



De rol van de logopedie binnen de ouderenzorg in Nederland

Eindrapport

Ronald Batenburg

Johan Hansen

ISBN 978-94-6122-000-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	4
1 Inleiding, doel- en vraagstellingen	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Doel- en vraagstellingen	8
2 Logopediezorg voor ouderen: de internationale literatuur en organisaties	11
2.1 Inleiding	11
2.2 De internationale literatuurstudie	11
2.3 Buitenlandse logopedie-organisaties	15
2.4 Conclusie	17
3 Logopediezorg voor ouderen: bronnen en literatuur over Nederland	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Afbakening logopedische aandoeningen van ouderen	19
3.3 Cijfers over logopedische aandoeningen en zorg voor ouderen	21
3.4 Cijfers over samenwerking met andere professionals binnen de ouderenzorg	23
3.4.1 Huisartsen	23
3.4.2 Klinisch medische specialisten	26
3.5 Conclusie	28
4 De toekomst nader verkend: twee expert workshops	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Resultaten	31
4.3 Conclusie	39
5 Logopedische zorg voor ouderen in de toekomst: wat vinden de NVLF-leden?	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Respons en samenstelling respondentengroep	41
5.3 Behandeling van logopedische klachten en aandoeningen	44
5.4 Samenwerking en deelname aan netwerken	47
5.5 De toekomst	49
5.6 Conclusie	56
6 Conclusies en aanbevelingen	58
6.1 Inleiding	58
6.2 Voornaamste resultaten door de hoofdstukken heen	59
6.3 SWOT-analyse	61
6.4 Beperkingen van deze studie	61
Literatuur	64
Bijlage 1 Hoeveel logopedisten zijn er werkzaam in Nederland?	66
Bijlage 2 Zoekresultaten systematic reviews	67

Samenvatting

De zorg van logopedisten is gericht op het behandelen van stoornissen in stem, spraak, taal, gehoor en slikken waarmee de kwaliteit van leven van patiënten wordt verbeterd. In toenemende mate richt deze zorg zich ook op volwassenen en ouderen, onder andere door de toenemende vergrijzing en stijging in ouderdomsaandoeningen zoals dementie waarbij spraak- en communicatieproblemen kunnen ontstaan. Doel van dit onderzoek is het verkennen van de huidige en potentieel toekomstige rol van de logopedist in de zorg voor ouderen. Drie sets van vraagstellingen vormen hierbij de leidraad.

- De eerste set vragen gaat in op de huidige logopedische zorg voor ouderen. Wat is er in de wetenschappelijke literatuur bekend, welke zorg levert men al aan ouderen en met wie werkt men samen? Deze vragen worden door middel van literatuur- en bureauonderzoek beantwoord in hoofdstuk 2 en 3 van dit rapport.
- De tweede set vragen gaat in op de toekomst van de logopedische zorg. Voor welke aandoeningen is een grotere rol van de logopedie te verwachten, verschilt dit tussen eerste en tweede lijn en met welke beroepsgroepen gaat men vooral samenwerken? Deze vragen worden deels beantwoord in hoofdstuk 4 (met de bespreking van twee workshops onder in totaal 20 logopedisten, huisartsen en medisch specialisten) en in hoofdstuk 5 (waarin de resultaten van een enquête onder 456 leden van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLFF) centraal staan).
- En de slotvraag is welke aanbevelingen kunnen worden gegeven aan de NVLF voor hun strategisch beleid en voor verder onderzoek. Deze vraag wordt in hoofdstuk 6 onder meer beantwoord aan de hand van een zogenaamde SWOT-analyse.

Hieronder bespreken we de belangrijkste uitkomsten van zowel de literatuurstudie, de expert- en scenarioworkshops en de ledenenquête, in de vorm van vier stellingen die tevens uitdagingen zijn voor de logopedie in de Nederlandse ouderenzorg.

Meer wetenschappelijk onderzoek naar de logopedie is nodig

Door middel van een (niet-systematische) literatuur-review is een beeld gevormd van wat in de internationale wetenschappelijke literatuur bekend is over aandoeningen die vaak bij ouderen voorkomen en waar de rol van de logopedist wordt genoemd. Die rol wordt genoemd in relatie tot diverse aandoeningen zoals beroertes en de ziekte van Parkinson.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van logopedische ouderenzorg is echter weinig voorhanden. Dit beeld wordt in de workshops bevestigd. Deelnemers ondersteunden het pleidooi om de wetenschappelijke basis van de logopedie te versterken, onder meer door het ontwikkelen van een onderzoeksagenda. In de ledenenquête is ook draagvlak voor meer wetenschappelijk onderzoek naar logopedische zorg voor ouderen: het wordt door één derde van de logopedisten in de top 3 van belangrijkste prioriteiten voor de NVLF gezet.

Logopedische klachten en aandoeningen bij ouderen verschillen naar sector

Op basis van externe statistische bronnen kan in zeer beperkte mate een beeld gegeven worden welke logopedische aandoeningen vaak onder ouderen voorkomen. Eenduidige prognoses voor de toekomst zijn hierdoor lastig af te leiden. Wel geldt dat nagenoeg dezelfde aandoeningen zowel in de workshops als in de online ledenenquête veel genoemd worden. De groei van de logopedische zorg zien logopedisten vooral rondom ouderdomsgerelateerde aandoeningen zoals dementie, beroerte en de ziekte van Parkinson. De ledenenquête laat ook accentverschillen zien tussen eerstelijns logopedisten (die bijvoorbeeld vaker globusklachten en stoornissen in stemproductie- en kwaliteit noemen) en hun collega's in intramurale instellingen (die bijvoorbeeld vaker afasie en dysfagie noemen). Ook geven logopedisten in instellingen relatief vaker aan patiënten met beroerte, dementie en de ziekte van Parkinson te behandelen, terwijl het in de eerste lijn juist vaker gaat om patiënten met astma en bepaalde vormen van kanker. De logopedie in deelsectoren lijken dus iets andere aandachtspunten en expertisegebieden te hebben, die elkaar overigens in potentie kunnen aanvullen.

Multi- en monodisciplinaire samenwerking in de logopedie groeit

In dit onderzoek zijn op basis van secundaire data enkele beschrijvingen gegeven van de samenwerking van logopedisten met andere disciplines. Zo blijkt uit gegevens van zorgverzekeraars dat logopedisten vooral met neurologen en KNO-artsen een (verwijs)relatie hebben. Uit de ledenenquête blijkt daarnaast dat men met deze beroepsgroepen - en met de specialist ouderengeneeskunde - ook relatief vaak structureel en formeel samenwerkt. Voor de toekomst worden dezelfde beroepsgroepen genoemd, maar vaak ook de wijkverpleegkundige, aangezien deze veelal de rol vervult van casemanager voor oudere patiënten. Deze samenwerking zal in de eerste lijn een centrale rol gaan vervullen, in het kader van de zorg dichtbij huis. Het werken in zorginstellingen biedt juist meer mogelijkheden voor het werken in multidisciplinaire teams (bijvoorbeeld met fysiotherapeuten binnen de instelling) en mogelijk ook voor het deelnemen aan ouderdomsgerelateerde zorgnetwerken, bijvoorbeeld rondom CVA of ziekte van Parkinson. Er is een grote variatie zichtbaar in het soort zorgnetwerken waaraan logopedisten deelnemen bijvoorbeeld ook rond ouderen met (verstandelijke) handicaps. Samengevat komt naar voren dat er in het veld van de logopedie 'vele bloemen bloeien'. Idealiter is daarbij ook ruimte voor 'ouderenlogopedie' die zich buiten dergelijke netwerken begeeft, zoals blijkt uit de opmerkingen van respondenten.

Profilering van de logopedie is noodzakelijk de NVLF heeft hierin een belangrijke rol

Wat de precieze balans zou moeten zijn tussen wel of niet aan een netwerk deelnemen is moeilijk te zeggen. De online enquête liet zien dat er onder zowel logopedisten die wel én niet ouderen behandelen draagvlak is voor een verdere specialisering in de ouderenzorg en voor het creëren van meer aandacht hiervoor in de logopedie-opleiding. Open opmerkingen lieten zien dat ook hierbij een balans gezocht moet worden met de meer generalistische logopedie, die zeker in minder stedelijke gebieden een centrale rol vervult. Mogelijk gaat het hierbij voor een deel om logopedisten die expliciet niet aan een zorgnetwerk willen deelnemen. Een gerelateerde vraag is hoe om te gaan met de veranderende relatie tussen de tweede en eerste lijn. Om 'wij-zij denken' tussen beide werelden te voorkomen, is bijvoorbeeld een

mogelijke oplossingsrichting om te bewerkstelligen dat eerste- en tweedelijnszorg beter op elkaar aansluiten, met duidelijke afspraken tussen zorginstellingen en de eerstelijns logopedisten in hun omgeving.

In de slotopmerkingen door logopedisten werd vrij breed het belang gedeeld om de beroepsgroep beter te etaleren bij de politiek en zorgverzekeraars. Een vraag is hoe men bijvoorbeeld de administratieve belasting kan terugdringen, maar ook of het mogelijk om betere behandelnormen met meer ruimte voor langere behandelsessies af te spreken.

Tot slot

De voorgaande vier stellingen tezamen laten zien de rol van de logopedie binnen de ouderenzorg in Nederland vergroot kan worden. Daartoe dient zowel de vereniging als de beroepsgroep na te denken over een goede balans tussen verschillende perspectieven en expertisegebieden binnen de logopedie. In dit rapport zijn een aantal opties en uitdagingen in de vorm van een zogenaamde SWOT-analyse vastgelegd. Dit schema van Strengths en Weaknesses aan de ene kant, en van Opportunities en Threats aan de kant wordt hieronder weergegeven. De SWOT-analyses kan de basis zijn van een strategie, waarin (1) de kansen door de sterkte van de logopedie in de ouderenzorg worden benut, en (2) de zwakte van de ouderenlogopedie verbeterd wordt op zo te anticiperen op de bedreigingen.

Interne analyse	Externe analyse
<u>Sterke punten</u> <ul style="list-style-type: none">• Breedte van het werkveld o.a. in relevante ouderdomsgerelateerde aandoeningen• Grote mate van specialisatie deel van de logopedisten in de ouderenzorg	<u>Kansen</u> <ul style="list-style-type: none">• Vergrijzing van de bevolking en groei chronische aandoeningen• Betreden van (relatief) nieuwe zorggebieden, zoals psychiatrie• Gezamenlijke strategie binnen en buiten de logopedie richting voornaamste verwijzers en samenwerkingspartners• Mogelijkheden telelogopedie (voor een deel van het vakgebied)
<u>Zwakke punten</u> <ul style="list-style-type: none">• Bekendheid onder andere disciplines• Wetenschappelijke basis vakgebied• Toegenomen concurrentie in plaats van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn	<u>Bedreigingen</u> <ul style="list-style-type: none">• Onzichtbaarheid van de logopedie bij opkomst discipline overstijgende specialisatie per ziekte, bv rondom CVA• Concurrentie andere vakgebieden?• Concurrentie telelogopedie (voor een deel van het vakgebied)

1 Inleiding, doel- en vraagstellingen

1.1 Inleiding

In de afgelopen jaren is het werk van de logopedist uitgegroeid tot een vakgebied waarin thans zo'n 4.700 professionals werkzaam zijn. Dit aantal is gebaseerd op het aantal leden van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en het aantal logopedisten dat in het Kwaliteitsregister Paramedici als 'actief' staat geregistreerd. Uit beide bronnen en de opleidingsinstroom is het duidelijk dat de beroepsgroep gegroeid is en nog steeds groeiende is. Logopedisten richten zich op het behandelen van stoornissen in stem, spraak, taal, gehoor en slikken waarmee de kwaliteit van leven van patiënten wordt verbeterd. Hieronder valt ook het vergroten van de zelfredzaamheid van personen met taal-, spraak- en slikproblemen, in relatie tot hun sociale omgeving. De zorg van logopedisten in de eerste lijn richt zich veel op kinderen, maar ook en in toenemende mate op volwassenen en ouderen. De zorg voor deze laatste groep vindt ook vaak plaats in onder meer verpleeghuizen, ziekenhuizen of revalidatiecentra. Mede in het licht van de toenemende vergrijzing wordt in de ouderenzorg intensief ingezet op samenwerking en taakherschikking om de snel groeiende kosten te beheersen en om de zorg dichterbij bij huis te organiseren. Er is sprake van een majeure financiële transitie door de omvorming van de AWBZ en delen van de ZvW naar de Wet Langdurige Zorg. Dit heeft grote gevolgen voor de financiële kaders van verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, Persoonsgebonden Budgetten en vooral ook de gemeenten die een grote nieuwe taak hebben gekregen met het inkopen van zorg. Een belangrijk doel hierbij is ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, door het vergroten van zelfmanagement, zelfredzaamheid en de inzet van het eigen sociale netwerk. Tegelijkertijd wordt er steeds meer gesproken over een integratie tussen tweede- en eerstelijns zorg. Dit is met name zichtbaar in de dienstverlening die verpleeghuizen bieden in de eerste lijn en ambulante bij ouderen thuis: een trend naar meer extramuralisering die met zich meebrengt dat zorgverlening qua uitvoering en financiering meer door elkaar heen gaan lopen. Wat hieraan bijdraagt is dat het ook steeds meer mogelijk is dat zorgverleners die 'traditioneel' alleen in de eerste lijn werken, worden ingezet in tweedelijns zorginstellingen (Kok e.a., 2004).

De logopedie heeft met al deze trends en transitie te maken. Logopedisten behandelen ouderen niet alleen intramuraal maar ook extramuraal. De genoemde extramuralisering betekent dat de samenwerkingsmogelijkheden tussen logopedisten en andere zorgverleners mogelijk veranderen, maar ook dat de verhoudingen binnen de beroepsgroep verschuiven. Ook het type zorg en de doelgroep van de logopedist verandert door de genoemde transitie van de WMO en AWBZ naar de Wet Langdurige Zorg. Tot zover is echter nog weinig onderzoek verschenen over de (potentiële) meerwaarde van de logopedist voor de ouderen in Nederland. Ouderen vormen een cliëntgroep die naar verwachting zal toenemen in omvang en complexiteit van hun zorgvraag. Ouderen hebben of krijgen op latere leeftijd te maken met

steeds meer aandoeningen, al dan niet chronisch. De logopedist levert zowel in de eerste als tweede lijn zorg in relatie tot multimorbiditeit, vooral als het gaat om aandoeningen en ziekten zoals parkinson, COPD, alzheimer, CVA en ALS. Onbekend is echter om welke volumes aan zorg het hierbij gaat en hoe de kosten en baten hiervan bepaald kunnen worden. De vraag die in dit onderzoek aan de orde wordt gesteld is wat de specifieke rol en meerwaarde van de logopedist binnen de ouderenzorg thans is én zou kunnen zijn.

In 2012 is al een maatschappelijke kosten-baten-analyse of meerwaarde-onderzoek van de logopedie uitgevoerd voor kinderen met taalachterstand. SEO kwam voor deze doelgroep tot de conclusie dat de bijdrage van logopedie gemiddeld 3 euro aan maatschappelijke baten oplevert tegenover 1 euro aan kosten (Berden & Kok, 2012). In dit onderzoek kan een dergelijke meerwaarde-analyse om een aantal redenen veel moeilijker worden gemaakt. Konden bij jongeren de maatschappelijke baten uitgedrukt worden in verhoogde kansen op een goede opleiding, een goede baan en daarmee hogere opbrengsten aan belastingen, premies en koopkracht; bij ouderen is dat nagenoeg niet meer van toepassing. Daarnaast is het voor ouderen veel complexer om de netto toegevoegde waarde van de logopedist valide en betrouwbaar te kwantificeren in termen van kwaliteit van leven en gezondheidswinst. Daartoe interfereren veel meer andere factoren die samenhangen met de eerder genoemde multimorbiditeit. Inzicht in de mate waarin het slikken, eten en praten bij ouderen aantoonbaar verbetert door logopedische hulp en zorg, vereist langlopend en gecontroleerd meerwaarde-onderzoek waarvoor specifieke patiëntgegevens nodig zijn om betrouwbare effect- en kosteneffectiviteitsmetingen op te kunnen baseren.

In dit onderzoek ligt daarom de focus op het op strategisch niveau in kaart brengen welke zorg de logopedist thans aan ouderen levert, welke verwachtingen er omtrent de logopedische zorg voor ouderen bestaan en hoe deze zorg zich in de toekomst verder zal ontwikkelen. Het achterliggende doel is dat deze verkregen inzichten over de huidige en toekomstige rol van de logopedist ondersteuning bieden aan strategische beleidsdiscussies zowel binnen de beroepsgroep als met het bredere gezondheidszorgveld. Beleidsoverwegingen van de overheid en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars worden immers steeds sterker geleid door kosteneffectiviteit, maatschappelijke kosten-baten-analyses en wetenschappelijke evidentie. Op alle niveaus en in alle sectoren van de zorg wordt gekeken naar de mogelijkheden om taakherschikking en samenwerking te vergroten. Het gaat daarbij om mogelijkheden om zorgtaken en verantwoordelijkheden anders en efficiënter in te richten. Wat dit betekent voor de verdere beroepsontwikkeling en samenwerking van de logopedie binnen de ouderenzorg staat in deze studie centraal.

1.2 Doel- en vraagstellingen

De doelstelling van dit onderzoek is te bepalen wat de huidige rol van de logopedist in de ouderenzorg is en wat die potentieel in de toekomst kan zijn. Door het verkennen van deze rol ontstaat meer zicht op de mogelijkheden voor beroepsontwikkeling en samenwerking en kan de rol van de logopedist binnen de ouderenzorg worden geëvalueerd en verkend. In het

verlengde van deze doelstellingen vormen de volgende drie sets van vraagstellingen de leidraad van het onderzoek.

Allereerst brengen we de huidige logopedische zorg in kaart, door middel van de volgende vraagstellingen:

1. Wat is in de wetenschappelijke literatuur bekend over de meerwaarde van logopedie binnen de ouderenzorg?
2. Wat is de rol van de logopedist binnen de ouderenzorg in andere landen?
3. Welke zorg leveren logopedisten in Nederland momenteel aan ouderen binnen verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
4. Met welke andere beroepsgroepen werken zij samen en welke taakverdelingen zien we daarbij?

Deze vragen worden in eerste instantie door middel van literatuur- en bureauonderzoek beantwoord in hoofdstuk 2 en 3 van dit rapport. Vraag 3 en 4 komen ook terug in de vervolghoofdstukken. In hoofdstuk 4 beschrijven we de resultaten van een tweetal workshops, waaraan in totaal 20 intra- en extramuraal werkende logopedisten, huisartsen en medisch specialisten hebben deelgenomen. Als vervolg hierop is een enquête gehouden onder leden van de NVLF waarover we in hoofdstuk 5 rapporteren. Daarbij richten we ons mede op de toekomst en staan de volgende aanvullende vraagstellingen centraal:

5. Voor welke aandoeningen en patiëntgroepen zien logopedisten zelf en andere stakeholders een andere rol dan nu het geval is?
6. Hoe varieert dit naar verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
7. Hoe varieert dit naar verschillende beroepsgroepen waarmee logopedisten samenwerken of kunnen gaan samenwerken?

We besluiten dit onderzoek met de volgende vraag die in hoofdstuk 6 wordt beantwoord met een samenvatting en conclusies:

8. Welke aanbevelingen aan de NVLF kunnen uit de antwoorden op de bovenstaande vragen worden gegeven voor hun strategisch beleid en voor verder onderzoek?

In dit onderzoek is een set van ouderdom-gerelateerde stoornissen en aandoeningen is als leidraad gebruikt voor de focusgroepen om de strategische kansen hiervan voor de logopedie te benoemen. Ook is in de focusgroepen en de enquête ingegaan welke settings dan het beste hierbij passen en wat er nodig is om deze kansen te benutten. Deze stoornissen zijn ouderen specifiek, ook al komen ze met de leeftijd waarschijnlijk cumulatief vaker voor.

Het is lastig om een precieze leeftijdsgrens te hanteren bij logopedische ouderenzorg of geriatrische logopedie. Wordt in de demografie vaak 65, 75 of 80 als leeftijdsgrens gehanteerd, in het gezondheidszorgonderzoek zijn leeftijdsgrenzen, leeftijdsafbakening of leeftijdscategorieën sterk domeinafhankelijk. In de NIVEL-overzichtsstudie 'Ouderen van de Toekomst' die in 2014 is verscheen bijvoorbeeld, worden voor de huisartsenzorg en het

behandelen van co- en multimorbiditeit verschillende leeftijdsindelingen gebruikt maar ook rekening gehouden hoe burgers zelf met hun leeftijd en ziekte omgaan.

In dit onderzoek wordt daar waar mogelijk naar leeftijdsklassen uitgesplitst en enkele malen 40 en 50 als leeftijdsgrens bij logopedische ouderenzorg gehanteerd. Deze grens ligt relatief laag en is afhankelijk van het type aandoening, behandeling en de beschikbare data en informatie. Zoals we zullen beschrijven komen een aantal 'ouderen-gerelateerde' aandoeningen reeds vanaf 40 en 50 jaar voor. Ook is het relevant dat een groot deel van de logopedische zorg zich op kinderen richt. In contrast tot kinderen tot bijvoorbeeld 18 jaar, kunnen 'ouderen' als doelgroep van de logopedie al relatief jong gedefinieerd worden als onderdeel van de groep van 'volwassenen'.

2 Logopediezorg voor ouderen: de internationale literatuur en organisaties

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat is in de wetenschappelijke literatuur bekend over de meerwaarde van logopedie binnen de ouderenzorg?
2. Wat is de rol van de logopedist binnen de ouderenzorg in andere landen?

Hieronder volgen eerst de resultaten van een onderzoek naar de internationale wetenschappelijke literatuur die verschenen is over logopedische zorg voor ouderen. Daarna presenteren we de resultaten van een onderzoek naar Nederlandse gegevens over logopedie voor ouderen. Aan het eind van het hoofdstuk vatten we de resultaten samen en geven aan hoe deze input vormen voor het vervolg, de scenario-workshops met experts.

2.2 De internationale literatuurstudie

Gekozen is voor het uitvoeren van een oriënterend literatuuronderzoek, gericht op wat reeds bekend is over de organisatie van de logopedische zorg voor ouderen. Het doel hiervan is ten eerste inzicht te verkrijgen in de positie van de logopedist in verschillende landen. Wat is de rol van de logopedist in de intramurale setting en de eerste lijn in landen die vergelijkbaar zijn met Nederland? Ten tweede dient het literatuuronderzoek in kaart te brengen wat bekend is over de toepassing en effectiviteit van logopedische zorg en behandelingen voor ouderen.

Voor het literatuuronderzoek zijn verschillende databases van wetenschappelijk onderzoek doorzocht op basis van voor-gedefinieerde sets van zoektermen. De opzet van een Scoping Review is daarbij gevolgd. Om een beeld te krijgen van de beschikbare kennis op basis van de internationale literatuur, hebben we in verschillende stappen en aan de hand van verschillende databases een zoektocht gedaan naar relevante literatuur.

Stap 1 *Welke systematic reviews zijn er?*

Als beginstap hebben we bekeken of in het verleden al systematic reviews zijn uitgevoerd naar logopedie. Systematic reviews zijn overzichten van de literatuur die op gestructureerde wijze worden uitgevoerd, onder andere gebruikmakend van in- en exclusiecriteria, bijvoorbeeld over de methodologische kwaliteit van een studie. In het bijzonder kijken we naar de Cochrane library voor een overzicht van alle systematic reviews die volgens de Cochrane methodiek zijn uitgevoerd. In de Cochrane library zijn 11 reviews beschikbaar met het trefwoord “speech

therapy” in het abstract. Hiervan bleken zes studies expliciet te gaan over kinderen. De volgende vijf studies waren wel relevant voor volwassenen of ouderen:

- De systematic review van Herd e.a. (2012) richtte zich op logopedie bij de ziekte van Parkinson. Het betrof een overzicht op basis van 6 trials met in totaal 159 patiënten, waarbij nieuwe therapieën vergeleken werden met bestaande therapieën. Gezien het geringe aantal studies en patiënten werd geconcludeerd dat er nog onvoldoende bewijs was om verschillen te kunnen vaststellen.
- Daarnaast voerden dezelfde auteurs (Herd e.a., 2012) een vergelijkbare review uit, maar nu gericht op logopedie versus geen therapie bij parkinsonpatiënten. Ook nu was de conclusie (op basis van 3 geïnccludeerde studies) dat onvoldoende bewijs beschikbaar was.
- De systematic review van Brady e.a. (2012) ging in op logopedie voor afasie na een beroerte. De studie includeerde 39 randomised controlled trials (RCT's) met in totaal 2518 patiënten. De studie liet wel enig bewijs zien voor de effectiviteit van logopedie bij deze patiëntenpopulatie, maar het was niet mogelijk conclusies te trekken over de mogelijke voordelen van intensieve logopedie boven conventionele logopedie.
- De review van Sellars e.a. (2005) richtte zich op logopedie na dysartrie als gevolg van hersenbeschadiging, maar kon geen studies van voldoende kwaliteit op dit onderwerp vinden.
- De review van West e.a. (2005) ging in op interventies voor apraxie na een beroerte. Ook in dit geval konden geen studies van voldoende kwaliteit gevonden worden.

De zes reviews mogen dan weinig studies identificeren van hoge kwaliteit, maar dit betekent nog niet dat er helemaal geen goed onderzoek naar de meerwaarde van de logopedist in de ouderenzorg bestaat dan wel mogelijk is. Het bovenstaande bevestigt vooral dat er behoefte is aan meer en gedegen studies, om zo wél iets te kunnen zeggen over de rol van de logopedist binnen de ouderenzorg.

Stap 2 Algemene zoektocht naar logopedie voor volwassenen in Pubmed

Als tweede stap hebben we rechtstreeks naar studies gezocht in de medische database Pubmed. Hiervoor gebruikten we als zoektermen “speech therapy” en/of “speech therapist” in combinatie met “adult” en/of “elderly”, voorkomend in de titel of het abstract van een artikel. In totaal leverde dit ruim 80 treffers op, waarvan een selectie van circa 20 artikelen in meer of mindere mate relevant waren.

De artikelen leverden met name een overzicht op van het type aandoeningen of klachten die bij ouderen voorkomen. In veel gevallen betrof het studies die zich richtten op een specifieke patiëntengroep, zoals de gevolgen van logopedie voor patiënten met een beroerte of andere neurologische aandoening. In een beperkt aantal andere gevallen ging het niet om een studie specifiek gericht op één aandoening, maar juist om studies waarin verschillende aandoeningen benoemd werden. Een voorbeeld van dergelijk onderzoek is de SPEAK studie van onderzoekers van het ErasmusMC naar afasie. Eén van de proefschriften op basis van deze studie gaat over de oorzaken van afasie en prognoses van afasie-patiënten (El Hachioui, 2012). De gevonden aandoeningen zijn gebruikt als input voor hoofdstuk 3 en 4 (zie ook stap 3).

Stap 3 Zoektocht naar logopedie per aandoening

Vervolgens hebben we de zoekstrategie herhaald, maar dan met de naam van een aandoening plus “speech therapy” of “speech therapist”, plus aangevuld met de eveneens vaker gebruikte term “speech and language therapy”. We hebben de zoekstrategie uitgevoerd voor de volgende aandoeningen, deels gebaseerd op bovenstaande zoektocht en deels op basis van de inventarisatie onder Nederlandse logopediepraktijken (zie volgende hoofdstuk):

- Beroerte
- Kanker, inclusief hersentumoren
- Alzheimer
- Dementie
- Multiple sclerose (MS) en Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)
- Ziekte van Parkinson
- Doofheid/gehoorproblemen inclusief cochleair implantaten (in combinatie met volwassenen of ouderen)

Dit leverde een groot aantal treffers op waarvan vervolgens de titels en abstracts zijn beoordeeld op hun relevantie voor dit onderzoek. Hierbij is met name gekeken naar drie aspecten:

- Met welke andere disciplines werkt de logopedist samen?
- Is iets bekend over de effectiviteit van de inzet van logopedisten?
- Wordt er enige indicatie gegeven over het volume van zorg dat hiermee gepaard gaat? Dit kan bijvoorbeeld gaan om percentages patiënten met een ziekte die door de logopedist behandeld worden of het aantal uren behandeling dat ze krijgen.

Vaak ontbrak specifieke informatie om antwoord te geven op de bovenstaande vragen. Er werd in meer algemene termen gesproken over de rol die logopedie heeft of kan hebben bij de behandeling van een bepaalde aandoening. De belangrijkste bevindingen zijn hieronder samengevat per aandoening. De uitgebreide resultaten per zoekstap staan in de bijlages.

*Aandoening: (Engelstalige term) **Stroke** (beroerte)*

Aantal gevonden studies: 118

Aantal geselecteerde studies: 12

Een groot aantal studies richt zich niet zozeer op de vergelijking tussen wel of geen logopedie maar op de combinatie van logopedie met bijvoorbeeld elektrostimulatie. Het illustreert dat logopedie inderdaad mede binnen de intramurale setting ingezet kan worden, in samenwerking met bv. neurologen. In één studie wordt expliciet ingegaan op een e-learning tool voor logopedie (Beijer e.a., 2010). Qua volume van zorg wordt in een Engelse studie de formatie logopedisten (en andere professionals) besproken op basis van 94 stroke units. Het gaat hierbij gemiddeld om 0,4 logopedisten per 10 bedden. In deze zelfde units ontving 25% van de patiënten logopedie, gemiddeld voor 30 minuten (Rudd et al, 2009). Een studie uit Israël (Greenberg e.a., 2004) richtte zich op patiënten die na een beroerte behandeld worden in extramurale revalidatiecentra. Van hen kreeg 12,5% de aanbeveling om logopedie te ontvangen.

*Aandoening: (Engelstalige term) **Cancer**, tumor and/or tumour*

Aantal gevonden studies: 53

Aantal geselecteerde studies: 6

Oskam e.a. (2013) verrichten een studie onder 80 patiënten met mond of oral oropharyngeal kanker in Nederland. Tijdens de behandelperiode had 42% van hen behoefte aan ondersteunende zorg door een logopedist. Na lange termijn (8-11 jaar) was dit niet meer het geval.

Een Franse studie naar 69 patiënten met eenzijdige aangezichtsverlamming na behandeling tegen kanker (Laccourreye e.a. 2010) liet zien dat van hen 18 alleen met logopedie behandeld hoefden te worden, terwijl de overige 51 naast therapie een operatie van de stembanden nodig hadden.

Sharma e.a. (2008) vergeleken vormen van zorg voor 69 patiënten met keelkanker en lieten zien dat de combinatie van psychologische hulp én logopedie betere resultaten opleverde dan alleen logopedie.

Andere studies gaan niet expliciet in op de logopedist, maar noemen deze als een beroepsgroep met toegevoegde waarde voor bv de behandeling van mondkanker, keelkanker, mond- en nekkanker, inclusief na uitvoering van een glossectomie (verwijdering van (een deel van) de tong).

*Aandoening: (Engelstalige term) **Alzheimer/dementia***

Aantal gevonden studies: 39

Aantal geselecteerde studies: 3

Het aantal studies naar neurodegeneratieve ziekten in relatie tot logopedie is relatief gering. De bekendste van dit soort ziekten zijn Alzheimer en dementie, maar het kan bv. ook gaan om de ziektes van Huntington of Pick. Een vaak genoemde klacht hierbij is de eerder genoemde afasie, hetgeen overigens ook vaak genoemd wordt in combinatie met bv. beroerte. Ook hier zijn er weinig studies gevonden die een indicatie geven van de vraag naar logopedische zorg. Hassan e.a. (2012) deden een grootschalige studie naar 1.835 parkinson-patiënten, 10 jaar na hun diagnose, en onder hen was het aandeel personen met logopedie zeer gering.

*Aandoening: (Engelstalige term) **Multiple sclerosis** / MS / Amyotrophic lateral sclerosis / ALS*

Aantal gevonden studies: 29

Aantal geselecteerde studies: 3

Vergelijkbaar met Alzheimer en dementie vinden we ook voor MS veelal wel studies waar logopedie genoemd wordt als behandelmethode, maar zonder duidelijke inzage in de omvang ervan. Een grootschalige studie in de VS (Asche e.a. 2010) vergeleek 1.411 MS patiënten met 7.055 niet-patiënten en liet o.a. zien dat 24% van de MS patiënten minimaal 1 keer contact had gehad met een fysiotherapeut, oefentherapeut of logopedist, versus 10% onder de referentiegroep. Een gedetailleerd onderscheid binnen die drie beroepsgroepen werd niet gemaakt.

*Aandoening: (Engelstalige term) **Parkinson***

Aantal gevonden studies: 21

Aantal geselecteerde studies: 7

Een Amerikaanse studie van Schulz (2002) bespreekt verschillende studies naar logopedie bij parkinsonpatiënten en stelt dat circa 80% van de patiëntenpopulatie stem- en spraakproblemen heeft. Of ze allemaal in aanmerking komen voor logopedie is onduidelijk, maar het illustreert wel de potentieel grote zorgvraag bij deze aandoening. Ook relevant is een artikel van Suchowersky e.a. (2006) met de vraag welke therapieën bij parkinson geschikt zijn voor opname in de kwaliteitsstandaarden van de American Academy of Neurology. Over logopedie wordt geconcludeerd dat dit toegevoegde waarde kan hebben bij de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson, maar dat onduidelijk is welke specifieke behandelmethoden het meest effectief zijn.

Ellis e.a. (2008) evalueerden een multidisciplinair intramuraal rehabilitatieprogramma met zorg door fysio- en oefentherapeuten plus logopedisten voor 68 patiënten met de ziekte van Parkinson. De precieze omvang van zorg door alleen de logopedist is niet bekend, maar in totaal ging het voor deze groepen om zorg drie uur per dag, 5 tot 7 dagen per week. Aangezien dit plaatsvond gedurende hun periode van opname, gemiddeld 20 dagen, is het de vraag of dit generaliseerbaar is naar extramurale zorg.

*Aandoening: (Engelstalige term) **Deafness** or hearing or cochlear*

Aantal gevonden studies: 17

Aantal geselecteerde studies: 3

Bij nagenoeg alle gevonden studies werd wel de behandelmogelijkheid door logopedisten benoemd, zonder verdere kwantificering ervan. Wel komt naar voren dat bij mensen met doofheid en evt. een cochleair implantaat iets andere beroepsgroepen betrokken zijn dan bij bovenstaande aandoeningen. Een studie van Menozzi Tucci (1996) noemt bijvoorbeeld de audioloog, audiometrist, audioprosthethist en psycholoog naast de logopedist.

2.3 Buitenlandse logopedie-organisaties

Voor het beschrijven van de taken en bevoegdheden van de logopedist in andere Europese landen kan gebruik gemaakt worden van informatie van de CPLOL, oftewel de "Standing Liaison Committee of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists". Daarnaast is de situatie in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten interessant, aangezien een belangrijk deel van de gevonden literatuur op de Engelse en Amerikaanse situatie betrekking heeft.

De Standing Liaison Committee of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists (CPLOL) bestaat per juni 2014 uit 35 professionele organisaties van “speech and language therapists / logopedists” in 32 landen. Hiermee vertegenwoordigen ze meer dan 80.000 professionals. Bijna alle EU-lidstaten zijn vertegenwoordigd in de ledenlijst van de CPLOL, met uitzondering van Polen en Malta. De CPLOL hanteert een profiel van de beroepsgroep dat dateert van 1997. Hierin wordt de beroepsgroep als volgt omschreven:

“The speech and language therapist is the professional responsible for the prevention, assessment, treatment and scientific study of human communication and related disorders”

De meeste informatie op de website van de CPLOL gaat in op zorg voor patiënten in het algemeen of kinderen in het bijzonder. Volwassenen en ouderen worden, bijvoorbeeld in de informatie over preventie, niet expliciet genoemd.

Logopedisten in het Verenigd Koninkrijk zijn georganiseerd in *het Royal College of Speech & Language Therapists (RCSLT)*. De RCSLT had in 2014 bijna 16.000 leden, waarvan ongeveer 12.500 ook daadwerkelijk binnen het Verenigd Koninkrijk praktiseren. In het VK geldt voor praktiserende logopedisten dat zij geregistreerd dienen te zijn bij de Health and Care Professions Council. Het register is beschikbaar op <http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/theregister/>. De RCSLT publiceert daarnaast op haar website de zgn. RCSLT Clinical Guidelines met informatie over wat de minimale best practice is voor werkzame logopedisten. De precieze informatie hierover is alleen beschikbaar voor leden. Hetzelfde geldt voor RCSLT position papers over diverse onderwerpen, inclusief bijvoorbeeld over dementie. Volgens de website van de RCSLT werken logopedisten op het gebied van volwassenenzorg met name op de volgende terreinen:

“Adults with:

- communication or eating and swallowing problems following neurological impairments and degenerative conditions, including stroke, head injury, Parkinson's disease and dementia
- head, neck or throat cancer
- voice problems
- mental health issues
- learning difficulties
- physical disabilities
- stammering
- hearing impairment”

Ook de Amerikaanse beroepsvereniging American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) is een grote organisatie die, in lijn met het literatuuronderzoek, aan veel wetenschappelijk onderzoek bijdraagt en dit actief ter beschikking stelt via haar website. De organisatie telt 182.000 leden, zes eigen wetenschappelijke journals en 19 *Special Interest Groups (SIGs)*, waaronder één over Gerontology. De missie van deze SIG is: (...) *increasing awareness of the communication and swallowing needs of older individuals among consumers and professionals; and advocating for positive outcomes on issues concerning older individuals.*”

2.4 Conclusie

In de internationale wetenschappelijke literatuur zijn publicaties te vinden die betrekking hebben op aandoeningen die vaak bij ouderen voorkomen en waarin de rol van de logopedist of logopedische zorg wordt genoemd. De meeste artikelen betreffen beroerte en de ziekte van Parkinson. Minder artikelen werden gevonden over doofheid/gehoorproblemen, kanker (inclusief hersentumoren), Alzheimer, dementie, Multiple Sclerose (MS) en Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS). De geselecteerde artikelen gaan niet expliciet in op de meerwaarde van de logopedist of logopedische zorg. Wat opvalt is dat de rol van de logopedist meer in zijn algemeenheid wordt beschreven, en als aanvullend op andere disciplines, vooral neurologie en fysiotherapie. Evidentie voor effectieve logopedische zorg aan ouderen is daarmee niet goed te extraheren uit de literatuur. Dit bevestigt het beeld dat het wetenschappelijk onderzoek naar de rol en meerwaarde van de logopedist bij de zorg voor ouderen nog in ontwikkeling is en waarschijnlijk een niche vormt. Des te relevanter is het daarom om professionals uit het veld te raadplegen, om zo via hun praktijkkennis en –inzicht de huidige rol van logopedische zorg voor ouderen te beschrijven. Dit is dan ook de opzet van de expertsessie en ledenconsultatie die in hoofdstuk 4 en 5 worden beschreven.

3 Logopediezorg voor ouderen: bronnen en literatuur over Nederland

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

3. Welke zorg leveren logopedisten in Nederland momenteel aan ouderen binnen verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
4. Met welke andere beroepsgroepen werken zij samen en welke taakverdelingen zien we daarbij?
5. Voor welke aandoeningen en patiëntgroepen zien logopedisten zelf en andere stakeholders een andere rol dan nu het geval is?

Het vakgebied van de logopedist is het behandelen van stoornissen in stem, spraak, taal, gehoor en slikken waarmee de kwaliteit van leven van patiënten wordt verbeterd. Het Beroepsprofiel Logopedist definieert het vakgebied het als volgt: *“De logopedische diagnostiek heeft als doel het formuleren door de logopedist van zijn beroepsspecifieke oordeel over het communiceren en de primaire mond- en keelfuncties van een cliënt en – van de voorwaarden daarvoor –, over daaraan gerelateerde logopedische gezondheidsproblemen en over de manier waarop de cliënt deze ervaart, alsmede van de belemmerende en ondersteunende externe en persoonlijke factoren.”*

Logopedisten behandelen patiënten die belemmeringen hebben in hun communicatie. Aan deze behandeling gaat altijd een anamnese en onderzoek vooraf, waarin gegevens worden verzameld naar aanleiding van de eigen aanmelding of verwijzing. Op basis hiervan formuleert de logopedist de conclusie over het gezondheidsprobleem van de patiënt en wordt een behandeling voorgesteld. Bij de behandeling wordt de invloed van de stoornis op het dagelijks leven betrokken, onderzoek gedaan, en behandelplannen gemaakt. Een deel van het werk van de logopedist bestaat uit het geven van adviezen, voorlichting en begeleiding. Ook krijgen patiënten veel oefeningen mee om alleen of samen met bv. mantelzorgers of verplegend personeel uit te voeren. In sommige gevallen kan logopedische zorg en begeleiding ook plaatsvinden met ondersteuning van op internet-gebaseerde (e-health) programma's.

Een overzicht van de klachten, aandoeningen en stoornissen die logopedisten behandelen kan worden verkregen aan de hand van twee typen classificaties:

- a) De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), die in 2009 is aangepast door de NVLF voor de logopedie: de ICF-L.

- b) De voorloper hiervan, de ICDH-L (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - Logopedie*) die logopedisten en logopediepraktijken momenteel alleen nog gebruiken voor declaraties bij de zorgverzekeraar.

In deze paragraaf staat de ICF-L centraal, aangezien deze door de NVLF wordt gebruikt voor kwaliteitstoetsing en als inhoudelijk 'denkkader'. In paragraaf 3.3 maken we gebruik van de andere classificatie bij het tonen van volumecijfers op basis van gemaakte declaraties. Net als de ICDH-L is de ICF een referentieclassificatie van de Wereld Gezondheidsorganisatie WHO. De ICF beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand, waarbij gezondheid gekarakteriseerd wordt in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Gezondheid wordt beschreven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief (Van Hemert & Koolhaas, 2010). Bij de dimensie 'Functies' bijvoorbeeld, is de logopedist vervolgens in staat om het functieniveau van een patiënt op verschillende niveaus te beschrijven. Op het hoogste niveau gaat het dan bijvoorbeeld om 'B3- Stem en spraakproblemen'. Voorbeelden op een niveau gedetailleerder zijn vervolgens:

- B3-10: Stem
- B3-20: Articulatie
- B3-30: Vloeiendheid en ritme van spreken
- B3-55: Mondbehoeften, inclusief duim- en vingerzuigen, tandenknarsen, nagelbijten, wangbijten.

Nog een niveau lager gaat het dan bv. om de codes:

B3-101 Stemkwaliteit met daaronder:

B3-1010 Luidheid stem

B3-1011 Toonhoogte stem

B3-1012 Stemomvang

Daarnaast is het binnen de ICF-L mogelijk om zogenaamde typeringen achter de code te plaatsen. Met typeringen kan extra informatie aan de code worden toegevoegd; bijvoorbeeld, de ernst van de stoornis of beperking, de mate waarin een externe factor belemmerend of bevorderend werkt of de locatie van een stoornis. Het achterliggende idee van het ICF schema is dat hierdoor veel meer in kaart wordt gebracht dan de stoornis alleen. Een uitgebreide beschrijving, inclusief voorbeelden van ingevulde ICF-schema's, is beschikbaar in de handreiking voor kwaliteitskringen, ontwikkeld door de NVLF (Van Hemert & Koolhaas, 2010).

3.2 Afbakening logopedische aandoeningen van ouderen

Kijken we naar ouderen als doelgroep van de logopedist, dan worden zij niet apart benoemd in de diagnosesystematiek, beroepsprofielen of vakbeschrijvingen. Dat neemt niet weg dat we wel selecties kunnen maken van logopedische klachten, aandoeningen en diagnosen die ouderen relatief vaak betreffen en/of die een directe link hebben met ouderenzorg. Eén van de inspiratiebronnen daarvoor vormen de websites van logopediepraktijken die gespecialiseerd zijn in ouderen. Als we deze met elkaar combineren, dan kan de volgende indeling van logopedische klachten van ouderen gemaakt worden, geassocieerd naar orgaan/lichaamsfunctie en activiteit.

Tabel 3.1: Logopedie-gerelateerde klachten die bij ouderen of in de ouderenzorg vaker voorkomen, naar lichaamsfunctie (bron: websites van een aantal eerstelijnspraktijken)

<p>STEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • luchtwegproblemen • hese stem • wegvallen van de stem • keelpijn (of: spanning in het keelgebied) • vermoeid gevoel in de keel • slechte verstaanbaarheid • verkeerd gebruik van de stem • weinig draagkracht van de stem <p>SPRAAK (DYSARTRIE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • uitspraak onduidelijk • hese stem • te zachte stem • eentonig spreken • nasaal spreken • slappe uitspraak • hoog spreektempo • het ineenschuiven van woorden • snelle woord- en klankherhalingen • moeilijkheden met programmeren van spraak (verbale apraxie) <p>TAAL (AFASIE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • begrijpt niet altijd wat er tegen hem wordt gezegd • moeite met het vinden van woorden of het maken van zinnen • problemen met het lezen en schrijven • moeilijkheden met het formuleren van gedachten 	<p>ADEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • verstoord ademingspatroon <p>GEHOOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • verminderde spraakverstaanbaarheid • zich buitengesloten voelen • muziek wordt vervormd • bepaalde geluiden kunnen niet gehoord worden <p>ETEN EN DRINKEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • slikproblemen • kauwproblemen • speekselverlies • problemen orale voeding, sondevoeding • globusklachten • problemen in relatie tot tracheacanules <p>STOTTEREN</p> <ul style="list-style-type: none"> • meebewegingen in het gezicht en van lichaamsdelen • verstoring van de adem • vermijden van situaties • bepaalde woorden of klanken omzeilen • gebrek aan zelfvertrouwen • angst om te spreken
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Oorzaken van deze logopedische klachten die door dezelfde bronnen worden genoemd zijn de volgende ziekten, aandoeningen of ongevallen voor ouderen:

Tabel 3.2: Ziekten en aandoeningen die bij ouderen vaker voorkomen en gerelateerd zijn aan logopedische zorg (bron: websites van een aantal eerstelijnspraktijken)

Meer generieke ziekten en aandoeningen	Meer specifieke ziekten en aandoeningen
<ul style="list-style-type: none"> • neurologische aandoeningen • beschadiging van het zenuwstelsel • tumoren, kanker in het hoofd- halsgebied • trauma, ongeval • infecties, infectieziekte • aangeboren afwijkingen 	<ul style="list-style-type: none"> • beroerte, CVA • Parkinson • Multiple Sclerose / ALS • Alzheimer, dementie • Astma • chronische bronchitis • longemfyseem • hyperventilatie • stemplooi-knobbeltjes, -poliep, -verlammingen • doofheid, ouderdomslechthorendheid

3.3 Cijfers over logopedische aandoeningen en zorg voor ouderen

In deze paragraaf zetten we cijfers uit verschillende bronnen op een rij om een beschrijving te geven van het voorkomen van logopedische aandoeningen en stoornissen onder ouderen. We bouwen daarbij voort op de ziekten, aandoeningen en klachten die hiervoor zijn afgebakend.

NIVEL Zorgregistraties

Een eerste bron vormen de 33 logopediepraktijken die in 2012 hun gegevens beschikbaar hebben gesteld aan de NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn. Het gaat om een specifieke groep logopediepraktijken. Ten eerste betreft het alleen praktijken die in de eerste lijn actief zijn. Ten tweede gaat het om praktijken die Winbase als softwarepakket gebruiken, omdat deze ICT-leverancier mee wilde werken aan het extraheren van patiëntgegevens ten behoeve van onderzoek dat plaatsvindt in de NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn. Tenslotte zijn er relatief veel praktijken uit Zuidoost Nederland vertegenwoordigd. Hiermee dient dus rekening te worden gehouden bij de interpretatie van de cijfers.

Uit de WinBase-systemen van de 33 logopediepraktijken zijn gegevens van ruim 23.000 cliënten geëxtraheerd die betrekking hebben op de jaren 2008-2012. Naast een aantal achtergrondkenmerken van de cliënten zijn diagnoses gecodeerd volgens de hiervoor genoemde International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps - Logopedie (ICIDH-L), tot op de eerste twee digits van deze classificatie 'twee lagen'.

In de eerste rapportage die over deze data is verschenen (Verberne, 2014) is voor volwassenenzorg een onderscheid gemaakt tussen de leeftijdsgroepen 20-50 jaar, 51-67 en 68 of ouder. Voor deze rapportage kijken we vooral naar de oudste twee groepen, hoewel ook op jongere leeftijd ouderdomsgerelateerde klachten kunnen voorkomen. Zo blijkt dat cliënten tussen de 51 en 67 jaar vooral behandeld worden voor 'stoornis in de stemproductie' (zie tabel 3.3). Voor de ouderen van 68 jaar en ouder geldt dat ook, maar daarnaast is ongeveer even vaak bij hen dysartrie als aandoening gediagnosticeerd. Uit tabel 3.3 blijkt ook dat dit over de periode 2008-2012 wel wat schommelt; dysartrie lijkt wat aan betekenis toe te nemen onder de groep 51-67 jarigen, en wat af te nemen onder de groep 68+. Voor die laatste groep is afasie een aandoening die relatief vaak door de (eerstelijns) logopedist wordt behandeld. Aangezien de gegevens zijn gebaseerd op eerstelijns logopediepraktijken is hierbij niet bekend of hetzelfde beeld te zien is in de tweedelijns zorg.

Tabel 3.3: Top 3 diagnoses gesteld in 33 eerstelijns praktijken, op basis van gegevens over in totaal ruim 23.000 patiënten in de periode 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
‘Top 3’ diagnoses gesteld door de 33 praktijken bij cliënten van 51-67 jaar (% van aantal behandelde cliënten in dat jaar)					
1. Stoornis in de stemproductie	46,5	41,5	39,2	39,9	41
2. Dysartrie	7,3	11	10,4	8,7	10,5
3. Stoornis in de stemkwaliteit	8,8	8,8	12,3	13,4	8,1
‘Top 3’ diagnoses gesteld door de 33 praktijken bij cliënten van 68 jaar en ouder (% van aantal behandelde cliënten in dat jaar)					
	2008	2009	2010	2011	2012
1. Stoornis in de stemproductie	24,7	21,6	21,6	20,5	24,3
2. Dysartrie	26	30,3	23,5	20	19,1
3. Afasie	16,1	16,9	18,9	19,4	18
N (aantal behandelde patiënten)	7.017	7.719	8.326	8.356	8.687

Prevalentie/incidentie

De volgende vraag is dan hoe vaak afasie, dysartrie en stoornissen in stemproductie en stemkwaliteit voorkomen en wat hierin de ontwikkeling is. Hierover is nog weinig bekend. Overigens is het lectoraat Logopedie aan de Hogeschool Utrecht momenteel bezig de prevalentie en incidentie van logopedische stoornissen in kaart te brengen. Incidentie is het aantal nieuwe gevallen per bv. honderdduizend inwoners in een jaar; prevalentie is het totale aantal gevallen per honderdduizend op één moment. De resultaten daarvan worden eind 2015 verwacht.

Afasie

Volgens de Afasie Vereniging Nederland hebben ongeveer 30.000 mensen afasie, maar zij geeft in één van haar jaarverslagen aan dat dit een schatting is op basis van ‘slechts de getallen m.b.t. prevalentie uit het TNO-onderzoek uit 1983’. Hoogleraar Santens van de UZ Gent schatte in een presentatie in 2012 dat in 2007 de prevalentie van afasie in Nederland bijna 60.000 personen betreft. In de concept-richtlijn Afasie wordt ingeschat dat afasie bij 15%-38% van de patiënten met een beroerte ontstaat. De prevalentie in Nederland wordt geschat op 30.000 PMA (Bastiaanse, 2010).

Afasie komt even vaak voor bij mannen als vrouwen, vooral bij ouderen. De meest voorkomende oorzaak van afasie (70%) is een beroerte of CVA (Cerebro Vasculair Accident, herseninfarct, -bloeding). Volgens de AVN krijgen ieder jaar circa 48.000 mensen voor het eerst een CVA en daarvan krijgt ongeveer 20% afasie. Andere oorzaken van afasie zijn een hersentumor, hersenoperatie of (verkeers)ongeluk.

Dysartrie

De incidentie of prevalentie van dysartrie is niet bekend. Het komt vooral voor bij progressieve neurologische aandoeningen zoals Amyotrofische Lateraal Sclerose (A.L.S.), de ziekte van Parkinson of MS. Maar ook daarbinnen is de prevalentie/incidentie voor Nederland niet bekend.

Afasie en dysartrie vallen beide onder de International Diagnosis Classification (ICD), ICD-10 code R47.1. Dit maakt het mogelijk deze aandoening ook in de internationale literatuur en gegevens van ziekenhuizen en zorgverzekeraars terug te vinden.

3.4 Cijfers over samenwerking met andere professionals binnen de ouderenzorg

Logopedisten zijn betrokken bij mono- en multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden, waarmee samenwerking met andere beroepsgroepen structureler en formelere vorm kan krijgen. Richtlijnen die voor de ouderenzorg zijn ontwikkeld hebben onder andere betrekking op beroerte, ALS, Parkinson, slikstoornissen (in ontwikkeling) en heesheid. Daarnaast zijn er zorgstandaarden rond CVA/TIA en dementie, en is er een monodisciplinaire richtlijn Afasie (in ontwikkeling). De laatstgenoemde richtlijn heeft ook verschillende zoekstrategieën gehanteerd om de wetenschappelijke literatuur rondom afasie in kaart te brengen. In relatie tot de frequentie en intensiteit van logopedie bleek de kwaliteit van de gevonden studies laag, zodat er vooralsnog weinig evidentie is voor de effectiviteit van een behandeling en de duur en intensiteit ervan.

Kijken we specifiek naar de richtlijnen van het Nederlandse Huisgenootschap (NHG) dan zijn er drie waarin de logopedist als professional voor verdere verwijzing wordt genoemd, namelijk:

- Richtlijn Beroerte M103 (december 2013) (Cluster: K. Hart-vaatstelsel, Status: Actueel – 2013)
- Richtlijn Slechthorendheid M61 (juni 2014) (Cluster: H. Oren, Status: Actueel – 2014)
- Richtlijn Perifere aangezichtsverlamming M93 (Cluster: N. Zenuwstelsel, Status: Actueel – 2010)

Wie de belangrijkste samenwerkingspartners van de logopedist rond ouderenzorg zijn verschilt per aandoening. Over het algemeen worden de neuroloog, huisarts, KNO-arts, fysiotherapeut, diëtist, psycholoog genoemd. Hieronder belichten we enkele cijfers van deze beroepsgroepen die verband houden met logopedie-gerelateerde klachten onder ouderen zoals die in de vorige paragraaf zijn afgebakend.

3.4.1 Huisartsen

In Nederland is de belangrijkste bron voor statistieken over de huisartspraktijk het *Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg*, thans NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn. Deze publiceren incidentiecijfers van verschillende aandoeningen per 1.000 patiëntjaren. Cijfers zijn gebaseerd op extracties uit de EPD's van huisartspraktijken in Nederland.

Hieronder hebben we de incidentiecijfers verzameld voor een aantal van de hiervoor genoemde ziekten en aandoeningen die relevant zijn voor ouderen én de logopediepraktijk. Om met name inzicht te krijgen in het effect van vergrijzing zijn de incidentiecijfers uitgesplitst naar twee categorieën ouderen, 65+ en 75+. Tevens is uitgesplitst naar geslacht. De aandoeningen zijn geordend naar hoogte van incidentie onder mannen van 65+.

Tabel 3.4: Incidentie van een aantal vaak voorkomende logopedie-gerelateerde ziekten en aandoeningen, aantal nieuwe gevallen per jaar zoals geregistreerd door huisartspraktijken die in 2011 deelnamen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg van het NIVEL, naar twee leeftijdsgroepen en geslacht

Logopedie-gerelateerde ziekten en aandoeningen	Incidentie per 1.000 patiënten	Mannen 65+	Vrouwen 65+	Mannen 75+	Vrouwen 75+
• gehoorstoornissen	4,35	25,75	18,20	32,67	23,10
• beroerte, CVA	1,57	9,16	7,27	11,84	9,41
• longemfyseem, COPD	1,95	6,11	4,86	6,22	4,92
• Alzheimer, dementie	0,76	4,72	6,97	6,82	10,64
• longkanker	0,70	4,43	1,61	5,04	1,48
• astma	4,71	2,11	3,68	1,98	3,42
• Parkinson	0,22	1,52	1,00	1,84	1,21

Van een aantal ziekten en aandoeningen is de incidentie (of prevalentie) niet naar leeftijd en geslacht bekend. Zo wordt de incidentie van ALS geschat op 0,014 á 0,03 per 1.000 patiënten en die van MS op 0,1 per 1.000 patiënten.

De bovenstaande tabel bevestigt dat de genoemde ziekten en aandoeningen ouderen-specifiek zijn, behalve astma. Voor de meeste aandoeningen geldt dat de incidentie onder 75-plussers nog wat hoger is dan die onder 65-plussers, vooral wat betreft Alzheimer en gehoorstoornissen. Aangezien de groep 75-plussers sneller zal toenemen dan de groep 65-plussers, zijn deze aandoeningen dan ook voor de toekomstige logopedische ouderenzorg van bijzonder belang. Daarbij moet wel bedacht worden dat de aandoeningen erg verschillen in de mate waarin de logopedist betrokken is of kan zijn. Van CVA weten we dat 15%-38% van de patiënten afasie krijgen en dat dit een typische aandoening is voor logopedisch behandeling en doorverwijzing naar de logopedist. Van andere aandoeningen weten we dat niet, of minder nauwkeurig. Dit zou dus ingeschat moeten worden, en daar kan de expert workshop bij helpen.

Huisartsen kunnen patiënten doorverwijzen naar de logopedist. Logopedische problemen worden in de huisartspraktijk gecodeerd op basis van ICPC-codes. De huisartsgegevens die in het kader van NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn worden verzameld (zie ook hiervoor), laten alleen betrouwbare statistieken toe op het niveau van de hoofd-ICPC-categorieën 'N19 spraak-/fonatiestoornis', 'H86 Doofheid/slechthorendheid', 'P10 Stamelen/stotteren/tics' en 'D21 Slikproblemen. Uitsplitsing naar geslacht is gezien de aantallen mogelijk, maar naar leeftijdscategorieën helaas niet betrouwbaar. De incidenties voor 2013 zijn dan:

Tabel 3.5: Incidentie van een aantal logopedie-gerelateerde aandoeningen, zoals geregistreerd door huisartspraktijken die in 2013 deelnamen aan NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn, naar geslacht

Logopedie-gerelateerde ziekten en aandoeningen	Incidentie per 1.000 patiënten	Mannen	Vrouwen
• N19 spraak- /fonatiestoornis	2,7	3,2	2,2
• P10 Stamelen/stotteren/tics	0,5	0,7	0,3
• H86 Doofheid/slechthorendheid	2,6	2,6	2,7
• D21 Slikproblemen	2,7	2,5	2,8
• R03 Piepende ademhaling	1,7	1,9	1,5
• R04 Andere problemen ademhaling	5,2	6,9	3,6

Wat opvalt is dat de eerste twee incidentiecijfers voor mannen behoorlijk hoger liggen dan voor vrouwen. Ook uit de data van de 33 eerstelijns logopediepraktijken blijkt dat mannen in de cliëntengroep oververtegenwoordigd zijn, maar het geslachtsverschil is niet heel groot (57% mannen versus 43 vrouwen in 2012). De cijfers in Tabel 3.5 zijn niet uitsplitst naar leeftijd, zodat nu nog geen uitspraak kan worden gedaan over de incidentiecijfers naar geslacht voor bijvoorbeeld 65-plussers en 75-plussers. Ook van deze cijfers is niet bekend hoe vaak de huisarts hiervoor naar de logopedist verwijst. Tot slot ontbreken hierbij ook cijfers over andere logopedische klachten, zoals afasie, die niet als zodanig in de ICPC geregistreerd worden.

In 2014 heeft het NIVEL een enquête uitgezet onder huisartsen in Nederland, waarin onder andere werd gevraagd naar samenwerking met verschillende eerstelijns zorgverleners of instellingen (Van Hassel e.a. 2015). De onderstaande tabel laat zien dat structureel overleg met de logopedist relatief weinig voorkomt. Slechts 11% van de huisartsen geeft aan dat dat het geval is vanuit zijn/haar praktijk. Met bijvoorbeeld de fysiotherapeut en eerstelijns psycholoog hebben huisartsen veel vaker een structurele samenwerking.

Tabel 3.6. Disciplines en voorzieningen waarmee huisartsen structureel en formeel dan wel informeel samenwerken volgens de vragenlijst Toekomstverkenning in 2014

<i>Type eerstelijns zorgverleners of instelling:</i>	Aantal (N=238)	%
• Apotheek	214	89,9
• Huisartsenpost	176	73,9
• Zorggroep	150	63,0
• Fysiotherapie	130	54,6
• Eerstelijnspsycholoog	129	54,2
• Wijkverpleegkundige	122	51,3
• Verpleging en verzorging (thuiszorg)	108	45,4
• Diëtetiek	90	37,8
• Algemeen maatschappelijk werk	67	28,2
• Oefentherapie	37	15,5
• Jeugdgezondheidszorg	36	15,1
• Verloskunde	30	12,6
• Medewerkers in dienst gemeente	29	12,2
• Podotherapie	28	11,8
• Logopedie	26	10,9
• Consultatiebureau	26	10,9
• Pedagogische/opvoedkundige ondersteuning	15	6,3
• Tandarts	13	5,5
• Medewerkers in dienst GGD	10	4,2
• Anders	31	13,0

3.4.2 *Klinisch medische specialisten*

Verschillende klinisch medisch specialisten behandelen patiënten voor ziekten en aandoeningen die gerelateerd kunnen zijn aan het logopedische domein, en waarvoor ze dus naar de logopedist kunnen doorverwijzen.

In 2012 zijn data van DBC-onderhoud nader geanalyseerd op logopedie als onderdeel van zogenaamde zorgprofielen, waarmee medisch specialisten poliklinische en klinische trajecten bij de zorgverzekeraar declareren (van Dijke en Ewalds, 2012). Hieruit kan ten eerste afgeleid worden welke medisch specialisten patiënten doorverwijzen naar de logopedist. De volgende tabel geeft hiervan een overzicht, waarbij we ons beperken tot die medische specialismen die in een jaar meer dan 10.000 patiënten verwezen hebben naar de logopedist als onderdeel van het gedeclareerde zorgprofiel. Bedacht met worden dat het hier om verwijzingen gaat door medisch specialisten in het ziekenhuis, waardoor de verpleeghuisarts, c.q. specialist ouderengeneeskunde in de lijst ontbreekt.

Tabel 3.7. Medisch specialisten die verwijzen naar logopedisten, aantal patiënten 2004-2012

<i>Medisch specialist:</i>	Aantal patiënten
• Neuroloog	349.001
• KNO arts	94.510
• Kinderarts	66.257
• Internist	35.325
• Longarts	21.905
• Chirurg	20.588

• Neurochirurg	13.271
• Cardioloog	11.448

De neuroloog is volgens de DBC-Onderhoud data de medisch specialist die veruit het meest doorverwijst naar de logopedist. Daarna volgen KNO-arts en kinderarts. De 5 andere medische specialisten verwijzen nog minder patiënten door naar de logopedist. Helaas is niet bekend wat de leeftijd is van de doorverwezen patiënten. Wel kan ervan uitgegaan worden dat de kinderarts alleen kinderen voor logopedische problemen heeft doorverwezen, hetgeen voor dit onderzoek naar de logopedische ouderenzorg niet relevant is.

Uit dezelfde analyse van DBC-Onderhoud kwam tevens naar voren dat de neuroloog veruit de meeste patiënten voor de diagnose ‘onbloedige beroerte’ doorverwijst (201.574 patiënten op jaarbasis). Daarna volgt de diagnose intracerebrale bloeding (33.919) en morbus Parkinson (11.655 patiënten op jaarbasis).

Voortbouwend op deze resultaten kunnen we nagaan wat de ontwikkeling is in het aantal patiënten waarvoor neurologen en KNO-artsen een diagnose hebben gesteld, en waarvoor zij patiënten naar de logopedist hebben kunnen doorverwijzen. Voor de hoofddiagnosen publiceert DBC-onderhoud sinds 2012 op haar website het aantal patiënten waarvoor in een bepaald jaar medisch specialisten een DBC hebben gesloten. Voor 2012 en 2013 zijn de registraties voor 80% respectievelijk 90% compleet, zo geeft de website aan. In de volgende tabel zijn voor een aantal hoofddiagnosen de patiëntaantallen weergegeven die neurologen en KNO-artsen hebben gesteld/gedeclareerd, en die het logopedische domein raken. De diagnoses zijn gesorteerd naar volume in 2013.

Tabel 3.8. Medisch specialistische DBC-declaraties voor logopedie-gerelateerde hoofddiagnosen in 2012 en 2013

<i>Hoofddiagnose en specialisatie:</i>	Aantal patiënten in 2012	Aantal patiënten in 2013
• Globus / slikklachten - keel- neus- en oorheelkunde	38.604	35.645
• Onbloedige beroerte – neurologie	36.147	34.233
• TIA – neurologie	20.506	20.626
• Morbus Parkinson – neurologie	21.735	15.641
• Multiple Sclerose – neurologie	15.766	11.829
• Dementie syndromen – neurologie	8.741	7.379
• spraak / taalstoornissen’ – keel- neus- en oorheelkunde	2.435	1.920
• ALS – neurologie	658	538

De grootste volumes patiënten aan aandoeningen zijn globus / slikklachten en onbloedige beroerte. Ook TIA, Parkinson en MS zijn diagnoses die relatief vaak door KNO-artsen en neurologen worden gesteld. De aantallen zijn in 2013 steeds wat lager dan in 2012, maar dit houdt ook verband met het feit dat er over 2013 minder gesloten DBC’s zijn verrekenend.

Behalve het feit dat voor onbloedige beroerte de neuroloog volgens DBC-Onderhoud-cijfers het vaakst doorverwijst naar de logopedist, is niet bekend hoe vaak er doorverwezen wordt voor de andere diagnoses die in de bovenstaande tabel zijn opgenomen. Hiervoor is dus, net

als we constateerden bij de cijfers over huisartsenzorg, nadere inschatting nodig door experts en aanvullend bronnenonderzoek.

3.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van logopedische klachten en aandoeningen die vaak bij ouderen voorkomen. De (hoofd)stoornissen die we op basis van de 33 logopediepraktijken met gegevens in de NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn het meest terugzien in de eerste lijn zijn:

- Afasie,
- Dysartrie,
- Stoornissen in stemproductie en stemkwaliteit.

In de vervolghoofdstukken kunnen we vaststellen of dezelfde aandoeningen ook in de tweede lijn veelvuldig voorkomen.

Daarnaast is er een groot aantal ziekten en aandoeningen onder ouderen waar afasie, dysartrie en stoornissen in stemproductie en stemkwaliteit aan gerelateerd zijn of uit voort komen. Deze ziekten en aandoeningen worden gediagnosticeerd door huisartsen en medisch specialisten. In dit hoofdstuk lieten we zien dat de meest relevante ziekten en aandoeningen onder ouderen in de huisartspraktijk, in volgorde van incidentie, zijn:

- gehoorstoornissen
- beroerte, CVA
- longemfyseem, COPD
- Alzheimer, dementie
- longkanker
- astma
- Parkinson

Dit hoofdstuk laat ook zien dat nog een aantal cijfers en inzichten ontbreken. Zo is niet bekend wat de doorverwijzingspercentages zijn vanuit de huisartsen en medisch specialisten voor de genoemde aandoeningen. Alleen bij onbloedige beroerte is er een indicatie dat de neuroloog hiervoor het vaakst naar de logopedist doorverwijst. Van de genoemde stoornissen, ziekten en aandoeningen is bevestigd dat deze zich onder ouderen concentreren, maar niet altijd is bekend of de incidentie of prevalentie ervan toeneemt of niet. En tenslotte is een belangrijke vraag wat de huidige en potentiële rol is van de logopedist bij deze ziekten en aandoeningen, en hoe samenwerking hierin uitgebreid zou kunnen worden. Dit is de meest complexe vraag omdat hierbij ook ingegaan moet worden op de setting waarin de logopedist de samenwerking aangaat en zorg kan gaan leveren. Welke zorg kan het beste geleverd worden vanuit de eerstelijns praktijk, welke het beste ambulante, bij ouderen thuis en welke intramuraal in verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen en revalidatiecentra? Deze vragen worden aan de orde gesteld in een tweetal expert workshops die in het volgende hoofdstuk worden beschreven.

4 De toekomst nader verkend: twee expert workshops

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een groot aantal van de onderzoeksvragen behandeld. Naast wat in hoofdstuk 2 en 3 bekend was uit externe bronnen gaan we nu in op de inschattingen van een selectie van logopedisten zelf plus afgevaardigden uit andere beroepsgroepen, aan de hand van twee workshops:

3. Welke zorg leveren logopedisten in Nederland momenteel aan ouderen binnen verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
4. Met welke andere beroepsgroepen werken zij samen en welke taakverdelingen zien we daarbij?
5. Voor welke aandoeningen en patiëntgroepen zien logopedisten zelf en andere stakeholders een andere rol dan nu het geval is?
6. Hoe varieert dit naar verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
7. Hoe varieert dit naar verschillende beroepsgroepen waarmee logopedisten samenwerken of samen kunnen gaan werken?

De workshops ter beantwoording van deze vragen zijn in april 2015 georganiseerd met logopedisten die actief zijn binnen de ouderenzorg en met zorgverleners waar logopedisten in de ouderenzorg mee samenwerken. De resultaten uit het vorige hoofdstuk, het internationale literatuuroverzicht en de analyse van nationale bronnen over de huidige positie van de logopedist in Nederland binnen de ouderenzorg, vormden de basis voor de workshops.

De workshops werden georganiseerd en gemodereerd door de onderzoekers. Naast de NVLF zijn ook de beroepsverenigingen van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde geconsulteerd om deelnemers aan de workshops te werven. Deelnemers konden kiezen uit één van de twee data in april, kregen enige voorinformatie over de doelstelling en opzet van de expert-bijeenkomst, en een reiskostenvergoeding. Bijna alle geworven en uitgenodigde personen namen deel aan de workshops.

Aan de eerste workshop op 7 april namen 10 personen deel, aan de tweede workshop op 14 april eveneens. In beide workshops waren zowel intra- als extramuraal werkende logopedisten aanwezig. Aan de eerste workshop nam één huisarts deel (met bijzondere bekwaamheid in de ouderenzorg), aan de tweede workshop één KNO-arts, één specialist ouderengeneeskunde en één huisarts.

De workshops werden georganiseerd ten kantore van de NVLF in Woerden. Aan het begin van de workshop presenteerden de onderzoekers de resultaten uit het vooronderzoek en daarna de hoofdonderdelen en hoofvragen van de workshop. Er was gelegenheid tot het stellen van vragen ter verduidelijking en een korte discussie, waarna de workshop-onderdelen werden gestart.

Tijdens de workshop is gebruik gemaakt van laptops waarmee de deelnemers (individueel) drie keer een aantal vragen beantwoorden die input vormden voor de plenaire discussie. De vragen werden voorgelegd in een Google Forms applicatie, die het mogelijk maakt direct na de invoer van de deelnemers de resultaten te presenteren. Voor zover het ging om gesloten vragen werden grafieken en percentages getoond van de antwoorden van de deelnemers. Daarnaast werden ook de (anonieme) toelichtingen en opmerkingen van de deelnemers vanuit de rapportagefunctie van Google Forms getoond. De sets van zo'n 3 a 4 vragen werden goed en snel (binnen 5 minuten) beantwoord, waarna een goede plenaire groepsdiscussie kon worden gevoerd. In beide workshops slaagde de opzet om alle deelnemers via de vragensets individueel en op basis van evenredigheid hun input te laten geven, om hen vervolgens actief te kunnen betrekken in een discussie waarin zij hun antwoorden nader konden toelichten en de onderwerpen verder verdiept werden. De onderzoekers modereerde de onderdelen met Google Forms en de plenaire discussies, en maakten elk ook notities. Deelnemers ontvingen de uitkomsten van de vragenronden na afloop per e-mail.

De agenda van beide workshops was dezelfde en staat in de onderstaande box samengevat:

- *Introductie en voorstelronde, gevolgd door bureauonderzoek: wat is bekend uit nationale en internationale literatuur over de huidige positie van de logopedist in Nederland ten opzichte van andere behandelaars van taal-, spraak- en voedingsproblemen onder ouderen?*
- *Eerste discussieronde: welke aandoeningen en/of patiëntgroepen ziet u zelf in de praktijk en voor welke zou de positie van de logopedist uitgebreid kunnen worden? Eerst individuele input via laptops en Google forms, daarna een groepsdiscussie over de resultaten.*
- *Tweede discussieronde: van twee relevante aandoeningen en/of patiëntgroepen binnen de ouderenzorg uit ronde 1, wat betekent dit voor de positie van de logopedist in de eerste en tweede lijn? Weer eerste individuele input via laptops/Google forms, daarna een groepsdiscussie over de resultaten.*
- *Derde discussieronde: gegeven de meest relevante ziekteclusters voor de logopedie in de ouderenzorg die uit ronde 2 voortkomen, welke bestaande/nieuwe samenwerkingsverbanden zijn daarvoor nodig, en welke voorwaarden? Weer eerste individuele input via laptops/Google forms, daarna een groepsdiscussie over de resultaten.*
- *Vierde discussiepunten: alles overziend, welke voorwaarden zijn nu het meest belangrijk om de rol van de logopedie in de ouderenzorg te versterken? Weer eerste individuele input via laptops/Google forms, daarna een afsluitende groepsdiscussie over de resultaten.*

4.2 Resultaten

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van beide workshops samen, aangezien beide op nagenoeg dezelfde manier zijn opgezet en verlopen, en het ook de opzet van dit onderdeel was om de uitkomsten van de ene workshop met die van de andere te valideren. We volgen de agenda van de workshop en volgorde van de onderdelen die op elkaar voortbouwen.

Ouderen-gerelateerde klachten en ziekten/aandoeningen: welke behandelt ‘de’ logopedist momenteel en waar verwacht men een veranderende rol?

Het eerste interactieve onderdeel van de workshop had als doel meer zicht te krijgen in het soort klachten, aandoeningen en type cliënten/patiënten die de workshop-deelnemers in hun praktijk zien en behandelen. In een Google Form werd een aantal antwoordcategorieën klachten en aandoeningen voorgelegd die eerder uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen (zie vorig hoofdstuk 3). Onderscheid is gemaakt naar logopedische klachten van ouderen die zij regelmatig en het vaakst zien, en een aantal ouderen-specifieke ziekten en aandoeningen die met die logopedische klachten verband houden.

Tabel 4.1 presenteert per antwoordcategorie eerst het percentage deelnemers dat dit regelmatig ziet/behandelt en rechts daarvan hoeveel procent een categorie aankruiste omdat zij dit het vaakst zien/behandelen (deze percentages tellen daarom wel op tot 100%). Bedacht moet worden dat men bij beide vragen ook nog andere klachten, ziekten en aandoeningen kon noemen. De antwoorden van de deelnemers van beide workshops komen op veel items overeen. Afasie, dysartrie en dysfagie werden door de meeste deelnemers genoemd als logopedische klachten die zij regelmatig én het vaakst onder ouderen behandelen. Ook dysfagie (globus/slikklachten) zien zij regelmatig, maar slechts 10% geeft aan deze klacht het vaakst onder hun (oudere) cliënten te behandelen. Het betekent, kortom, dat dit wel een regelmatig voorkomende, maar niet de meest voorkomende aandoening is.

Tabel 4.1: Percentage van de workshop-deelnemers dat een aantal logopedische ouderen-gerelateerde klachten en ziekten/aandoeningen (eigen classificatie van de onderzoekers) regelmatig of het vaakst in de praktijk ziet/behandelt

<i>Logopedische klacht</i>	% dat dit regelmatig ziet/behandelt			% dat dit het vaakst ziet/behandelt		
	Workshop 1	Workshop 2	Totaal	Workshop 1	Workshop 2	Totaal
Afasie	90	80	85	10	20	15
Dysartrie	90	70	80	20	10	15
Dysfagie	100	90	95	60	20	40
Gehoorstoorissen	50	50	50	0	10	5
Globus / slikklachten	70	80	75	10	10	10
Stoorissen in stemproductie/ stemkwaliteit	50	60	55	0	20	10
Anders	50	30	40	0	10	5

Ook een groot aantal ziekten/aandoeningen (Tabel 4.2) worden door deelnemers genoemd als een ziekte/aandoening die zij regelmatig onder hun oudere cliënten zien. Als gekozen wordt welke men het vaakst ziet, springen beroerte/CVA en Parkinson eruit.

Tabel 4.2: Percentage van de workshop-deelnemers dat een aantal logopedische ouderengerelateerde klachten en ziekten/aandoeningen regelmatig of het vaakst in de praktijk ziet/behandelt

Ziekte/aandoening	% dat dit regelmatig ziet/behandelt			% dat dit het vaakst ziet/behandelt		
	1	2	3	1	2	3
Alzheimer, dementia	90	60	75	0	0	0
Astma	0	10	5	0	0	0
Beroerte, CVA	90	80	85	50	40	45
Kanker	40	60	50	0	10	5
Longemfyseem, COPD	50	40	45	10	10	10
MS, ALS	60	50	55	0	0	0
Parkinson	60	90	75	30	40	35
Anders	30	30	30	10	0	5

Direct hierna werd de vraag gesteld rond welke ziekten of aandoeningen men verwacht dat de rol van de logopedist in de toekomst het meest zal veranderen. De uitkomst tussen beide groepen deelnemers kwam nu wat minder overeen. In workshop 1 kruiste 90% de Alzheimer/dementie aan, in workshop 2 was dit 30%. Longemfyseem/COPD werd in workshop 2 door 40% aangekruist, in workshop 1 door 10%. In het geval van beroerte/CVA en Parkinson was men meer eenduidig; deze werden door respectievelijk 30%/50% en 20%/30% van de deelnemers als ziekte aangekruist waarin de rol van de logopedist zal gaan veranderen.

Uit de plenaire discussie na de presentatie van de Google Form peiling was de algemene verwachting dat de logopedist, hoe dan ook, meer te maken gaat krijgen met logopedische klachten van ouderen. Daarvoor werden verschillende achtergronden genoemd, zoals één van de deelnemers het omschreef:

“Door de vergrijzing komen er meer ouderen met complexere problemen die thuis moeten blijven wonen. In de 1e lijn zullen verschillende disciplines moeten samenwerken met deze patiënten. Ik zie naast de medische diagnoses een grotere rol voor logopedisten op gebieden van communicatie (stem en gehoor) en gewichtsverlies (slikproblemen). Daarnaast toename aantal patiënten met dementie waar logopedie mogelijk grotere rol bij kan spelen.”

En ten aanzien van Alzheimer/dementie:

“De groep Alzheimer patiënten wordt steeds groter. Patiënten met Alzheimer worden steeds ouder, de terminale fase lijkt heftiger te worden. De slikstoornissen in de laatste fase worden urgenter. En: “Alzheimer/dementie: de taalstoornissen die erbij horen worden nu niet of

nauwelijks behandeld/begeleid, terwijl de taak/meerwaarde van de logopedist bij deze problemen zich nu aan het ontwikkelen is”

Ten aanzien van COPD gaf een aantal deelnemers aan:

“De slikstoornissen en ademproblemen zullen meer en betere logopedische aandacht krijgen.”, “COPD is nu nog een aandoening in het grensgebied, maar wordt steeds vaker een logopedisch aandachtspunt (slikken, droge mond, adem-stem-spraakcoördinatie en ademverdeling. ParkinsonNet timmert steeds meer aan de weg en neemt de logopedische inbreng daarin mee.”, en: “De rol van logopedist bij COPD /longenemfyseem is momenteel nog niet heel groot, ik verwacht dat deze verder ontwikkeld gaat worden en dat de rol daardoor gaat veranderen verwacht ik. Ik hoop dat de rol groter wordt”.

En tenslotte was ook CVA/beroerten een specifiek onderwerp van de plenaire discussie:

“Cliënten worden sneller ontslagen uit het ziekenhuis waardoor de logopedische vraagstelling vaak complexer is; daarnaast gaan CVA- cliënten ook sneller naar huis vanuit het ziekenhuis of vanuit revalidatie waardoor de rol van de logopedist gaat veranderen. Er wordt veel onderzoek gedaan naar logopedische stoornissen na een CVA en de rol van logopedisten; daarnaast wordt er behandelmateriaal en onderzoeken etc. ontwikkelt”.

De uitkomsten van dit onderdeel diende als opstap naar het volgende, waarin verkend werd hoe en in welke setting van intra- en extramurale zorg men de veranderende rol van de logopedist verwacht te zien. In beide workshops werd beroerte/CVA geselecteerd als ouderen-specifieke ziekte voor deze nadere discussie, in workshop 1 daarnaast ook de ziekte/aandoening dementie, in workshop 2 de ziekte/aandoening COPD.

Hoe verandert de rol van de logopedist met betrekking tot de behandeling van ziekten/aandoeningen als beroerte/CVA, dementie en COPD?

De deelnemers van beide workshops werkten voor zowel in de intramurale setting van ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, als in de extramurale setting van eerstelijns logopediepraktijken of gezondheidscentra. De meerderheid van de logopedisten was werkzaam in een intramurale setting, net als de deelnemende specialist ouderengeneeskunde en de KNO-arts. De twee deelnemende huisartsen waren werkzaam in een eigen eerstelijns praktijk.

Vanuit de eigen ervaring, maar ook zo breed mogelijk voor alle settings, werd de deelnemers gevraagd in te schatten hoe de rol van de logopedist ten aanzien van de drie geselecteerde ziekten/aandoeningen zal veranderen: beroerte/CVA, dementie en COPD. Eerst werd via Google Forms gevraagd in wat voor soort werk-settings (zorgorganisaties) deze rol vooral zal veranderen, en daarna met welke zorgverleners de samenwerking vooral belangrijker zal worden. Na het invullen van de Google Form vond weer een plenaire discussie plaats. De onderstaande tabel 4.3 en 4.4 vatten de resultaten samen.

Tabel 4.3: Percentage van de workshop-deelnemers dat voor een aantal settings verwacht dat daar de rol van logopedist vooral zal veranderen; inschattingen zijn apart gemaakt ten aanzien van beroerte/CVA, dementie en COPD

<i>Setting waarin de rol van de logopedist t.a.v. deze ziekte/aandoening vooral zal veranderen</i>	Beroerte/CVA (Workshop 1)	Beroerte/CVA (Workshop 2)	Dementie (Workshop 1)	COPD (Workshop 2)
Eerstelijns monodisciplinaire logopediepraktijken	70	50	100	70
Eerstelijns multidisciplinaire praktijken / gezondheidscentra	80	80	80	80
Revalidatiecentra	20	40	0	20
Verpleeg- en verzorgingshuizen	70	70	50	70
Ziekenhuizen	30	40	10	30
Anders	0	0	0	0

Wat betreft de voorgelegde settings gaven de deelnemers, ongeacht de ziekte/aandoening, aan dat vooral in eerstelijnspraktijken en in verpleeg- en verzorgingshuizen de rol van de logopedist zal veranderen. Uit de toelichtingen en de discussie kwam naar voren dat dit vooral verwacht wordt vanwege het feit dat ouderen langer thuis willen of moeten blijven wonen. Men verwacht dat de zorg voor ouderen steeds meer naar de eerste lijn verschuift en er meer beroep gedaan gaat worden op mantelzorg. Logopedisten met een eerstelijns praktijk zouden daardoor meer zorgvraag kunnen verwachten, maar ook logopedisten kunnen vanuit intramurale settings hun expertise meer extramuraal of ambulant gaan inzetten.

Zoals één van de deelnemers het verwoordde:

“In de logopediepraktijk verwacht ik dat logopedisten cliënten die een CVA hebben doorgemaakt vaker in de acute fase zullen zien, ernstigere gevallen. -Ik verwacht dat de logopedisten in de verpleeghuizen vaker aan-huis-behandelingen zullen gaan doen, omdat mensen langer thuis blijven wonen”.

Daarnaast gaf één van deelnemers aan:

“Omdat er minder geïndiceerd wordt voor verpleeghuishuiszorg, terwijl patiënten wel hulpbehoevend zijn, zullen patiënten met dementie langer thuis zijn en dus zullen slikstoornissen in de 1e lijn toenemen”.

Een andere deelnemer verwacht:

“de logopedist gaat signaleren, rol spelen in diagnostiek, en op langere termijn vooral de partner/familie begeleiden”.

De samenwerking met zorgverleners zien veel deelnemers ook als een aspect dat zal veranderen. Samenwerking met de huisarts en specialist ouderengeneeskunde wordt bijna door iedereen genoemd, ongeacht de ziekte/aandoening. Ten aanzien van dementie werd vaak ook de wijkverpleegkundige genoemd, en ten aanzien van beroerte/CVA en COPD de fysiotherapeut.

Tabel 4.4: Percentage van de workshop-deelnemers dat voor een aantal type zorgverleners aangeeft dat de samenwerking daarmee belangrijker zal worden; inschattingen zijn apart gemaakt ten aanzien van beroerte/CVA, dementie en COPD

<i>Zorgverleners waarmee de samenwerking t.a.v. deze ziekte/aandoening vooral belangrijker zal worden</i>	Beroerte/CVA (Workshop 1)	Beroerte/CVA (Work-shop 2)	Dementie (Workshop 1)	COPD (Workshop 2)
Huisarts	90	80	100	80
Specialist ouderengeneeskunde	50	100	70	100
Neuroloog	80	0	30	0
KNO-arts	20	0	10	0
Ander soort specialist	10	70	20	70
Wijkverpleegkundige	60	30	70	30
Tweedelijns verpleegkundige	40	30	40	30
Fysiotherapeut	40	100	20	100
Ergotherapeut	40	50	40	50
Andere paramedicus	30	20	20	20

Eén van de deelnemende logopedisten formuleerde de volgende verwachting:

“Als huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en longartsen weten dat effect van logopedie wetenschappelijk is aangetoond voor COPD zullen ze hiervoor gaan verwijzen. Fysiotherapeuten die zelf geen COPD specialisatie hebben gedaan kunnen ook voorstellen

dat de patiënt naar logopedist wordt verwezen. Wijkverpleegkundigen kunnen een signalerende functie hebben.”

Welke ondersteuning is nodig voor de logopedist in de veranderende rol in de ouderenzorg?

Het derde en laatste onderdeel van de workshop concentreerde zich op vraag hoe de veranderende rol van de logopedist in de ouderenzorg, zoals die uit de voorgaande discussie naar voren kwam, ondersteund kan worden. Om deze vraag in de volle breedte te kunnen bespreken, werd eerst de lijst van ziekten/aandoeningen voorgelegd die ook in het eerste onderdeel is gebruikt. Nu was de vraag aan de deelnemers om aan te geven voor welke ziekten/aandoeningen de logopedist vooral ondersteuning nodig zal hebben om de veranderende rol in de toekomst in te nemen. Vervolgens konden zij in Google Forms aangeven welke type ondersteuning zij op dit moment het meest relevant achten, waarbij zes opties werden voorgelegd. Ook hier was er de mogelijkheid om andere antwoorden te geven. De onderstaande tabellen vatten de antwoorden van de deelnemers op beide vragen samen.

Tabel 4.5: Percentage van de workshop-deelnemers dat voor een aantal ouderen-gerelateerde ziekten/aandoeningen aangeeft of de logopedist hiervoor vooral ondersteuning nodig heeft

<i>Ziekte/aandoening waarvoor de rol van de logopedist vooral ondersteuning nodig heeft</i>	Workshop 1	Workshop 2	Totaal
Alzheimer, dementia	90	60	75
Astma	0	0	0
Beroerte, CVA	20	40	30
Kanker	20	10	15
Longemfyseem, COPD	10	100	55
MS, ALS	40	0	20
Parkinson	10	10	10
Anders	10	10	10

Tabel 4.6: Percentage van de workshop-deelnemers dat voor een aantal ouderen-gerelateerde ziekten/aandoeningen aangeeft dat voor een aantal type ondersteuning aangeeft dat dit vooral belangrijk is voor de toekomstige rol van de logopedist

<i>Type ondersteuning waarmee de rol van de logopedist in de ouderenzorg vooral ondersteund moet worden</i>	Workshop 1	Workshop 2	Totaal
De logopedie(vervolg)opleidingen	90	90	90
Organisatie van de logopedie	20	50	35
Financiering van de logopedie	50	50	50
Samenwerking met andere beroepsgroepen	50	70	60
Rol van de NVLF	40	70	55
Anders	10	30	20

We zagen hiervoor dat de deelnemers aangaven dat de rol van de logopedist vooral gaat veranderen ten aanzien van ouderen na een CVA/beroerte, en ten aanzien van ouderen met dementie en COPD. Alzheimer/dementie werd in beide workshops relatief vaak aangekruist, CVA/beroerte wat minder vaak. Ondersteuning bij longemfyseem/COPD werd door alle deelnemers van workshop 2 aangekruist, maar slechts door 10% van de deelnemers van workshop 1. Hier komt terug dat in de tweede workshop COPD specifiek bediscussieerd is in het tweede onderdeel.

De vervolgvraag laat duidelijk zien dan men scholing als sleutel ziet voor het vervullen van de toekomstige rol van de logopedist in de ouderenzorg. Verschillende suggesties werden al ingevoerd in Google Forms en kwam naar voren in de groepsdiscussie. Twee citaten illustreren dit:

“Meer post-hbo scholing over dementie en communicatie of dementie en slikstoornissen. Meer overleg met ziekenverzorgenden in verzorgingscentra. Meer overleg met huisartsen. Betere nascholing logopedie bij MS.”

En:

“Voor alle deelgebieden van de logopedie gaat gelden dat vergroting van de zichtbaarheid gewenst is. Verbetering van de opleiding om alle aspecten in de basisopleiding te passen is noodzakelijk. Verdieping van de kennis en kunde in een vervolgopleiding is gewenst. BaMa model verder uitwerken (Bachelor logopedie 3 jaar en dan deel Masters van 2 of 3 jaar).”

Het belang van ondersteuning bij samenwerking met andere zorgverleners wordt door de helft van de deelnemers onderschreven, hetgeen aansluit bij de resultaten van onderdeel 2. Ook ondersteuning bij financiering wordt vaak aangekruist. Eén van de deelnemers ziet dit vooral als aandachtspunt voor de eerste lijn:

“De behandeling bij deze aandoeningen/ziekten vraagt specifieke kennis en de logopedist moet hierin verder opgeleid worden. De samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn moet uitgewerkt worden en daarbij is een financiële structuur nodig”

Een andere deelnemer licht naast opleiding het belang van samenwerking nader toe, signaleert ook knelpunten in de huidige financiering en de rol van de NVLF naar overheid en zorgverzekeraars:

“Ook op de opleidingen moet veel meer aandacht komen voor behandeling van dementie. Het zou mooi zijn dat we in de eerste lijn een beetje van de samenwerking van de tweede lijn kunnen behouden; samenwerking met de diëtist, psycholoog, ergotherapeut is van grote meerwaarde maar dat moet dan financieel gezien wel kunnen en mogen. Samenwerking met de andere paramedische beroepsverenigingen dient op een hoger (nationaal) niveau meer te gebeuren; samen bespreken en naar bijv. zorgverzekeraars en de overheid uitspreken waarom die samenwerking zo belangrijk is ten behoeve van de cliënt. De NVLF kan in de samenwerking met andere paramedici en richting de opleidingen zeker iets betekenen.”

In deze slotronde van de workshops werden in de discussie veel suggesties gedaan om de meerwaarde en profilering van de logopedie in de ouderenzorg te verbeteren. Daarvoor zijn

investeringen aan de basis, in de opleiding en vervolgoopleidingen nodig. Maar ook in de huidige beroepsontwikkeling, door meer samenwerking met andere disciplines. Enkele voorbeelden van opmerkingen die hierop aansluiten zijn:

- “De eerste reflex van huisartsen bij patiënten met bv. slikproblemen is om de diëtist erbij te betrekken en bij patiënten met longproblemen de fysiotherapeut, dus er is een bewustzijnsverandering nodig dat in bepaalde gevallen juist de samenwerking met (ook) de logopedist meer voor de hand ligt”. In het geval van longproblemen is dit besef er al veel meer onder zowel KNO-artsen als specialisten ouderengeneeskunde.
- “De wijkverpleegkundige is een belangrijke samenwerkingspartner omdat zij als oren en ogen fungeert, meer dan de huisarts die een patiënt veel korter ziet.” Hetzelfde geldt voor een casemanager dementie: dit kan de wijkverpleegkundige zijn, maar ook het maatschappelijk werk. In de intramurale setting zijn het juist de verzorgenden die de oren en ogen van de logopedist (zouden kunnen) zijn.
- Het voordeel van samenwerken met dit soort beroepsgroepen boven bv. de neuroloog of andere medisch specialist is dat de laatste veel moeilijker benaderbaar is. De ervaring leert wel dat als de logopedist een (digitale) brief meegeeft naar de neuroloog met daarin een beschrijving van klachten en (logopedische) diagnose, laatstgenoemde veel meer bereid is om ook zelf een terugkoppeling te leveren.
- Bij bv. CVA is het in sommige regio’s gelukt dat de logopedist al in de acute fase bij de behandeling betrokken is in plaats van na een aantal weken. Het zorgt ervoor dat veel meer gezondheidswinst geboekt kan worden en patiënten ook gemakkelijker thuis behandeld kunnen worden.
- COPD is vooralsnog een onderbelicht terrein en zou daarom een extra inhaalslag verdienen, zowel in de eerste lijn als intramuraal. Wel betekent het dat logopedisten zich zelf ook meer op dit onderwerp moeten richten, naast aandoeningen die men mogelijk interessanter of uitdagender vindt, zoals CVA.
- In het kader van de profilering van de logopedie zou het mooi zijn als eerstelijns logopedisten en verpleeg- en verzorgingshuizen samenwerken bij het behandelen van patiënten in de wijk. Ook zorgt het voor het opbouwen en delen van expertise tussen beide werelden.

Het aantonen van de meerwaarde van de logopedist vormde een centraal punt in de discussie en wordt gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor meer zichtbaarheid en een sterkere positie op het centrale beleidsniveau waar met overheden, zorgverzekeraars en andere beroepsgroepen gesproken en onderhandeld wordt. Opmerkingen in de slotronden van de workshops die hierop aansluiten zijn onder meer:

- De NVLF zou vooral een rol moeten hebben bij richtlijnontwikkeling, zodat het ook mogelijk wordt om in zorgpaden en zorggroepen opgenomen te worden.
- Een andere prioriteit is het stimuleren van meer aandacht voor ouderenzorg in de opleiding. Een lastig te beantwoorden vraag is of dit pas na of al tijdens de reguliere opleiding zou moeten plaatsvinden en of de eindtermen hiervan zouden moeten worden herzien. Een genoemde reden voor het laatste is dat het vakgebied van de logopedie inmiddels te breed is om alle deelgebieden te beheersen.

- Meer bekendheid/zichtbaarheid/ PR / profilering en daardoor meer verwijzingen zorgt voor betere logopedische zorg. Meer reële eisen van zorgverzekeraars en inzicht in de logopedische zorg waardoor financiering ook beter geregeld kan worden.
- Als potentiële doelgroepen naast de politiek en verzekeraars worden ook ouderenbonden genoemd, evenals patiëntenorganisaties en het Longfonds. Op lokaal en regionaal niveau is het wenselijk om in het vizier te komen van verpleeg- en verzorgingshuizen, home teams in de eerste lijn, bijvoorbeeld door het organiseren van een bijeenkomst met meerdere disciplines in een regio.
- Op nationaal niveau kan de NVLF mogelijk ondersteuning bieden bij logopedisten die lokaal/regionaal hun zichtbaarheid willen vergroten, temeer omdat er soms maar één logopedist werkt in een regio met een groot aantal omringende huisartsen.
- Een andere gedeelde prioriteit is het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld door het opstellen van een wetenschapsagenda die bijdraagt aan een wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied.

4.3 Conclusie

Samengevat kwam uit beide workshops naar voren dat de deelnemers vrij unaniem verwachten dat logopedisten in de toekomst:

- waarschijnlijk meer oudere patiënten zullen behandelen in verband voor afasie, dysartrie, dysfagie;
- meer ouderen gaan zien na een beroerte/CVA, met dementie en COPD;
- met meer en complexere logopedische zorgvragen van ouderen in de eerste lijn en de thuissituatie te maken krijgen;
- ook met meer complexe logopedische zorgvragen van ouderen in de intramurale setting te maken krijgen door strengere selectie op zorgzwaartepakketten;
- meer moeten gaan samenwerken met andere zorgverleners door financieringsmaatregelen van zorgverzekeraars en overheden, om zo te zorgen dat logopedie opgenomen wordt in ketens en zorgpaden voor ouderen;
- beter hun toegevoegde waarde moeten laten zien in de praktijk en met evidence-based handelen, voor ontwikkeling van het eigen vakgebied en profilering;
- voor alle ouderen-gerelateerde aandoeningen meer moeten gaan samenwerken met de huisarts en specialist ouderengeneeskunde;
- voor CVA/beroerte en COPD meer moeten gaan samenwerken met de fysiotherapeut en neuroloog;
- voor dementie meer moeten gaan samenwerken met de wijkverpleegkundige.

Uit de workshops kwam op basis van deze verwachtingen een groot aantal ideeën en aanbevelingen naar voren. De meeste consensus bestond over de noodzaak meer aandacht aan ouderen in de opleiding en de vervolgoopleidingen logopedie te besteden. Dit wordt beschouwd als de basis voor verder profilering in termen van expertise, waardoor samenwerking met andere disciplines kan verbeteren, en ook financiers beter de meerwaarde

van basis- en specialistische logopedische zorg zullen erkennen. Deze 'keten' van investeringen zal ingezet moeten worden door en voor logopedisten zowel in de intra- als extramurale setting. De logopedie-opleidingen en NVLF hebben volgens veel deelnemers hier ook een belangrijke rol in.

5 Logopedische zorg voor ouderen in de toekomst: wat vinden de NVLF-leden?

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we dezelfde onderzoeksvragen die in hoofdstuk 4 centraal stonden. Ging het in het vorige hoofdstuk om de resultaten van beide workshops, nu staan de resultaten van een enquête onder NVLF-leden centraal. De onderzoeksvragen waren:

3. Welke zorg leveren logopedisten in Nederland momenteel aan ouderen binnen verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
4. Met welke andere beroepsgroepen werken zij samen en welke taakverdelingen zien we daarbij?
5. Voor welke aandoeningen en patiëntgroepen zien logopedisten zelf en andere stakeholders een andere rol dan nu het geval is?
6. Hoe varieert dit naar verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
7. Hoe varieert dit naar verschillende beroepsgroepen waarmee logopedisten samenwerken of samen kunnen gaan werken?

Met de enquête gehouden onder de leden van de NVLF kan gepeild worden of de workshop-resultaten gedeeld worden door andere leden van de NVLF. Ook laat het zien of er nog andere verwachtingen en meningen leven onder logopedisten. De focus van het onderzoek ligt hierbij op de behandeling van patiënten van 40 jaar en ouder. Dit zijn weliswaar niet alle 'oudere' patiënten, maar de ouderdomsgerelateerde aandoeningen waarvoor de logopedist zorg verleent, zoals bijvoorbeeld dementie, komen wel onder deze leeftijdsgroepen voor. Ook bij deze leeftijdsafbakening is ervoor gekozen het volledige ledenbestand van de NVLF aan te schrijven, inclusief logopedisten die alleen kinderen behandelen. Dit biedt ook hen de mogelijkheid om mee te denken over hoe de logopedie in Nederland zich zou moeten richten op de (steeds toenemende) zorg voor ouderen.

5.2 Respons en samenstelling respondentengroep

In juni 2015 zijn in totaal 3.100 NVLF-leden aangeschreven per e-mail, vergezeld van een link naar de online vragenlijst. Circa twee weken later is een reminder gestuurd, wederom naar alle leden, omdat we niet konden zien wie de vragenlijst wel of niet had ingevuld. In de begeleidende e-mails werden ook logopedisten die zich specifiek richten op kinder- of jongvolwassenenlogopedie expliciet uitgenodigd om hun mening te geven over logopedie in de ouderenzorg.

Bij sluiting van het onderzoek, in september 2015, hebben 456 personen de vragenlijst ingevuld. Dit komt neer op een respons van 15% onder alle NVLF-leden. Om te bepalen of met name logopedisten die zelf ook volwassenen behandelen, de vragenlijst invullen, zijn verschillende vragen gesteld.

Behandeling van volwassenen

De voornaamste enquêtevraag hierbij was of logopedisten veel patiënten behandelen van 40 jaar en ouder. Vervolgens is gevraagd welk percentage 40-plussers men behandelt, ingedeeld in 5 verschillende categorieën.¹ Zoals te verwachten, heeft een ruime meerderheid van de responderende logopedisten patiënten van 40 jaar of ouder (91%). Binnen deze groep zijn duidelijke verschillen te zien in het aantal ouderen dat men behandelt: de grootste categorie (41%) heeft zich (bijna) volledig gespecialiseerd in zorg voor ouderen; aan de andere kant van het spectrum behandelt 33% van de logopedisten een kleine minderheid van 40-plussers in hun praktijk. De tussenvormen komen veel minder vaak voor.

Tabel 5.1: Voorgelegde vragen om in kaart te brengen welke respondenten oudere patiënten behandelen

Voorgelegde vraag	Aantal	Percentage
Behandelt u zelf personen van 40 jaar of ouder?		
• Ja	413	91%
• Nee	41	9%
Totaal	454	100%
Indien ja, kunt u inschatten welk deel van uw eigen patiëntengroep ouder is dan 40 jaar?		
• Minder dan 25%	130	33%
• Tussen 25% en 50%	43	11%
• Tussen 50% en 75%	30	8%
• Tussen 75% en 95%	31	8%
• Meer dan 95%	164	41%
Totaal	398	100%

Inschrijving in het afasie register

De NVLF beheert een zogenaamd Afasie register, waarin logopedisten zich kunnen inschrijven als ze aan de bijbehorende criteria voldoen. Het gaat dan bijvoorbeeld om personen die een Post HBO- of WO-opleiding hebben voltooid op het gebied van Neurologische taal- en spraakstoornissen. In juli 2015 waren 263 logopedisten in dit register ingeschreven. Van de responderende logopedisten gaven 88 personen in de vragenlijst aan zelf ook in dit register opgenomen te zijn. Van de geregistreerden heeft kortom 33% gerepsondeerd. Op basis hiervan blijkt dat logopedisten in de ouderenzorg relatief vaak de vragenlijst hebben ingevuld.

¹ Van alle 458 respondenten zijn twee personen niet meer werkzaam, maar hebben in het verleden wel als logopedist gewerkt. De meeste vragen waren hierdoor niet in te vullen. Daarnaast geldt bij alle vragen – tenzij anders vermeld – dat personen die een vraag opengelaten hebben op de antwoordcategorie ‘nee’ of ‘weet niet’ zijn geplaatst, om missende waarden te voorkomen.

Gevolgd vervolgoopleidingen of cursussen

Als derde is de vraag gesteld of men andere opleiding(en) of cursussen heeft afgerond die verband houden met het werkveld van de logopedie rondom de ouderenzorg (Tabel 5.2). Iets meer dan één derde heeft geen opleiding of cursus op dit terrein gevolgd. Onder de overige personen is met name een Post-HBO opleiding afasie, dysartrie of dysfagie het meest gangbaar. 21% heeft iets anders ingevuld. Het gaat dan bv. om de Post-HBO opleiding spraakafzien, om cursussen binnen ParkinsonNet of om cursussen gericht op zorg voor ouderen met dementie. Vaak geeft men aan dat het om meerdere cursussen ging.

Tabel 5.2: Afgeronde opleiding(en) of cursussen die verband houden met logopedie ouderenzorg

Voorgelegde vraag	Aantal	Percentage
• Geen	165	36%
• Post-HBO opleiding op het gebied van afasie, dysartrie of dysfagie	197	43%
• Universitaire master Logopediewetenschap	8	2%
• Universitaire master Taal- en spraakpathologie	22	5%
• Gezondheidswetenschappen	0	0%
• Algemene taalwetenschap, richting psycholinguïstiek / patholinguïstiek	10	2%
• Neurolinguïstiek/taalpathologie	12	2%
• Anders	98	21%
Totaal	458	100%

Werksituatie

Logopedisten kunnen op meerdere werkplekken werkzaam zijn. Gevraagd naar iemands voornaamste werkplek, bv. omdat men daar de meeste uren werkt, blijkt 43% in een zorginstelling te werken, zoals een verpleeghuis / verzorgingshuis, ziekenhuis of revalidatiecentrum. 46% werkt in een eerstelijns logopediepraktijk, al dan niet met andere beroepsgroepen op dezelfde locatie. Ongeveer de helft van de 50 personen die iets anders invulden blijkt te werken in een instelling die zich richt op zorg voor (verstandelijk) gehandicapten.

Tabel 5.3: Belangrijkste werkplek van werkzame logopedisten

	Aantal	Percentage
• Verpleeghuis en/of verzorgingshuis	135	31%
• Ziekenhuis	33	8%
• Revalidatiecentrum	18	4%
• Eerstelijns logopediepraktijk zonder andere beroepsgroepen (monodisciplinair)	119	27%
• Eerstelijns logopediepraktijk met andere beroepsgroepen (multidisciplinair)	82	19%
• Anders	50	11%
Totaal	437	100%

Van de meeste logopedisten is bekend of ze naast een eerste werkplek ook een tweede of zelfs derde werkplek hebben. De combinatie van antwoorden is weergegeven in Tabel 5.4, waarbij we een onderscheid maken tussen eerstelijns logopediepraktijken en meer intramuraal

gerichte zorginstellingen, inclusief instellingen gericht op bv. dagbehandeling.² De tabel is beperkt tot logopedisten die 40-plussers behandelen, omdat voor dit onderzoek met name relevant is waar zij werken. Daarbij zijn de aantallen respondenten die geen 40-plussers behandelen klein, zodat ze mogelijk herkenbaar zijn bij een uitsplitsing naar type praktijk.

Van de logopedisten die 40-plussers behandelen, werkt precies de helft alleen in een zorginstelling of combinatie van zorginstellingen; 41% werkt alleen in de eerste lijn en de overige 9% werkt zowel in een eerstelijns praktijk als in een grotere zorginstelling. In een aantal paragrafen zullen we de resultaten naar deze driedeling uitsplitsen, om te kijken of dit samenhangt met hun antwoorden.

Tabel 5.4: Belangrijkste werkplek van werkzame logopedisten die zelf personen behandelen van 40 jaar of ouder

	Percentage
• Alleen eerstelijns logopediepraktijk(en), met of zonder andere beroepsgroepen	41%
• Alleen zorginstelling(en), bv. verpleeghuis, ziekenhuis of revalidatiecentrum	50%
• Combinatie van eerstelijns praktijk en zorginstelling	9%
Totaal	n=387

5.3 Behandeling van logopedische klachten en aandoeningen

Analoog aan de workshop is in de online vragenlijst de vraag gesteld welke soorten logopedische klachten men behandelt, in dit geval voor 10 typen klachten. De vraag is alleen voorgelegd aan personen die zelf ook patiënten van 40 jaar of ouder behandelen. Personen die de vraag hebben opengelaten zijn samengevoegd met de categorie 'weet niet'. Het vaakst behandelen logopedisten oudere patiënten met afasie, dysartrie of dysfagie: meer dan 6 op de 10 personen zeggen dat ze wekelijks patiënten zien in verband met deze klachten (Tabel 5.5). Iets minder vaak behandelt men stoornissen in stemproductie of stemkwaliteit, gevolgd door ademproblemen en articulatiestoornissen. De overige klachten komen minder vaak voor. Bijvoorbeeld, van een perifere aangezichtsverlamming zegt ruim één derde van de personen dit niet tot nauwelijks tegen te komen in hun praktijk. De beide categorieën 'anders, namelijk' zijn door ruim een kwart van de respondenten ingevuld. Veel voorkomende antwoorden zijn onder meer (communicatie)stoornissen gerelateerd aan Parkinson of dementie, maar ook 'stotteren' of 'stemklachten' worden frequent genoemd.

² Ook degenen die 'anders, namelijk' hebben ingevuld zijn op basis van hun antwoord ingedeeld volgens deze indeling. Van drie personen kon het type praktijk op basis van het antwoord niet eenduidig worden vastgesteld; zij zijn bij verdere uitsplitsingen buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.5: Behandeling van de volgende logopedische klachten bij oudere patiënten / cliënten door logopedisten die zelf zorg verlenen aan personen van 40 jaar of ouder (n=413)

Klachten	Minstens 1 keer per week	Minstens 1 keer per maand	Minstens 1 keer per half jaar	Minder vaak tot nooit	Weet niet / niet ingevuld
• Afasie	61%	8%	8%	16%	8%
• Dysartrie	62%	9%	8%	14%	7%
• Dysfagie	62%	7%	9%	12%	10%
• Gehoorstoornissen	17%	16%	17%	34%	16%
• Globus/slikklachten	20%	21%	27%	20%	12%
• Stoornissen in stemproductie/-kwaliteit	42%	23%	19%	10%	6%
• Spraakapraxie	21%	18%	21%	25%	15%
• Articulatiestoornissen	29%	15%	22%	22%	12%
• Ademproblemen	31%	24%	22%	14%	10%
• Perifere facialis parese	10%	15%	23%	37%	14%
• Anders, namelijk ³	1%	8%	6%	10%	88%

Een uitsplitsing van de antwoorden naar type werkplek laat duidelijke verschillen zien (Tabel 5.6). Om de gegevens compact weer te geven, tonen we per subgroep één kolom met daarin de categorieën ‘minstens één keer per week’ en ‘minstens één keer per maand’ samengevoegd. Dan blijkt dat bijvoorbeeld afasie, dysartrie, dysfagie en apraxie veel vaker in instellingen worden behandeld, waarschijnlijk omdat deze klachten samenhangen met (neurologische) ouderdomsaandoeningen die vaak intramuraal worden behandeld. Omgekeerd ziet men in de eerste lijn juist vaker personen met globusklachten of stoornissen in stemproductie of -kwaliteit. Alleen ademproblemen komen in beide settings ongeveer even vaak voor. Tot slot valt op dat personen die zowel in een zorginstelling als eerstelijns praktijk werken het meest overeenkomen met logopedisten die alleen in zorginstellingen werken.

Tabel 5.6: Percentage logopedisten dat minstens 1 keer per maand de volgende logopedische klachten bij oudere patiënten/cliënten behandelt, naar praktijktype (n=387)

Klachten	Alleen eerstelijns praktijk	Alleen zorginstelling	Zowel eerste lijn als zorginstelling
• Afasie	44%	88%	85%
• Dysartrie	47%	90%	85%
• Dysfagie	33%	96%	91%
• Gehoorstoornissen	14%	49%	38%
• Globusklachten	56%	27%	53%
• Stoornissen in stemprod./-kwaliteit	82%	54%	71%
• Spraakapraxie	16%	56%	53%
• Articulatiestoornissen	37%	48%	62%
• Ademproblemen	58%	51%	62%
• Perifere facialis parese	11%	35%	35%
• Anders, namelijk ³	13%	29%	30%

³ Bij deze en de volgende tabel is twee keer de categorie ‘anders, namelijk’ toegevoegd, om logopedisten de mogelijkheid te geven om meerdere klachten te noemen.

Analoog aan de workshops is gevraagd welke ziekten of aandoeningen men vaak tegenkomt in de praktijk. Tijdens beide workshops werd beroerte / CVA geselecteerd om dieper op in te gaan en ook onder de bredere steekproef van logopedisten wordt deze aandoening het vaakst genoemd: 62% van de logopedisten behandelen wekelijks 40-plussers met deze aandoening (Tabel 5.7). Ook Alzheimer/dementie, Parkinson en niet-aangeboren hersenletsel worden regelmatig genoemd, maar wel duidelijk minder vaak. De categorieën 'anders namelijk' worden nu minder vaak ingevuld dan bij logopedische klachten het geval was. Het vaakst vult men antwoorden in die verband houden met verstandelijke beperkingen, waaronder het syndroom van Down en autisme.

Tabel 5.7: Behandeling van oudere patiënten vanwege de volgende ziekten of aandoeningen, door logopedisten die zelf zorg verlenen aan personen van 40 jaar of ouder (n=413)

Klachten	Minstens 1 keer per week	Minstens 1 keer per maand	Minstens 1 keer per half jaar	Minder vaak tot nooit	Weet niet / niet ingevuld
• Alzheimer, dementia	38%	14%	9%	29%	10%
• Astma	8%	13%	23%	42%	15%
• Beroerte, CVA	62%	8%	12%	13%	5%
• Kanker	11%	18%	27%	32%	12%
• Longemfyseem, COPD	13%	19%	26%	30%	12%
• MS, ALS	12%	14%	28%	32%	13%
• Parkinson	37%	12%	14%	27%	10%
• Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	39%	12%	17%	20%	13%
• Anders, namelijk	7%	15	2%	11%	92%

Ook bij deze vraag zijn er duidelijke verschillen naar het type locatie waar men werkzaam is (Tabel 5.8). In zorginstellingen worden beduidend vaker patiënten behandeld met Alzheimer/dementie dan in eerstelijns praktijken: 86% versus 10% ziet dergelijke patiënten minstens 1 keer per maand. Een vergelijkbaar - maar kleiner - verschil is te zien bij beroerte/CVA (87% versus 49%), bij beroerte/CVA (87% versus 49%) en bij de ziekte van Parkinson (67% versus 27%). Patiënten met astma worden juist vaker in de eerste lijn behandeld.

Tabel 5.8: Percentage logopedisten dat minstens 1 keer per maand patiënten vanwege de volgende ziekten of aandoeningen behandelt, naar praktijktype (n=387)

Aandoeningen	Alleen eerstelijns praktijk	Alleen zorginstelling	Zowel eerste lijn als zorginstelling
• Alzheimer, dementia	10%	86%	68%
• Astma	32%	17%	32%
• Beroerte, CVA	49%	87%	88%
• Kanker	84%	62%	62%
• Longemfyseem, COPD	26%	36%	38%
• MS, ALS	14%	38%	35%
• Parkinson	27%	67%	59%
• Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	23%	73%	68%
• Anders, namelijk	5%	17%	6%

5.4 Samenwerking en deelname aan netwerken

In de inleiding werd al gesteld dat aan multidisciplinaire samenwerking een steeds groter belang wordt gehecht om tegemoet te komen aan de groeiende zorgvraag van oudere patiënten. Aan logopedisten die 40-plussers behandelen is om die reden een lijst van eerste- en tweedelijns beroepen voorgelegd. Men kon onder andere aangeven dat men hiermee (af en toe) contact had of formeel samenwerkte. De antwoordcategorieën 'geen relatie' en 'weet niet/onbekend' zijn samengevoegd met degenen die de vraag hebben opengelaten.

Logopedisten geven het vaakst aan (af en toe) contact te hebben met KNO-artsen, gevolgd door huisartsen, neurologen en andere medisch specialisten (Tabel 5.9). Met specialisten ouderengeneeskunde heeft men veel minder informeel contact, maar hiermee wordt weer vaker formeel samengewerkt. Toch is dit niet de beroepsgroep waarbij formele samenwerking het vaakst voorkomt: met fysiotherapeuten (57%), ergotherapeuten (51%), psychologen (46%) en diëtisten (46%) werkt men naar eigen zeggen vaker formeel samen.

Omdat te verwachten is dat logopedisten in zorginstellingen wel relatief vaak met specialisten ouderengeneeskunde samenwerken, is in Tabel 5.10 een onderscheid gemaakt naar type werkplek. De antwoordcategorieën '(af en toe) contact' en 'formele samenwerking' zijn samengevoegd. Verschillen tussen logopedisten afhankelijk van hun type werkplek zijn in dat geval relatief klein, vergeleken met eerdere tabellen. Bijvoorbeeld, ook eerstelijns logopedisten hebben vaak contact met medisch specialisten zoals KNO-artsen en reumatologen. Alleen met specialisten ouderengeneeskunde heeft men binnen zorginstellingen veel meer contact (81% versus 34%). De resultaten laten ook zien dat het werken in een zorginstelling veel mogelijkheden biedt voor samenwerking binnen multidisciplinaire teams. Zo lijkt er in veel gevallen actief contact te zijn met fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen en diëtisten, die allen een rol vervullen bij kwetsbare ouderen.

Tabel 5.9: Vormen van contact met andere beroepsgroepen door logopedisten die zelf zorg verlenen aan personen van 40 jaar of ouder (n=413)

Beroepsgroep	Geen relatie of weet niet / onbekend	(Af en toe) contact	Formele samenwerking
• KNO-artsen	14%	72%	14%
• Neurologen	22%	60%	18%
• Andere medisch specialisten	31%	58%	11%
• Specialisten Ouderengeneeskunde	40%	22%	38%
• Huisartsen	11%	65%	24%
• Fysiotherapeuten	8%	35%	57%
• Ergotherapeuten	19%	30%	51%
• Oefentherapeuten	55%	29%	15%
• Wijkverpleegkundige	48%	42%	11%
• Maatschappelijk werk	37%	36%	27%
• Gespecialiseerde verpleegkundigen	37%	31%	32%
• Psychologen	19%	35%	46%
• Diëtisten	23%	30%	46%
• Anders, namelijk	93%	3%	4%

Tabel 5.10: Percentage logopedisten dat (af en toe) contact heeft en/of formeel samenwerkt met andere beroepsgroepen, naar praktijktype (n=387)

Beroepsgroep	Alleen eerstelijns praktijk	Alleen zorginstelling	Zowel eerste lijn als zorginstelling
• KNO-artsen	92%	87%	91%
• Neurologen	75%	85%	79%
• Andere medisch specialisten	68%	76%	62%
• Specialisten Ouderengeneeskunde	34%	81%	85%
• Huisartsen	96%	88%	97%
• Fysiotherapeuten	92%	97%	97%
• Ergotherapeuten	73%	92%	91%
• Oefentherapeuten	58%	36%	50%
• Wijkverpleegkundige	54%	52%	68%
• Maatschappelijk werk	49%	75%	71%
• Gespecialiseerde verpleegkundigen	44%	84%	71%
• Psychologen	68%	96%	91%
• Diëtisten	58%	95%	88%
• Anders, namelijk	11%	32%	26%

Een gangbare manier om multidisciplinair samen te werken is door middel van deelname aan een landelijk of regionaal zorgnetwerk. Iets meer dan één derde van de logopedisten in de ouderenzorg geeft aan dat ze aan geen enkel zorgnetwerk deelnemen (Tabel 5.11). Dit geldt het vaakst voor logopedisten in een eerstelijns praktijk. Van de voorgelegde typen netwerken komt deelname aan ParkinsonNet het vaakst voor, mede doordat aan deze vorm van samenwerking niet alleen logopedisten in zorginstellingen deelnemen, maar ook (in iets mindere mate) logopedisten in de eerste lijn. In het geval van netwerken rondom CVA en de kwaliteitskring ouderenzorg geldt dat dit met name gangbaar is in intramuraal settings.

Tabel 5.11: Percentage logopedisten die personen van 40 jaar of ouder behandelen en deel uitmaken van één of meerdere van onderstaande landelijke of regionale (keten)zorgnetwerken (n=394) én uitgesplitst naar praktijkvorm (n=381)

	Alleen eerstelijns praktijk	Alleen zorg- instelling	Zowel eerste lijn als zorginstelling	Totaal
• Nee	65%	15%	29%	37%
• ParkinsonNet	19%	41%	44%	32%
• COPD network	3%	2%	6%	2%
• CVA ketenzorg	6%	43%	32%	27%
• Gespecialiseerde kwaliteitskring ouderenzorg	3%	43%	24%	25%
• Anders	16%	23%	24%	21%
• Anders	1%	6%	3%	4%
Totaal				100%

Tot slot geeft een deel van de logopedisten aan deel te nemen aan een ander soort zorgnetwerk dan in de lijst genoemd, bijvoorbeeld in de vorm van een kwaliteitskring. Het gaat hierbij o.a. om deelname aan zorgnetwerken rondom MS, Afasie, en zorg voor mensen met (verstandelijke) handicaps. Deze veelzijdigheid laat zien dat er in het veld van de logopedie 'vele bloemen bloeien'. N.B. Omdat deze vraag niet is beperkt tot zorgnetwerken die verband houden met zorg voor ouderen kan het zijn dat sommige netwerken vooral gericht zijn op jongeren. In bovenstaande voorbeelden zou dit bijvoorbeeld kunnen gaan om zorg voor gehandicapten, maar dit is nog duidelijker het geval bij bv. netwerken rondom dyslexie en kinderrevalidatie.

5.5 De toekomst

Een belangrijk thema in dit onderzoek is hoe de logopedie zich in de toekomst zal ontwikkelen. Aangezien deze vraag door alle logopedisten kan worden beantwoord, zijn in onderstaande tabellen ook logopedisten opgenomen die zelf (nog) geen 40-plussers behandelen. Gezien hun geringere aantal is er steeds voor gekozen bij deze subgroep alleen de meest relevante antwoordcategorie te tonen.

Tabel 5.12 toont voor welke ouderdomsgerelateerde ziekten of aandoeningen logopedisten verwachten dat hun rol in de komende twee jaar zal veranderen. In de linker kolommen blijkt dat personen die al 40-plussers behandelen vooral een toename zien rondom Alzheimer/dementie, gevolgd door beroerte/CVA en de Ziekte van Parkinson. Een relatief groot deel van deze groep geeft aan het antwoord niet precies te weten (waarbij ook personen die de vraag openlieten zijn meegenomen). Logopedisten buiten de ouderenzorg zien veel minder vaak een toename rondom de voorgelegde aandoeningen, maar ook bij hen worden Alzheimer/dementie en beroerte/CVA relatief vaak genoemd.

Tabel 5.12: Inschatting door logopedisten of hun rol voor de volgende aandoeningen van oudere patiënten/cliënten in de komende twee jaar zal toe- of afnemen, voor logopedisten die wel (n=413) of geen (n=41) 40-plussers behandelen

Aandoeningen	Logopedisten die momenteel personen van 40 of ouder behandelen				Logopedisten die dit niet doen
	Zal afnemen	Zal gelijk blijven	Zal toenemen	Weet niet / onbekend	Zal toenemen
• Alzheimer, dementia	3%	20%	58%	19%	27%
• Astma	2%	35%	20%	44%	15%
• Beroerte, CVA	4%	36%	44%	17%	29%
• Kanker	1%	31%	33%	35%	24%
• Longemfyseem, COPD	1%	26%	38%	34%	22%
• MS, ALS	2%	44%	23%	31%	22%
• Parkinson	5%	32%	41%	24%	24%
• Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	2%	38%	33%	28%	20%
• Anders, namelijk	0%	3%	4%	93%	0%
• Anders, namelijk	0%	1%	1%	97%	0%

Een vergelijkbare vraag is gesteld omtrent de verwijs- en/of samenwerkingsrelatie met andere beroepsgroepen rondom de ouderenzorg. Ook nu tonen we de resultaten voor logopedisten die zelf 40-plussers behandelen, plus één kolom met het percentage logopedisten buiten de ouderenzorg die een toename hierin verwachten. Voor geen enkele beroepsgroep verwacht een meerderheid van de logopedisten dat de verwijs- en/of samenwerkingsrelatie zal gaan toenemen. Logopedisten die zelf in de ouderenzorg werken, geven het vaakst aan dat hun relatie met huisartsen, neurologen, wijkverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde sterker zal worden (allen tussen de 36% en 41%). Deze zelfde beroepsgroepen worden ook genoemd door logopedisten buiten de ouderenzorg, maar dan beduidend minder vaak.

Tabel 5.13: Inschatting door logopedisten of hun verwijs- en/of samenwerkingsrelatie rondom ouderenzorg met de volgende beroepsgroepen in de komende twee jaar zal afnemen, gelijk blijven of toenemen, voor logopedisten die wel (n=413) of geen (n=41) 40-plussers behandelen

	Logopedisten die momenteel personen van 40 of ouder behandelen				Logopedisten die dit nog niet doen
	Zal afnemen	Zal gelijk blijven	Zal toenemen	Weet niet / onbekend	Zal toenemen
Aandoeningen					
• KNO-artsen	0%	60%	20%	20%	10%
• Neurologen	1%	43%	37%	19%	22%
• Andere medisch specialisten	1%	45%	23%	32%	15%
• Specialisten Ouderengeneeskunde	1%	38%	36%	25%	24%
• Huisartsen	1%	42%	41%	16%	22%
• Fysiotherapeuten	0%	59%	25%	16%	10%
• Ergotherapeuten	1%	58%	19%	23%	10%
• Oefentherapeuten	1%	42%	10%	47%	10%
• Wijkverpleegkundige	0%	30%	37%	33%	15%
• Maatschappelijk werk	2%	47%	18%	33%	10%
• Gespecialiseerde verpleegkundigen	1%	41%	32%	26%	12%
• Psychologen	1%	54%	23%	22%	10%
• Diëtisten	1%	48%	27%	24%	10%
• Anders, namelijk	0%	7%	2%	90%	0%
• Anders, namelijk	0%	3%	1%	96%	0%

Op de vraag in welke settings de hoeveelheid werk rondom ouderenzorg zal toenemen, blijkt dat logopedisten die zelf met ouderen werken vooral een groei zien in de multidisciplinaire eerste lijn, waar logopedisten met andere zorgverleners zorg in de buurt leveren voor oudere patiënten (Tabel 5.14). Hoe men dit precies vorm wil geven, is niet gevraagd, maar mogelijk gaat het hierbij om bv. het werken in gezondheidscentra, samen met huisartsen en andere beroepsgroepen. Ook in monodisciplinaire praktijken en in verpleeg- en verzorgingshuizen verwacht men dat de zorgvraag zal toenemen, maar wel in mindere mate. Logopedisten die zelf geen ouderen behandelen hebben een zeer vergelijkbare mening. Daarnaast valt op dat bij deze vraag logopedisten het meest verdeeld zijn: zo denkt één op de vijf logopedisten juist dat de hoeveelheid werk in verpleeg- en verzorgingshuizen zal afnemen en eenzelfde aandeel zegt dit over eerstelijns monodisciplinaire praktijken. Het illustreert voor een deel de onzekerheid die met een dergelijke toekomstinschatting gepaard gaat, maar kan ook komen doordat dit soort inschattingen mede samenhangen met factoren als de werkplek waar men gevestigd is, de regio en het aandeel ouderen dat men zelf behandelt.

Tabel 5.14: Inschatting door logopedisten of hun hoeveelheid werk rondom ouderenzorg in de volgende settings de komende twee jaar zal afnemen, gelijk blijven of toenemen, voor logopedisten die wel (n=413) of geen (n=41) 40-plussers behandelen

	Logopedisten die momenteel personen van 40 of ouder behandelen				Logopedisten die dit nog niet doen
	Zal afnemen	Zal gelijk blijven	Zal toenemen	Weet niet / onbekend	Zal toenemen
Aandoeningen					
• Verpleeghuis en/of verzorgingshuis	21%	17%	44%	18%	44%
• Ziekenhuis	11%	34%	28%	27%	34%
• Revalidatiecentrum	8%	34%	32%	26%	37%
• Eerstelijns logopediepraktijk zonder andere beroepsgroepen (monod.)	19%	15%	43%	23%	37%
• Eerstelijns logopediepraktijk met andere beroepsgroepen. (multidiscipl.)	6%	11%	64%	20%	44%
• Anders, namelijk	1%	1%	5%	94%	0%
• Anders, namelijk	0%	0%	0%	100%	0%

Vooral onder logopedisten die met ouderen werken is de interesse groot om in de toekomst deel te gaan nemen aan ketenzorgnetwerken: slechts 18% geeft aan dit niet te willen (Tabel 5.15). Van deze subgroep werkt ruim driekwart momenteel ook niet in een ketenzorgnetwerk. Degenen die wel interesse hebben kiezen relatief het vaakst voor aansluiting bij AfasieNet (dat reeds landelijk bestaat), gevolgd door het DysfagieNet (dat in ontwikkeling is) en het CVA-Net (dat in een aantal regio's bestaat). Onder logopedisten die zelf geen 40-plussers behandelen is de interesse om ooit aan een dergelijk zorgnetwerk deel te nemen zoals verwacht veel kleiner. Tot slot is het interessant te bekijken wat men in de categorie 'anders, namelijk' invult. Onder andere overweegt men aansluiting bij netwerken rondom ouderen met verstandelijke beperkingen, rondom palliatieve zorg of rondom supragastrisch boeren en/of aerofagie. Wel vult een enkeling in dat deelname aan dergelijke netwerken lastig is, bijvoorbeeld vanwege tijdsinvesteringen of de toelatingsvereisten.

Tabel 5.15: Percentage logopedisten dat in de toekomst zou willen deelnemen aan een bestaand of in oprichting zijnde ketenzorgnetwerk, voor logopedisten die wel (n=413) of geen (n=41) 40-plussers behandelen

Beroepsgroep	Logopedisten die momenteel personen van 40 of ouder behandelen	Logopedisten die dit nog niet doen
• AfasieNet	45%	17%
• ALS-Net	15%	12%
• CVA-Net	43%	17%
• COPD-Net	30%	7%
• MS-Net	18%	10%
• DementieNet	38%	17%
• ParkinsonNet	28%	7%
• DysfagieNet	51%	15%
• Anders, namelijk	8%	0%
• Geen	18%	71%

Tot slot van de vragenlijst hebben we aan alle logopedisten enkele stellingen voorgelegd. In Tabel 5.16 kon men aangeven voor welke van twee stellingen men een voorkeur had. In dit geval is gekozen om voor beide groepen logopedisten die wel of geen 40-plussers behandelen alle antwoorden te laten zien. Respondenten die de vraag open hebben gelaten zijn hier niet meegenomen, aangezien dit niet hoeft te betekenen dat ze neutraal ergens tegenover staan. Daardoor is met name de groep logopedisten buiten de ouderenzorg relatief klein.

Over specialisering in de ouderenzorg is een meerderheid van beide groepen logopedisten het duidelijk eens. Eenzelfde eensgezindheid geldt voor het invoeren van een specialisatie tot logopedist ouderenzorg in de opleiding logopedie én het streven om in een regio beter wel dan niet met collega-vakgenoten te zoeken naar een betere positionering van hun vakgebied. Meer verdeeldheid heerst er over de verdere ontwikkeling van telelogopedie en over de extramuralisering van de tweedelijns ouderenzorg: een deel van de logopedisten ziet dit als bedreiging en een iets grotere groep ziet dit juist als kans voor de logopedie.

Tabel 5.16: Opvattingen van logopedisten over de toekomst van hun vakgebied, voor logopedisten die wel (n=381; bovenste rij) of geen (n=30; onderste rij) 40-plussers behandelen

	<i>Voorkeur voor de stelling links</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Voorkeur voor de stelling rechts</i>	
Logopedisten moeten zich meer specialiseren in de ouderenzorg	75%	24%	2%	Logopedisten moeten zich niet meer in de ouderenzorg specialiseren
	60%	40%	0%	
Tele-logopedie in de ouderenzorg is een goed idee en moet worden bevorderd	21%	46%	34%	Tele-logopedie in de ouderenzorg is een slecht idee en zou moeten worden ontmoedigd
	17%	40%	43%	
In de opleiding tot logopedist moet de specialisatie tot logopedist volwassenen / ouderenzorg zo snel mogelijk worden ingevoerd	56%	32%	12%	De opleiding tot logopedist moet dezelfde blijven zonder specialisaties tot logopedist volwassenen/ouderenzorg
	57%	40%	3%	
Extramuralisering van tweedelijns logopedie is een bedreiging voor de rol van logopedie in de ouderenzorg	24%	37%	39%	Extramuralisering van tweedelijns logopedie is een kans voor de rol van logopedie in de ouderenzorg
	20%	57%	23%	
Positionering van logopedie in de ouderenzorg is iets wat logopedisten vooral zelf moeten doen	17%	30%	54%	Positionering van logopedie in de ouderenzorg moet gebeuren met andere logopedisten in de regio
	17%	23%	60%	

De allerlaatste vraag ging in op toekomstige prioriteiten voor de NVLF. Respondenten konden een maximum van 3 antwoorden aankruisen om te komen tot een selectie van de belangrijkste thema's. Het hoogst op de agenda voor beide groepen logopedisten is het etaleren van de beroepsgroep bij de politiek en zorgverzekeraars; hier werd veel meer belang aan gehecht dan aan etalering onder andere beroepsgroepen in de eerste, tweede of derde lijn (Tabel 5.17). Logopedisten die zelf ouderen behandelen kozen ook relatief vaak voor het stimuleren van meer nascholing voor ouderen-specifieke aandoeningen. Dat men een specialistische master minder vaak noemde heeft mogelijk ook verband met het feit dat het hier werkzame logopedisten betrof. Hoe logopedisten in opleiding hierover denken is onbekend. Een ander veelgenoemd punt, in beide subgroepen, is het belang van verdere protocol- en richtlijnontwikkeling.

Tabel 5.17: Percentage logopedisten dat aankruiste op welke onderwerpen met betrekking tot de ouderenzorg de NVLF zich in de toekomst moet gaan richten, met een maximum van 3 antwoorden per persoon, voor logopedisten die wel (n=413) of geen (n=41) 40-plussers behandelen

Beroepsgroep	Logopedisten die momenteel personen van 40 of ouder behandelen	Logopedisten die dit nog niet doen
• Etalering van de beroepsgroep in de eerste lijn	34%	27%
• Etalering van de beroepsgroep in de tweede en derde lijn	17%	10%
• Etalering van de beroepsgroep bij de politiek en zorgverzekeraars	64%	51%
• Ontwikkelen van criteria voor het toetsen van kennis en de kwaliteit van logopedisten	8%	10%
• Ontwikkelen van protocollen en (multidisciplinaire) richtlijnen	31%	32%
• Stimuleren van wetenschappelijk onderzoek naar de logopedie	32%	24%
• Het faciliteren van een specialistische master logopedie voor ouderen / geriatrisch patiënten	29%	27%
• Het stimuleren van meer nascholing voor ouderen-specifieke aandoeningen	46%	24%
• Anders, namelijk	2%	5%

Ook heeft men bij deze vraag in enkele gevallen de categorie 'anders, namelijk' ingevuld. Gezien het gerichte aantal antwoorden én de diversiteit hierin is het niet mogelijk hier eenduidige conclusies uit te trekken. Dit geldt wel voor de slotopmerkingen op het einde van de vragenlijst. Een groot aantal personen maakte gebruik van deze mogelijkheid om op het einde van het onderzoek aan te geven wat men zelf met name belangrijk vond. Binnen de grote diversiteit aan opmerkingen bleken 4 thema's relatief vaak benoemd te worden:

- Specialisatie vs. generalisme: enerzijds benoemden diverse logopedisten het belang van verdergaande specialisatie, bijvoorbeeld waar het gaat om de behandeling van patiënten met één bepaald type aandoening, zoals CVA. Anderzijds benoemde een nog groter aantal logopedisten de nadelen hiervan. Zo zorgt het voor versnippering, maakt het de logopedist minder breed inzetbaar en daarmee mogelijk ook minder herkenbaar. Een genoemde oplossing is dat er nagedacht zou moeten worden over een goede balans tussen beide typen, waarbij er naast gespecialiseerde logopedisten ook ruimte blijft voor allround logopedisten, juist in minder dichtbevolkte gebieden.
- Een tweede spanningsveld betreft de relatie tussen de tweede en eerste lijn. Het gaat hierbij o.a. om toegenomen ontschotting en concurrentie, waarbij er verschillende opvattingen heersen, mogelijk mede afhankelijk van of men zelf in de eerste dan wel tweede lijn werkt. Dit leidt in potentie tot wij-zij denken wat het vinden van oplossingen kan bemoeilijken. Zoals een respondent aangaf, een mogelijke oplossingsrichting is het bewerkstelligen 'dat eerste- en tweedelijnszorg beter op elkaar aansluiten. Het is onmogelijk om als allround praktijk alle logopedische problemen van ouderen te kunnen behandelen. Aan de ene kant is het daarom goed dat bijvoorbeeld verpleeghuizen ook eerstelijns gaan behandelen. Aan de andere kant moeten er daarbij duidelijke afspraken worden gemaakt met de logopediepraktijken in de omgeving.'

- Een derde terugkerend thema is de relatie met zorgverzekeraars en in iets mindere mate ook de politiek. Het gaat hierbij o.a. om het terugdringen van administratieve belasting, maar vooral ook om het afspreken van betere behandelnormen, die ook ruimte bieden voor langere behandlesessies als het type aandoening en de ernst ervan hierom vragen. Juist ouderen met bv. dementie of gerelateerde klachten hebben immers meer contacttijd nodig dan jongeren, zeker in de beginfase van een behandeltraject.
- Het laatste thema dat regelmatig benoemd werd betreft de opkomst van netwerken, zoals ParkinsonNet en diverse kenniskringen. Van de ene kant biedt dit mogelijkheden voor samenwerking en zien anderen het als een voorbeeld dat ter inspiratie kan dienen voor netwerken rondom andere ouderdomsgerelateerde aandoeningen, zoals dementie. Van de andere kant wordt ook gewezen op kritiekpunten, bijvoorbeeld de investeringen in bv. tijd en geld die het vergt om aan een dergelijk netwerk deel te nemen. Daarnaast creëert het volgens sommigen ook de volgens hen ontorechte suggestie dat goede zorg alleen in een dergelijk netwerk kan worden aangeboden.

In aanvulling op deze opmerkingen werden soms ook nieuwe markten benoemd waarop de logopedie zich sterker kan ontwikkelen, zoals de psychiatrische zorg en neurologopedie en de zorg rondom steeds ouder wordende verstandelijk gehandicapten. De hierboven aangehaalde hoofdthema's laten echter goed zien dat een belangrijke uitdaging voor het werkveld lijkt te zijn om een goede balans te vinden, bijvoorbeeld tussen verschillende deelsectoren en expertisegebieden binnen de logopedie, maar ook tussen de logopedie en andere eerste- en tweedelijns beroepsgroepen, van bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige in de eerste lijn tot de specialist ouderengeneeskunde in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

5.6 Conclusie

Samengevat geven de resultaten uit de ledenenquête extra inzicht in zowel de huidige status van de logopedie in de ouderenzorg als de richting waarin deze zich mogelijk kan ontwikkelen.

- Logopedisten die ouderen behandelen (hier ruim gedefinieerd als patiënten van 40 jaar en ouder) lijken te bestaan uit twee hoofdgroepen: degenen die zich (nagenoeg) volledig richten op ouderenzorg en degenen bij wie volwassenen een minderheid vormen, wellicht omdat zij specifieke spraakproblemen hebben of omdat de logopedist gevestigd is in een gebied met weinig andere logopediepraktijken.
- Het volgen van vervolgopleidingen voor ouderen in de logopedie is vrij gangbaar, mede in relatie tot deelname aan kenniskringen of zorgnetwerken.
- De meeste logopedisten werken of in een eerstelijns praktijk of in een grotere zorginstelling. Hoewel men wel vaker op twee werkplekken werkt, komt de combinatie van beide deelsectoren relatief weinig voor. Dit kan overigens duiden op enige selectiviteit van de respons.
- Logopedisten behandelen relatief vaak patiënten met afasie, dysartrie of dysfagie en dit geldt het sterkst in intramuraal instellingen. Omgekeerd komen bv. globusklachten of stoornissen in stemproductie of /-kwaliteit vaker voor in de eerste lijn.

- Een vergelijkbaar beeld is te zien bij achterliggende aandoeningen: logopedisten, en dan met name in zorginstellingen, behandelen relatief vaak klachten in verband met beroerte/CVA, Alzheimer/dementie of andere ouderdomsgerelateerde (neurologische) aandoeningen. In de eerste lijn ziet men juist vaker patiënten met astma en kanker. Beide deelsectoren lijken daarmee iets andere aandachtspunten/expertisegebieden te hebben, die elkaar in potentie kunnen aanvullen.
- Hiermee samenhangend nemen logopedisten in intramurale settings ook vaker deel aan ouderdomsgerelateerde zorgnetwerken, bijvoorbeeld rondom CVA of Parkinson. Aan ParkinsonNet nemen zowel eerstelijns praktijken als instellingen deel. Dit geeft mogelijkheden, hoewel logopedisten in hun slotopmerkingen ook wezen op barrières hierbij.
- Naar de toekomst kijkend lijkt de groei van logopedische zorg met name te liggen rondom bovengenoemde aandoeningen zoals Alzheimer/dementie, beroerte/CVA en de ziekte van Parkinson. Of dit ook leidt tot een toename van de samenwerking met andere beroepsgroepen, vindt men lastiger te bepalen. Samenwerking met huisartsen en wijkverpleegkundigen in de eerste lijn en met neurologen en specialisten ouderengeneeskunde in de geïnstitutionaliseerde zorg worden het vaakst genoemd.
- De meeste verschillen in opvattingen worden gevonden rondom de typen werkplekken waar de hoeveelheid logopedische zorg zal toenemen. Zowel de (met name multidisciplinaire) eerste lijn als verpleeg- en verzorgingshuissector worden regelmatig genoemd, maar in beide gevallen is er ook een duidelijke minderheid die verwacht dat de hoeveelheid werk daar juist afneemt.
- Ook het werken in zorgnetwerken kan op een grote belangstelling rekenen van logopedisten die zelf oudere patiënten behandelen. Netwerken rondom logopedische klachten zoals afasie en dysfagie worden iets vaker genoemd dan aandoeningen en ziekten zoals dementie, CVA en de ziekte van Parkinson. Ook is er een duidelijke subgroep van personen die nu niet aan dergelijke netwerken deelnemen en dit ook in de toekomst niet willen. Hoe beide zienswijzen binnen de logopedie te verenigen en verbinden is een thema dat ook in de open opmerkingen naar voren kwam.
- Logopedisten konden ook hun voorkeur uitspreken voor verschillende toekomstscenario's. Het draagvlak voor verdere specialisering in de ouderenzorg lijkt hierbij groot (ook onder degenen die zelf geen ouderen behandelen), evenals het bieden van ruimte hiervoor in de logopedie-opleiding. Ook zijn er kansen voor het vakgebied in het feit dat de meeste logopedisten liever met dan zonder hun collega's in de regio de logopedie in de ouderenzorg willen versterken. Over tele-logopedie en de extramuralisering van de tweedelijns ouderenzorg is men juist meer verdeeld. Hoe hiermee om te gaan is een belangrijke vraag, waar in de slotopmerkingen enkele oplossingsrichtingen zijn gevonden, maar waarbij het belangrijk lijkt intern diepgaander de dialoog aan te gaan over wat wel of niet wenselijk of haalbaar is.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Inleiding

In het slothoofdstuk van deze studie kijken we terug op de doelstellingen van het onderzoek en bijbehorende vraagstellingen. Welke aanbevelingen aan de NVLF kunnen uit de antwoorden op deze vragen worden gegeven voor hun strategisch beleid en voor verder onderzoek?

Algemene doelstelling was om te bepalen wat de huidige rol van de logopedist is in de ouderenzorg en wat die potentieel in de toekomst kan zijn. Door het verkennen van deze rol komt er meer zicht op de mogelijkheden voor beroepsontwikkeling en samenwerking en kan de rol van de logopedist binnen de ouderenzorg geëvalueerd en verkend worden. In het verlengde van deze doelstellingen vormen de volgende sets van vraagstellingen de leidraad van het onderzoek.

Voor wat betreft de huidige logopedische zorg:

1. Wat is in de wetenschappelijke literatuur bekend over de meerwaarde van logopedie binnen de ouderenzorg?
2. Wat is de rol van de logopedist binnen de ouderenzorg in andere landen?
3. Welke zorg leveren logopedisten in Nederland momenteel aan ouderen binnen verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
4. Met welke andere beroepsgroepen werken zij samen en welke taakverdelingen zien we daarbij?

Voor wat betreft de toekomst van de logopedische zorg:

5. Voor welke aandoeningen en patiëntgroepen zien logopedisten zelf en andere stakeholders een andere rol dan nu het geval is?
6. Hoe varieert dit naar verschillende sectoren van de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg?
7. Hoe varieert dit naar verschillende beroepsgroepen waarmee logopedisten samenwerken of samen kunnen gaan werken?

En tot slot:

8. Welke aanbevelingen aan de NVLF kunnen uit de antwoorden op de bovenstaande vragen worden gegeven voor hun strategisch beleid en voor verder onderzoek?

6.2 De voornaamste resultaten

Voor een korte samenvatting van enkele hoofdbevindingen, bespreken we deze niet per wijze van gegevensverzameling (bv. literatuurstudie vs. ledenenquête), maar per onderwerp, gebruik makend van de uitkomsten van zowel de voorstudie, de expert- en scenarioworkshops en de ledenenquête. Dit vormt vervolgens input voor de beleidsaanbevelingen in de slotparagraaf.

Wetenschappelijk onderzoek naar de logopedie

De deskresearch leverde een indruk op van wat er in de internationale wetenschappelijke literatuur bekend is over aandoeningen die vaak bij ouderen voorkomen en waar de rol van de logopedist of logopedische zorg wordt genoemd. Omdat het geen systematische literatuurreview betrof, kan niet worden aangenomen dat dit overzicht volledig is. Desondanks is de indruk dat de logopedie weliswaar vaak wordt genoemd in relatie tot diverse aandoeningen zoals beroertes en de ziekte van Parkinson, maar dat wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van logopedie bij ouderen nauwelijks bestaat. Dit beeld wordt in de workshops bevestigd. Verschillende deelnemers, zowel logopedisten als de deelnemende artsen, pleiten ervoor om de wetenschappelijke basis van de logopedie te versterken, onder meer door het ontwikkelen van een onderzoeksagenda. In de ledenenquête is eveneens draagvlak voor meer wetenschappelijk onderzoek: het wordt door één derde van de logopedisten in de top 3 van belangrijkste prioriteiten voor de NVLF gezet.

Meest relevante logopedische klachten en aandoeningen

Als het gaat om welke logopedische aandoeningen vaak voorkomen, kan op basis van externe statistische bronnen hooguit een zeer beperkt beeld gegeven worden. Bijvoorbeeld, cijfers van 33 eerstelijns praktijken laten onder meer zien dat stoornissen in stemproductie of -kwaliteit, dysartrie en afasie regelmatig vastgesteld worden, maar ook dat hun ontwikkeling door de tijd (2008-2012) duidelijk kan fluctueren. Eenduidige prognoses voor de toekomst zijn hierdoor lastig af te leiden. Wel worden bovengenoemde aandoeningen, plus daarnaast dysfagie, zowel in de workshops als in de online ledenenquête veel genoemd. De groei van de logopedische zorg zien logopedisten vooral rondom ouderdomsgerelateerde aandoeningen zoals Alzheimer/dementie, beroerte/CVA en de ziekte van Parkinson. De ledenenquête laat ook accentverschillen zien tussen eerstelijns logopedisten en hun collega's in intramurale instellingen: de laatsten zien bv. vaker patiënten met afasie en dysfagie, terwijl de eersten bv. vaker patiënten met globusklachten en stoornissen in stemproductie- en kwaliteit behandelen. Dergelijke verschillen houden logischerwijs ook verband met een verschil in aandoeningen en ziekten. Terwijl men in instellingen juist relatief vaker patiënten met beroerte/CVA, dementie/Alzheimer en de ziekte van Parkinson behandelt, gaat het in de eerste lijn juist relatief vaker om patiënten met astma en kanker. Beide deelsectoren lijken daarmee iets andere aandachtspunten/expertisegebieden te hebben, die elkaar in potentie kunnen aanvullen. Hoe dit in de toekomst precies vorm te geven is iets waar logopedisten sterk verschillend over kunnen denken.

Multi- en monodisciplinaire samenwerking

Op basis van externe data kan een impressie worden gegeven over de samenwerking van logopedisten met anderen. Met name met medisch specialisten, in het bijzonder neurologen en KNO-artsen, hebben logopedisten een duidelijke (verwijs)relatie. In de ledenenquête blijkt dat hetzelfde daarnaast ook geldt voor andere beroepsgroepen, zoals de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en de fysiotherapeut en/of ergotherapeut. Voor de toekomst worden dezelfde beroepsgroepen veelal genoemd, maar opvallend vaak ook de wijkverpleegkundige. In de workshop kwam naar voren dat vooral van belang is wie in een bepaalde gemeente/regio de rol vervult van casemanager voor oudere patiënten. Dit zou naast de wijkverpleegkundige bv. ook het algemeen maatschappelijk werk kunnen zijn. In potentie is dit ook een type samenwerking waar de eerste lijn een centrale rol in kan vervullen, in het kader van de zorg dichtbij huis. Het werken in zorginstellingen daarentegen biedt juist meer mogelijkheden voor het werken in multidisciplinaire teams (bv. collega-fysiotherapeuten binnen de instelling) en mogelijk ook voor het deelnemen aan ouderdomsgerelateerde zorgnetwerken, bijvoorbeeld rondom CVA of Parkinson. Aangezien er een grote variatie zichtbaar is in het soort zorgnetwerken waaraan men deelneemt, bv. ook rond ouderen met (verstandelijke) handicaps, komt duidelijk naar voren dat er in het veld van de logopedie 'vele bloemen bloeien'. Wel laten de slotopmerkingen in de online enquête zien dat tenminste een deel van de logopedisten ook graag ruimte ziet om buiten dergelijke netwerken om oudere patiënten te behandelen .

Richting van de logopedische ouderenzorg en de rol van de NVLF hierbij

De opkomst van zorgnetwerken raakt ook aan de rol van de NVLF aangezien de beroepsvereniging hierbij een trekkersrol vervult. Vooral is van belang om te weten te komen wat precies de prikkel voor logopedisten is om wel of niet aan een netwerk deelnemen. Dat is nu moeilijk te zeggen. Wel liet de online enquête zien dat er onder zowel logopedisten die wel én geen ouderen behandelen draagvlak is voor een verdere specialisering in de ouderenzorg, en draagvlak om hiervoor ruimte te bieden in de logopedie-opleiding. De open opmerkingen lieten ook zien dat hierbij een balans gezocht moet worden met de meer generalistische logopedie, die zeker in minder stedelijke gebieden een centrale rol vervult. Mogelijk gaat het voor een deel om dezelfde typen logopedisten die hierboven werden genoemd, nl. degenen die expliciet niet aan een zorgnetwerk willen deelnemen.

Een andere vraag die raakt aan de potentiële rol van de NVLF is hoe om te gaan met de mogelijke scheidslijn tussen de tweede en eerste lijn. Om 'wij-zij denken' tussen beide werelden te voorkomen is het van algemeen belang dat eerste- en tweedelijnszorg nauw op elkaar aansluiten en de samenwerking zoekt. Hiervoor zijn duidelijke afspraken tussen zorginstellingen en de eerstelijns logopedisten van belang.

Het laatste hoofdthema in de gemaakte slotopmerkingen door logopedisten werd vrij breed gedeeld tussen logopedisten, namelijk het belang om de beroepsgroep beter te etaleren bij de politiek en zorgverzekeraars, hetgeen men belangrijker vindt dan etalering bij andere gezondheidszorgberoepen. Ook dit kwam in de slotopmerkingen naar voren: hoe kan men bv. de administratieve belasting terugdringen, maar ook: is het mogelijk om betere behandelnormen met meer ruimte voor langere behandelsessies af te spreken?

Al deze thema's samen laten zien dat het een belangrijke uitdaging voor zowel de vereniging als de beroepsgroep zelf is om na te denken over een goede balans tussen verschillende perspectieven en expertisegebieden binnen de logopedie. Om die reden eindigt het rapport met een aantal kernlessen, die in de vorm van een zogenaamde SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats) wordt besproken.

6.3 SWOT-analyse

Een SWOT-analyse legt de nadruk op 4 belangrijke gezichtspunten: wat zijn intern sterke en zwakke punten en wat zijn extern het beste te zien als kansen versus bedreigingen.

Tabel 6.1: SWOT-analyse op basis van de bevindingen van het onderzoek

Interne analyse	Externe analyse
<p>Sterke punten</p> <ul style="list-style-type: none"> Breedte van het werkveld o.a. in relevante ouderdomsgerelateerde aandoeningen Grote mate van specialisatie deel van de logopedisten in de ouderenzorg 	<p>Kansen</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergrijzing van de bevolking en groei chronische aandoeningen Betreden van (relatief) nieuwe zorggebieden, zoals psychiatrie Gezamenlijke strategie binnen en buiten de logopedie richting voornaamste verwijzers en samenwerkingspartners Mogelijkheden telelogopedie (voor een deel van het vakgebied)
<p>Zwakke punten</p> <ul style="list-style-type: none"> Bekendheid onder andere disciplines Wetenschappelijke basis vakgebied Toegenomen concurrentie in plaats van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn 	<p>Bedreigingen</p> <ul style="list-style-type: none"> Onzichtbaarheid van de logopedie bij opkomst discipline overstijgende specialisatie per ziekte, bv rondom CVA Concurrentie andere vakgebieden? Concurrentie van telelogopedie (voor een deel van het vakgebied)

6.4 Beperkingen van deze studie

Dit onderzoek heeft als doel in kaart te brengen waar de ontwikkelmogelijkheden voor de logopedie liggen rondom de zorg voor oudere patiënten. Als reflectie op deze studie dienen enkele beperkingen te worden opgemerkt, die voor de interpretatie ervan van belang zijn.

Ten eerste bleek uit de secundaire analyse van cijfers over de Nederlandse logopedie dat er weinig bekend is over de precieze omvang van de zorgvraag, bijvoorbeeld in termen van incidentie van logopedische klachten in de huisartsenpraktijk, en hoe deze zich door de tijd heen ontwikkelt. Ook is er weinig bekend over het zorgaanbod in termen van het precieze aantal behandelingen dat plaatsvindt en de trends hierin. Dit maakt het lastig goede prognoses

te geven hoe zorgvraag en –aanbod in de logopedie voor ouderen zich in de toekomst zal ontwikkelen. Wel is het door de vergrijzing reëel een stijging van de zorgvraag te verwachten.

Eén van de implicaties van de beperkte beschikbaarheid van cijfers is dat het moeilijk is om de precieze kosten en baten van de logopedie in de ouderenzorg te bepalen. In een eerdere studie van het SEO voor logopedie bij kinderen was dit wel mogelijk en kon de positieve kostenbaten-balans ook worden gekwantificeerd. Als meer cijfers beschikbaar zijn over het logopedische zorggebruik door ouderen op basis van bijvoorbeeld declaraties van zorgverzekeraars, zou een dergelijke studie alsnog tot de mogelijkheden behoren.

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat het grotendeels gebaseerd is op de ervaringen en meningen van de logopedie-beroepsgroep zelf. Of ook andere beroepsgroepen een bepaalde behandelrol van de logopedist bij bepaalde ouderen-gerelateerde aandoeningen of patiëntgroepen voor ogen hebben is dus niet gepeild. Vervolgonderzoek (en/of vervolggesprekken vanuit de beroepsgroep zelf) is vooral interessant om vast te stellen of verwijzers zoals huisartsen en medisch specialisten dezelfde toekomstverwachtingen delen als logopedisten.

Voor dit onderzoek hadden nog meer en/of andere (grijze) literatuurbronnen geanalyseerd kunnen worden, meer en andere personen kunnen worden betrokken in de focusgroepen, of bijvoorbeeld enquêtes ook onder ouderen of andere zorgverleners uitgezet kunnen worden. Gegeven het beschikbare budget is een zo evenwichtig mogelijke mix van bronnen en onderzoeksmethoden toegepast, om zo tot een analyse van huidige en de potentiële rol van de logopedie binnen de Nederlandse ouderenzorg te komen.

Daarnaast dient benadrukt te worden dat in dit onderzoek naar de logopedie als beroepsgroep en domein binnen de gezondheidszorg vanuit een zgn. health systems perspectief is gekeken, en minder diepgaand vanuit een zorginhoudelijk en/of klinisch perspectief. De aanpak van dit onderzoek was vooral verkennend wat betreft de potentiële rol van de logopedie in de ouderen. Van daaruit zijn de ontwikkelingen in de literatuur en de meningen van experts en logopedisten opgetekend, zonder deze in een bepaalde richting te sturen. Ook daarom is op zoek gegaan naar consensus en onderbouwing vanuit verschillende bronnen, om zo tot de uiteindelijke SWOT-inventarisatie te komen.

Ondanks deze beperkingen geeft dit onderzoek een breed beeld van de potentiële rol die de logopedie in de ouderenzorg kan vervullen. Concrete vervolgacties zullen moeten aantonen of dit potentieel ook daadwerkelijk aangesproken en vervuld kan worden. Hiervoor zijn uit de workshops en de enquête onder de NVLF-leden veel suggesties naar voren gekomen. Deze kunnen geordend en afgewogen moeten worden naar urgentie, wenselijkheid en haalbaarheid. De hier gepresenteerde SWOT-analyse helpt daarbij, waarbij het tevens van belang is dat wordt bepaald welke organisaties welke suggesties kunnen oppakken.

Een van die suggesties is om tot meer precieze cijfers te komen over de prevalentie en incidentie van de geïnventariseerde taal/spraak/stem/slik-stoornissen. Over de gerelateerde aandoeningen zijn wat meer epidemiologische feiten bekend (naar leeftijd en geslacht), maar daarbij ontbreken dan weer de diagnose-, behandel- en doorverwijscijfers van logopedist van/naar de eerste lijn en de tweede lijn. Dit pleit voor meer, en nauwkeuriger en gestandaardiseerde registratie door huisartsen en medisch specialisten, maar ook door logopedisten zélf in hun intra- en extramurale setting. Meer en betere registratiecijfers zullen meer epidemiologisch inzicht opleveren én meer inzicht in de patiëntstromen en de handel- of zorgpaden die er nu zijn. En daarmee ook waar de positie van de logopedist vooral te verbeteren is.

Een andere suggestie is dat er meer behoefte aan wetenschappelijke onderzoek dat verder reikt in de 'chain of evidence' dan nu het geval is. Randomized control trials, en daardoor meta-studies en/of systematic literature reviews zijn zeer schaars, zo blijkt uit het (beperkte) literatuuronderzoek dat wij hebben uitgevoerd. Dat heeft te maken met het gemis aan registratiecijfers zoals hiervoor genoemd in Nederland (maar waarschijnlijk ook in andere landen), budgetten en capaciteit voor wetenschappelijk onderzoek in/door de logopedie. In het verder ontwikkelen van wetenschappelijk onderzoek, al dan niet in samenwerking met andere disciplines, liggen ons inziens belangrijke kansen en uitdagingen.

Literatuur

- Asche CV, Singer ME, Jhaveri M, Chung H, Miller A (2010) All-cause health care utilization and costs associated with newly diagnosed multiple sclerosis in the United States. *J Manag Care Pharm.* 16(9):703-12.
- Bastiaanse, R. (2010). *Afasie*. Bohn Stafleu van Loghum
- Beijer LJ, Rietveld TC, van Beers MM, Slangen RM, van den Heuvel H, de Swart BJ, Geurts AC. (2010) E-learning-based speech therapy: a web application for speech training. *Telemed J E Health.* 16(2):177-80.
- Berden, C & L Kok (2012) *De waarde van logopedie: De kosten en baten van logopedie bij kinderen met spraak-/taalstoornissen*. Amsterdam: SEO. Beschikbaar op http://www.seo.nl/uploads/media/2012-69_De_waarde_van_logopedie.pdf
- Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P (2012) Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Update of Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(5):CD000425.
- El Hachoui, H. (2012). *Aphasia after Stroke: the SPE AK Study (Proefschrift)*. Erasmus University Rotterdam
- Greenberg E, Treger J, Ring H (2004) Post-stroke follow-up in a rehabilitation center outpatient clinic (2004). *Isr Med Assoc J.* 6(10):603-6. PubMed PMID: 15473587.
- Hassan SM, Malki KH, Mesallam TA, Farahat M, Bukhari M, Murry T (2012) The effect of cochlear implantation on nasalance of speech in postlingually hearing-impaired adults. *J Voice.* 26(5):669.
- Herd CP, Tomlinson CL, Deane KH, Brady MC, Smith CH, Sackley CM, Clarke CE (2015) Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease. *Cochrane Database Systematic Review*:CD002814.
- Herd CP, Tomlinson CL, Deane KH, Brady MC, Smith CH, Sackley CM, Clarke CE (2012) Speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech problems in Parkinson's disease. *Cochrane Database Systematic Review*:CD002812.
- Kok, L., Brouwer, N. & Sadiraj, K. (2004). *Kosten en baten van extramuralisering*. SEO-rapport, 738. Amsterdam: SEO.
- Laccourreye O, Malinvaud D, Delas B, Bonfils P, Crevier-Buchman L, Ménard M, Souilamas R (2010) Early unilateral laryngeal paralysis after pulmonary resection with mediastinal dissection for cancer. *Ann Thorac Surg.* 90(4):1075-8
- Menozzi Tucci F, Cantoni L, Riva L, Bergamaschi M, Capuzzi P, Fiorini T, Cardini P, Allegra P, Fontanella A, Galetti G (1996) [Rehabilitation of deafness in the elderly: multidisciplinary intervention in experimental university center] *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 1996 Feb;16(1 Suppl 52):3-16.
- NVLF (2015) *Logopedische Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie'* Concept richtlijn

- Oskam IM, Verdonck-de Leeuw IM, Aaronson NK, Witte BI, de Bree R, Doornaert P, Langendijk JA, Leemans CR (2013) Prospective evaluation of health-related quality of life in long-term oral and oropharyngeal cancer survivors and the perceived need for supportive care. *Oral Oncol.* 49(5):443-8
- Rudd AG, Jenkinson D, Grant RL, Hoffman A. (2009) Staffing levels and patient dependence in English stroke units. *Clin Med.* 9(2):110-5.
- Schulz GM (2002) The effects of speech therapy and pharmacological treatments on voice and speech in Parkinson s disease: a review of the literature. *Curr Med Chem.* 9(14):1359-66.
- Sellars C, Hughes T, Langhorne P (2005) Speech and language therapy for dysarthria due to non-progressive brain damage. Update of Cochrane Database Systematic Review:CD002088. *Cochrane Database Systematic Review:CD002088.*
- Suchowersky O, Gronseth G, Perlmutter J, Reich S, Zesiewicz T, Weiner WJ (2006) Practice Parameter: neuroprotective strategies and alternative therapies for Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology.* 2006 Apr 11;66(7):976-82
- Van Dijke, I, J Ewalds (2012) Logopedie in de DBC systematiek. DBC-Onderhoud http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/documentatiecentrum/publicaties/handouts/dbc_structuur/Logopedie_in_de_DBC_systematiek.pdf
- Van Hassel, D., Korevaar, J., Batenburg, R., Schellevis, F. (2015) De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht, NIVEL
- Van Hemert, AJP & C Koolhaas (2010) Oefenen met de ICF? Een handreiking voor KKB-ers. Woerden: NVLF. Beschikbaar op www.logopedie.nl/bestanden/ikbenlogopedist/kwaliteit/icidh_en_icf/Handreiking_ICF_140710.pdf
- Vierregge P, Dethlefsen J (1992) Physical therapy and speech therapy in Parkinson syndrome--a status assessment. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 60(10):369-74.
- West C, Hesketh A, Vail A, Bowen A (2005) Interventions for apraxia of speech following stroke. *Cochrane Database Systematic Review CD004298.*

Bijlage 1 Hoeveel logopedisten zijn er werkzaam in Nederland?

Het precieze aantal werkzame logopedisten in Nederland is niet met zekerheid te bepalen. Het aantal van 4.700 is gebaseerd op het ledenaantal van de NVLF, dat in 2013 volgens haar jaarverslag 4.723 bedroeg. In dat jaar waren er 201 opzeggingen en 496 nieuwe leden, een indicatie dat de beroepsgroep nog steeds groeit. De jaarlijkse instroom in de opleiding is de afgelopen jaren ook steeds gegroeid (van 598 in 2010 tot 613 in 2013), maar in 2014 was deze voor het eerst lager: 507 studenten. Een groot aantal personen is in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) als logopedist geregistreerd. In december 2014 waren dat er ruim 7.500. In dit register staan echter ook veel logopedisten die niet of niet meer werkzaam zijn. Selecteren we op het aantal kwaliteitsregistreerden in het KP dan was het aantal ingeschrevenen, in december 2014, 4.745. Dit aantal komt goed overeen met het aantal NVLF-leden.

Bijlage 2 Zoekresultaten systematic reviews

1. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD002814. doi:

10.1002/14651858.CD002814.pub2. **Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease.**

Herd CP(1), Tomlinson CL, Deane KH, Brady MC, Smith CH, Sackley CM, Clarke CE.

Update of Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD002814.

BACKGROUND: Patients with Parkinson's disease commonly suffer from speech and voice difficulties such as impaired articulation and reduced loudness. Speech and language therapy (SLT) aims to improve the intelligibility of speech with behavioural treatment techniques or instrumental aids.

OBJECTIVES: To compare the efficacy and effectiveness of novel SLT techniques versus a standard SLT approach to treat Parkinsonian speech problems.

SEARCH METHODS: We identified relevant, published prior to 11(th) April 2011, by electronic searches of numerous literature databases including CENTRAL, MEDLINE and CINAHL, as well as handsearching relevant conference abstracts and examining reference lists in identified studies and other reviews.

SELECTION CRITERIA: Only randomised controlled trials (RCT) of one type of speech and language therapy versus another were included.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently extracted data and resolved differences by discussion.

MAIN RESULTS: Six trials involving 159 patients satisfied the inclusion criteria.

Data could not be analysed from one trial due to changes in patient numbers and from a second because the data provided were not in a usable format. All trials reported intelligibility measures but a statistically significant result was only reported for the diagnostic rhyme test used in the study of Lee Silverman Voice Treatment -LOUD (LSVT-LOUD) versus a modified version of this therapy (LSVT-ARTIC). In this case a difference of 12.5 points (95% confidence interval (CI) -22.2 to -2.8; $P = 0.01$) between the mean changes in favour of the LSVT-LOUD group was reported for a speech sample overlaid with Babble noise; this difference was not reproduced for the two additional noise conditions under which the speech samples were assessed. LSVT-LOUD also outperformed LSVT-ARTIC and

Respiration therapy (RT) in improving loudness, with a difference in reading a sample text of 5.0 dB (95%CI -8.3 to -1.7; P = 0.003) and 5.5 dB (95% CI 3.4 to 7.7; P < 0.00001) respectively, and a difference in monologue speech of 2.9 dB (95% CI 0.6 to 5.2; P = 0.01) versus RT.

AUTHORS' CONCLUSIONS: Considering the small patient numbers in these trials, there is insufficient evidence to support or refute the efficacy of any form of SLT over another to treat speech problems in patients with Parkinson's disease.

Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD002812. doi:

10.1002/14651858.CD002812.pub2. **Speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech problems in Parkinson's disease.**

Herd CP(1), Tomlinson CL, Deane KH, Brady MC, Smith CH, Sackley CM, Clarke CE.

Update of Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD002812.

BACKGROUND: Parkinson's disease patients commonly suffer from speech and vocal problems including dysarthric speech, reduced loudness and loss of articulation.

These symptoms increase in frequency and intensity with progression of the disease). Speech and language therapy (SLT) aims to improve the intelligibility of speech with behavioural treatment techniques or instrumental aids.

OBJECTIVES: To compare the efficacy of speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech and voice problems in patients with Parkinson's disease.

SEARCH METHODS: Relevant trials were identified by electronic searches of numerous literature databases including MEDLINE, EMBASE, and CINAHL, as well as handsearching of relevant conference abstracts and examination of reference lists in identified studies and other reviews. The literature search included trials published prior to 11(th) April 2011.

SELECTION CRITERIA: Only randomised controlled trials (RCT) of speech and language therapy versus placebo or no intervention were included.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Data were abstracted independently by CH and CT and differences settled by discussion.

MAIN RESULTS: Three randomised controlled trials with a total of 63 participants were found comparing SLT with placebo for speech disorders in Parkinson's

disease. Data were available from 41 participants in two trials. Vocal loudness for reading a passage increased by 6.3 dB ($P = 0.0007$) in one trial, and 11.0 dB ($P = 0.0002$) in another trial. An increase was also seen in both of these trials for monologue speaking of 5.4 dB ($P = 0.002$) and 11.0 dB ($P = 0.0002$), respectively. It is likely that these are clinically significant improvements.

After six months, patients from the first trial were still showing a statistically significant increase of 4.5 dB ($P = 0.0007$) for reading and 3.5 dB for monologue speaking. Some measures of speech monotony and articulation were investigated; however, all these results were non-significant.

AUTHORS' CONCLUSIONS: Although improvements in speech impairments were noted in these studies, due to the small number of patients examined, methodological flaws, and the possibility of publication bias, there is insufficient evidence to conclusively support or refute the efficacy of SLT for speech problems in Parkinson's disease. A large well designed placebo-controlled RCT is needed to demonstrate SLT's effectiveness in Parkinson's disease. The trial should conform to CONSORT guidelines. Outcome measures with particular relevance to patients with Parkinson's disease should be chosen and patients followed for at least six months to determine the duration of any improvement.

Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD000425. doi:

10.1002/14651858.CD000425.pub3. **Speech and language therapy for aphasia following stroke.** Brady MC(1), Kelly H, Godwin J, Enderby P.

Update of Cochrane Database Syst Rev. 2010;(5):CD000425.

BACKGROUND: Aphasia is an acquired language impairment following brain damage that affects some or all language modalities: expression and understanding of speech, reading and writing. Approximately one-third of people who have a stroke experience aphasia.

OBJECTIVES: To assess the effectiveness of speech and language therapy (SLT) for aphasia following stroke.

SEARCH METHODS: We searched the Cochrane Stroke Group Trials Register (last searched June 2011), MEDLINE (1966 to July 2011) and CINAHL (1982 to July 2011).

In an effort to identify further published, unpublished and ongoing trials we

handsearched the International Journal of Language and Communication Disorders (1969 to 2005) and reference lists of relevant articles and contacted academic institutions and other researchers. There were no language restrictions.

SELECTION CRITERIA: Randomised controlled trials (RCTs) comparing SLT (a formal intervention that aims to improve language and communication abilities, activity and participation) with (1) no SLT; (2) social support or stimulation (an intervention that provides social support and communication stimulation but does not include targeted therapeutic interventions); and (3) another SLT intervention (which differed in duration, intensity, frequency, intervention methodology or theoretical approach).

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: We independently extracted the data and assessed the quality of included trials. We sought missing data from investigators.

MAIN RESULTS: We included 39 RCTs (51 randomised comparisons) involving 2518 participants in this review. Nineteen randomised comparisons (1414 participants) compared SLT with no SLT where SLT resulted in significant benefits to patients' functional communication (standardised mean difference (SMD) 0.30, 95% CI 0.08 to 0.52, $P = 0.008$), receptive and expressive language. Seven randomised comparisons (432 participants) compared SLT with social support and stimulation but found no evidence of a difference in functional communication. Twenty-five randomised comparisons (910 participants) compared two approaches to SLT. There was no indication of a difference in functional communication. Generally, the trials randomised small numbers of participants across a range of characteristics (age, time since stroke and severity profiles), interventions and outcomes. Suitable statistical data were unavailable for several measures.

AUTHORS' CONCLUSIONS: Our review provides some evidence of the effectiveness of SLT for people with aphasia following stroke in terms of improved functional communication, receptive and expressive language. However, some trials were poorly reported. The potential benefits of intensive SLT over conventional SLT were confounded by a significantly higher dropout from intensive SLT. More participants also withdrew from social support than SLT interventions. There was insufficient evidence to draw any conclusion regarding the effectiveness of any one specific SLT approach over another.

Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD002088. **Speech and language therapy for dysarthria due to non-progressive brain damage.**

Sellars C(1), Hughes T, Langhorne P.

Update of Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD002088.

BACKGROUND: Dysarthria is a common sequel of non-progressive brain damage (typically stroke and traumatic brain damage). Impairment-based therapy and a wide variety of compensatory management strategies are undertaken by speech and language therapists with this patient population.

OBJECTIVES: To determine the efficacy of speech and language therapy interventions for adults with dysarthria following non-progressive brain damage.

SEARCH STRATEGY: We searched the trials registers of the following Cochrane Groups: Stroke, Injuries, Movement Disorders and Infectious Diseases. We also searched the trials register of the Cochrane Rehabilitation and Related Therapies Field. The trials registers were last searched in September 2004. The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library Issue 2, 2004), MEDLINE (1966 to September 2004), EMBASE (1980 to September 2004), CINAHL (1983 to September 2004), PsycINFO (1974 to October 2004), and Linguistics and Language Behavior Abstracts (1983 to December 2004) were searched electronically. We handsearched the International Journal of Language and Communication Disorders (1966 to 2005, Issue 1) and selected conference proceedings, and scanned the reference lists of relevant articles. We approached colleagues and speech and language therapy training institutions to identify other possible published and unpublished studies.

SELECTION CRITERIA: Unconfounded randomised controlled trials (RCTs).

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: One author assessed trial quality. Two co-authors were available to examine any potential trials for possible inclusion in the review.

MAIN RESULTS: No trials of the required standard were identified.

AUTHORS' CONCLUSIONS: There is no evidence of the quality required by this review to support or refute the effectiveness of speech and language therapy interventions for dysarthria following non-progressive brain damage. Despite the recent commencement of a RCT of optimised speech and language therapy for

communication difficulties after stroke, there continues to be an urgent need for good quality research in this area.

Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD004298. **Interventions for apraxia of speech following stroke.**

West C(1), Hesketh A, Vail A, Bowen A.

BACKGROUND: Apraxia of speech is a communication disorder that can affect stroke patients. Several different intervention strategies are undertaken by speech and language therapists working with this patient group.

OBJECTIVES: To assess whether therapeutic interventions improve functional speech in stroke patients with apraxia of speech and which individual therapeutic interventions are effective.

SEARCH STRATEGY: We searched the Cochrane Stroke Group Trials Register (searched May 2004). In addition, we searched the following databases: the Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library Issue 4, 2003); MEDLINE (1966 to April 2004); EMBASE (1980 to April 2004); CINAHL (1982 to April 2004); PsycINFO (1974 to April 2004); the National Research Register (searched April 2004); and Current Controlled Trials Register (searched May 2004). We reviewed reference lists of relevant articles and contacted authors and researchers in an effort to identify published and unpublished trials.

SELECTION CRITERIA: We sought to include randomised controlled trials of non-drug interventions for adults with apraxia of speech following a stroke where the primary outcome was functional speech at six months follow up.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: One author searched the titles, abstracts and keywords. Two authors examined the abstracts that might meet the inclusion criteria. Four authors were available to assess trial quality and to extract data from eligible studies.

MAIN RESULTS: No trials were identified.

AUTHORS' CONCLUSIONS: There is no evidence from randomised trials to support or refute the effectiveness of therapeutic interventions for apraxia of speech.

There is a need for high quality randomised trials to be undertaken in this area.