------------------------|--|--|
| Intramuraal             | 16,2                                       | 19,8                                   |
| Vrijgevestigd           | 41,6                                       | 29,8                                   |
| Basisonderwijs/BAGD/GGD | 17,9                                       | 19,1                                   |
| Speciaal onderwijs      | 24,3                                       | 31,3                                   |
| <b>Totaal</b>           | <b>100,0</b>                               | <b>100,0</b>                           |

### Verwijzers

Er zijn veel verschillende disciplines die patiënten kunnen verwijzen voor logopedie. In tabel 3 is vermeld welke verwijzers worden genoemd als degenen die de meeste patiënten verwijzen naar de logopedisten. De logopedisten konden hierbij drie verwijzers invullen.

De verwijzer die vooral wordt genoemd als degene die de meeste patiënten verwijst, verschilt per werkveld. De huisarts wordt het meest genoemd door logopedisten in vrijgevestigde praktijken, de jeugdarts in het basisonderwijs/BAGD/GGD en de verpleeghuisarts in intramurale instellingen.

### Informatie-overdracht van verwijzers naar logopedisten

Een verwijzer is wettelijk verplicht om de logopedist bij de verwijzing informatie te geven over de diagnose. Verder kan de verwijzer ook aanwijzingen geven over de behandeling van de patiënt (Logopedistenbesluit, 1980). Op basis van de informatie die door de verwijzer is verstrekt en de informatie uit eigen onderzoek bepaalt de logopedist of interventie zinvol is. Hoe vollediger de verwijzingsinformatie is, hoe beter de logopedist een afweging kan maken over te ver-

Tabel 3. Verwijzers die de meeste patiënten verwijzen (percentage respondenten per werkveld dat de verwijzer noemt)\*.

|                                  | intra-<br>muraal | vrije-<br>vestigd | basis-<br>onder-<br>wijs/<br>BAGD/<br>GGD |
|----------------------------------|------------------|-------------------|---|
|                                  | n=63<br>%        | n=155<br>%        | n=58<br>%                                 |
| Huisarts                         | 19,3             | 92,8              | 39,3                                      |
| K.n.o.-arts                      | 28,1             | 66,7              | 21,4                                      |
| Jeugdarts                        | -                | 16,3              | 75,0                                      |
| Tandarts/tandarts-<br>specialist | 3,5              | 19,0              | 28,6                                      |
| Verpleeghuisarts                 | 31,6             | -                 | -   |
| Kinderarts                       | 15,8             | 9,2               | 3,6                                       |
| Neuroloog                        | 24,6             | 7,2               | 3,6                                       |
| Revalidatie-arts                 | 22,8             | 2,0               | -   |
| Overige geneeskundigen           | 10,5             | 3,3               | -   |
| Overigen                         | 1,8              | 8,5               | 7,1                                       |

\* Telt op tot meer dan 100% omdat meerdere antwoorden konden worden gegeven.

richten onderzoek en/of behandeling. In de enquête zijn zes soorten verwijsinformatie onderscheiden. Als logopedisten de betreffende verwijsinformatie niet van belang vinden, is het ook minder erg als deze informatie niet wordt verstrekt. Maar als verwijsinformatie, die logopedisten belangrijk vinden, niet door de verwijzer wordt gegeven, kan dat de logopedist belemmeren bij het maken van een juiste afweging.

In tabel 4 is het aantal logopedisten vermeld dat de verwijsinformatie belangrijk vindt en het percentage

daarvan dat deze informatie daadwerkelijk ontvangt van de verwijzer.

Van alle 276 logopedisten vinden 207 logopedisten informatie over de (medische) diagnose belangrijk. En van deze 207 logopedisten blijkt 62,8% deze informatie ook te ontvangen. Daarentegen krijgt slechts 15,0% van de 173 logopedisten die psychosociale achtergrondinformatie belangrijk vinden, deze informatie van de verwijzer.

Logopedisten in intramurale instellingen vinden verwijsinformatie over de (medische) diagnose, medische achtergrondinformatie en psychosociale achtergrondinformatie niet alleen vaker belangrijk dan logopedisten in de andere werkvelden, maar ze krijgen deze informatie ook vaker van de verwijzer.

#### Gebruik van geautomatiseerd informatiesysteem

Van de respondenten gebruikt 30,2% (109 logopedisten) een geautomatiseerd informatiesysteem voor het vastleggen van gegevens in hun praktijk of afdeling. Het gebruik is het hoogst in vrijgevestigde praktijken; 45,5% van de logopedisten in dit werkveld gebruikt zo'n systeem. In het speciaal onderwijs gebruikt 7,0% van de logopedisten een dergelijk systeem. In intramurale instellingen en in het basisonderwijs/BAGD/GGD gebruikt respectievelijk 23,8% en 31,0% van de logopedisten in dit werkveld een geautomatiseerd informatiesysteem.

Het informatiesysteem wordt door de respondenten voornamelijk gebruikt voor het bijhouden van de administratie, voor het maken van declaraties en voor rapportage aan de verwijzers. Van de 109 logopedisten die een geautomatiseerd informatiesysteem gebruiken, registreert 21,1% (23 logopedisten) hiermee ook zorginhoudelijke gegevens.

Tabel 4. Aantal logopedisten dat verwijsinformatie belangrijk vindt en het percentage dat deze informatie daadwerkelijk ontvangt.

|  | totaal                               |                | intramuraal                          |                | vrijgevestigd                        |                | basisonderwijs/<br>BAGD/ GGD         |                |     |      |     |    |
|--|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------|-----|------|-----|----|
|  | n=276                                |                | n=63                                 |                | n=155                                |                | n=58                                 |                |     |      |     |    |
| Verwijsinformatie                                      | % ontvangen<br>indien<br>belangrijk* | n <sub>1</sub> | % ontvangen<br>indien<br>belangrijk* | n <sub>1</sub> | % ontvangen<br>indien<br>belangrijk* | n <sub>1</sub> | % ontvangen<br>indien<br>belangrijk* | n <sub>1</sub> |     |      |     |    |
| (Medische) diagnose                                    | 62,8                                 | (130)          | 207                                  | 81,8           | (45)                                 | 55             | 56,5                                 | (78)           | 138 | 50,0 | (7) | 14 |
| Medische achter-<br>grondinformatie                    | 26,6                                 | (55)           | 207                                  | 49,1           | (26)                                 | 53             | 16,2                                 | (22)           | 136 | 5,6  | (7) | 18 |
| Psychosociale<br>achtergrondinformatie                 | 15,0                                 | (26)           | 173                                  | 46,9           | (23)                                 | 49             | 1,8                                  | (2)            | 109 | 6,7  | (1) | 15 |
| Klacht(en)   | 58,6                                 | (106)          | 181                                  | 59,6           | (28)                                 | 47             | 57,9                                 | (70)           | 121 | 61,5 | (8) | 13 |
| Behandelaspecten<br>(termijn, aantal<br>behandelingen) | 50,0                                 | (9)            | 18                                   | 50,0           | (1)                                  | 2              | 53,3                                 | (8)            | 8   | -    | -   | 1  |
| Suggesties voor<br>behandeling                         | 9,5                                  | (4)            | 42                                   | 25,0           | (1)                                  | 4              | 6,3                                  | (2)            | 32  | 16,7 | (1) | 6  |

n<sub>1</sub> = Aantal logopedisten dat de verwijsinformatie wel belangrijk vindt voor de uitoefening van hun werk.

\* tussen haakjes het aantal logopedisten waarop het percentage is gebaseerd.

*Intercollegiale toetsing*

Aan intercollegiale toetsing wordt deelgenomen door in totaal 15,6% van de respondenten. De grootste deelname is gevonden in het werkveld basisonderwijs/BAGD/GGD; 25,9% van de logopedisten in dit werkveld neemt deel aan intercollegiale toetsing. In het speciaal onderwijs doet 7,1% van de logopedisten aan intercollegiale toetsing. De percentages van deelnemende logopedisten in intramurale instellingen en vrijgevestigde praktijken zijn respectievelijk 21,0% en 14,4%.

**Resultaten van het registratie-onderzoek***Leeftijd en geslacht van de patiënten*

In tabel 5 is het geslacht en de leeftijd van de 1761 geregistreerde patiënten vermeld.

Tabel 5. Kenmerken van patiënten in het registratie-onderzoek (n=1761).

| Kenmerken             | Patiënten % |
|-----------------------|-------------|
| <b>Geslacht</b>       |             |
| Man                   | 57,9        |
| Vrouw                 | 42,1        |
| <b>Leeftijd</b>       |             |
| 0- 5 jaar             | 28,4        |
| 6-10 jaar             | 32,1        |
| 11-17 jaar            | 13,2        |
| 18-50 jaar            | 10,1        |
| > 50 jaar             | 16,2        |
| Gemiddelde: 20,2 jaar |             |
| Mediaan: 8,0 jaar     |             |

Van de patiënten die door logopedisten worden behandeld, bestaat het merendeel uit jongens met een leeftijd tot 12 jaar. Alleen in intramurale instellingen zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten (niet in tabel) en deze hebben samen gemiddeld een hogere leeftijd dan de patiënten in de drie andere werkvelden.

*Verwijsindicaties en medische indicaties*

De verwijsindicaties en medische indicaties zijn samengenomen in tabel 6. Van 639 patiënten is geen verwijsindicatie of andere medische indicatie geregistreerd.

Bij ruim de helft van de patiënten is een verwijsindicatie of medische indicatie geregistreerd welke conform de ICD-10 is gecodeerd als 'Psychische stoornissen en gedragsstoornissen'.

Binnen deze categorie bestaat het grootste deel van de indicaties uit 'spraak- en taalontwikkelingsstoornissen'.

*Logopedische diagnoses*

De frequentie van voorkomen van de logopedische diagnoses is vermeld in tabel 7.

Tabel 6. Verwijsindicaties/medische indicaties van 1122 patiënten\*.

| Verwijsindicatie/medische indicatie (ICD-10)   | Patiënten** (%) |
|--|-----------------|
| <b>Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (F)</b>  | <b>59,7</b>     |
| - specifieke spraak- en taalontwikkelingsstoornissen (F80)   | 34,8            |
| - andere gedragsstoornissen en emotionele stoornissen die doorgaans beginnen in kindertijd en adolescentie (F98) | 11,5            |
| - overige  | 13,4            |
| <b>Ziekten van zenuwstelsel (G)</b>  | <b>12,1</b>     |
| - ziekte van Parkinson (G20)   | 1,7             |
| - hemiplegie (G81)   | 4,0             |
| - overige  | 2,5             |
| <b>Ziekten van oor en processus mastoideus (H)</b>   | <b>12,0</b>     |
| - etterige en niet-gespecificeerde otitis media (H66)  | 1,8             |
| - overige vormen van gehoorverlies (H91)   | 7,7             |
| - overige  | 10,2            |
| <b>Ziekten van hartvaatstelsel (I)</b>   | <b>16,4</b>     |
| - beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct (I64)  | 11,2            |
| - overige  | 5,2             |
| <b>Ziekten van ademhalingsstelsel (J)</b>  | <b>15,3</b>     |
| - acute nasofaryngitis (J00)   | 2,0             |
| - aandoeningen van stembanden en larynx, niet elders geassocieerd (J38)  | 5,7             |
| - astma (J45)  | 3,5             |
| - overige  | 9,8             |
| <b>Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geassocieerd (R)</b>        | <b>38,4</b>     |
| - dysfagie (R13)   | 3,6             |
| - spraakstoornissen, niet elders geassocieerd (R47)  | 16,2            |
| - stemaandoeningen (R49)   | 15,0            |
| - overige  | 3,6             |
| <b>Overige verwijsindicaties/medische indicaties</b>   | <b>22,1</b>     |

\* Voor 639 patiënten werd geen verwijsindicatie of medische indicatie geregistreerd.

\*\* Telt op tot meer dan 100% omdat meerdere verwijsindicaties/medische indicaties per patiënt konden worden aangegeven.

Op het niveau van stoornissen komen de hoofdgroepen 'articulatiestoornissen' en 'taalontwikkelingsstoornissen' vaak voor, gevolgd door 'afwijkend monddrag'. Patiënten die door logopedisten worden gezien, hebben echter niet alleen problemen op het niveau van stoornissen, maar ook op het niveau van beperkingen en handicaps. De logopedische stoornissen belemmeren de patiënten dus ook in hun dagelijks functioneren en in hun sociale rolvervulling.

Beperkingen in het zich communicatief uiten en beperkingen in het begrijpen van communicatieve uitingen komen het meest voor. Op het niveau van handicaps tenslotte, komen handicap in bezigheid/-

Tabel 7. Percentages van logopedische diagnoses bij 1761 patiënten.

| STOORNISSEN  | item | hoofdgroep  |  |             |
|--|------|-------------|--|-------------|
| <b>A. HOORSTOORNISSEN</b>  |      | <b>11,2</b> |  |             |
| <b>Stoornissen in de gehoorfunctie</b>                                     |      |             |  |             |
| - geleidings-slechthorendheid  | 3,8  |             |  |             |
| - perceptie slechthorendheid   | 4,9  |             |  |             |
| - gemengde slechthorendheid  | 2,0  |             |  |             |
| <b>Stoornissen in de geluidswaarneming</b>                                 |      |             |  |             |
| - enkelzijdig  | 0,7  |             |  |             |
| - dubbelzijdig   | 6,0  |             |  |             |
| - asymmetrisch   | 0,4  |             |  |             |
| <b>Stoornissen in het spraakverstaan</b>                                   | 5,8  |             |  |             |
| <b>B. STOORNISSEN IN DE AUDITIEVE FUNCTIES</b>                             |      | <b>18,1</b> |  |             |
| <b>Stoornissen in de auditieve functies</b>                                |      |             |  |             |
| - auditieve discriminatie  | 13,9 |             |  |             |
| - auditieve analyse  | 9,4  |             |  |             |
| - auditieve synthese   | 9,0  |             |  |             |
| <b>Stoornissen in het waarnemen van</b>                                    |      |             |  |             |
| - toonhoogte   | 2,2  |             |  |             |
| - luidheid   | 2,2  |             |  |             |
| - geluidsrichting  | 2,2  |             |  |             |
| - ritme  | 2,5  |             |  |             |
| <b>Overige stoornissen en stoornissen in de auditieve functies</b>         | 1,0  |             |  |             |
| <b>C. STEMSTOORNISSEN</b>  |      | <b>22,4</b> |  |             |
| <b>Stoornissen in de stemproductie</b>                                     |      |             |  |             |
| - hyperkinetisch stemgebruik   | 8,8  |             |  |             |
| - hypokinetisch stemgebruik  | 2,6  |             |  |             |
| - dyskinetisch stemgebruik   | 4,0  |             |  |             |
| <b>Stoornissen in de stemkwaliteit</b>                                     |      |             |  |             |
| - kwaliteit  | 15,5 |             |  |             |
| - luidheid   | 9,3  |             |  |             |
| - toonhoogte   | 4,0  |             |  |             |
| - stemmodulatie  | 2,7  |             |  |             |
| - resonantie   | 4,9  |             |  |             |
| <b>D. FOUTIEVE SPREEKADEMHALING</b>  |      | <b>14,3</b> |  |             |
| <b>Overige stemstoornissen</b>   | 0,6  |             |  |             |
| <b>E. TAALONTWIKKELINGSSTOORNISSEN</b>                                     |      | <b>41,6</b> |  |             |
| - taalvorm   | 38,4 |             |  |             |
| - taalinhoud   | 34,5 |             |  |             |
| - taalgebruik  | 25,5 |             |  |             |
| <b>F. AFASIE</b>   |      | <b>6,9</b>  |  |             |
| - afasie van Broca   | 1,3  |             |  |             |
| - afasie van Wernicke  | 0,5  |             |  |             |
| - amnestische afasie   | 1,2  |             |  |             |
| - globale afasie   | 1,8  |             |  |             |
| - overige afasie   | 0,6  |             |  |             |
| - niet klasseerbare afasie   | 2,0  |             |  |             |
| <b>Overige taalstoornissen</b>   | 2,4  |             |  |             |
| <b>G. LEES- EN SCHRIJFSTOORNISSEN/LEERPROBLEMEN</b>                        |      | <b>10,2</b> |  |             |
| - stoornissen in het lezen   | 9,5  |             |  |             |
| - stoornissen in het schrijven   | 8,7  |             |  |             |
| <b>Overige leerproblemen</b>   | 2,0  |             |  |             |
| <b>H. ARTICULATIESTOORNISSEN</b>   |      | <b>44,1</b> |  |             |
| - fonetische   | 23,2 |             |  |             |
| - fonologische   | 14,9 |             |  |             |
| - algemene   | 16,3 |             |  |             |
| <b>I. DYSARTRIE</b>  |      | <b>5,7</b>  |  |             |
| - myogene dysartrie  | -    |             |  |             |
| - bulbair dysartrie  | 0,9  |             |  |             |
| - pseudobulbair dysartrie  | 1,4  |             |  |             |
| - extrapiramidale dysartrie  | 1,0  |             |  |             |
| - cerebellaire dysartrie   | 0,9  |             |  |             |
| - dysartrie t.g.v. perifere verlamming                                     | 0,3  |             |  |             |
| - dysartrie bij ALS  | -    |             |  |             |
| - overige dysartrie  | 0,2  |             |  |             |
| - niet klasseerbare dysartrie  | 1,1  |             |  |             |
| <b>Overige articulatiestoornissen</b>                                      | 0,5  |             |  |             |
| <b>J. NASALITEIT</b>   |      |             |  | <b>5,2</b>  |
| - hypernasaliteit  | 3,8  |             |  |             |
| - hyponasaliteit   | 1,4  |             |  |             |
| <b>Overige nasaliteit</b>  | 0,2  |             |  |             |
| <b>K. STOORNISSEN IN DE VLOEIENDHEID EN HET RITME VAN HET SPREKEN</b>      |      |             |  | <b>12,6</b> |
| - stotteren  | 5,6  |             |  |             |
| - broddelen  | 2,7  |             |  |             |
| - inadequaate spreektempo  | 5,7  |             |  |             |
| <b>Overige stoornissen in de vloeiendheid en het ritme van het spreken</b> | 1,1  |             |  |             |
| <b>L. AFWIJKEND MONDGEDRAG</b>   |      |             |  | <b>32,5</b> |
| - duim- en vingerzuigen en ander zuiggedrag                                | 12,4 |             |  |             |
| - habitudeel mondademen  | 21,8 |             |  |             |
| - afwijkend slikken  | 13,9 |             |  |             |
| - afwijkende tongligging in rust   | 15,2 |             |  |             |
| <b>Overig afwijkend mondgedrag</b>   | 0,9  |             |  |             |
| <b>M. SLIKSTOORNISSEN</b>  |      |             |  | <b>5,2</b>  |
| <b>N. STOORNISSEN IN DE (SENSO-)MOTORIEK</b>                               |      |             |  | <b>15,3</b> |
| - stoornissen in de mondmotoriek   | 13,0 |             |  |             |
| - stoornissen in de sensibiliteit in hoofd-halsgebied                      | 2,6  |             |  |             |
| - afwijkende spiertonus in hoofd-halsgebied                                | 2,2  |             |  |             |
| - afwijkende reflexen in hoofd-halsgebied                                  | 0,8  |             |  |             |
| <b>Overige stoornissen in de (senso-)motoriek</b>                          | 1,3  |             |  |             |
| <b>O. HYPERVENTILATIE</b>  |      |             |  | <b>1,0</b>  |
| <b>P. COGNITIEVE EN PSYCHISCHE STOORNISSEN</b>                             |      |             |  | <b>29,5</b> |
| - geheugenstoornissen  | 18,6 |             |  |             |
| - aandacht- en concentratiestoornissen                                     | 16,4 |             |  |             |
| - apraxie/dyspraxie  | 3,2  |             |  |             |
| - overige cognitieve en psychische stoornissen                             | 7,5  |             |  |             |
| <b>Q. STOORNISSEN IN DE LICHAAMSHOUDING</b>                                |      |             |  | <b>4,8</b>  |
| <b>Andere stoornissen</b>  | 1,5  |             |  |             |
| <b>BEPERKINGEN</b>   | item | hoofdgroep  |  |             |
| <b>1. BEPERKINGEN IN HET BEGRIJPEN VAN COMMUNICATIEVE UITINGEN</b>         |      |             |  | <b>41,9</b> |
| - gesproken uitingen   | 37,3 |             |  |             |
| - schriftelijke uitingen   | 20,7 |             |  |             |
| - non-verbale uitingen   | 13,9 |             |  |             |
| <b>2. BEPERKINGEN IN HET ZICH COMMUNICATIEF UITEN</b>                      |      |             |  | <b>60,4</b> |
| - gesproken uitingen   | 55,8 |             |  |             |
| - schriftelijke uitingen   | 23,9 |             |  |             |
| - non-verbale uitingen   | 17,1 |             |  |             |
| <b>3. BEPERKINGEN IN (DEELNAME AAN) COMMUNICATIEVE INTERACTIE</b>          |      |             |  | <b>34,2</b> |
| <b>4. BEPERKINGEN IN HET ETEN EN DRINKEN</b>                               |      |             |  | <b>9,7</b>  |
| <b>Overige beperkingen</b>   | 1,1  |             |  |             |
| <b>HANDICAPS</b>   |      | hoofdgroep  |  |             |
| <b>1. HANDICAP IN BEROEP/DAGELIJKSE BEZIGHEDEN</b>                         |      |             |  | <b>47,6</b> |
| <b>2. HANDICAP IN SOCIALE INTEGRATIE BINNEN FAMILIE/GEZIN</b>              |      |             |  | <b>26,0</b> |
| <b>3. HANDICAP IN SOCIALE INTEGRATIE BUITEN FAMILIE/GEZIN</b>              |      |             |  | <b>42,8</b> |

beroep en handicap in sociale integratie buiten familie/gezin het meest voor.

Het gebeurt vaak dat een logopedische diagnose samen met andere logopedische diagnose(n) voorkomt. Er worden dan meerdere logopedische diagnoses bij eenzelfde patiënt gediagnostiseerd. Middels een statistische analyse (principale componenten-analyse) is onderzocht welke logopedische diagnoses vaak samen voorkomen. Hiervoor wordt de term 'dimensies' gebruikt (zie Raaijmakers en Dekker, 1995b). De volgende dimensies zijn gevonden voor de hoofdgroepen op het niveau van stoornissen:

1. stoornissen in auditieve functies + taalontwikkelingsstoornissen + articulatiestoornissen
2. stemstoornissen + foutieve spreekademhaling
3. stoornissen in lezen en schrijven  
of afwijkend mondgedrag
4. dysartrie + slikstoornissen
5. afasie + sensomotorische stoornissen
6. hoorstoornissen.

Deze dimensies geven aan welke hoofdgroepen stoornissen vaak samen worden gediagnostiseerd. Stoornissen in lezen en schrijven gaan volgens deze analyse meestal juist niet samen met afwijkend mondgedrag. Dit betekent niet dat deze logopedische diagnoses nooit samen kunnen voorkomen, maar uit de analyse blijkt dat wanneer stoornissen in het lezen en schrijven worden gediagnostiseerd, de diagnose afwijkend mondgedrag minder wordt gebruikt dan zou worden verwacht. Tenslotte vormen de hoor-

stoornissen een aparte dimensie, deze komen dus onafhankelijk van andere stoornissen voor.

Ook voor de logopedische diagnoses op het niveau van beperkingen en handicaps is onderzocht welke diagnoses vaak samen voorkomen. Met uitzondering van de beperking in het eten/drinken blijken alle beperkingen in eenzelfde dimensie te liggen. Dit betekent dat deze beperkingen vaak alledrie tegelijk worden gediagnostiseerd bij de patiënten. Ook voor de handicaps is slechts één dimensie gevonden. Handicaps worden dus eveneens vaak samen gediagnostiseerd.

#### *Behandeldoelen en interventie-elementen*

Niet alle stoornissen, beperkingen en handicaps uit de logopedische diagnose worden door de logopedist behandeld. De logopedist selecteert een beperkt aantal waarop de behandeldoelen worden gericht. De frequentie van voorkomen van stoornissen, beperkingen en handicaps waarop het behandeldoel is gericht, is gegeven in tabel 8.

Behandeldoelen zijn vooral gericht op stoornissen en beperkingen en in mindere mate op handicaps.

De frequentie van voorkomen van de interventie-elementen wordt vermeld in tabel 9. De elementen zijn onderverdeeld in vier hoofdgroepen; informeren/adviseren, voorzien in hulpmiddel, oefenen van specifieke functies en oefenen van vaardigheden.

Het geven van informatie/advies is vaak gebruikt als interventie-element en wordt meestal gegeven aan zowel de patiënt zelf als aan diens omgeving. Binnen de hoofdgroep van oefenen van specifieke functies worden vooral de items 'oefenen van taalinhoud' en 'oefenen van spraakklanken' toegepast. Ook het oefenen van vaardigheden wordt vaak toegepast door de logopedisten, vooral het oefenen in het zich uiten.

#### *De relatie tussen behandeldoelen en interventie-vormen*

Logopedisten trachten de gestelde behandeldoelen te bereiken door bepaalde interventie-elementen toe te passen. In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre het gebruik van interventie-elementen kan worden verklaard door de eerder gekozen behandeldoelen.

Met een statistische analyse (logistische regressie) is nagegaan of bepaalde interventie-elementen vaak worden gebruikt bij een bepaald behandeldoel, of dat ze juist minder vaak worden gebruikt bij een bepaald behandeldoel.

De relatie tussen de behandeldoelen en de gekozen interventie-elementen is schematisch weergegeven in tabel 10. In deze tabel is per doel aangegeven welke interventie-elementen vaak worden toegepast en welke elementen juist minder worden gebruikt dan zou worden verwacht. Interventie-elementen uit eenzelfde hoofdgroep zijn samen vermeld en worden aangegeven met dezelfde lettercodes die in tabel 9 zijn gebruikt.

Tabel 8. Frequentie van voorkomen van behandeldoelen bij 1567 patiënten\*.

| Behandeldoel gericht op:   | %           | n           |
|--|-------------|-------------|
| <b>Stoornissen</b>   | <b>98,7</b> | <b>1547</b> |
| Hoorstoornissen en stoornissen in auditieve functies                   | 14,6        | 229         |
| Stemstoornissen  | 16,5        | 258         |
| Taalontwikkelingsstoornissen   | 37,0        | 580         |
| Afasie   | 5,9         | 93          |
| Lees- en schrijfstoornissen/leerproblemen                              | 6,7         | 105         |
| Articulatiestoornissen (fonetisch, fonologisch, algemeen)              | 32,6        | 511         |
| Dysartrie  | 4,6         | 72          |
| Nasaliteit   | 4,1         | 64          |
| Stoornissen in de vloeiendheid en het ritme van het spreken            | 11,6        | 181         |
| Afwijkend mondgedrag, slikstoornissen, stoornissen in (senso-)motoriek | 26,5        | 416         |
| Overige stoornissen  | 12,1        | 189         |
| <b>Beperkingen</b>   | <b>51,2</b> | <b>803</b>  |
| Begrijpen van communicatieve uitingen                                  | 19,5        | 305         |
| Zich communicatief uiten   | 38,1        | 597         |
| Deelname aan communicatieve interactie                                 | 17,3        | 271         |
| Eten en drinken  | 7,3         | 114         |
| <b>Handicaps</b>   | <b>23,9</b> | <b>374</b>  |
| Beroep/dagelijkse bezigheden   | 12,2        | 191         |
| Sociale integratie binnen familie/gezin                                | 7,3         | 115         |
| Sociale integratie buiten familie/gezin                                | 11,0        | 173         |

\* Bij 194 patiënten waren geen behandeldoelen geregistreerd.

Tabel 9. Frequentie van voorkomen van interventie-elementen bij 1567 patiënten\*.

|   | %           | n           |
|---|-------------|-------------|
| <b>a. Informeren/adviseren</b>            | <b>83,0</b> | <b>1300</b> |
| Alleen patiënt                            | 24,7        | 387         |
| Alleen omgeving van patiënt               | 22,4        | 351         |
| Beiden                                    | 48,8        | 764         |
| <b>b. Voorzien in hulpmiddel</b>          | <b>10,6</b> | <b>166</b>  |
| Hoorhulpmiddel                            | 3,2         | 50          |
| Stemhulpmiddel                            | 0,2         | 3           |
| Alternatief communicatiehulpmiddel        | 1,7         | 26          |
| Overig hulpmiddel                         | 4,2         | 66          |
| Alternatief communicatiesysteem           | 3,8         | 60          |
| <b>c. Oefenen van specifieke functies</b> | <b>94,5</b> | <b>1481</b> |
| Horen/auditief waarnemen                  | 33,4        | 523         |
| Auditieve voorwaarden                     | 19,0        | 298         |
| Taalvorm                                  | 34,5        | 541         |
| Taalinhoud                                | 36,4        | 570         |
| Taalgebruik                               | 28,9        | 453         |
| Adembeheersing/ademvoering                | 14,7        | 230         |
| (Ont)spanning                             | 13,7        | 215         |
| Stemkwaliteit                             | 14,6        | 229         |
| Stemhygiëne                               | 10,0        | 157         |
| Velopharyngeale functie                   | 4,7         | 74          |
| Spraakklanken                             | 34,9        | 547         |
| Mondgedrag                                | 17,2        | 270         |
| Mondmotoriek                              | 32,4        | 507         |
| Slikken                                   | 14,0        | 219         |
| Sensibiliteit                             | 6,8         | 106         |
| Emoties en/of cognities bij het spreken   | 7,6         | 119         |
| Vloeïendheid                              | 7,9         | 124         |
| Overige specifieke functies               | 12,4        | 194         |
| <b>d. Oefenen van vaardigheden</b>        | <b>56,9</b> | <b>892</b>  |
| Begrijpen van uitingen                    | 24,3        | 380         |
| Zich uiten                                | 38,7        | 606         |
| Aangaan /onderhouden van interactie       | 25,7        | 402         |
| Eten/drinken                              | 8,8         | 138         |
| Overige vaardigheden                      | 7,7         | 120         |

\* Bij 194 patiënten waren geen interventie-elementen geregistreerd.

Uit de analyse blijkt dat de toepassing van interventie-elementen kan worden verklaard door de keuze van de behandeldoelen. Bij het ene behandeldoel wordt een bepaald interventie-element wel vaak gebruikt, bij het andere behandeldoel wordt dat element juist weinig gebruikt.

Sommige relaties tussen behandeldoel en interventie-element zijn tamelijk voorspelbaar, bijvoorbeeld wanneer bij slikstoornissen het interventie-element 'oefenen van slikken' wordt gebruikt. In andere gevallen worden accenten in de behandeling zichtbaar doordat een specifiek element vaak, of juist weinig is gebruikt bij bepaalde behandeldoelen. Bijvoorbeeld voor het doel gericht op 'handicap in sociale integratie buiten familie/gezin' wordt het interventie-element 'informeren/adviseren van alleen patiënt' vaak gebruikt. Terwijl dit interventie-element juist weinig wordt gekozen bij het doel dat is gericht op de 'handicap in sociale integratie binnen familie/gezin'.

## Bespreking van de resultaten

Logopedisten vormen een beroepsgroep die voornamelijk bestaat uit vrouwen tot 35 jaar. Voor wat betreft de werksituatie van logopedisten, blijkt dat tussen 1989 (GHI-onderzoek) en 1993 (huidige onderzoek) de verdeling van het gewerkte aantal uren per werkveld sterk is verschoven. De inkrimping van het aandeel logopedie in het speciaal onderwijs is waarschijnlijk veroorzaakt door de bezuinigingsrondes aan het eind van de jaren '80. De toename van het aandeel logopedie in vrijevestigde praktijken kan worden verklaard door het geringe aantal vacatures voor logopedie in deze periode. Daardoor hebben wellicht veel logopedisten ervoor gekozen om zich zelfstandig te vestigen.

Logopedisten krijgen patiënten via verschillende verwijzers. Logopedisten hechten veel waarde aan (achtergrond-)informatie van de verwijzer, maar de verwijzer geeft deze informatie volgens de logopedisten slechts weinig. Het verbeteren van de informatieverstrekking door verwijzers is niet alleen een taak voor de verwijzers, logopedisten moeten ook zelf initiatieven nemen om gewenste informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld door gerichte vragen te stellen aan de verwijzer of door zelf de verwijzer regelmatig te informeren.

Op beperkte schaal nemen logopedisten inmiddels deel aan intercollegiale toetsing. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze gegevens een moment-opname weergeven, van een fase waarin toetsing nog werd ontwikkeld. In de toekomst zal naar verwachting de deelname van logopedisten aan onderlinge toetsing nog verder toenemen. Dit is belangrijk voor de bevordering van de kwaliteit van logopedische zorg, omdat hierdoor de kwaliteit van de verleende zorg concreet wordt gemaakt en mogelijkheden voor verbetering van de geboden zorg kunnen worden aangegeven.

Circa eenderde van de logopedisten werkt reeds met een geautomatiseerd informatiesysteem. Van deze groep registreert 21,1% van de logopedisten nu al zorginhoudelijke gegevens. Hoewel het ook hier een momentopname betreft van een proces dat nog volop in ontwikkeling is, is het van belang dat dit percentage de komende jaren wordt vergroot, omdat juist dergelijke zorginhoudelijke gegevens de waarde van een toekomstige landelijke databank vergroten.

De categorieën van logopedische diagnoses verschillen in de mate van voorkomen. Op het niveau van stoornissen kwamen de hoofdgroepen 'articulatiestoornissen' en 'taalontwikkelingsstoornissen' het meest voor. Uit de analyse van dimensies blijkt dat deze twee logopedische diagnoses, samen met de hoofdgroep 'stoornissen in auditieve functies' ook vaak samen voorkomen bij dezelfde patiënt.

De gevonden dimensies van logopedische diagnoses tonen aan dat vaak meerdere diagnoses tegelijk voorkomen. Deze dimensies zijn misschien voor de individuele logopedist en voor individuele patiënten niet zo vernieuwend, maar hebben grote waarde voor het beroep logopedie als geheel. Uit de veelheid van logopedische stoornissen, beperkingen en handicaps



Tabel 10. Relatie tussen behandeldoelen en interventie-elementen.

| Behandeldoel gericht op                                     | Vaak gebruikt interventie-element*  | Weinig gebruikt interventie-element*  |
|---|---|---|
| <b>STOORNISSEN</b>  |   |   |
| Hoorstoornissen en stoornissen in auditieve functies        | b. hoorhulpmiddel; alternatief communicatiehulpmiddel<br>c. horen/auditief waarnemen; auditieve voorwaarden; taalinhoud<br>d. begrijpen van uitingen; overige vaardigheden  |   |
| Stemstoornissen   | a. informeren/adviseren van alleen patiënt<br>c. adembeheersing/ademvoering; (ont)spanning; stemkwaliteit; stemhygiëne  | a. informeren/adviseren van alleen omgeving van patiënt<br>b. overig hulpmiddel<br>c. auditieve voorwaarden; taalvorm; mondgedrag; mondmotoriek; slikken; vloeiendheid bij het spreken<br>d. aangaan/onderhouden van interactie |
| Taalontwikkelingsstoornissen                                | a. informeren/adviseren van alleen omgeving van patiënt<br>c. auditieve voorwaarden; taalvorm; taalinhoud; taalgebruik<br>d. begrijpen van uitingen; zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie   | a. informeren/adviseren van alleen patiënt<br>c. mondgedrag; slikken<br>d. overige vaardigheden   |
| Afasie  | a. informeren/adviseren van alleen patiënt; informeren/adviseren van zowel patiënt als omgeving van patiënt<br>b. hoorhulpmiddel<br>c. taalvorm; taalinhoud; taalgebruik; velofaryngeale functie; overige specifieke functies<br>d. begrijpen van uitingen; zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie      |   |
| Lees- en schrijfstoornissen                                 | c. horen/auditief waarnemen; auditieve voorwaarden; taalvorm; taalinhoud; overige specifieke functies<br>d. aangaan/onderhouden van interactie  |   |
| Articulatiestoornissen                                      | b. hoorhulpmiddel<br>c. horen/auditief waarnemen; taalvorm; velofaryngeale functie; spraakklanken; mondgedrag; mondmotoriek oefeningen<br>d. zich uiten   | a. informeren/adviseren van alleen patiënt<br>b. overig hulpmiddel<br>d. eten/drinken   |
| Dysartrie   | a. informeren/adviseren van alleen patiënt; informeren/adviseren van zowel patiënt als omgeving van patiënt<br>b. hoorhulpmiddel<br>c. adembeheersing/ademvoering; velofaryngeale functie; spraakklanken; mondmotoriek; slikken; overige specifieke functies<br>d. zich uiten                                   | a. informeren/adviseren van alleen omgeving van patiënt   |
| Nasaliteit  | c. horen/auditief waarnemen; stemkwaliteit; velofaryngeale functie; spraakklanken; mondgedrag; mondmotoriek<br>d. begrijpen van uitingen  |   |
| Stoornissen in de vloeiendheid en het ritme van het spreken | a. informeren/adviseren van zowel patiënt als omgeving van patiënt<br>c. adembeheersing/ademvoering; (ont)spanning; mondmotoriek; emoties en/of cognities bij het spreken; vloeiendheid van het spreken; overige specifieke functies<br>d. zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie; overige vaardigheden | c. stemhygiëne  |
| Afwijkend mondgedrag en stoornissen in de (senso)motoriek   | a. informeren/adviseren van zowel patiënt als omgeving van patiënt<br>b. overig hulpmiddel  | a. informeren/adviseren van alleen patiënt<br>c. stemkwaliteit  |

| Behandeldoel gericht op                     | Vaak gebruikt interventie-element*  | Weinig gebruikt interventie-element*                                       |
|---|---|--|
| Overige stoornissen                         | c. auditieve voorwaarden;<br>velofaryngeale functie;<br>mondgedrag; mondmotoriek;<br>slikken; sensibiteit<br>d. eten/drinken  |  |
|   | b. overig hulpmiddel<br>c. horen/auditief waarnemen;<br>auditieve voorwaarden; taal-<br>inhoud; taalgebruik; adembe-<br>heersing/ademvoering; (ont)-<br>spanning; velofaryngeale functie;<br>spraakklanken; mondmotoriek;<br>emoties en/of cognities bij het<br>spreken; overige specifieke functies<br>d. overige vaardigheden |  |
| <b>BEPERKINGEN</b>                          |   |  |
| Begrijpen van communicatieve uitingen       | a. informeren/adviseren van omgeving van patiënt<br>c. horen/auditief waarnemen; taal-<br>inhoud; overige specifieke functies<br>d. begrijpen van uitingen; zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie  | c. (ont)spanning; sensibiteit  |
| Zich communicatief uiten                    | a. informeren/adviseren van alleen omgeving van patiënt<br>b. alternatief communicatiehulpmiddel<br>c. taalinhoud; taalgebruik; mondmotoriek; vloeiendheid van het spreken<br>d. zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie   | c. (ont)spanning   |
| (Deelname aan de) communicatieve interactie | a. informeren/adviseren van zowel patiënt als van omgeving van patiënt<br>b. hoorhulpmiddel; alternatief communicatie-hulpmiddel<br>c. taalgebruik; emoties en/of cognities bij het spreken; overige specifieke functies<br>d. zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie; overige vaardigheden                             | c. stemhygiëne; velofaryngeale functie                                     |
| Eten en drinken                             | a. informeren/adviseren van alleen omgeving van patiënt<br>b. alternatief communicatiehulpmiddel; overig hulpmiddel<br>c. spraakklanken; slikken; sensibiteit   | c. emoties en/of cognities bij het spreken                                 |
| <b>HANDICAPS</b>                            |   |  |
| Beroep/dagelijkse bezigheden                | a. informeren/adviseren van alleen patiënt<br>c. taalinhoud; adembeheersing/ademvoering; (ont)spanning; stemkwaliteit; stemhygiëne; vloeiendheid van het spreken<br>d. begrijpen van uitingen; zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie; overige vaardigheden   | a. informeren/adviseren van alleen omgeving van patiënt<br>c. mondmotoriek |
| Sociale integratie binnen familie/gezin     | a. informeren/adviseren van alleen omgeving van patiënt<br>b. overig hulpmiddel; alternatief communicatiehulpmiddel<br>d. begrijpen van uitingen  | a. informeren/adviseren van alleen patiënt<br>c. taalvorm                  |
| Sociale integratie buiten familie/gezin     | a. informeren/adviseren van alleen patiënt<br>c. emoties en/of cognities bij het spreken<br>d. zich uiten; aangaan/onderhouden van interactie   |  |

\* lettercodes bij interventie-elementen verwijzen naar hoofdgroepen in tabel 9.

kan namelijk een beperkt aantal dimensies worden gedestilleerd, die het fundament van het beroep vormen. Deze fundamentelementen zijn belangrijk om duidelijk te maken wat het beroep logopedie inhoudt.

Behandeldoelen zijn met name gericht op de niveaus van stoornissen en beperkingen, en in mindere mate op het niveau van handicaps. De gevonden relaties tussen behandeldoelen en interventie-elementen laten zien dat het mogelijk is om patronen te ontdekken in wat logopedisten doen. Bepaalde interventies worden wel vaak gekozen bij een bepaald doel, terwijl andere interventies juist minder vaak worden gekozen. Sommige verbanden zullen door de logopedist als logisch worden gezien. Echter, middels dit onderzoek is deze ervaringskennis van logopedisten nu empirisch aangetoond. Op deze wijze is het mogelijk om de identiteit en de contouren van de logopedie aan beroepsgeenoten en aan andere betrokkenen duidelijk te maken.

### Algemene beschouwing

In dit onderzoeksproject zijn gegevens verzameld over de functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. De resultaten zijn enerzijds een aanvulling op bestaande informatie, bijvoorbeeld voor wat betreft de werksituatie van logopedisten, het type patiënten en de behandeling van de patiënten. Andere resultaten zijn vooral een bevestiging van kennis die impliciet aanwezig is in de beroepsgroep, bijvoorbeeld voor wat betreft het voorkomen van combinaties van logopedische diagnoses. De verzamelde informatie maakt de eigen identiteit van het beroep logopedie meer inzichtelijk. De globale beschrijvingen geven inzicht in de veelzijdigheid en de fundamentelementen van het beroep. Dit inzicht is niet alleen interessant voor logopedisten zelf, maar ook voor bestuurders en beleidsmakers. Daarom worden in deze laatste alinea's de resultaten van dit onderzoeksproject geplaatst in een breder kader van beleid voor kwaliteitsbevordering van de logopedie.

Het kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging, zoals beschreven in het masterplan (NVL/CBO, 1991) is gericht op het ontwikkelen van een Landelijke Logopedie Registratie (LLR) waarmee praktijkgegevens van logopedisten op landelijk niveau kunnen worden verzameld en vergeleken. Om dit doel te kunnen bereiken moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Zo zullen logopedisten gegevens geautomatiseerd moeten verzamelen om een efficiënte verwerking mogelijk te maken. Deze gegevens moeten dan wel op een uniforme, eenduidige manier zijn geregistreerd. Van belang is dat met name zorginhoudelijke gegevens worden vastgelegd, zoals gegevens over de logopedische diagnose en over inhoud, omvang en resultaat van de behandeling.

Voor de registratie van logopedische diagnoses is inmiddels een eenduidige en uniforme indeling ontwikkeld. Deze is gebaseerd op de ICDH en is omschreven in termen van stoornissen, beperkingen

en handicaps. In eerder onderzoek bleek de betrouwbaarheid van de registratie met deze indeling goed te zijn (Raaijmakers e.a., 1995a). De indeling van logopedische diagnoses vormt in combinatie met een classificatie van verwijzingsindicaties en medische indicaties een goed uitgangspunt voor een beschrijving van de logopedische problemen van de patiënten van logopedisten. Het gebruik van deze indeling door logopedisten zorgt voor eenheid van taal, zodat geregistreerde gegevens onderling vergelijkbaar worden. Sinds januari 1995 wordt het stoornisniveau van deze indeling van logopedische diagnoses reeds gebruikt in de rapportage van vrijgevestigde logopedisten naar zorgverzekeraars. Om tot een goed beeld te komen van de logopedie in Nederland, is het belangrijk dat ook in andere werkvelden van de logopedie deze indeling wordt gehanteerd. In het huidige onderzoek zijn daarom in vier verschillende werkvelden de gegevens van patiënten geregistreerd. In het onderhavige onderzoek blijkt bovendien dat combinaties van stoornissen, respectievelijk beperkingen en handicaps, relevant zijn in de logopedische praktijk. Deze kennis is van belang bij de verdere implementatie van informatiesystemen in de logopedie.

Voor wat betreft de registratie van behandeldoelen en interventie-elementen, is vooralsnog geen uniforme, getoetste indeling voorhanden. Verder onderzoek hiernaar is daarom zeer gewenst. Voordat op landelijke schaal gegevens over de inhoud van de interventie kunnen worden geregistreerd en verwerkt, moet een getoetste en geaccepteerde indeling voorhanden zijn. In het huidige onderzoek is hiervoor een aanzet gegeven.

Met een LLR zullen in de toekomst jaarlijks gegevens beschikbaar komen over de beroepsuitoefening van logopedisten en de ontwikkelingen daarin van jaar tot jaar (NIVEL, 1992; NVLF/CBO, 1991). In dit onderzoeksproject is voor het eerst dergelijke informatie verzameld. De informatie uit het project kan hierdoor dienen als referentiepunt voor toekomstige gegevens uit de LLR en uit andere onderzoeken.

### Summary

By order of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports, the Netherlands institute for primary health care conducted a study into the function and position of logopedics in The Netherlands. For this study firstly a questionnaire was sent to logopedists. Secondly, by means of a registration form, logopedists registered data of their patients and the interventions they conducted. This article summarizes some results of the study. These concern among others some characteristics of logopedists (age, gender); fields of work of the logopedists; the relationship with referrers; the diagnostic assessments made by the logopedists; the treatment goals and intervention elements that were chosen and the relation between these goals and elements. Herewith, this study provides information that may serve as a basis for future research.

### Keywords

Logopedics, professionalism, investigation, laboursituation, intervention.

**Literatuur**

- Bouter, L.M. en M.C.J.M. van Dongen (1991). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Houten/ Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dejonckere, P.H., E. Burger, A. Broekhuizen en P. Graetz (1995). Elementen in de logopedische behandeling. *Logopedie en Foniatrie*, 5, 116-125.
- Driessen, M.J. en J. Dekker (1994). *Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL
- Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) (1990). *Beroepsuitoefening van logopedisten, verslag van een onderzoek 17-21 april 1989*. Rijswijk: GHI.
- Graetz, P. en A. Broekhuizen (1994). Logopedische diagnose in termen van de ICDH. *Logopedie en Foniatrie*, 4, 96-107.
- Kerssens, J.J. en C. Curfs (1993). *Extramurale fysiotherapie*. Proefschrift. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- Logopedistenbesluit (1980). *Staatsblad* nr. 497.
- Mondelaers, B.J.E. en W. van Praag (1992). Kwaliteitsbevordering door toepassing van informatica. *Logopedie en Foniatrie*, 64, 138-141.
- NIVEL (1992). *Functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. Subsidie-aanvraag*. Utrecht: NIVEL.
- NVLF/CBO (1991). *Kwaliteitsbevordering in de logopedie*. Gouda: NVLF / Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).
- NVLF/SIG (1993). *Voorbereiding en ontwikkeling Landelijke Logopedie Registratie (LLR)*. Gouda: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) / Utrecht: Stichting Informatievoorziening gezondheidszorg (SIG).
- Pols, L. en H. Kuiper (1991). *Logopedie en arbeidsmarkt*. Groningen: R.U., Centrum voor onderzoek van het wetenschappelijk onderwijs Groningen.
- Raaijmakers, M.F. en J. Dekker (1993a). *Toepassing van de ICDH in de logopedie*. Gouda: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) / Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).
- Raaijmakers, M.F. en J. Dekker (1993b). De ICDH in de logopedie. *Logopedie en Foniatrie*, 65, 5, 140-146.
- Raaijmakers, M.F., J. Dekker, P.H. Dejonckere en J. van der Zee (1995a nog te verschijnen). *Reliability of the assessment of impairments, disabilities and handicaps in survey research on speech therapy*.
- Raaijmakers, M.F. en J. Dekker (1995b). *Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Eindrapport. Utrecht: NIVEL.
- World Health Organisation (WHO) (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (WHO) (1993). *International Classification of Diseases, 10th revision*. Geneva: WHO.
- Zuijderduin, W.M. en J. Dekker (1994). *Podotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

**Dankwoord**

Dit project was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van velen. Op de eerste plaats zijn wij veel dank verschuldigd aan alle logopedisten die gegevens van hun patiënten hebben geregistreerd. Zij hebben veel tijd en moeite geïnvesteerd in het invullen van de formulieren. Ook bedanken wij alle logopedisten die het enquêteformulier hebben geretourneerd. Verder bedanken wij de inhoudelijk deskundigen die ons terzijde hebben gestaan bij het ontwikkelen van het enquête- en het registratieformulier, met name L. van Copenolle en P. Kooijman. En tenslotte willen

wij hier nog de leden van de begeleidingscommissie hartelijk danken voor hun bijdragen aan dit project.

**Eindrapport**

Het eindrapport van het project 'Functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg' is verkrijgbaar bij het NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Tel. 030-319946 en bij de NVLF, Postbus 3088, 2800 CD Gouda.

**Auteurs**

Drs. Marianne Raaijmakers, logopedist en spraak-taalpatholoog en dr. Joost Dekker, psycholoog. Beiden zijn werkzaam bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Tel. 030 - 319946.

## Versje om diverse medeklinkerverbindingen te trainen

/sch/ /sn/ /sm/ /sp/ /st/ /sl/

Dat iss . . . goed  
dat iss . . . gek  
ja dat iss . . . goed gek!

Dat iss . . . nooit  
dat iss . . . nu  
dat iss . . . Nabil met zijn (para)plu!

Dat iss . . . mam  
dat iss . . . Mattijs  
dat iss . . . mannetje Eigenwijs!

Dat iss . . . pappa  
dat iss . . . Piet  
dat iss . . . Polletje-pak-me-niet!

Dat iss . . . tip  
dat iss . . . top  
dat iss . . . stip-sstap-sstop!

Dat iss . . . leuk  
dat iss . . . lief  
dat iss . . . lekker, alsjeblief!

Bep Hagen, Amersfoort.