



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding ( De wenselijkheid van erkende specialisatie binnen de logopedie, C. Leemrijse, C.H.M. van den Ende) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

## **De wenselijkheid van erkende specialisatie binnen de logopedie**

**een verkennende studie**

C. Leemrijse  
C.H.M. van den Ende



ISBN 90-6905-604-6

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 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.

## Voorwoord

Het voor u liggende rapport betreft een verkennend onderzoek naar de wenselijkheid van erkende specialisatie binnen de logopedie. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Logopedie en Foniatrie (NVLF). De belangrijkste bron van informatie voor dit onderzoek werd gevormd door drie groepsinterviews met logopedisten. Met deze logopedisten werden onder andere de voor- en nadelen van erkende specialisatie besproken en werd gevraagd waar erkende specialisatie binnen de logopedie volgens hen aan zou moeten voldoen. Tevens werd geïnventariseerd welke terreinen binnen de logopedie volgens de logopedisten voor erkende specialisatie in aanmerking zouden komen. Benadrukt dient te worden dat er bij deze groeps gesprekken expliciet naar is gestreefd om zoveel mogelijk meningen naar voren te laten komen. Het is binnen deze gesprekken niet de opzet geweest om tot een consensus te komen en de resultaten dienen dan ook niet als zodanig te worden opgevat.

Naast de groepsinterviews met logopedisten werd een aantal individuele interviews gehouden met een vertegenwoordiger van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) en met vertegenwoordigers van de opleidingen Logopedie. Tevens werd een kort literatuuronderzoek gedaan.

Het onderzoek is van beperkte omvang geweest en de resultaten dienen in dat licht te worden geïnterpreteerd. Op basis van de inzichten die dit onderzoek oplevert, kan door de NVLF verdere besluitvorming plaatsvinden over de wenselijkheid van specialisatie binnen de logopedie.

De auteurs willen alle personen die hebben deelgenomen aan de interviews hartelijk bedanken voor hun medewerking, alsmede de leden van de begeleidingscommissie voor hun advies bij de uitvoering van dit project:

Dr. J.J. van Dixhoorn, arts, adem- en ontspanningstherapeut

Mw. M.J.E.A. Erlings, logopedist

Dhr. prof.dr. P.H. Dejonckere, Hoogleraar Logopedie en Foniatrie

Dr. W. Salzmans, College van Zorgverzekeringen, secretaris DPZ

Mw. drs. M.J. Schrasser, beleidsmedewerker NVLF

Dhr. B.J.M. de Swart, logopedist

Dhr. J. Verschoor, logopedist

Gezien het feit dat 95 % van de beroepsgroep van logopedisten uit vrouwen bestaat, wordt de logopedist in dit rapport aangeduid met de vrouwelijke vorm. Overal waar 'zij' of 'haar' staat kan uiteraard ook 'hij' of 'hem' worden gelezen



# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Doel van het onderzoek	9
1.1.1 Vraagstellingen	10
<b>2 Methoden</b>	<b>13</b>
2.1 Interview Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	13
2.2 Groepsinterviews logopedisten	13
2.3 Interviews vertegenwoordigers hogescholen	14
2.4 Desk research	14
<b>3 Resultaten</b>	<b>17</b>
3.1 Situatie fysiotherapie	17
3.2 Groepsinterviews logopedisten	19
3.2.1 Samenstelling groep logopedisten	19
3.2.2 Omschrijving specialisatie	20
3.2.3 Motivatie voor specialisatie binnen de logopedie	20
3.2.4 Voor- en nadelen van het huidige systeem van niet erkende specialisaties binnen de logopedie	22
3.2.5 Deelgebieden binnen de logopedie die in aanmerking komen voor specialisatie	24
3.2.6 Criteria voor specialisatie	28
3.2.7 Relatie tussen de logopedist generalist en logopedist specialist	30
3.2.8 Knelpunten ten aanzien van erkende specialisatie	33
3.3 Situatie binnen de opleidingen logopedie	35
3.4 Literatuuronderzoek	37
3.4.1 Stoornissen behandeld door de logopedist en aantal zittingen	37
3.4.2 Specifieke deskundigheid	39
3.4.3 Speciality recognition program van de American Speech Language Hearing Association	39
<b>4 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>43</b>
4.1 Conclusies	43
4.2 Aanbevelingen	45
4.2.1 Vormen van werkgroepen door logopedisten	45
4.2.2 Taken NVLF in het vormen van werkgroepen	46
4.2.3 Doorgroei naar erkende specialisatie	47
4.2.4 Taken NVLF in erkende specialisatie	48
4.2.5 Overige aanbevelingen	48
<b>5 Literatuur</b>	<b>51</b>

<b>Bijlage 1:</b> Logopedisten die hebben deelgenomen aan de groepsinterviews	53
<b>Bijlage 2:</b> Vragenlijst groepsinterviews	55
<b>Bijlage 3:</b> Geïnterviewde vertegenwoordigers van KNGF en opleidingen logopedie	59

# 1 Inleiding

Logopedisten zijn in hun beroepsmatig handelen gericht op het ontwikkelen, herstellen en onderhouden van de communicatie en de orale en pharyngeale verwerking van eten en drinken met als doel de gezondheid van de patiënt, cliënt of opdrachtgever in stand te houden dan wel te bevorderen. In dit kader wordt onder ‘communiceren’ verstaan: alle processen die te maken hebben met het begrip en de productie van gesproken en geschreven taal alsook de ondersteunende communicatie. De logopedist biedt de patiënt, cliënt of opdrachtgever preventie, zorg, training en advies vanuit haar specifieke deskundigheid ten aanzien van de primaire mondfuncties, het gehoor, de stem, de taal en de spraak (cf. concept beroepsprofiel logopedie, nog niet verschenen).

Sinds 1 december 1997 valt het beroep van de logopedist onder artikel 34 van de wet BIG. De beroepen die onder dit artikel vallen kennen geen tuchtrecht of verplichte registratie. Logopedisten hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel, maar de handelingen die zij verrichten zijn niet beschermd. Logopedisten zijn op uiteenlopende terreinen werkzaam in de gezondheidszorg, het onderwijs, het bedrijfsleven en als vrijgevestigde. In Nederland waren in 2001 naar schatting een kleine 4000 logopedisten werkzaam (RAZW, 2001). Dit aantal neemt sinds 1997 nauwelijks toe.

Mede door het brede werkterrein van de logopedist is het beeld van de logopedist binnen de gezondheidszorg en in het maatschappelijk veld onduidelijk en beperkt (Kortenoever e.a., 1997). Het gebrek aan kennis en inzicht van de verwijzer op het terrein van indicatiestelling en mogelijkheden van de logopedische zorg wordt als een knelpunt gezien. Daarmee samenhangend laat de snelheid van doorverwijzen naar de logopedist vaak te wensen over, voornamelijk bij chronisch zieken en jonge kinderen (Heerkens e.a., 1997; Bakker 1996 in: Brancherapport 1998, verdiepingsstudie 4). Een goede profilering en notie van het werkgebied en het maatschappelijk nut van logopedie kan de onduidelijkheid rondom het beroep van logopedist verminderen. Logopedisten moeten duidelijk kunnen maken waar hun specifieke deskundigheden en vaardigheden liggen (cf. van Nimwegen & van Snellenberg, 1991) en waarin zij zich onderscheiden van andere, concurrerende vakgebieden (bijv. remedial teachers, psychologen die stottertherapie geven etc.).

Eén manier om de specifieke deskundigheid van logopedisten aan het publiek, verzekeraars en werkgevers zichtbaar te maken en kwaliteitsbevordering te stimuleren is (vrijwillige) opname in het Kwaliteitsregister Paramedici in 2005. De eerste fase van registratie in dit kwaliteitsregister is inschrijving in het basisregister en na 5 jaar kan men, indien aan bepaalde criteria ten aanzien van werkomvang en deskundigheidsbevordering wordt voldaan, worden opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici. Momenteel staat ruim 80 % van de logopedisten ingeschreven in het basisregister en in 2005 zullen de eerste logopedisten worden ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (www.nvlf.nl, Kwaliteitsregister Paramedici, 2001).

Naast registratie kan ook specialisatie mogelijk een rol spelen in de profilering van de logopedie en een middel zijn in de concurrentie met aanpalende vakgebieden. Op dit moment bestaat officieel alleen de aanduiding logopedist zonder verdere verbijzondering of specialisatie. In de praktijk bestaat er echter wel specifieke deskundigheid bij logopedisten. Deze specifieke deskundigheid kan zijn verworven door bijscholing, ervaring of een combinatie daarvan. In een onderzoek van Plas e.a. (2002) geeft tweederde van de geënuquëeerde extramuraal werkende logopedisten aan over specifieke deskundigheid op één of meer terreinen binnen de logopedie te beschikken.

De logopedisten met een specifieke deskundigheid noemen zichzelf vaak 'specialist' op een bepaald logopedisch werkterrein. Er bestaan echter geen heldere vastgestelde criteria op grond waarvan iemand zich een specialist mag noemen, en in theorie kan iedere logopedist zich reeds na één dag bijscholing specialist noemen op een specifiek terrein binnen de logopedie. Hierdoor is het dus op voorhand niet duidelijk wat de in de praktijk bestaande 'specialisten' aan extra kennis en vaardigheden te bieden hebben.

Terreinen die door logopedisten als specialisaties worden weergegeven zijn (Aal, 2002):

- ▶ Stotteren
- ▶ Taalontwikkelingsstoornissen
- ▶ Dyslexie
- ▶ Stemtherapie
- ▶ Neurologie (waaronder CVA, afasie, dysfagie=slikstoornissen)
- ▶ Meervoudig gehandicapten/autisme
- ▶ Anderstaligen/allochtonen
- ▶ Gehoorstoornissen
- ▶ Bedrijfslogopedie
- ▶ Kinderlogopedie
- ▶ Pre-logopedie (vroegbehandeling)

Deze genoemde 'specialisaties' zijn niet officieel erkend door een specifieke beroepsvereniging of door de NVLF, en er is dus ook geen sprake van een wettelijk beschermde opleidingstitel. 'Gespecialiseerde' logopedisten kunnen zich dus niet als zodanig profileren naar de omgeving, zijn niet apart geregistreerd en blijven relatief onherkenbaar. Uit onderzoek van het NIVEL bleek dat de bekendheid van specifiek deskundige logopedisten op het terrein van chronische aandoeningen te kort schiet (Veenhof e.a., 2000). Dit is niet alleen een ongewenste situatie voor de logopedisten zelf, maar mogelijk ook voor verwijzers en voor patiënten die op zoek zijn naar specifieke logopedische zorg. Door patiënten wordt het in toenemende mate relevant geacht een goede keuze te kunnen maken voor een specifieke zorgverlener. Om deze keuzemogelijkheid te bieden is een eerste vereiste dat de zorg transparant is, dat wil zeggen dat de patiënt weet waar hij specifieke deskundigheid kan halen. Daarnaast is het relevant dat de patiënt een garantie heeft voor de kwaliteit van de geboden zorg, doordat deze op inzichtelijke wijze wordt gewaarborgd, bijvoorbeeld door een erkend diploma.

### *Stottertherapeuten*

Voor logopedisten die zich tot stottertherapeut hebben gespecialiseerd is de situatie anders (Ebben, 2001). Sinds 1987 bestaat De Nederlandse Vereniging voor Stotter-



therapie (NVST) en stottertherapeuten kunnen hier als lid worden geregistreerd (er zijn aspirant-, junior- en seniorleden). De opleiding van logopedist tot stottertherapeut kan op twee manieren worden gevolgd. Het is mogelijk om de 2e fase opleiding Stottertherapeut aan de Hogeschool Rotterdam te volgen, of de logopedist kan langs geleidelijke weg de opleiding tot stottertherapeut realiseren (sprokkelroute). De opleiding beslaat een totale studieduur van 40 weken full-time en in totaal moet er 200 uur stage worden gelopen bij een erkend stotter-therapeut. De stage wordt afgesloten met een verslag en een beoordeling. Alvorens de logopedist als stottertherapeut kan worden geregistreerd bij de NVST moet 900 klokuren cliëntgebonden ervaring worden opgedaan. Er is tevens een nascholingsplan opgesteld om de kwaliteit van de therapeuten na de opleiding te waarborgen. Doordat de NVST bovengenoemde criteria heeft vastgesteld voor de opleiding tot stottertherapeut is het voor patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars duidelijk wat de stottertherapeut aan extra kennis en vaardigheden te bieden heeft. Via een website van de NVST zijn stottertherapeuten door heel Nederland te vinden. Behalve voor stottertherapeuten is er ook een Vereniging voor Afasie therapeuten en voor Stemtherapeuten.

## **1.1 Doel van het onderzoek**

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) is van mening dat erkende specialisatie binnen de logopedie een belangrijke rol kan spelen in de profilering van het vakgebied en in de verdere kwaliteitsontwikkeling van de logopedie. Erkende specialisatie kan echter ook nadelen met zich mee brengen. Een risico van specialisatie is bijvoorbeeld dat een versnippering van het vak optreedt en erkende specialisatie kan ten koste gaan van de positie van de logopedist generalist.

Alvorens een begin te maken met het ontwikkelen van een erkend specialisten systeem binnen de logopedie, werd het daarom door de NVLF relevant geacht middels een onafhankelijk onderzoek de wenselijkheid hiervan te inventariseren bij de beroepsgroep van logopedisten zelf, en daarbij de voor- en nadelen van erkende specialisatie onder elkaar te zetten. Op basis van de inzichten die dit onderzoek oplevert kan binnen de NVLF verdere besluitvorming plaatsvinden over erkende specialisatie binnen de logopedie.

De artikel 34 beroepen waaronder de logopedie valt, kennen geen wettelijk verplichte registratie bij de overheid. Alleen beroepsbeoefenaren die zijn geregistreerd in het BIG register (alleen mogelijk voor artikel 3 beroepen) kunnen een wettelijk beschermde specialistentitel voeren. Op dit moment is het dus niet mogelijk om binnen de logopedie specialisaties te ontwikkelen die wettelijk zijn beschermd binnen het BIG register. Dit gegeven is voor een aantal andere paramedische beroepsverenigingen, waaronder het KNGF, een reden om de term differentiatie te verkiezen boven de term specialisatie. In de dagelijkse praktijk echter duiden logopedisten zichzelf vaak aan als 'specialist' en om die reden wordt deze term in het onderhavig onderzoek ook gehanteerd. Vanaf hier wordt de term specialist ten behoeve van de leesbaarheid niet meer tussen aanhalingstekens geplaatst.

Onder erkende specialisatie binnen de logopedie wordt voorlopig verstaan dat er bepaalde goed omschreven eisen zijn gesteld aan de opleiding en aan de werkervaring van de logopedist specialist. Deze eisen worden getoetst en bewaakt.

### 1.1.1 *Vraagstellingen*

De centrale vraag in dit onderzoek is of erkende specialisatie binnen de logopedie wenselijk is. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is een aantal vraagstellingen en discussiepunten geformuleerd dat aan logopedisten of onderwijs-coördinatoren van de opleidingen logopedie wordt voorgelegd (cf. KNGF, 1998).

#### *Motivatie voor specialisatie*

Momenteel verdiepen veel logopedisten zich na hun basisopleiding in één of meerdere specifieke terreinen binnen de logopedie en volgen ook gerichte bij- en nascholing op dat terrein (Plas e.a., 2002). De eerste stap in dit onderzoek is het in kaart brengen waarom zoveel logopedisten dit doen.

#### *Voor- en nadelen*

Erkende specialisatie heeft mogelijke voordelen voor de beroepsgroep logopedie, maar kan zeker ook nadelen met zich mee brengen. Voor een goede besluitvorming omtrent het ontwikkelen van erkende specialisatie dienen voor- en nadelen tegen elkaar te worden afgewogen. De voor- en nadelen van zowel het huidige systeem, als van een systeem van erkende specialisatie worden daarom geïnventariseerd.

#### *Terreinen van specialisatie*

Momenteel worden er in de praktijk door logopedisten zelf relatief veel werkterreinen als specialistisch omschreven. Voor een kleine beroepsgroep zoals de logopedie lijkt het echter niet wenselijk het vakgebied in te veel specialistische werkterreinen op te splitsen. Er moeten goede redenen zijn om een bepaald deelgebied als een specialisme op te vatten. Deze redenen kunnen betrekking hebben op specifieke klachten en symptomen, specifieke methoden van diagnostiek en therapie, omvang patiëntenpotentieel en aantal werkzame logopedisten op het betreffende deelgebied. Deze redenen worden per aangegeven specialistisch werkterrein geïnventariseerd en bediscussieerd.

#### *Criteria voor erkende specialisatie*

Wanneer gestreefd wordt naar een officieel erkende specialisatie binnen de logopedie, zullen criteria moeten worden opgesteld waaraan deze specialisaties en specialisten moeten voldoen. Daarbij valt te denken aan criteria ten aanzien van opleidingsniveau, beroepsprofiel en kwaliteitstoetsing. Mogelijk moeten voor behandeling door de logopedist specialist aparte tarieven worden ingesteld, gekoppeld aan de extra tijdsinvestering en taakdifferentiatie. Gevraagd wordt welke criteria door de logopedisten zelf wenselijk worden geacht.

#### *Relatie logopedist generalist en logopedist-specialist*

Het waarborgen van een goede verhouding tussen de gespecialiseerde logopedist en de generalist verdient extra aandacht. De logopedist generalist dient een volwaardige functie binnen de gezondheidszorg te behouden en erkende specialisatie mag niet ten koste gaan van de positie van de logopedist generalist. Aan de logopedisten wordt gevraagd hoe deze relatie tussen de logopedist generalist en de logopedist specialist eruit moet zien, wat betreft inhoud van taken, samenwerking en verwijzing.

### *Knelpunten*

De knelpunten van erkende specialisatie worden in kaart gebracht voor zover die in de eerdere vraagstellingen (nog) niet aan de orde zijn geweest.

### *Bachelor-master (BAMA) model*

Per 1 september 2002 is het Angelsaksische bachelor-master model in het hoger onderwijs geïntroduceerd. Alle initiële HBO-opleidingen worden bacheloropleidingen, afgesloten met de wettelijk erkende bachelorgraad. De doctoraalopleidingen aan universiteiten worden gesplitst in driejarige bachelor- en één of tweejarige masteropleidingen. Een student die een HBO-bacheloropleiding heeft afgerond, kan doorstromen naar een WO-masteropleiding mits hij/zij voldoet aan de selectie-criteria van die opleiding.

De geschetste veranderingen kunnen niet alleen gevolgen hebben voor de initiële opleiding tot logopedist, maar ook voor de post HBO opleidingen en daarmee voor de eventuele specialisatiemogelijkheden binnen de logopedie. Aan onderwijs-coördinatoren van de opleidingen worden vragen gesteld omtrent de veranderingen in de opleiding logopedie ten gevolge van de invoering van het BAMA model. Tevens wordt geïnventariseerd welke masteropleidingen er momenteel specifiek voor logopedisten bestaan of ontwikkeld worden.



## 2 Methoden

De hoofddoelstelling van het onderhavige onderzoeksproject is het inventariseren van de wenselijkheid van specialisatie binnen de logopedie. Dit gebeurt aan de hand van het beantwoorden van de in de inleiding geformuleerde vraagstellingen. De meeste vraagstellingen worden beantwoord door middel van groepsinterviews met logopedisten, waarbij zowel logopedisten die als specialist werken, als logopedist generalisten zullen worden geïnterviewd. Voor het beantwoorden van de vragen omtrent de veranderingen in het onderwijs worden gesprekken gevoerd met een aantal studie-coördinatoren van de opleidingen logopedie.

Voorafgaand aan de groepsinterviews wordt een gesprek gevoerd met een vertegenwoordiger van het KNGF om de ervaringen met specialisatie binnen de fysiotherapie te bespreken en wordt een kort literatuuronderzoek gedaan. Deze verschillende methoden van dataverzameling worden in de nu volgende paragrafen toegelicht.

### 2.1 Interview Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Binnen de fysiotherapie is het ontwikkelen van een specialistenmodel reeds lang een onderwerp van discussie (KNGF, 1998). Aangezien de fysiotherapie net als de logopedie een paramedische beroepsgroep is die op verwijzing van een arts behandelt, werd het relevant geacht om de ervaringen van de fysiotherapeuten met specialisatie in kaart te brengen. In een face to face interview met een vertegenwoordiger van het (KNGF) werd gevraagd naar de huidige stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeling van het specialistenmodel binnen de fysiotherapie. Daarbij kwamen aspecten als het indelings- of ordeningsprincipe van de specialisaties aan de orde, werd gevraagd naar het gewenste opleidingsniveau van gespecialiseerde fysiotherapeuten en naar de wijze van toetsing van gestelde criteria. Van het interview werd een verslag gemaakt en voor akkoord opgestuurd aan de geïnterviewde.

### 2.2 Groepsinterviews logopedisten

De belangrijkste informatiebron voor het onderzoek naar de wenselijkheid van specialisatie werd gevormd door groepsinterviews met logopedisten die werkzaam zijn in de praktijk. De meningen van de logopedisten ten aanzien van de eerste vraagstellingen (zie inleiding) werden geïnventariseerd middels een drietal groepsinterviews. Aan elk van deze groepsinterviews nam dezelfde groep van 12 logopedisten deel. Er werd gekozen voor groepsinterviews omdat dit een efficiënte manier van gegevensverzameling is en de onderlinge interactie van deelnemers aan een groepsinterview een meerwaarde kan zijn voor het formuleren van standpunten en meningen (Morgan, 1998).

De groep logopedisten werd op advies van de NVLF samengesteld. Zowel logopedisten die 'specialistisch' werkzaam zijn als logopedisten die als generalist werken werden ge-

vraagd te participeren (bijlage 1). Er werd naar gestreefd om binnen de groep logopedisten een redelijke verdeling te hebben over de verschillende terreinen waarin logopedisten werkzaam zijn (intramuraal, extramuraal, onderwijs, bedrijven).

De groepsinterviews werden geleid door de onderzoeker aan de hand van een vooraf opgestelde semi-gestructureerde vragenlijst. Deze vragenlijst werd samengesteld in overleg met de NVLF en de Begeleidingscommissie van het project (bijlage 2). Tijdens deze interviews werd een werkdefinitie van het begrip specialisatie binnen de logopedie geformuleerd en kwamen de vraagstellingen zoals weergegeven in paragraaf 1.1.1. aan de orde.

De deelnemers van de groepsinterviews ontvingen vooraf schriftelijke informatie over het doel van het project en de vragen die in de discussie aan de orde zouden komen. Vooraf werd expliciet gesteld dat het niet de opzet was om bij de groepsinterviews tot een consensus te komen ten aanzien van de gestelde vragen, maar dat het meer de bedoeling was om zoveel mogelijk meningen te inventariseren.

De groepsinterviews werden via een geluidsopname vastgelegd en uitgeschreven. De naar voren gebrachte meningen en antwoorden op de vragen werden middels een schriftelijk verslag samengevat. Van het interview werd een verslag gemaakt dat voor inhoudelijk akkoord en eventuele aanvulling werd opgestuurd naar alle geïnterviewde logopedisten.

### **2.3 Interviews vertegenwoordigers hogescholen**

De in de inleiding geschetste veranderingen in het hoger onderwijs kunnen niet alleen gevolgen hebben voor de initiële opleiding tot logopedist generalist, maar ook voor de post HBO opleidingen en daarmee voor de eventuele specialisatiemogelijkheden binnen de logopedie. Om deze veranderingen en mogelijke gevolgen hiervan in te schatten werd een aantal korte telefonische interviews gehouden met studie-coördinatoren van de opleidingen logopedie. In deze interviews werd gevraagd naar eventuele veranderingen in de basisopleiding logopedie ten gevolge van het BAMA model. Ook werd gevraagd of er reeds masteropleidingen specifiek voor logopedisten zijn (of ontwikkeld worden) en zo ja, of dit dan opleidingen betreffen die tot specialisatie leiden. Tenslotte werd gevraagd of de veranderingen binnen het onderwijs ten gevolge van de BAMA structuur gevolgen zullen hebben voor het afstudeerniveau van de bachelor-logopedisten en zo ja, of dit de noodzaak of wenselijkheid van specialisatie zou veranderen. De interviews werden geautoriseerd.

### **2.4 Desk research**

Er werd een quick scan van de literatuur gemaakt om inzicht te krijgen in de mate waarin logopedisten nu reeds specialistisch werkzaam zijn. Daarbij werd gezocht naar algemene cijfers over de vraag naar logopedische zorg, verwijzindicaties voor logopedie en het aantal logopedische verrichtingen. Er werd alleen gezocht naar literatuur die betrekking had op de Nederlandse situatie. De databases van het NIVEL en het Paramedisch Instituut zijn gebruikt.

De volgende trefwoorden werden gebruikt: logopedie en specialisatie, logopedie en diagnose/diagnosegroepen, logopedie en verwijzing, logopedie en verrichtingen.

Naast het korte literatuuronderzoek werden gegevens uit het project “Logopedie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken gebruikt” (Plas e.a., 2002). In dit project zijn onder andere vragenlijsten gestuurd naar een steekproef van 500 vrijgevestigde extramuraal werkende logopedisten. Middels deze vragenlijsten werden onder andere gegevens verzameld over de cliëntpopulatie van de logopedist in de extramurale zorg, verwijsdiagnosen, omvang van de logopedische zorg bij verschillende patiëntengroepen en knelpunten in vergoeding bij specifieke patiëntengroepen.

Tevens is via het internet gezocht naar gegevens met betrekking tot de situatie van specialisatie binnen de logopedie in het buitenland.





## 3 Resultaten

### 3.1 Situatie fysiotherapie

Onderstaande gegevens ten aanzien van de situatie binnen de fysiotherapie zijn gebaseerd op een interview met een vertegenwoordiger van het KNGF.

Sinds 20 jaar bestaan in de fysiotherapie erkende verbijzonderingen, o.a. op het terrein van manuele therapie, sportgezondheidszorg en kinder- en jeugdgezondheidszorg. Fysiotherapeuten met een verbijzondering kunnen zich aansluiten bij een beroepsinhoudelijke lidvereniging en kunnen worden opgenomen in een apart Kwaliteitsregister. Voor opname in dit register gelden specifieke eisen ten aanzien van opleiding en werkervaring. Deze lidverenigingen zijn aangesloten bij het KNGF. Eind jaren negentig is de wenselijkheid van introductie van het specialistenmodel binnen de fysiotherapie onderzocht. Als conclusie werd in het rapport “Specialistenmodel binnen de fysiotherapie” (KNGF, 1998) gesteld dat het ontwikkelen van een specialistenmodel wenselijk was en hiervoor werd een universitaire inbedding geadviseerd. In navolging hiervan werd een vervolgpriject opgezet en een werkgroep in het leven geroepen om het traject naar specialisatie vorm te gaan geven.

In theorie wil de fysiotherapie zich in de toekomst wel richting wettelijk erkende specialisatie gaan ontwikkelen, maar dat is op dit moment nog niet aan de orde. De term specialisme is gereserveerd voor de bij de wet BIG geregistreerde en erkende specialismen en binnen het KNGF wordt daarom liever gesproken over differentiatie als het over specifieke deelgebieden binnen de fysiotherapie gaat.

Alvorens tot het ontwikkelen van een volgens de wet BIG erkend systeem van specialisatie over te gaan, moet intern eerst duidelijk zijn volgens welk ordeningsprincipe de differentiaties moeten worden ingedeeld. Ook moet er een systeem van onderwijs voor differentiaties worden ontwikkeld.

#### *Ordeningsprincipe*

Wat betreft de indeling van differentiaties werd uiteindelijk gekozen voor een ordening volgens meerdere principes, zowel ordening naar behandelmethoden als naar specifieke patiëntengroepen. Hiervoor werd gekozen omdat er niet één eenduidig ordeningsprincipe naar voren kwam. Internationaal wordt binnen de fysiotherapie ook geen uniform ordeningsprincipe gehanteerd. Een voorstel voor een indeling van de differentiaties met domeinen en subdomeinen van de fysiotherapie is momenteel in bespreking met de beroepsinhoudelijke lidverenigingen van het KNGF. Dit voorstel is nog niet openbaar dus er kan daarom nog geen gedetailleerde informatie over worden gegeven. Het systeem van domeinen en subdomeinen zal in ieder geval zichzelf ontwikkelen, wat wil zeggen dat er domeinen samen kunnen gaan of kunnen afsplitsen, en dat er nieuwe (sub)domeinen bij kunnen komen. Daarbij zal het uitgangspunt van dit systeem van differentiatie binnen de fysiotherapie altijd de vraaggerichte zorg blijven. Er is binnen de gehele gezondheidszorg

een roep om transparantie en de gedifferentieerde fysiotherapeuten zijn voor cliënten en verwijzers niet altijd gemakkelijk te vinden.

### *Onderwijs*

In het kader van de ontwikkelingen binnen het onderwijs met betrekking tot de Bachelor Masterstructuur, is het uitgangspunt van de beroepsvereniging fysiotherapie nu dat de erkende verbijzonderingen op master niveau gaan functioneren. Hoe dat precies vorm zal krijgen is nog niet helemaal uitgekristalliseerd. Voor de fysiotherapeuten is het momenteel mogelijk een 'Master of Science' opleiding te volgen of een opleiding tot 'Professional Master'.<sup>1</sup> Het KNGF heeft nog geen besluit genomen over de vraag of de fysiotherapeut specialist nu een Professional Master moet worden of een Master of Science. Wellicht ook kunnen beide soorten masteropleiding voldoen. Daarnaast speelt de vraag of iemand met een masteropleiding dan ook direct specialist genoemd kan worden als erkenning van de hogere opleiding, of dat daarvoor ook nog andere eisen moeten worden gesteld.

De verbijzonderde fysiotherapeuten op masterniveau moeten in ieder geval een wetenschapsgerichte attitude hebben, onderzoeksliteratuur kunnen lezen en vraagstellingen vanuit de praktijk kunnen aanleveren voor wetenschappelijk onderzoek. Deze fysiotherapeuten zien in de praktijk de meer complexe problematiek, hebben zich meer verdiept in diagnostiek en hebben vaak direct contact met onderzoeksinstituten. Hierdoor zijn zij bij uitstek de personen om te participeren in de verdere theoretische verdieping van het vak. Deze verbijzonderde fysiotherapeuten hoeven niet direct zelf onderzoek uit te voeren, maar moeten een soort intermediair gaan vormen tussen praktijk en onderzoek. Het masterniveau moet door fysiotherapeuten enerzijds te bereiken zijn via de initiële studie op masterniveau en anderzijds moet het mogelijk zijn om dit niveau vanuit de bestaande verbijzonderingen te bereiken. Daarbij moet expliciet aandacht worden besteed aan de fysiotherapeuten die nu al werkzaam zijn binnen een differentiatie, maar geen ambities hebben om zich ook wetenschappelijk te scholen en/of tot op masterniveau bij te scholen. Er wordt gedacht aan een overgangsregeling voor deze gedifferentieerde fysiotherapeuten, bijvoorbeeld door de aanduiding fysiotherapeut met aantekening in ere te laten. Voorlopig blijft het huidige systeem van verbijzonderingen binnen de fysiotherapie bestaan.

### *Criteria ten aanzien van differentiatie en toetsing*

Wat betreft de criteria voor differentiatie liggen er grove uitgangspunten ten aanzien van het opleidingsniveau en ten aanzien van de criteria waarmee het toetsbaar moet zijn of iemand zich werkelijk op het betreffende deelgebied richt. Vraag is nog of deze toetsing

---

<sup>1</sup> Voor geregistreerde Manueeltherapeuten, kinderysiotherapeuten, geriatrische fysiotherapeuten en sportfysiotherapeuten is het mogelijk een opleiding tot Professional Master te volgen. In deze opleiding staan de ontwikkeling en professionalisering van het specialistische vakgebied, gebruik makend van wetenschappelijke evidentie centraal. Onderdelen van het profiel van deze Master Specialized Physical Therapy zijn het kunnen toepassen van complexe klinische diagnostiek en therapie vanuit een multidisciplinaire benadering, het kunnen leiden van projecten en het kunnen toepassen van resultaten van toegepast onderzoek.

Daarnaast is er voor fysiotherapeuten een Master of Science opleiding die erop is gericht om wetenschappelijk onderzoek te verrichten, beleidsmatige aspecten van het beroep op academische niveau vorm te geven of het vak fysiotherapie op HBO niveau te doceren.

intern gaat plaatsvinden of dat er een zwaar accreditatie orgaan in het leven moet worden geroepen. Voorlopig is het de wens binnen het KNGF om deze toetsing intern en laagdrempelig te houden en alleen te kijken of iemand zich binnen het domein beweegt. Indien de gehele ‘specialisatie’ naar masterniveau zou worden getild is daarmee ook accreditatie geregeld en zegt de gevolgde opleiding in principe genoeg.

Binnen het algemene domein fysiotherapie (dat wat betreft niveau wordt getoetst door het afstuderen aan een erkende opleiding ) moeten er straks deeldomeinen komen, die ook weer wat betreft niveau gewaarborgd worden door de opleidingen die geaccrediteerd worden. Er zijn momenteel reeds domeinbeschrijvingen voor de fysiotherapie algemeen (wat valt onder het werkkterrein van een fysiotherapeut, wat zijn de taken en bevoegdheden van een fysiotherapeut) en die zelfde beschrijvingen komen er ook voor de betreffende subdomeinen. Hiervoor moeten nog interne criteria worden opgesteld, afhankelijk van de beschrijvingen van het (sub)domein en de bijbehorende functieprofielen. Te denken valt aan criteria als het geregistreerd moeten zijn binnen het (specialistische) kwaliteitsregister, waarvoor de fysiotherapeut aan bepaalde eisen moet voldoen wat betreft het volgen van nascholing, aantal uren praktijk etc.

De normering voor deeldomeinen wordt dus uiteindelijk gelijk getrokken met die van het algemene domein fysiotherapie. De ideeën hiervoor liggen in grote lijnen klaar maar hoe het één en ander georganiseerd gaat worden moet nog worden afgewacht.

Wat betreft (deel)domein voldoen de bestaande differentiaties redelijk aan de gewenste omschrijving en er zijn ook wel criteria voor toetsing op basis daarvan te formuleren. Wat betreft het opleidings- en kennisniveau van de differentiaties voldoen er momenteel nog veel niet aan het gewenste masterniveau. Opleidingen moeten zelf gaan kijken wat er nog moet gebeuren om richting masterniveau te komen, ook wat betreft wetenschappelijke onderbouwing. Uitgangspunt is dat de differentiatie vanuit de betreffende groepen zelf moet komen. Het KNGF scheidt de voorwaarden, is faciliterend en stimulerend, maar de activiteiten moeten vanuit de gedifferentieerde fysiotherapeuten zelf komen. De eerste differentiaties die zich op masterniveau zullen bevinden zijn waarschijnlijk de manueel therapeuten, de kinderfysiotherapeuten, sportfysiotherapeuten en wellicht bedrijfsfysiotherapeuten, hoewel die laatste groep het economisch tij niet mee heeft.

## **3.2 Groepsinterviews logopedisten**

Onderstaande gegevens zijn gebaseerd op drie groepsinterviews met logopedisten.

### **3.2.1 Samenstelling groep logopedisten**

In totaal hebben 12 logopedisten deelgenomen aan de groepsinterviews. Van deze 12 logopedisten zijn er 10 specialistisch werkzaam en kunnen twee logopedisten worden aangemerkt als generalist. Bij het benaderen van de potentiële deelnemers bleek het moeilijk te zijn om ‘echte’ generalisten te vinden die over de gehele breedte van het logopedische vakgebied werkzaam zijn. Ook de zich generalist noemende logopedisten

blijken namelijk allemaal wel een terrein te hebben waarop zij zich extra hebben toegeleid. Enerzijds heeft dat te maken met de werkplek waar een afgestudeerde logopedist (toevallig) terecht komt en anderzijds wordt dit gestuurd door specifieke belangstelling. Daarnaast werkt een aantal van de gespecialiseerde logopedisten voor een deel ook (nog) als generalist. In Bijlage 1 staan de deelnemende logopedisten vermeld.

Opvallend is dat alle logopedisten (specialisten en generalisten) aangeven regelmatig cliënten naar collega-logopedisten te verwijzen, wanneer zij zichzelf niet (meer) deskundig genoeg vinden op een bepaald terrein. De logopedisten die specialistisch werkzaam zijn en niet (meer) als generalist werken, sturen cliënten naar de logopedist generalist, wanneer zij van mening zijn dat de klachten geen specialistische behandeling behoeven.

### **3.2.2 Omschrijving specialisatie**

Voorafgaand aan de beantwoording van de vraagstellingen die samenhangen met de wenselijkheid van specialisatie werd het relevant geacht een voorlopige werkdefinitie van specialisatie te formuleren. In samenspraak met de groep logopedisten werd de volgende omschrijving geformuleerd:

Een specialisatie binnen de logopedie kan worden opgevat als een specifiek werkgebied van voldoende omvang, dat zich op grond van bepaalde criteria onderscheidt van het werkgebied van de algemene logopedie. De onderscheidende criteria hebben betrekking op de specifieke logopedische problematiek die zich binnen het werkgebied voordoet en/of op de specifieke methoden van diagnostiek en therapie die op het werkterrein worden aangewend.

De logopedist specialist onderscheidt zich door haar aantoonbare specifieke deskundigheid, diepgaandere kennis en grotere ervaring op het betreffende terrein niet alleen van de logopedist generalist, maar ook van aanpalende vakgebieden. Naast de specialistische kennis heeft de logopedist specialist een goede basiskennis van het vakgebied van de algemene logopedie

Er werd expliciet gesteld dat het gebied van specialisatie wel een specifiek deelgebied van de algemene logopedie is, maar dat het niet zo moet zijn dat de logopedist generalist niet op het betreffende deelgebied werkzaam kan en mag zijn.

### **3.2.3 Motivatie voor specialisatie binnen de logopedie**

De redenen waarom veel logopedisten zich in de praktijk specialiseren werden geïnventariseerd, los van de vraag of specialisatie nu erkend zou moeten worden of niet.

### *Kennis en vaardigheden generalist ontoereikend*

Een belangrijke reden voor specialisatie in de logopedie is dat de logopedist generalist niet alle voorkomende problematiek binnen de logopedie voldoende kan behandelen. De initiële opleiding die iedere logopedist volgt is een brede opleiding, die op vrijwel alle vakgebieden binnen de logopedie een beperkte basiskennis biedt. Een groot deel van het logopedisch werkterrein bestaat uit stoornissen die echt bij de logopedist generalist thuis horen zoals sigmatismes, orthodontistische problematiek, fonetische problemen etc. De logopedist generalist is in staat een eerste aanzet te geven voor de behandeling van vrijwel alle vormen van pathologie binnen de logopedie en de relatief eenvoudige problematiek moet door de logopedist generalist voldoende kunnen worden behandeld. Indien de klachten echter complexer zijn, schieten de kennis en ervaring van de generalist tekort en is een specialistische behandeling nodig om voldoende kwaliteit van zorg te waarborgen. Voorbeeld hiervan die worden genoemd zijn ernstige stotterproblematiek of ernstige stemklachten. Daarnaast zijn er specialistische werkterreinen waar de generalist ook in de meer eenvoudige gevallen al te weinig kennis en vaardigheden heeft vanuit de basisopleiding om een zinvolle behandeling te starten. Als voorbeeld wordt genoemd de behandeling van zuigelingen of de logopedische zorg voor meervoudig gehandicapten.

### *Maatschappelijke ontwikkelingen*

Een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling is de mondigheid van de cliënt. De cliënt is zelf door (o.a.) de opkomst van het internet steeds beter inhoudelijk op de hoogte van zijn klachten en wil graag een behandelaar die gespecialiseerd is op dat betreffende klachtengebied. De acceptatie van (gezondheids)klachten is steeds minder en er wordt eerder (liefst gespecialiseerde) medische hulp gezocht.

Een toenemend aantal mensen heeft aandacht voor hun stem en er worden hogere eisen aan de stem gesteld. Mensen hebben veel vergaderingen en er zijn call-centres waar de hele dag moet worden gepraat. Er is tevens een toename van het aantal mensen dat al dan niet geschoold zingt en forcering van de stem komt regelmatig voor. Al deze factoren brengen meer cliënten op het gebied van stemproblematiek met zich mee die specifieke en/of complexe klachten hebben.

Er is een toename van het aantal kinderen waarbij dyslexie wordt geconstateerd. Deze toename is te verklaren doordat ouders kritischer zijn, leerkrachten eerder problemen signaleren en er betere diagnostische mogelijkheden bestaan. Door het principe van 'Weer Samen Naar School' (WSNS) zitten meer kinderen met dyslexie op het gewone onderwijs en minder op speciaal onderwijs. Deze kinderen komen daardoor eerder in de praktijk van de logopedist terecht.

### *Toename medische deskundigheid*

Door een toenemende medische deskundigheid en een toename van behandelmogelijkheden is het aantal heel vroege prematuren toegenomen. Prematuren blijven eerder leven en hebben uitgebreide problematiek waarbij de logopedist iets kan betekenen (pre-logopedie).

Eveneens ten gevolge van deze toegenomen behandelmogelijkheden is het aantal mensen dat na een CVA blijft leven stijgende. Daarnaast neemt de vergrijzing toe en daarmee ook het aantal mensen met een CVA of met andere neurologische problematiek. Deze patiënten hebben veel ernstige spraak- en ook slikproblemen. Logopedisten leggen zich steeds meer (specifiek) toe op slikproblemen.

### **3.2.4 Voor- en nadelen van het huidige systeem van niet erkende specialisaties binnen de logopedie**

Op dit moment hebben veel logopedisten zich om verschillende redenen gespecialiseerd op een bepaald terrein binnen de logopedie. Momenteel bestaat echter officieel alleen de aanduiding logopedist zonder verdere verbijzondering of specialisatie. De ‘specialisaties’ van de logopedisten zijn niet officieel erkend en er is geen sprake van een beschermde opleidingstitel. Dit systeem van niet erkende specialisaties heeft naast enkele voordelen vooral nadelen volgens de logopedisten.

#### **Voordelen huidige situatie**

- ▶ Iedere logopedist is momenteel vrij in het creëren van haar eigen specialisme. Er bestaan geen criteria ten aanzien van opleiding, aantal te werken uren, aantal cliënten, aantal bij- en nascholingspunten en er bestaat geen verplichte registratie voor specialisten.
- ▶ Door deze vrijheid blijft het voor de logopedist ‘specialist’ mogelijk om ook als generalist werkzaam te blijven en de algemene kennis hiervoor op peil te houden met bij- en nascholing.

#### **Nadelen huidige situatie**

- ▶ De geschetste vrijheid van iedere logopedist om zich desgewenst een specialist te noemen is tevens een nadeel. De logopedist wordt niet gedwongen om kennis en vaardigheden op peil te houden, maar moet daartoe zelf het initiatief nemen. Dit brengt een bepaalde onzekerheid met zich mee. De logopedist weet nooit wanneer ze zich nu met recht als specialist kan profileren omdat er geen objectieve criteria bestaan.
- ▶ Het ontbreken van objectieve criteria voor specialisatie maakt dat er binnen de logopedisten die zich specialist noemen veel verschillen bestaan in werkervaring, kennis en vaardigheden. Dit is zowel het geval tussen verschillende specialismen als binnen één zelfde specialisme. De inhoud en waarde van specialisatie zijn daardoor onduidelijk.<sup>2</sup>
- ▶ De onduidelijkheid van specialisaties maakt dat de specialist zich niet goed kan profileren en haar positie en waarde binnen de gezondheidszorg onvoldoende kan bevestigen. De zorg is daardoor onvoldoende transparant omdat niet duidelijk is voor cliënten, verwijzers, zorgverzekeraars en voor collega-logopedisten zelf, waar specifieke deskundigheid is te vinden.

---

<sup>2</sup> De stottertherapeuten vormen hierop een uitzondering (zie inleiding).

- ▶ Doordat de specialistische kennis en vaardigheden van de logopedist specialist niet zijn erkend, wordt de logopedist-specialist ook niet altijd serieus genomen in bijvoorbeeld multidisciplinair overleg.
- ▶ Omdat de logopedist specialist geen erkende titel of een erkend diploma kan overleggen is het opbouwen van een netwerk met collega's en verwijzers moeilijk. Netwerken ontstaan nu voornamelijk op grond van persoonlijke contacten en dit is relatief tijdrovend.
- ▶ Het vak logopedie biedt momenteel relatief weinig carrière-perspectief, wat negatieve gevolgen heeft voor de satisfactie binnen het vak.
- ▶ De extra opleiding en extra kennis en vaardigheden worden momenteel niet vertaald in een hoger (specialisten)tarief. Dit heeft een negatieve invloed op de satisfactie van het beroep, niet in de laatste plaats omdat dit het gevoel niet serieus te worden genomen bevestigt.
- ▶ In het overleg van de logopedist specialist met de zorgverzekeraar over bijvoorbeeld de geïndiceerde specialistische behandeling en een adequate vergoeding hiervoor, is het een nadeel dat de specialisaties momenteel niet helder zijn omschreven en vaak niet aan toetsbare criteria voldoen.

#### **Voor- en nadelen van erkende specialisatie**

Voorafgaand aan het beantwoorden van de vraag naar voor- en nadelen van erkende specialisatie, werd afgesproken om hier binnen de logopedie voorlopig onder te verstaan dat er bepaalde goed omschreven eisen zijn gesteld aan de opleiding en aan de werkervaring van de logopedist specialist. Deze eisen worden getoetst en bewaakt. Ieder die voldoet aan deze eisen kan zich gespecialiseerd logopedist noemen en heeft een door een (nog nader aan te duiden) accreditatieorgaan erkend diploma.

- ▶ Bij een erkende specialisatie die aan duidelijk omschreven criteria voldoet wat betreft opleiding en ervaring, is het voor elke logopedist zelf duidelijk wanneer zij zichzelf een specialist kan noemen.
- ▶ Bij een erkende specialisatie worden bepaalde kwaliteitseisen gesteld en ook bewaakt. Deze eisen zijn inzichtelijk voor iedereen en maken duidelijk wat een bepaalde specialisatie inhoudt. Ook is dan duidelijk waar de specifieke kennis en vaardigheden van de logopedist-specialisten liggen en de transparantie in de zorg neemt hierdoor toe. De extra kennis en vaardigheden zijn voor alle betreffende logopedist-specialisten gelijk.
- ▶ Een voorafgesteld opleidingstraject tot een erkend specialisme kan een extra stimulans zijn voor logopedisten om zich te gaan specialiseren.
- ▶ De profilering naar cliënten, collega-logopedisten en verwijzers neemt toe met een erkend diploma, wat het opbouwen van relevante netwerken kan vergemakkelijken.
- ▶ Erkende specialisatie kan positieve gevolgen hebben voor de profilering van het vakgebied van de logopedie in zijn geheel. Door goed omschreven specialisaties die zich naar buiten toe profileren, ontstaat een veel breder beeld van de logopedie.
- ▶ De positie van de logopedist-specialist in het overleg met zorgverzekeraars over tarieven van de geboden zorg, benodigde tijdsduur van een specialistische behandeling en het aantal te vergoeden zittingen, is sterker wanneer deze in het bezit is van een

erkend diploma waarmee duidelijk wordt wat de kennis en vaardigheden van de logopedist-specialist zijn.

- ▶ Bij erkende specialisatie kunnen de inrichtingseisen van de praktijk specifiekere zijn.

#### **Nadelen**

- ▶ De beroepsgroep van de logopedisten is relatief klein en erkende specialisten zullen verspreid over het hele land zitten. Dat kan tot gevolg hebben dat cliënten niet meer bij de logopedist 'op de hoek' terecht kunnen, maar moeten reizen.
- ▶ Gezien de geringe omvang van de beroepsgroep kan erkende specialisatie leiden tot versnippering.<sup>3</sup>

### **3.2.5 Deelgebieden binnen de logopedie die in aanmerking komen voor specialisatie**

Wanneer de vraag wordt gesteld waar een deelgebied binnen de logopedie aan moet voldoen om een erkende specialisatie te zinvol te achten, moet aan een aantal aspecten worden gedacht:

- ▶ de grootte van patiëntengroep;
- ▶ de behoefte aan de betreffende gespecialiseerde zorg vanuit cliënten, collega-logopedisten en verwijzers;
- ▶ de specificiteit van kennis en vaardigheden die het betreffende gebied vraagt;
- ▶ aantal logopedisten dat op het betreffende terrein werkzaam is;
- ▶ spreidingsdichtheid logopedist-specialisten.

In het groepsinterview komen de volgende in de praktijk genoemde gebieden van specialisatie aan de orde: stotteren, taalontwikkeling/kinderen, dyslexie, stemtherapie, neurologie (waaronder CVA, afasie), meervoudig gehandicapten/autisme, dysfagie, anderstaligen/allochtonen, bedrijfs-logopedie en pre-logopedie. Van deze gebieden wordt besproken of een specialisatie op dit terrein zinvol is of niet. Deze opsomming bedoelt niet uitputtend te zijn. Het is goed mogelijk dat niet genoemde gebieden voor erkende specialisatie in aanmerking komen.<sup>4</sup>

#### **Stotteren**

Stotteren wordt als een terechte specialisatie opgevat wat betreft de behoefte aan de gespecialiseerde zorg en de specificiteit van kennis en vaardigheden die het betreffende gebied vraagt. Geschat wordt dat tussen de 150.000 en 200.000 mensen in Nederland stotteren. Er zijn 50 stottertherapeuten lid van de NVST en er zijn zo'n 20 aspirant-leden. Ook op het gebied van stotteren bestaat er echter al een spreidingsprobleem van zowel therapeuten als cliënten. Patiënten moeten soms ver reizen om naar een stottertherapeut toe te kunnen en anderzijds moeten stottertherapeuten soms noodgedwongen ook andere behandelingen uitvoeren omdat het aantal stottercliënten te kort schiet.

---

<sup>3</sup> De genoemde nadelen staan in principe los van het al dan niet erkend zijn van de specialisaties. De nadelen treden ook nu reeds op, terwijl de specialisaties nog niet erkend zijn maar in de praktijk al wel bestaan. Wanneer erkende specialisatie een aanzuigende werking zal hebben en het aantal specialisten toeneemt, kunnen genoemde nadelen wellicht eveneens toenemen.

<sup>4</sup> Vanuit de Begeleidingscommissie werd bijvoorbeeld preventieve logopedie als specialistisch werkterrein genoemd.



### **Taalontwikkelingstoornissen**

Er is wat betreft taalontwikkelingsstoornissen verschil van mening bij de geïnterviewde logopedisten over de noodzaak van een specialisatie op dit terrein. De meeste logopedisten zijn van mening taalontwikkelingsstoornissen goed te kunnen behandelen. Deze stoornissen zijn breed en komen zo vaak voor dat ze tot de basis van de logopedie behoren. Taalontwikkeling zit ook standaard in de opleiding en is dus gevoelsmatig voor een aantal aanwezige logopedisten geen specialisme.

Feit blijft wel dat er steeds meer kinderen niet meer op de speciale spraak-taalschool komen en dus naar de eerstelijns praktijk worden verwezen met hun taalproblemen die complexer zijn dan gemiddeld. Het patiëntenpotentieel is groot.

### **Dyslexie**

Dyslexie is een terechte specialisatie wat betreft de specificiteit van kennis en vaardigheden die de behandeling ervan vraagt. De basisopleiding tot logopedist gaat hier normaal gesproken helemaal niet op in. Geschat wordt dat het patiëntenpotentieel groot is, het aantal logopedisten dat zich specifiek met dyslexie bezighoudt is onbekend. Probleem bij de specialisatie dyslexie is wel dat per 1 maart 1992 de logopedische behandeling van dyslexie van de verstrekking is uitgesloten, omdat geen duidelijkheid bestond over het effect hiervan (VWS, 1997). Uit het onderzoek van Plas e.a. (2002) blijkt echter dat 51% van de 204 geënquêteerde logopedisten kinderen met dyslexie of met aan dyslexie verwante stoornissen behandelt.

### **Stemtherapie**

Van stemtherapie is niet iedereen van mening dat dit een terechte specialisatie is. Een aantal geïnterviewde logopedisten die niet in stemtherapie zijn gespecialiseerd, behandelen zelf ook stempatiënten. Volgens de geïnterviewde logopedist die zelf werkzaam is op het terrein van de stemproblematiek, vraagt de behandeling van stempatiënten wel een specifieke bijscholing op o.a. het gebied van emotionele problematiek, lichaamsgerichte psychotherapie en zangtechnieken. De problematiek is vaak complex. Er is een landelijke kring van 10-15 logopedisten die gezamenlijk overleg en contact hebben. In Rotterdam is ook een dergelijke groep. Het totaal aantal stemtherapeuten is niet bekend.<sup>5</sup> Internationaal vormen de stemtherapeuten een duidelijke groep als ‘voice therapists’. De oorsprong van de logopedie ligt mede in de stemtherapie: de stempedagoog samen met de spraak-pedagoog werd de logopedist.

### **Bedrijfslogopedie**

De bedrijfslogopedie houdt zich bezig met het leren gebruiken van de stem voor bijvoorbeeld leerkrachten, dominees en medewerkers van call-centres en het geven van presentatietrainingen en communicatie-trainingen. Het terrein is nauw gerelateerd aan de stemtherapie en beiden kunnen wellicht samen in één opleiding voor zang-, theater-, en bedrijfslogopedie en preventie. Het aantal logopedisten werkzaam binnen bedrijven is onbekend.

---

<sup>5</sup> Van de 204 logopedisten die aan het project “Logopedie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken” uit 2002 hebben deelgenomen, geven 34 logopedisten aan specifiek deskundig te zijn op het gebied van stemstoornissen. In totaal zijn ruim 1700 logopedisten extramuraal werkzaam.

De vraag rijst wel in hoeverre bedrijfslogopedie tot de gezondheidszorg behoort. Dat zou alleen het geval zijn indien het zich op preventie richt. De overheid stimuleert preventie, maar bedrijven kopen soms ook zelf bedrijfslogopedie in.

### **Neurologie**

Neurologie komt volgens de geïnterviewde logopedisten wel in aanmerking voor een erkende specialisatie omdat de kennis uit de basisopleiding voor de behandeling van neurologische stoornissen tekort schiet. Binnen het specialisme worden alle neurologische stoornissen bij elkaar genomen omdat de setting waarin deze stoornissen voorkomen hetzelfde is en de stoornissen ook vaak samen voor komen. Zo heeft bijna iedere CVA patiënt slikstoornissen. De achtergrond van neurologie is noodzakelijk om goed te kunnen behandelen en het soort stoornis is naar mening van de aanwezige logopedisten minder bepalend voor de indeling van het specialisme. Afasietherapeuten hebben wel een eigen vereniging, maar zij behandelen ook vaak de andere bijkomende neurologische problematiek. Het aantal logopedisten werkzaam op het terrein van de neurologie is onbekend, de patiëntengroep is groeiende.

### **Meervoudig gehandicapten/autisme**

Veel van de geïnterviewde logopedisten hebben het idee meervoudig gehandicapten zelf niet zinvol te kunnen behandelen. Een specialisatie op dit terrein wordt daarom als terecht ervaren. De basisopleiding besteedt niet veel aandacht aan de behandeling van meervoudig gehandicapten. Er zijn speciale groepen van logopedisten die werkzaam zijn op dit terrein gevormd, die overleg met elkaar hebben. Steeds meer kinderen komen in het kader van WSNS in de 1e lijnspraktijk terecht en de omvang van de patiëntengroep groeit. Het aantal logopedisten dat zich met de behandeling van meervoudig gehandicapten bezig houdt is onbekend.

### **Dysfagie (slikstoornissen)**

Dysfagie wordt door een aantal logopedisten binnen de geïnterviewde groep gezien als een onderdeel van de neurologie. Er wordt echter ook opgemerkt dat het bij dysfagie gaat om alle orofaryngeale slikklachten die als symptoom bij veel verschillende ziektebeelden en patiëntengroepen kunnen optreden. Dysfagie komt onder andere voor bij (een groeiende groep van) gezonde ouderen, oncologie patiënten, kinderen met een chisis of met genetische afwijkingen en bij traumapatiënten. De diversiteit van de onderliggende ziektebeelden en de complexiteit van de behandeling zouden een specialisatie op het terrein van dysfagie wel rechtvaardigen.

### **Anderstaligen/allochtonen**

Voor een deel zijn de spraak-taal problemen van allochtonen inherent aan tweede taalverwerving en niet aan een (medische)stoornis. De behandeling van deze problemen hoort dus niet binnen de gezondheidszorg plaats te vinden. Wel zal de logopedist een zinvolle bijdrage aan de behandeling kunnen leveren, maar de behandeling zou eventueel ook door een leerkracht kunnen worden verzorgd. Eventuele taalontwikkelingsstoornissen van allochtone kinderen zijn niet anders dan die van autochtone kinderen en behoeven geen gespecialiseerde behandeling. Kennis van de specifieke aspecten van de moedertaal die het spreken van Nederlands kunnen bemoeilijken is wel relevant.

### **Spraak-taalpathologie**

De opleiding spraak-taalpathologie is een opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker, met een theoretische achtergrond van spraaktaal pathologie. Het wordt niet gezien als een specialisatie binnen de logopedie.

### **Gehoorstoornissen**

Gehoorstoornissen lijken inhoudelijk misschien wel een specialisatie te rechtvaardigen, maar de groep logopedisten die zich er mee bezig houdt is te klein om een erkende specialisatie na te streven. Deze logopedisten zouden wel beter bekend moeten zijn.

### **Kinderlogopedie**

Er is een gespecialiseerde opleiding kinderlogopedie in Rotterdam. De criteria hiervan zijn bij de geïnterviewde logopedisten niet bekend. De logopedisten vinden een specialisatie naar leeftijd niet wenselijk omdat ook bij kinderen alle logopedische facetten naar voren komen, maar geen specifieke aanpak behoeven die niet regulier in de basisopleiding aan de orde komen. De kinderen kunnen dan beter bij de andere specialisatiegebieden worden onder gebracht indien dit op grond van de stoornissen van toepassing is.

### **Pre-logopedie**

De term pre-logopedie is verwarrend en ‘vroegbehandeling’ wordt een adequatere term gevonden. Het is volgens de geïnterviewde logopedisten met recht een specialisatie, die kennis vereist die niet standaard in de basisopleiding wordt aangeboden. De groep cliënten is groeiende. Het aantal logopedisten is niet precies bekend.<sup>6</sup>

Er kan worden geconcludeerd dat niet unaniem is aan te geven op welke gebieden nu wel en op welke gebieden nu geen erkende specialisatie zou moeten bestaan. Binnen de groep geïnterviewde logopedisten bestaan hierover verschillende visies. Desgevraagd geven de logopedisten aan dat zij stotteren en pre-logopedie de meest duidelijke potentiële gebieden van specialisatie vinden, die naar de NVLF toe als eerste moeten worden aanbevolen als erkende specialisaties. De generalisten binnen de groep geven aan met problematiek op deze twee terreinen weinig mogelijkheden te hebben op grond van hun basiskennis. Datzelfde geldt ook voor dyslexie en de behandeling van meervoudig gehandicapten, maar prioriteit wordt binnen de groep logopedisten gegeven aan stotteren en pre-logopedie.

Algemeen kan ook worden geconcludeerd dat het ordeningsprincipe van specialisatie door elkaar loopt bij de besproken gebieden. Het is lastig één principe te kiezen, maar de voorkeur bestaat wel voor het zoveel mogelijk ordenen op basis van stoornissen in plaats van ordening op grond van leeftijd of methoden.

---

<sup>6</sup> Van de 204 logopedisten die aan het project “Logopedie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken” uit 2002 hebben deelgenomen, geven 19 logopedisten aan specifiek deskundig te zijn op het gebied van pre-logopedie. In totaal zijn ruim 1700 logopedisten extramuraal werkzaam.

### 3.2.6 *Criteria voor specialisatie*

#### *Algemeen*

Algemeen wordt gesteld dat de logopedist specialist een diepgaande kennis en brede ervaring op een specifiek werkterrein binnen de logopedie moet hebben. De logopedist-specialist moet in staat zijn tot uitgebreidere diagnostiek en beschikken over uitgebreidere behandelmogelijkheden op het betreffende terrein, in vergelijking met de logopedist-generalist. Het is van belang dat de logopedist specialist in zekere zin altijd ook een generalist blijft en de basiskennis van het vak logopedie beheerst. De logopedist specialist moet weten wat er algemeen door de logopedist behandelbaar is, moet logopedische problematiek buiten haar specialisme kunnen herkennen en eventueel gericht kunnen doorverwijzen. De logopedist specialist moet de aanpalende stoornissen van haar specialisatie alsmede de vaak voorkomende stoornissen die niet binnen het specialistische terrein vallen, in principe zelf kunnen behandelen.

Het wordt door de geïnterviewde logopedisten van belang geacht dat de diepgaande kennis en brede ervaring van de logopedist specialist wordt geformaliseerd, zodat duidelijk is wanneer iemand zich nu precies een specialist mag noemen.

#### *Criteria ten opzichte van de opleiding en toetsing daarvan*

De logopedisten zijn van mening dat het noodzakelijk is per specialisme specifieke eisen aan de opleiding te verbinden en deze eisen ook te toetsen. Daarnaast dienen er eisen te worden gesteld aan het aantal uur ervaring dat de logopedist op het betreffende deelgebied heeft en aan het aantal cliënten dat de logopedist heeft gezien. Gepleit wordt voor een systeem dat vergelijkbaar is met dat van medisch specialisten, waarbij de logopedist in opleiding eerst een vastgestelde tijd (deels onder supervisie) binnen een specialisme werkt en parallel daaraan scholing volgt. Ook na het behalen van het diploma dienen er eisen te worden gesteld aan gerichte bij- en nascholing op het betreffende vakgebied. Naast de specifieke vakkennis en ervaring die de logopedist specialist moet hebben, wordt het relevant geacht dat de logopedist specialist in staat is om relevante vakliteratuur en onderzoeksliteratuur te beoordelen.

Omdat het van belang wordt geacht dat iedere logopedist specialist ook een goede basiskennis van het vak logopedie in het algemeen heeft, wordt aan iedere logopedist die zich wil specialiseren geadviseerd om eerst een tijd als generalist te werken. De Nederlandse Vereniging voor Stotter Therapie (NVST) heeft goed omschreven criteria voor opleiding en werkervaring, die als voorbeeld kunnen dienen.

De logopedisten zijn van mening dat voor het bewaken en toetsen van de criteria die aan specialisatie worden gesteld een toetsingscommissie noodzakelijk is. Deze toetsingscommissie bestaat uit specialisten vanuit het betreffende werkterrein en dient criteria op te stellen ten aanzien van opleiding, werkervaring etc.

Samen met vertegenwoordigers van de opleidingen moet deze commissie ook de bestaande post-HBO opleidingen gaan beoordelen. De post-HBO opleidingen die aan de door de commissie vastgestelde eisen voldoen, moeten erkend worden zodat een duidelijk traject tot specialisatie kan worden opgesteld via erkende opleidingen. Daarbij is het niet noodzakelijk dat de erkende bij- en nascholingscursussen bij één opleiding worden ondergebracht. De toetsing van de opleidingen moet echter wel centraal plaatsvinden. Het is

ook niet noodzakelijk dat de logopedist zich slechts via één traject kan specialiseren, er kunnen verschillende wegen naar erkende specialisatie bestaan.<sup>7</sup>

Voor specialismen in het algemeen dienen minimale eisen te worden opgesteld, zodat de verschillende specialismen binnen de logopedie ook onderling tot een bepaalde hoogte vergelijkbaar zijn. Het stellen van deze (algemene) minimale eisen moet centraal gebeuren, door de NVLF. De specialisten zijn er als groep zelf verantwoordelijk voor dat zij aan deze minimale criteria van de NVLF voldoen en dat de criteria binnen het specialisme bewaakt worden. Elk specialisme is er verder vrij in om de eisen voor het eigen gebied desgewenst hoger te stellen.

Het is van belang dat het opstellen van de criteria voor specialismen centraal en landelijk wordt geregeld omdat hiermee voorkomen wordt dat er verschillende losse organisaties ontstaan. Er kunnen bijvoorbeeld landelijke werkgroepen worden georganiseerd die zijn verbonden aan de NVLF. Daarmee wordt niet alleen voorkomen dat de beroepsgroep versnipperd, maar de NVLF houdt ook een sterke positie als vertegenwoordiger van de beroepsgroep van logopedisten. Ook in het kader van de onderhandelingen naar zorgverzekeraars toe is het van belang dat de NVLF een rol krijgt in erkende specialisatie.<sup>8</sup>

Een manier om erkende specialisatie minder kostbaar te maken is door eventueel één centraal toetsingsorgaan voor alle verschillende specialismen te ontwikkelen. Wanneer de criteria eenmaal duidelijk zijn opgesteld door betreffende logopedist-specialisten, kan de toetsing en bewaking ervan wellicht bij elkaar door één centraal toetsingsorgaan worden uitgevoerd. Deze centrale constructie werkt niet alleen kostenbesparend maar beperkt ook het aantal mensen dat noodzakelijk is om erkende specialisatie vorm te geven. Bij een beroepsgroep met een beperkte omvang zoals de logopedie worden beide aspecten als potentieel knelpunt gezien voor erkende specialisatie.

De betreffende logopedist-specialisten blijven op hun eigen werkterrein verantwoordelijk voor de inhoud van het specialisme, voor het eventueel aanpassen van de specifieke criteria, het afnemen van examens etc.

#### *Wetenschappelijke onderbouwing van specialisatie*

Vanuit de begeleidingscommissie werd als discussiepunt aangedragen dat specialisatie wellicht pas zinvol is, indien er meer wetenschappelijke onderbouwing en bewezen effecten van het betreffende logopedische terrein bestaan. De geïnterviewde logopedisten delen deze mening niet. Erkend wordt dat de wetenschappelijke onderbouwing van de logopedie nu nog beperkt is en dat er behoefte bestaat deze verder te ontwikkelen. Een wetenschappelijke onderbouwing van het vak logopedie in zijn geheel is echter gezien de breedte van het vak moeilijk. Aangezien de specialisaties een beperkter gebied omvatten en nauwer zijn omschreven, kunnen deze juist een goed vertrekpunt vormen voor de wetenschappelijke onderbouwing van het vak logopedie. Logopedisten werkzaam binnen

---

<sup>7</sup> Er zijn ook twee manieren waarop men een erkend stottertherapeut kan worden: via de sprokkelroute waarbij verschillende bij- en nascholing bij elkaar opgeteld worden of via de tweede fase opleiding in Rotterdam. De eindtermen voor specialisatie zijn gelijk, de weg erheen is anders.

<sup>8</sup> Als voorbeeld kan de situatie bij de fysiotherapie dienen: de manueel therapeuten en kinderfysiotherapeuten hebben wel een eigen vereniging met een eigen bestuur, stellen hun eigen criteria op maar opereren toch onder de paraplu van het KNGF en zijn ook erkend door het KNGF.

een specialisatie zijn door hun diepgaande kennis en ruime ervaring op een bepaald terrein bij uitstek in staat om mee te werken aan de verdere ontwikkeling en onderbouwing van de logopedie. Uitgangspunt daarbij is dat er een voortdurende interactie tussen praktijk en wetenschap plaatsvindt.

Door de logopedisten wordt benadrukt dat een specialisatie niet alleen op de praktijk moet worden gebaseerd maar dat er zeker ook aan wetenschappelijke onderbouwing moet worden gewerkt. Daarbij moet niet alleen aan effectstudies worden gedacht maar ook aan richtlijn- en protocol ontwikkeling op basis van onderzoek.

### **Taken van de logopedist specialist**

In het algemeen wordt door de geïnterviewde logopedisten gesteld dat de logopedist-specialist de plicht heeft om naast het bieden van patiëntenzorg mee te werken aan de verdere ontwikkeling en verdieping van het vak logopedie, in het bijzonder op het terrein van haar specialisatie. De meerkennis van de logopedist specialist dient daar waar mogelijk te worden ingezet voor de gehele groep logopedisten. De manier waarop de logopedist specialist dat vorm geeft wordt aan de individuele logopedist overgelaten. Op die manier kan iedere logopedist haar individuele talenten en interesses optimaal benutten. Een aantal mogelijkheden om de specialistische kennis in te zetten voor de gehele beroepsgroep worden geformuleerd:

- ▶ De logopedist specialist kan geconsulteerd worden door collega-logopedisten voor een specifieke patiënt.
- ▶ De logopedist specialist kan een collega logopedist gedurende langere tijd coachen in de behandeling van een specifieke patiënt.
- ▶ De logopedist specialist kan supervisie bieden.
- ▶ De logopedist specialist biedt stagemogelijkheden voor toekomstige specialisten.
- ▶ De logopedist specialist geeft voorlichting, lezingen, lessen en/of neemt deel aan werkgroepen.
- ▶ De logopedist specialist neemt deel aan kwaliteitskringen die specifiek op het specialisme zijn gericht. Deze kwaliteitskringen moeten vanuit de specialisten zelf worden opgezet en deelname moet verplicht worden gesteld.
- ▶ De logopedist specialist moet bereid zijn om mee te werken aan onderzoek als dat binnen haar mogelijkheden ligt.<sup>9</sup> Daarbij hoeft de logopedist het onderzoek niet altijd zelf uit te voeren, maar het signaleren van onderzoeksvragen is wel een taak van de logopedist specialist.

### **3.2.7 Relatie tussen de logopedist generalist en logopedist specialist**

#### **Positie generalist**

Een voorwaarde bij erkende specialisatie is dat de logopedist-generalist een volwaardige positie binnen de gezondheidszorg behoudt. Aan de profilering van de generalist moet daarom zorgvuldig aandacht worden besteed, zodat erkende specialisatie geen negatieve gevolgen voor de positie van deze logopedist generalist heeft. De generalist is een gediplomeerd logopedist die met veel facetten van het vak te maken heeft en die zich ook

---

<sup>9</sup> Het participeren aan onderzoek kan ook goed het aanleveren van data zijn, of het geven van een bepaalde (proef)behandeling.

vaak breed bijschoolt. De waarde van de generalist is niet alleen gelegen in het feit dat deze zeer veelzijdig kan behandelen, maar ook in het feit dat de generalist ervoor zorgt dat de cliënt met relatief eenvoudige problematiek dicht bij huis behandeld kan worden.

Eventueel is het mogelijk de generalist ook als een specialisme op te vatten zoals nu gebeurt met de huisarts binnen de geneeskunde. Dit lijkt echter niet gunstig voor de profilering van het beroep van logopedist als geheel.<sup>10</sup> Wanneer alles wordt opgedeeld blijft er geen algemene logopedist over, terwijl het uitgangspunt juist moet zijn dat iedere logopedist begint binnen de algemene logopedie.

### **Samenwerking generalist en specialist**

Bij het stottercentrum in Zwolle is de procedure dat patiënten in principe eerst naar de logopedist generalist ('om de hoek') gaan, indien zij nog nooit eerder voor stotteren zijn behandeld. Deze logopedist generalist begint eventueel in overleg met het stottercentrum met de behandeling. Er zijn verschillende redenen waarom dit zo is georganiseerd. Ten eerste hangt deze werkwijze samen met de bereikbaarheid van een stottertherapeut. Er zijn zogenaamde 'lege plekken' in Nederland waar eigenlijk alleen logopedist generalisten werkzaam zijn. Deze generalisten behandelen in overleg met specialisten een breed scala van klachten binnen de logopedie. Deze samenwerking verloopt wat betreft stotterklachten geprotocolleerd en er zijn richtlijnen wanneer de generalist de cliënt toch beter kan doorverwijzen naar een specialist. In dit protocol is ook omschreven welke cliënten naar het stottercentrum moeten voor behandeling. Wanneer bijvoorbeeld groepsbehandeling de voorkeur heeft voor een cliënt, vindt dit vrijwel automatisch in het stottercentrum plaats omdat een generalist nooit voldoende cliënten tegelijk heeft.

Wat betreft dyslexie geeft de bij de groepsinterviews aanwezige logopedist specialist aan soms eenmalig te worden geconsulteerd door een logopedist-generalist. In sommige gevallen wordt naar aanleiding hiervan de behandeling van de betreffende cliënt van de generalist overgenomen. Het gebeurt daarentegen ook wel dat de specialist een cliënt die naar haar is verwezen naar de logopedist generalist (terug) stuurt, wanneer blijkt dat gespecialiseerde hulp niet is geïndiceerd.

Bovengeschetste situaties zijn goede voorbeelden van samenwerking, maar in de praktijk verloopt de samenwerking tussen generalisten en specialisten niet altijd optimaal. De logopedisten zijn van mening dat de samenwerking tussen generalisten en specialisten verder kan en moet worden geoptimaliseerd. Daarbij is allereerst van belang dat er goede netwerken bestaan. Binnen een netwerk kunnen alle logopedisten (specialisten zowel als generalisten) aangeven wat hun kennis is en vaardigheden zijn. Door consultaties onderling kan een stuk na- en bijscholing worden verzorgd aan generalisten en kunnen specialisten de generalist helpen een behandeling vorm te geven. Protocollen kunnen in deze samenwerking een belangrijke rol spelen en zouden landelijk moeten worden ontwikkeld. In deze protocollen moeten niet alleen inhoudelijk zaken worden geregeld, maar is het ook goed om tarieven van consultatie op te nemen. In het protocol dient verder duidelijk te worden aangegeven wanneer de generalist beter kan doorverwijzen naar de specialist.

---

<sup>10</sup> Vanuit de BGC wordt geopperd dat dit wellicht wel zinvol kan worden indien de structuur van de gezondheidszorg verandert en er voor logopedische behandeling geen verwijzing van de huisarts meer nodig is. De generalist zou dan de 'poortwachter' van de logopedie kunnen worden.

Bij de ontwikkeling van deze protocollen kunnen de protocollen zoals die binnen het stottercentrum Zwolle worden gehanteerd als uitgangspunt worden genomen. Ook is het zinvol de regelingen die de NVST voor supervisie heeft opgesteld te bestuderen.

### **Criteria op grond waarvan de verwijzer al dan niet naar de logopedist specialist moet verwijzen**

De vraag rijst bij de geïnterviewde logopedisten of de logopedist specialist het gehele scala van klachten binnen het specifieke terrein van de logopedie moet behandelen, dus vanaf de zeer eenvoudige klachten tot en met de zeer ernstige klachten, of dat zij zich zou moeten beperken tot de ernstige en gecompliceerde problematiek binnen het specialisme waar de kennis en vaardigheden van de generalist te kort schieten. Deze vraag is niet eenduidig te beantwoorden omdat vele factoren van uiteenlopende aard hierbij een rol spelen. De aard van het specialisme speelt een rol, de geografische spreiding van de logopedisten, de bevolkingsdichtheid van het gebied rond een logopedische praktijk, het aanbod van cliënten met 'specialistische problematiek' etc. Eén en ander wordt hieronder toegelicht.

Vanuit het perspectief van de patiënt lijkt het gewenst om met een relatief eenvoudig logopedisch probleem (lichte stotterklachten bijvoorbeeld), bij de logopedist 'om de hoek' terecht te kunnen. Behandeling van lichte klachten door de logopedist specialist is medisch gezien niet nodig en kan voor de cliënt ook tot onaanvaardbaar lange reistijden leiden. Cliënten zijn alleen bereid om ver te reizen wanneer er sprake is van ernstige problematiek of een zeer specifieke vraag. Anderzijds zullen cliënten met een relatief eenvoudig stotterprobleem die toevallig in de buurt wonen bij een gespecialiseerde stottertherapeut wel naar deze specialist gaan.

De logopedist specialist zal in het geval van een wachtlijst vooral de ernstige problematiek binnen het specialisme behandelen. Wanneer het wat betreft patiënten aanbod rustig is in de praktijk, kunnen de meer eenvoudige stoornissen binnen een specialisme echter noodzakelijk zijn om te behandelen teneinde een toereikend inkomen te hebben. Datzelfde geldt voor de stoornissen die buiten het specialisme vallen. Vanuit het perspectief van de logopedist specialist kunnen de 'simpele' klachten binnen een specialisme soms ook juist aantrekkelijk zijn om te behandelen. De logopedist specialist kan hiermee voorkomen dat zij alleen nog maar met zeer complexe en tijdrovende problematiek te maken heeft.

In de praktijk krijgt de specialist vooral verwijzingen via collega-logopedisten en op basis van netwerkvorming van artsen. Vaak wordt reeds aan de telefoon op grond van de anamnese een selectie van cliënten gemaakt. Het zou in enkele gevallen goed zijn als artsen direct door zouden verwijzen naar de specialist, maar door de meeste logopedisten wordt aangegeven dat dit nog weinig gebeurt. Het is vaak ook moeilijk te bepalen op grond van welke criteria artsen direct zouden moeten doorverwijzen naar de logopedist specialist. Logopedisten kunnen hiervoor wel afspraken maken met de eigen kring van verwijzers, en enkele logopedisten zijn van mening dat dit beter werkt dan het opstellen van landelijke regels.



Vanuit het stottercentrum zijn onderling (regionale) afspraken gemaakt: Als een arts een patiënt met stotterproblematiek heeft, gaat die in principe naar de dichtstbijzijnde logopedist generalist. Deze logopedist generalist begint in principe met de behandeling en kijkt of eventueel op latere termijn verwijzing nodig is. Wanneer de betreffende patiënt al eerder voor stotteren is behandeld is een verwijzing naar het stottercentrum geïndiceerd (zie ook samenwerking generalist en specialist).

Bij de pre-logopedie zijn de procedures anders. Kinderen (zuigelingen) moeten eigenlijk altijd direct naar de specialist worden doorverwezen, bijv. door de kinderarts of revalidatie-artsen. Dat gebeurt ook veel op basis van onderling gemaakte afspraken. Wanneer deze kinderen bij een niet gespecialiseerde collega terecht komen verloopt de behandeling vaak niet goed en wordt het belang van het kind geschaad.

Er wordt geconcludeerd dat de procedure van verwijzing per specialisme nog wel verschillend ligt. De logopedisten zijn van mening dat er voor een heleboel stoornissen wel algemene regels kunnen worden opgesteld. Dit is ook aan te bevelen om enerzijds de snelheid van verwijzing naar de specialist te bevorderen en anderzijds om onnodige verwijzing naar de specialist te voorkomen. De vraag welke cliënten nu naar de specialist moeten worden verwezen blijft echter altijd samenhangen met de eerder genoemde factoren van wachtlijst, spreiding van logopedisten en bevolkingsdichtheid.

#### **Aparte tarieven voor de logopedist-specialist**

Algemeen wordt het door de geïnterviewde logopedisten niet noodzakelijk gevonden om aparte tarieven voor gespecialiseerde behandeling te hanteren. De niet patiëntgebonden tijdsinvestering is naar mening van de geïnterviewde specialisten bij een specialistische behandeling relatief groot,<sup>11</sup> waardoor de specialist nu eerder minder verdient dan de generalist. De extra benodigde niet patiënt-gebonden tijd zou wel in een verhoogd tarief verdisconteerd moeten worden.

#### **3.2.8 *Knelpunten ten aanzien van erkende specialisatie***

- ▶ De geïnterviewde logopedisten realiseren zich dat een specialisatie die verder geformaliseerd gaat worden, in eerste instantie zeker geen geld oplevert voor de logopedist specialisten, maar eerder meer geld gaat kosten. Dit kan een teruglopende instroom van logopedisten bewerkstelligen.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Dit wordt niet bevestigd door de gegevens uit het onderzoek van Plas e.a. (2002). In dit onderzoek geeft 88 % van de specifiek deskundige logopedisten als knelpunt aan dat niet-direct cliënt gebonden tijd niet wordt vergoed, terwijl dit door 93% van de als generalist werkende logopedisten wordt aangegeven. Vanuit de Begeleidingscommissie wordt wel benadrukt dat ook de extra taken die nu bij de logopedist specialist worden genoemd, zoals consultatie, coaching en participeren in wetenschappelijk onderzoek op een of andere manier gefinancierd moeten worden.

<sup>12</sup> De instroom bij de stottertherapie bijvoorbeeld loopt sterk terug, vermoedelijk door de grote investeringen die het vraagt in tijd en geld, die nu nog op geen enkele manier worden terug verdiend. Nu er te weinig logopedisten zijn en iedereen na afstuderen direct aan het werk kan, is de motivatie om te specialiseren minder.

- ▶ Als een specialisatie meer geld gaat kosten zonder dat op voorhand duidelijk is wat de concrete voordelen zijn voor de logopedist, is het mogelijk dat de logopedisten de voorkeur geven aan het huidige systeem van niet erkende specialisatie.
- ▶ Er zijn momenteel te weinig logopedisten terwijl er jaren terug een groot overschot was. Dit vermindert de noodzaak tot specialisatie om verzekerd te zijn van werk. Dit knelpunt kan sterker gaan gelden wanneer specialisatie aan strenge eisen moet voldoen.
- ▶ De eisen in de dagelijkse praktijk (bijv. wat betreft kwaliteitsbeleid, registratie en administratie) zijn zwaarder dan een aantal jaar geleden. Het is daardoor moeilijker een opleiding naast het werk te volgen. Als erkende specialisaties aan strenge criteria moeten voldoen en dus wat betreft opleiding wellicht zwaarder worden, kan dit knelpunt groter worden.
- ▶ De vrijblijvendheid die nu nog aan de specialisatie zit, is voor een aantal mensen ook aantrekkelijk. Wanneer er straks met criteria gewerkt gaat worden zullen er mensen afvallen.
- ▶ Voor de logopedisten die nu reeds specialistisch werkzaam zijn dienen overgangsregelingen te worden gecreëerd. Deze specialisten moeten zeker voor het praktijkveld behouden blijven en indien nodig gericht kunnen bijscholen om aan de gestelde criteria voor specialisatie te voldoen.
- ▶ Er wordt gesteld dat wellicht het grootste probleem nog wel is 'wie de kar straks gaat trekken'. Welke logopedisten gaan de opleidingseisen formuleren, wie gaat zitting nemen in commissies etc. Alle logopedisten die daar eventueel toe in staat zouden zijn en ook reeds actief zijn binnen een specialisme zijn nu al zwaar belast met praktijkvoering, consultatie, coaching, voorlichting etc. Volgens de logopedisten is het een voorwaarde dat de NVLF in ieder geval financiële middelen beschikbaar stelt om ten aanzien van erkende specialisatie beleid te maken en uit te voeren, zodat extra werkzaamheden niet onbetaald hoeven te blijven. Dit lost het probleem van het tekort aan beschikbare professionals echter niet op.
- ▶ Alle logopedisten samen moeten (middels de NVLF) uiteindelijk gaan bepalen welk werkterrein in aanmerking komt voor specialisatie en welk terrein niet. Het probleem dat zich aandient wanneer dat via de NVLF wordt georganiseerd, is dat niet iedere logopedist daarbij is aangesloten. Voor deze niet leden van de NVLF moet een oplossing worden bedacht.
- ▶ Voor stoornissen als dyslexie en stotteren is het voor de behandeling niet noodzakelijk dat men logopedist is. Het idee dat de specialisaties erkend gaan worden via werkgroepen en toetsingscommissies die aan de NVLF zijn verbonden, wordt daarmee wel gecompliceerd.<sup>13</sup> Het streven naar een uniforme formule per specialisme is in principe goed, maar misschien niet voor alle specialismen haalbaar.
- ▶ Wanneer specifieke, verplichte kwaliteitskringen worden opgezet kan dit geografische problemen opleveren aangezien de groep specialisten vaak een beperkte omvang zal hebben en zich verspreid over heel Nederland bevindt. Dit probleem wordt groter naarmate er meer specialisaties zijn en dus minder logopedisten per specialisatie.

---

<sup>13</sup> De stottertherapeuten zijn momenteel los van de NVLF georganiseerd, mede omdat deze opleiding ook mogelijk is vanuit een vooropleiding, zoals bijvoorbeeld psychologie.

Naar aanleiding van deze knelpunten en de voorgaande discussies, wordt als idee naar voren gebracht te beginnen met het samen nemen van bepaalde groepen van stoomnissen en daar geformaliseerde landelijke werkgroepen voor in het leven te roepen. Deze werkgroepen zullen voor een deel wellicht al bestaan. Deze werkgroepen moeten bekend worden gemaakt en transparant zijn, zodat iedereen zich daarvoor bijvoorbeeld via de NVLF kan aanmelden. Zo begint het betreffende gebied van specialisatie vooral met vormen van netwerken. Middels deze werkgroepen wordt een vorm gecreëerd waarbinnen het goed mogelijk is onderling informatie uit te wisselen en kennis te bundelen. Vanuit deze werkgroep kan in een later stadium worden bekeken of er bepaalde eisen aan het netwerk en aan de werkgroep moeten worden gesteld, en of de werkgroep wil doorgroeien naar een systeem van erkende specialisatie. De verschillende werkgroepen/netwerken krijgen de gelegenheid zichzelf te ontwikkelen en dit zal op het ene terrein van specialisatie actiever zijn dan op een ander terrein. Op deze manier komen als het ware de specialisaties bovendien die het traject naar erkenning verder willen afronden. De NVLF kan hierin een faciliterende rol gaan spelen.

### **3.3 Situatie binnen de opleidingen logopedie**

De resultaten uit de paragrafen 3.2.1 t/m 3.2.8 waren gebaseerd op de groepsinterviews met logopedisten. Voor het beantwoorden van de vragen rond de veranderingen in het hoger onderwijs en de mogelijke gevolgen daarvan voor specialisatie binnen de logopedie, werden telefonische interviews gehouden met de studie coördinatoren van 5 opleidingen logopedie. De nu volgende gegevens zijn op deze interviews gebaseerd.

#### **Basisopleiding logopedie**

Bij de opleidingen logopedie zijn geen inhoudelijke veranderingen doorgevoerd ten gevolge van de introductie van het bachelor-master model. De bacheloropleiding tot logopedist is vergelijkbaar met de 'oude' opleiding logopedie en zal ook in de toekomst gewoon de basislogopedist opleiden. De opleiding verandert straks wellicht wel naar aanleiding van het nieuwe beroepsprofiel dat in ontwikkeling is.

In Utrecht zal de opleiding op termijn duidelijk uit twee delen bestaan, namelijk een major-opleiding en een differentiatie of profileringsfase. Op dit moment is de studie ook al ongeveer zo ingericht, maar de ruimte voor de profileringsfase wordt in de toekomst groter en ook de studiemogelijkheden worden uitgebreid. Dit in samenwerking met de rest van de faculteit gezondheidszorg van de Hogeschool Utrecht. De major-opleiding biedt dan echt de brede reguliere basisopleiding tot logopedist en ligt vast wat betreft te volgen vakken. De profileringsfase biedt ruimte voor individuele differentiatie en de bedoeling is dat studenten straks kunnen kiezen tussen een vakinhoudelijke verdieping van de logopedie of een verbreding van hun vakgebied. De logopedische verdieping kan bijvoorbeeld richting gehoor, spraak of taal plaatsvinden en een verbreding van de opleiding kan betekenen dat de student modules onderzoekstechnieken of multidisciplinair handelen volgt, samen met studenten van andere disciplines. Beide fasen samen vormen de allround opleiding tot logopedist.

## **Masteropleidingen**

In 2003 zal de Academie voor Gezondheidszorg Utrecht een nieuwe universitaire studierichting voor afgestudeerde logopedisten starten. Centraal staat in deze opleiding het wetenschappelijk omgaan met kennis en de opleiding is niet bedoeld als een inhoudelijke specialisatie. Er zijn momenteel geen plannen voor een dergelijk inhoudelijke masterstudie logopedie en de vraag is ook of daar een markt voor bestaat.

Vanaf september 2003 zal bij de Hogeschool Groningen samen met de Rijks Universiteit Groningen de masteropleiding worden gevormd door wat nu nog de kopstudie 'Neuro-linguïstiek' is. Deze masteropleiding kan worden gevolgd door de WO bachelors die algemene taalwetenschappen hebben gestudeerd en door de bachelor logopedisten. Momenteel studeren logopedisten eerst als bachelor af en volgen daarna deze kopstudie. Vanaf september 2003 gaan de programma's meer parallel lopen en kunnen logopedisten reeds tijdens de bachelorfase specifieke vakken als onderzoeksmethodologie en epidemiologie volgen, om de stap naar de masteropleiding te vergemakkelijken. Logopedisten die afstuderen aan deze masteropleiding kunnen als logopedist-specialist worden gezien. Studenten kiezen binnen de masteropleiding voor verdieping in een deelgebied van de logopedie: dyslexie, afasie of taalontwikkelingsstoornissen en krijgen daarnaast de meer onderzoeksgerichte scholing. De meeste afgestudeerden gaan ook als logopedist specialist werken en doen daarnaast onderzoek.

In Eindhoven bestaat sinds 1999 een masteropleiding voor logopedisten (en fysiotherapeuten, podotherapeuten en Studenten Medisch Beeldvormende Radiotherapeutische Technieken): 'Master in arts of health'. Deze opleiding is management gericht. Op korte termijn wordt een marktonderzoek verricht naar wat wenselijk zou zijn als specifieke masteropleiding voor de logopedie. Naar aanleiding daarvan wordt een evt. specifieke masteropleiding voor logopedisten gestart.

In Zwolle bestaat momenteel nog geen specifieke masteropleiding logopedie. De Hogeschool is onlangs gefuseerd met de Vrije Universiteit Amsterdam en in het kader daarvan wordt wel gewerkt aan betere doorstroombmogelijkheden richting masteropleidingen aan de medische faculteit, pedagogische faculteit en aan de (sub)faculteit taalwetenschappen. Bij de HVA is tevens een opleiding master 'Verpleegkunde en paramedische beroepen' die is gericht op het onderzoeken van het beroepsmatig handelen, om vernieuwingen in de praktijk te kunnen ontwikkelen. De opleiding is multiprofessioneel van opzet en heeft een beroepsspecifieke afronding. De verpleegkundigen volgen het 'Advanced Nurse Practitioner' programma (ANP), waarvan vaardigheidsonderwijs en een stage deel uit maken. Wellicht dat de logopedie zich ook die kant op gaat bewegen en dan zou dit ook een specialistische opleiding kunnen worden.

De hogeschool Zuyd zal zelf geen masteropleiding voor logopedisten starten, maar richt zich voor de masteropleidingen meer op samenwerking met andere universiteiten. Er is contact met de Universiteit Utrecht en met de universiteiten van Luik, Aken, Gent en Antwerpen. Bij deze universiteiten zijn wel logopedie specifieke masteropleidingen (reeds bestaand of in ontwikkeling). Deze opleidingen richten zich op de (wetenschappelijke) verdieping in het vak logopedie als geheel, en kunnen niet worden gezien als een

opleiding tot een gespecialiseerd logopedist. De afstudeerscriptie kan wellicht een wat meer specialistisch onderwerp hebben.

Verder is er samenwerking met de Universiteit van Maastricht en kunnen logopedisten straks waarschijnlijk gaan doorstromen in de richting van bijvoorbeeld een master 'Paramedical Practitioner'. Dit is een masteropleiding waar logopedisten, ergotherapeuten en fysiotherapeuten kunnen instromen en zal dus geen gespecialiseerde logopedie masteropleiding zijn.

### **Invloed van het BAMA model op de wenselijkheid van specialisatie binnen de logopedie**

De onderwijs-coördinatoren zijn het er over eens dat de bacheloropleiding logopedie een allround generalist aflevert, die van alle werkterreinen van het vak genoeg weet om in de praktijk aan de slag te gaan. De opleiding ziet er al wel enige tijd anders uit dan een aantal jaar geleden. De opleiding is veel meer competentiegericht en er wordt minder op parate kennis gefocust. Dit heeft als nadeel dat de parate kennis wel eens minder is. Er wordt gewerkt aan een lerende attitude van studenten, aan zelfstandigheid, flexibiliteit, zelfkennis en aan het bijhouden van de ontwikkelingen in het vakgebied etc. Niet alle behandelmogelijkheden komen in de basisopleiding (meer) aan bod, maar daar staat tegenover dat studenten veel beter dan vroeger in staat zijn om zelf de benodigde kennis bij elkaar te zoeken. Voor verschillende terreinen in de praktijk is gerichte bij- en nascholing na de basisopleiding nodig, maar dat was enkele jaren geleden ook al zo.

De invoering van het bachelor mastermodel zal ook op langere termijn volgens de studie coördinatoren vermoedelijk geen verandering brengen in het afstudeerniveau van de basislogopedisten en zal daarom ook de noodzaak tot specialisatie (al dan niet erkend) niet veranderen. Een van de coördinatoren maakt daarbij wel de kanttekening dat de bachelorfase logopedie misschien 3 jaar gaat worden (in plaats van 4 jaar). Dit zal invloed hebben op het afstudeerniveau van de logopedist en daarmee ook de noodzaak van specialisatie binnen de logopedie (na de basisopleiding) beïnvloeden. Indien dit werkelijk gaat plaatsvinden zou een verkorte bachelorfase wellicht kunnen opleiden tot basislogopedist (vergelijk het systeem van de geneeskunde), waarna de studenten vervolgens kiezen voor een specialisatie in de masterfase.

## **3.4 Literatuuronderzoek**

In de literatuur werd gezocht naar gegevens die mogelijk inzicht kunnen geven in de terreinen van de logopedie die in aanmerking komen voor erkende specialisatie, op grond van patiëntenpopulatie, aantal werkzame logopedisten en aangegeven 'bestaande' terreinen van specialisatie.

### **3.4.1 *Stoornissen behandeld door de logopedist en aantal zittingen***

In 1993 en 1994 vond het onderzoek Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg plaats bij een willekeurige steekproef van 172 intra- en extramuraal werkzame logopedisten. De meest voorkomende stoornissen die door deze logopedisten werden

behandeld waren articulatiestoornissen (44%), taalontwikkelingsstoornissen (41%), afwijkend monddrag (33%), cognitieve en psychische stoornissen (30%) en stemstoornissen (22%)<sup>14</sup> (Dekker e.a., 1992; Raaijmakers & Dekker, 1995, 1998, van Heugten e.a., 1997; Welling & Dekker, 1998).

Door 49 extramuraal werkende logopedisten in dit onderzoek werden ook alle nieuwkomende patiënten geregistreerd (n = 517). Ook bij de extramuraal werkende logopedisten waren de meest voorkomende stoornissen articulatiestoornissen (52%), gevolgd door afwijkend monddrag (35%), stemstoornissen (31%) en taal(ontwikkelings)stoornissen (26%) (Steultjens et al., 1998; Hofhuis et al., 2001). Door de logopedisten werd ook de duur van de behandeling vastgelegd. Taalontwikkelingsstoornissen werden het langst behandeld met gemiddeld 23 zittingen. De overige vaak voorkomende stoornissen hadden een gemiddeld aantal zittingen van 19 voor articulatiestoornissen, 18 voor afwijkend monddrag en 15 zittingen voor stemstoornissen. Slikstoornissen werden gemiddeld het kortst behandeld met 11 zittingen.

Uit een onderzoek naar de logopedische zorg voor 0-19 jarigen in de regio Waterland in 1998 bleek dat de top 5 van diagnoses bestond uit taalontwikkelingsstoornissen (37%), articulatiestoornissen (29%), afwijkend monddrag (15%), stoornissen van de stem (3%) en stotteren (3%)(Bijen e.a., 2000). De eerste drie diagnoses omvatten samen 80 % van de logopedische aandoeningen. Bij deze vijf diagnoses werd de duur van de begeleiding geschat tussen de 9 en 12 maanden. De logopedisten in de regio Waterland werken in de vrije vestiging, het speciaal onderwijs, ziekenhuis, gehandicaptenzorg en het medisch kleuterdagverblijf. De gemiddelde begeleidingsintensiteit verschilt sterk per instelling: van 0,3 keer per maand bij de GGD tot 8,7 keer per maand bij de gehandicaptenzorg.

Het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) registreert continu en geautomatiseerd de medische verrichtingen in 114 huisartspraktijken (229 huisartsen) en daaraan gekoppelde indicaties (Bakker e.a., 2001).<sup>15</sup> De LINH-huisartsen vormen een representatieve afspiegeling van de Nederlandse huisartsen-populatie, o.a. naar urbanisatiegraad van het praktijkadres (van zeer stedelijk tot niet stedelijk). De patiënten uit deze huisartspraktijken zijn een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd, geslacht en type zorgverzekering.

De top 5 van medische diagnoses naar de logopedie bestond in 2000 uit spraak-fonatiestoornissen (37%), specifieke leerstoornissen (waaronder dyslexie (26%), symptomen/klachten stem (15%), stotteren (9%) en CVA (2 %).

In het project “Logopedie in de extramuraal gezondheidszorg: stand van zaken” uit 2002 werden bij een steekproef van 500 vrijgevestigde extramuraal werkende logopedisten gegevens verzameld over onder andere de diagnoses van de cliënten (respons: n = 204; Plas et al., 2002). In dit onderzoek werden articulatiestoornissen het meest frequent behandeld (45%), gevolgd door stemstoornissen (35%), taal(ontwikkelings)stoornissen (29%) en afwijkend monddrag (28%). In dit onderzoek werd tevens de behandelduur geregistreerd en hieruit kwam naar voren dat taal(ontwikkelings)stoornissen (samen met lees en/of

---

<sup>14</sup> Per cliënt konden meerdere diagnoses worden aangegeven.

<sup>15</sup> LINH is een samenwerkingsverband van het NIVEL, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK).

schrijfproblemen) het grootste aantal zittingen vergen: mediaan 35. Ook gehoorstoornissen kennen een relatief lange behandelduur met een mediaan van 32 zittingen. De overige vaak voorkomende stoornissen articulatiestoornissen, stemstoornissen en afwijkend monddrag worden in respectievelijk 18, 13 en 14 zittingen behandeld (mediaan). Stemstoornissen kennen daarmee het minst aantal behandelingen.

### **3.4.2 *Specifieke deskundigheid***

Van de 204 logopedisten die aan het project “Logopedie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken” uit 2002 hebben deelgenomen, geven 136 logopedisten aan specifiek deskundig te zijn op één of meer deelgebieden binnen de logopedie. De meest genoemde specialisaties zijn op het gebied van stemstoornissen en kinderlogopedie, welke beide door circa 25 % van de logopedisten worden genoemd. De andere terreinen die worden genoemd zijn dyslexie (17%), stotteren (15%), pre-verbale logopedie (14%), verstandelijk gehandicapt (12%) en afasie (11%) (Plas e.a., 2002).

### **3.4.3 *Speciality recognition program van de American Speech Language Hearing Association***

Via de web-site werd gezocht naar informatie over specialisatie binnen de logopedie in het buitenland. The American Speech Language Hearing Association (ASHA) heeft sinds 1995 een ‘Specialty Recognition program’. Speciality Recognition of in het Nederlands: erkende specialisatie is een systeem dat is opgezet om Amerikaanse logopedisten die over meer kennis, vaardigheden en ervaring beschikken op een specifieke terrein dan de ‘basislogopedist’, herkenbaar te maken voor consumenten van logopedische zorg, collega’s, verwijzers en zorgverzekeraars.

Deelname aan dit systeem is vrijwillig en ook logopedisten die niet zijn aangesloten bij een erkende specialisatie mogen werkzaam zijn op het betreffende werkterrein. Het initiatief voor het instellen van een erkende specialisatie op een bepaald terrein binnen de logopedie, moet door een groep leden van de beroepsvereniging ASHA zelf worden genomen. Deze groep kan daartoe een verzoek indienen bij een daartoe in het leven geroepen adviescollege voor erkenning van specialisatie (Council for Clinical Speciality Recognition (CCSR)).

De procedure hiervoor bestaat uit twee fasen.

#### **Fase I**

In fase I moet de groep in een petitie het betreffende gebied van specialisatie exact definiëren. Uit deze definitie moet blijken dat het gebied uniek is en niet overlapt met andere gebieden binnen de logopedie. Het gebied van specialisatie moet ook voor consumenten makkelijk zijn te onderscheiden van de rest van de logopedie. Er dient te worden aangetoond dat het terrein van specialisatie betrekking heeft op een goed te onderscheiden populatie van cliënten, die zorg behoeft die extra kennis, vaardigheden en ervaring van de logopedist vraagt.

Het adviescollege van de ASHA beoordeelt de verzoeken. De helderheid waarmee het betreffende werkterrein en de procedures zijn omschreven wordt beoordeeld en ook wordt bekeken of erkende specialisatie op het betreffende terrein in het belang van de betrokken patiënten-populatie van de logopedie is. Het verzoek van de petitiegroep logopedisten wordt vervolgens gepubliceerd door de ASHA. Op deze manier kunnen consumenten en beroepsbeoefenaars binnen en buiten de logopedie hun oordeel geven over de juistheid van het verzoek om het betreffende werkterrein tot een erkende specialisatie binnen de logopedie te maken. Tevens kan op deze wijze door een breed publiek worden beoordeeld of de petitiegroep die het voorstel heeft ingediend, representatief genoeg kan worden geacht om het voorstel tot erkende specialisatie binnen het betreffende werkterrein te doen. Wanneer het adviescollege positief beslist over het ingediende verzoek krijgt de petitiegroep 18 maanden het exclusieve recht om fase II in te gaan. In die tijd kan geen andere groep het verzoek tot erkenning van ditzelfde gebied van specialisatie indienen.

## Fase II

In fase II moet worden beschreven op welke manier logopedisten een erkend specialist kunnen worden. De criteria ten aanzien van opleiding, werkervaring etc. moeten worden vastgesteld en ook het systeem volgens welke deze kennis en ervaring zal worden getoetst. De petitiegroep moet kunnen aangeven hoe zij onderling tot een consensus zijn gekomen en moet de mogelijkheden voor samenwerking met andere groepen werkzaam binnen hetzelfde specialistische terrein verkennen. De petitiegroep moet verder aan kunnen tonen dat het beoogde 'speciality board' organisatorisch en financieel levensvatbaar is. Ook in fase II vindt publicatie van de plannen plaats en volgt een periode waarin commentaar kan worden geleverd op bijvoorbeeld de gestelde criteria.

Wanneer fase II wordt goedgekeurd door de CCSR wordt door de petitiegroep een specialisatie commissie geïnstalleerd. Deze commissie bestaat uit minimaal drie leden waarvan één vertegenwoordiger van een patiëntengroep. De overige leden zijn specialistisch werkzame logopedisten die indien van toepassing, verschillende werksettings vertegenwoordigen binnen het betreffende specialisme. De specialisatie commissie is verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken binnen het gebied van erkende specialisatie<sup>16</sup> en beoordeelt verzoeken van individuele therapeuten om de specialisten status te verkrijgen. Individuele logopedisten krijgen na erkenning een certificaat en worden geregistreerd.

### *Taken adviescollege ASHA*

Het adviescollege voor erkenning van specialisatie van de ASHA heeft in het gehele proces een faciliterende rol en biedt assistentie. Eventueel kan iemand vanuit het adviescollege worden aangesteld om de petitiegroep te assisteren in het doorlopen van fase I en II. Er zijn ook richtlijnen ontwikkeld voor het doorlopen van de fases en de criteria waaraan de petitie moeten voldoen zijn gedefinieerd. Ook bestaan er richtlijnen waaraan de erkende specialisaties moeten voldoen nadat zij zijn gevestigd. Het adviescollege voor erkenning van specialisatie van de ASHA evalueert of de specialisatie commissies zich

---

<sup>16</sup> Alle regels en procedures die binnen een specialisatie commissie worden gehanteerd moeten omschreven zijn in een handleiding, die is goedgekeurd door het adviescollege voor erkenning van specialisatie van de ASHA.



houden aan hun goedgekeurde programma door regelmatig overleg en middels een jaarverslag.



## 4 Conclusies en aanbevelingen

### 4.1 Conclusies

Uit de groepsinterviews met de logopedisten kan worden geconcludeerd dat het huidige systeem van niet erkende specialisatie een aantal nadelen kent. Als een van de belangrijkste nadelen werd genoemd dat momenteel niet duidelijk is wat een specialisatie binnen de logopedie precies inhoudt. Naar collega-logopedisten en naar derden toe is niet inzichtelijk wat een logopedist specialist aan extra kennis, vaardigheden en ervaring te bieden heeft. Gerelateerd daaraan kunnen specialisten binnen de logopedie zich niet goed profileren naar cliënten, collega's, verwijzers en zorgverzekeraars toe. Gespecialiseerde logopedisten blijven daardoor relatief onbekend in hun omgeving, een probleem dat bij meer paramedici met specifieke deskundigheid wordt gezien (Veenhof e.a., 2000).

De logopedisten die aan de groepsinterviews hebben deelgenomen zijn daarom van mening dat erkende specialisatie in principe wenselijk is. Als belangrijkste meerwaarde van erkenning wordt door hen gezien dat erkende specialisatie aan goed omschreven criteria voldoet, onder andere wat betreft opleiding en werkervaring van de logopedist. Deze criteria worden getoetst en cliënten, collega's, verwijzers en zorgverzekeraars weten hierdoor beter wat zij van een erkend logopedist specialist kunnen verwachten. De logopedisten verwachten dat zij zich met een erkend diploma dat aan toetsbare criteria voldoet, makkelijker kunnen profileren naar consumenten van de logopedische zorg en naar collega's en verwijzers. Dit verbetert de netwerkvorming en maakt deze minder afhankelijk van persoonlijke contacten, die meestal pas na langere tijd ontstaan. Door een betere netwerkvorming zou de verwijzing van cliënten naar de gespecialiseerde logopedist adequater verlopen. Ook cliënten die zelf op zoek zijn naar gespecialiseerde hulp, iets dat volgens de logopedisten door de opkomst van het internet steeds vaker voorkomt, kunnen beter kiezen voor een gespecialiseerde logopedist, indien deze zich middels een erkend diploma kan profileren. Verder wordt verwacht dat een erkend diploma de positie van gespecialiseerde logopedisten in onderhandelingen met de zorgverzekeraars versterkt.

Gedurende de groepsinterviews werd echter ook steeds meer duidelijk dat het ontwikkelen en hanteren van een systeem van erkende specialisatie een complexe zaak is, die heel wat knelpunten kent. Een probleem dat zich bijvoorbeeld volgens de geïnterviewde logopedisten voordoet is dat de groep logopedisten in Nederland relatief klein is. De totale beroepsgroep omvat circa 4000 (werkzame) logopedisten waarvan driekwart 3 dagen of minder werkt. Wanneer deze groep zich verder gaat 'opdelen' door middel van erkende specialisaties, zullen groepen van heel geringe omvang ontstaan. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de spreidingsdichtheid van de gespecialiseerde logopedisten, maar ook voor het ontwikkelen en laten functioneren van het gespecialiseerde werkteerrein. Er zijn weinig mensen die 'de kar kunnen trekken'. Voordat een specialisatie erkend kan worden moeten bepaalde criteria worden geformuleerd en moet een toetsings-systeem worden ontwikkeld. Dit zal door logopedisten specialisten zelf moeten worden geïni-

tieerd, naast hun reguliere patiëntenzorg. Op dit moment is de werkdruk in de logopedie echter al hoog: er is een tekort aan logopedisten en de eisen in de dagelijkse praktijk zijn bijvoorbeeld wat betreft administratie en registratie zwaarder dan enige tijd terug.

Een ander punt is dat het niet mogelijk blijkt te zijn om unaniem aan te geven welke momenteel in de praktijk 'bestaande' specialistische werkterreinen in aanmerking komen voor erkende specialisatie. Zo zijn de logopedisten die participeerden in de groepsinterviews van mening dat 'kinderlogopedie' geen specialisatie is, terwijl een kwart van de logopedisten uit het onderzoek van Plas e.a. 2002 zich specifiek deskundig noemt op dit terrein. Wanneer een derde groep van logopedisten zou zijn geïnterviewd of geënquêteerd is het niet onwaarschijnlijk dat weer andere gebieden als specialisatie naar voren komen. Momenteel ontbreken namelijk objectieve criteria op grond waarvan een werkterrein binnen de logopedie als specialisatie kan worden aangemerkt.

Vanuit het literatuuronderzoek kunnen wel specifieke terreinen binnen de logopedie worden aangegeven die over een relatief groot patiënten potentieel en voldoende aanbod van specifiek deskundige logopedisten beschikken, om erkende specialisatie mogelijk en zinvol te maken. Zo blijken stem-stoornissen en taal-ontwikkelingsstoornissen, die beiden in de groepsinterviews als mogelijk specialistisch werkterrein werden genoemd, frequent voor te komen. Op basis van het onderzoek van Plas e.a. 2002 kan worden ingeschat dat op het gebied van stemstoornissen, kinderlogopedie, dyslexie, stotteren, pre-verbale logopedie, verstandelijk gehandicapten en afasie voldoende logopedisten specifiek deskundig zijn om erkende specialisatie in principe te realiseren. Over eventuele inhoudelijke redenen voor specialisatie op deze terreinen kan op grond van deze literatuur geen uitspraak worden gedaan.

Er dient ook rekening te worden gehouden met het feit dat de onderzoeken waaraan wordt gerefereerd allen betrekking hebben op de extramurale logopedie. Ook moet worden gerealiseerd dat het aantal cliënten dat momenteel gebruik maakt van gespecialiseerde zorg een onderschatting kan zijn van het aantal potentiële cliënten. Indien gespecialiseerde logopedische zorg transparanter wordt bestaat de kans dat de vraag vanuit cliënten toeneemt.

Op grond van de interviews met de vertegenwoordigers van de hogescholen, kan worden geconcludeerd dat de invoering van de BAMA structuur nog niet heeft geleid tot grote veranderingen in het onderwijs aan de opleidingen logopedie. Momenteel bestaan wel mastersopleidingen voor afgestudeerde logopedisten maar deze leiden, met uitzondering van de studie Neurolinguïstiek aan de RijksUniversiteit van Groningen, niet op tot een gespecialiseerde logopedist. Mogelijk komen er in de toekomst wel mastersopleidingen bij die kunnen voldoen aan de gewenste eisen van een opleiding tot specialist binnen een specifiek werkterrein van de logopedie. Vooralsnog zal het initiatief voor een systeem van erkende specialisatie echter vanuit de logopedisten zelf moeten komen.

## 4.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf wordt op grond van de resultaten van dit onderzoek een aantal aanbevelingen geformuleerd door de onderzoekers. Deze aanbevelingen bestaan voor een groot deel uit een uitwerking van het voorstel met betrekking tot het vormen van specifieke werkgroepen, zoals dat in paragraaf 3.2.8 werd geformuleerd door de geïnterviewde logopedisten. Daarnaast werd het model van de ASHA zoals beschreven in paragraaf 3.4.3 gebruikt. De aanbevelingen zijn naar alle geïnterviewde logopedisten opgestuurd voor akkoord en voor eventuele wijzigingen en/of aanvullingen. Daarnaast zijn de aanbevelingen in bespreking met de begeleidingscommissie van het project verder aangescherpt.

Gezien de genoemde knelpunten en de geschetste situatie binnen het onderwijs wordt voorgesteld om wat betreft specialisatie binnen de logopedie te beginnen met het vormen van geformaliseerde werkgroepen. Deze werkgroepen dienen zich in eerste instantie vooral bezig te gaan houden met een betere profilering van de specialisten binnen de logopedie en met een heldere omschrijving van het specifieke werkkerrein, aangezien deze twee aspecten als grootste nadelen van het huidige systeem van specialisatie worden genoemd. Deze werkgroepen kunnen mogelijk op termijn doorgroeien naar een erkende specialisatie, indien blijkt dat de werkgroep goed functioneert en de praktische knelpunten overstegen kunnen worden. Het vormgeven van een systeem van erkende specialisatie is vooral de taak en de verantwoordelijkheid van de specialisten zelf, in nauwe samenwerking en overleg met de NVLF, die daarin een stimulerende en faciliterende rol kan spelen. In de volgende paragraaf wordt het voorstel meer in detail uitgewerkt.

### 4.2.1 *Vormen van werkgroepen door logopedisten*

Door logopedisten die werkzaam zijn op een specifiek terrein van de logopedie moeten werkgroepen worden gevormd. Bij voorkeur wordt het specifieke werkkerrein ingedeeld op grond van één of meer logopedische stoornissen (diagnosegroepen). Deze gebieden dienen niet te ‘eng’ te worden geformuleerd en indien mogelijk moeten bepaalde groepen van stoornissen worden samen genomen (zie paragraaf 3.2.5). Daarbij dient er wel voor te worden gewaakt dat er te veel overlap tussen de werkgroepen ontstaat. Deze werkgroepen, die wellicht voor een aantal gebieden reeds bestaan, dienen landelijk te worden opgezet en geformaliseerd. De werkgroepen maken zich via een publicatie van de NVLF bekend en het is voor iedere logopedist die werkzaam is op het betreffende werkkerrein mogelijk zich aan te melden.

Op deze wijze begint het betreffende gebied van specialisatie vooral met het vormen van netwerken van collega logopedisten. Middels deze werkgroepen is het goed mogelijk voor de gespecialiseerde logopedisten om onderling informatie uit te wisselen en kennis te bundelen. Binnen deze werkgroepen kunnen specifieke landelijke kwaliteitskringen worden opgezet en kunnen bijvoorbeeld nieuwsbrieven worden verzorgd om de leden op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied.

De werkgroep omschrijft het betreffende gebied van specialisatie en begint met het gezamenlijk formuleren van criteria waaraan logopedisten minimaal moeten voldoen, om goed te kunnen functioneren binnen het betreffende specifieke terrein van de logopedie.<sup>17</sup> De werkgroep ontwikkelt een web-site waarop het specifieke werkterrein op een ook voor cliënten inzichtelijke wijze wordt omschreven. De extra kennis en vaardigheden die men kan verwachten van logopedisten die zich op dit werkterrein hebben toegelegd worden verhelderd. Middels deze web-site kan een adressenbestand van de gespecialiseerde logopedisten worden bijgehouden zodat het voor cliënten, collega-logopedisten, verwijzers en zorgverzekeraars duidelijk is waar gespecialiseerde logopedische zorg op het betreffende terrein te vinden is.<sup>18</sup> De mogelijkheid dient te worden onderzocht in hoeverre patiëntenorganisaties hierin een rol kunnen spelen, gezien het feit dat dit adressenbestand ook ten goede komt aan de kwaliteit van zorg voor hun patiënten (Veenhof e.a., 2000). Binnen deze werkgroepen dienen tevens protocollen te worden ontwikkeld waarin de samenwerking tussen logopedist-specialisten en logopedist generalisten wordt geformaliseerd, alsmede de samenwerking tussen logopedist-specialisten en andere disciplines (waaronder huisartsen en medisch specialisten). Nadat een werkgroep is gevormd en er een heldere beschrijving van het specifieke werkterrein bestaat, kan de werkgroep zich aanmelden bij de NVLF.

Het vormen van werkgroepen volgens de geschetste werkwijze lost voor een deel de genoemde onduidelijkheid rond specialismen op, alsook de problemen rond het kunnen vinden van een gespecialiseerde logopedist. Logopedie specialisten zelf hebben op deze wijze een inhoudelijke landelijke werkgroep waardoor het beter mogelijk is om kennis uit te wisselen en gezamenlijk aan kwaliteitsbeleid te werken. Uit onderzoek van Veenhof e.a. (2000) blijkt dat intercollegiale samenwerking een grote rol speelt bij het verwerven en 'up to date' houden van specifieke deskundigheid.

#### **4.2.2 Taken NVLF in het vormen van werkgroepen<sup>19</sup>**

De NVLF dient criteria te ontwikkelen waaraan een werkgroep moet voldoen voordat deze zich kan aansluiten bij de NVLF. Dit kunnen bijvoorbeeld criteria zijn ten aanzien van het aantal aangesloten logopedisten, aanwezigheid van een bestuur van de werkgroep, eventueel geformaliseerde activiteiten tot nu toe, etc. Deze criteria dienen relatief laagdrempelig te zijn omdat er bij een werkgroep nog geen sprake is van erkenning van een specialisatie. De NVLF toetst of de werkgroepen die zich willen aansluiten bij de NVLF aan deze criteria voldoen, en of het specifieke deelgebied helder is omschreven. De NVLF draagt er zorg voor dat er niet meerdere werkgroepen op een zelfde terrein van specialisatie actief zijn en waakt voor overlap tussen de verschillende specialistische

---

<sup>17</sup> Voor het beschrijven van de werkterreinen van specialisatie kan wellicht gebruik worden gemaakt van de ervaringen binnen de fysiotherapie, waar wordt gewerkt aan de omschrijving van domeinen en sub-domeinen binnen het vakgebied. Ook is het zinvol de beschrijvingen van de specialisaties binnen het model van de ASHA te bestuderen. Een aantal criteria zijn in paragraaf 3.2.6. naar voren gebracht.

<sup>18</sup> De Nederlandse Vereniging van Stottertherapeuten heeft momenteel reeds een dergelijke web-site en deze kan door de werkgroepen als voorbeeld worden gebruikt.

<sup>19</sup> De daadwerkelijke uitvoering van de geschetste taken van de NVLF (bijv. ontwikkelen van criteria) kunnen door de NVLF worden uitbesteed, maar vallen wel onder de verantwoordelijkheid van de beroepsvereniging.

werkterreinen.<sup>20</sup> De NVLF kan bij de activiteiten van de werkgroep praktische ondersteuning bieden door de werkgroepen bijvoorbeeld gebruik te laten maken van de website van de NVLF, een column in het vaktijdschrift ter beschikking te stellen, vergaderruimte aan te bieden etc.

#### 4.2.3 *Doorgroei naar erkende specialisatie*

Indien een werkgroep eenmaal functioneert, kan naar aanleiding van de ervaringen en de gebleken behoefte aan een dergelijke werkgroep, worden bekeken of het betreffende gebied kan en moet doorgroeien naar een systeem van erkende specialisatie. Wat betreft het laatst genoemde punt dient zowel naar de gebleken behoefte van de gespecialiseerde logopedisten zelf te worden gekeken, als naar de behoefte van cliënten en verwijzers aan een dergelijke werkgroep. Bij het besluit om door te willen groeien naar een erkende specialisatie moeten alle eventuele knelpunten zoals naar voren gebracht in paragraaf 3.2.7 in beschouwing worden genomen.

Vanuit de werkgroepen van specialisten zelf worden specifieke criteria opgesteld voor het betreffende terrein van specialisatie. Dit zijn inhoudelijke eisen waaraan logopedisten moeten voldoen, voordat zij zich als specialist mogen profileren. Deze criteria moeten betrekking hebben op de opleiding, vaardigheden, werkervaring, taken en verantwoordelijkheden van de specialist.<sup>21</sup> Daarbij wordt ervoor gepleit de inhoudelijke criteria zoveel mogelijk te baseren op wetenschappelijk onderzoek of op registratieprojecten, waaruit de meerwaarde van een specialistische behandeling boven een generalistische behandeling blijkt. Voor het opstellen en bewaken van deze criteria moet (ook weer vanuit de specialisten zelf) een toetsingscommissie worden ingesteld en dient een methode van toetsing van deze criteria te worden ontwikkeld. In deze toetsingscommissie heeft ook een vertegenwoordiger van de NVLF zitting. Deze toetsingscommissie beoordeelt ook (evt. samen met vertegenwoordigers van de opleidingen) de bestaande post-HBO opleidingen (en de eventuele toekomstige gespecialiseerde mastersopleidingen). Post-HBO opleidingen moeten erkend worden zodat een duidelijk traject van specialisatie kan worden opgesteld. Daarbij is het mogelijk dit zo te organiseren dat de logopedist zich via verschillende trajecten (opleidingen) kan specialiseren.

Met deze door de specialisten zelf geformuleerde criteria en gevormde toetsingscommissie kan de werkgroep een verzoek indienen om erkend te worden als specialisatie. Wanneer de groep specialisten wordt erkend kunnen ze worden opgenomen in het specialisten register van de NVLF. Alleen werkgroepen die reeds zijn aangesloten bij de NVLF kunnen een dergelijk verzoek tot erkenning indienen.

---

<sup>20</sup> Deze aanmelding van de werkgroep kan vergeleken worden met fase I van het speciality recognition program van de ASHA, met die uitzondering dat een werkgroep zich niet noodzakelijkerwijs aanmeldt met als uiteindelijk doel een erkende specialisatie te ontwikkelen.

<sup>21</sup> Voor het opstellen van deze eisen wordt geadviseerd gebruik te maken van de criteria die reeds door de NVST zijn opgesteld en wordt tevens verwezen naar de voorgaande hoofdstukken.

#### **4.2.4 Taken NVLF in erkende specialisatie**

De taak van de NVLF is op korte termijn een aantal algemene criteria te formuleren waaraan een werkterrein binnen de logopedie minimaal moet voldoen om in aanmerking te komen voor erkende specialisatie. Dit moeten eisen zijn ten aanzien van de specificiteit van logopedische problematiek en/of ten aanzien van specifieke methoden van diagnostiek en behandeling. Ook de omvang van de patiëntenpopulatie dient in deze criteria te worden meegenomen, alsmede het belang dat cliënten van de logopedist hebben bij een (erkende) specialisatie. Geadviseerd wordt daarbij kennis te nemen van de verschillende eisen die de American Speech-Hearing Association (ASHA) heeft opgesteld ten aanzien van erkende specialisatie.

Daarnaast moeten door de NVLF algemene minimale eisen worden gesteld ten aanzien van de opleiding en de werkervaring die logopedisten moeten hebben voordat zij zichzelf specialist op een bepaald terrein kunnen noemen. Door de algemene criteria voor een specialistisch werkterrein en de minimale eisen ten aanzien van opleiding en ervaring van logopedisten centraal door de NVLF te laten opstellen en openbaar te maken, worden de terreinen van specialisatie binnen de logopedie onderling goed vergelijkbaar.

De NVLF toetst of werkgroepen die erkend willen worden als specialistisch werkterrein aan de gestelde minimale criteria voldoen en geeft al dan niet een NVLF erkenning af. De NVLF stelt een register in waarin erkende gespecialiseerde logopedisten geregistreerd kunnen worden. Aan opname in dit register zijn kosten verbonden voor de logopedisten, waarbij voor de logopedisten die niet zijn aangesloten bij de NVLF een hoger tarief wordt gerekend.

Een uitgangspunt van deze erkende vorm van specialisatie moet zijn dat iedere logopedist in de praktijk werkzaam kan zijn op een gebied van erkende specialisatie, ook wanneer de logopedist geen erkend diploma als specialist heeft, niet aan de gestelde criteria voor specialisatie voldoet en niet staat ingeschreven in het register van specialisten.

#### **4.2.5 Overige aanbevelingen**

##### *Positie logopedist generalist*

Het is aan te bevelen een beleid te ontwikkelen dat erop is gericht de positie van de logopedist generalist binnen de gezondheidszorg en de maatschappij te versterken. Ook de algemene logopedische zorg zou transparanter kunnen worden gemaakt en de kennis en vaardigheden van de generalisten dienen naar verwijzers, cliënten en zorgverzekeraars te worden verduidelijkt. De beroepsgroep dient er in dit zelfde kader ook alert op te zijn dat indien de basisopleiding tot logopedist naar drie jaar wordt teruggebracht, deze wel een goed opgeleide generalist blijft afleveren.

##### *Erkenning specialisatie Stottertherapie*

Aangeraden wordt dat de NVLF de logopedisten die zijn aangesloten bij de NVST als specialisten op het terrein van de stottertherapie erkend. De NVST moet daarbij de eerste fase van werkgroepvorming kunnen overslaan. De bij de NVST aanwezige kennis kan



gebruikt worden bij de ontwikkeling van de minimale criteria voor erkende specialisatie en het voorgestelde model. De bij de NVST aangesloten stottertherapeuten die geen logopedische achtergrond hebben, kunnen niet via de NVLF worden erkend.

#### *Aansluiting internationale ontwikkelingen en andere paramedische beroepsgroepen*

Het verdient aanbeveling om bij het ontwikkelen van een systeem voor erkende specialisatie kennis te nemen van en eventueel aansluiting te zoeken bij ontwikkelingen die zich in andere Europese landen voordoen, via het CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne). Ook kan het model van de ASHA bruikbare informatie opleveren (meer informatie hierover is te vinden op: [www.asha.org/specialty\\_faq.cfm](http://www.asha.org/specialty_faq.cfm)). Binnen Nederland wordt aangeraden contact te leggen met het KNGF, aangezien ook deze paramedische beroepsgroep bezig is met het ontwikkelen van een systeem van erkende specialisatie. Ook deze beroepsvereniging is bezig met het ontwikkelen van criteria waaraan erkende differentiatie (de term die door het KNGF wordt geprefereerd) zou moeten voldoen en hoe de opleiding van deze fysiotherapeuten exact vorm zou moeten krijgen.

#### *Centrale toetsingscommissie*

Om aan het knelpunt van kosten en het relatief kleine aantal logopedisten tegemoet te komen, is het mogelijk om in plaats van een toetsingscommissie per specialistisch werkterrein, één centraal toetsingsorgaan in te stellen. De inhoudelijke criteria waaraan een betreffende specialisatie moet voldoen worden dan opgesteld door de specialisten zelf, maar de toetsing ervan vindt centraal plaats door één speciaal daartoe uitgeruste toetsingscommissie.

#### *Beperking van het aantal erkende specialisaties*

Gezien de geringe omvang van de groep logopedisten in Nederland dient er voor te worden gewaakt dat er te veel en te kleine groepen van logopedie-specialisten ontstaan. Bij het benoemen van specialistische werkterreinen moeten niet alleen aspecten van inhoudelijke aard een rol spelen, maar ook het aantal potentiële cliënten en het aantal gespecialiseerde logopedisten op het betreffende terrein (paragraaf 3.2.5).

#### *Tenslotte*

Afsluitend kan worden gesteld dat het met name relevant wordt geacht dat de logopedisten zich als beroepsgroep beter profileren en duidelijk maken waar hun specifieke deskundigheden en vaardigheden liggen. Dit geldt zowel voor de algemeen werkende logopedisten als voor de gespecialiseerde logopedisten. Deze goede profilering zal in de toekomst wellicht nog belangrijker zijn wanneer de structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg zal veranderen.

In 2002 heeft de commissie Modernisering Eerste Lijn zich gebogen over de toekomstige vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg (Twiinstra Gudde, 2002). Het huidige concept waarin zorgverleners relatief onafhankelijk van elkaar opereren wordt niet langer wenselijk geacht en volgens het geschetste perspectief van deze commissie moeten er eerstelijns zorgnetwerken worden gevormd waarin verschillende zorgverleners werkzaam zijn. Binnen deze netwerken kan de intake van de patiënt plaatsvinden door een 'triagedeskundige' die werkt op basis van werkafspraken en protocollen van verschillende disci-

plines. Om goed binnen een zorgnetwerk te functioneren moet iedere zorgaanbieder duidelijk kunnen maken waar zijn/haar eigen specifieke deskundigheden en vaardigheden liggen. Door meer samen te werken met andere logopedisten en behandelaars uit andere disciplines zal de behoefte wellicht toenemen om zich te specialiseren en toe te leggen op een bepaald aandachtsgebied.

In het kader van deze ontwikkelingen en ook met het oog op een mogelijk in de toekomst vrije toegankelijkheid van de paramedische beroepen (RVZ, 2002) is een goede profilering van de logopedie gewenst. Erkende specialisatie kan hierin mogelijk een rol spelen.

## 5 Literatuur

Aal, M.A.C. Voorzitter NVLF, persoonlijke mededeling.

Bakker, D. de, L. Jabaaïj, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis, R. Rutten. Jaarrapport LINH 2000. Contactfrequenties, verrichtingen en monitoring griepvaccinatie en cervixscreening in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2001.

Bijen, C.S.M., Le Belle, H.M., Middelkoop, K.M., Plevier, C.M., Rozema, B.J.C. Het logopedisch profiel van de regio Waterland. *Logopedie en Foniatrie*, 4, 2000, 86-90.

Goorhuis-Brouwer, S.M. Ten Vergert, E.M., Douw, K.H.P. Logopedie en taalstoornissen bij kinderen. *Medisch Contact*, 54, 4, 1997, 449-452.

Hofhuis, H., Steultjens, M., Sluijs, E., Raaijmakers, M., Dekker, J. Omvang van de logopedische behandeling. *Logopedie en Foniatrie*, 12, 2001, 316-321.

Kortenoever, M., Van Berkel, H.J.M., Buitenhuis, C.J., Loncke, F.T.A.A., Van Wijmen, M.F.J.G. Opleidingen logopedie gevisiteerd. *Logopedie en Foniatrie*, 1997, 200-205.

Ministerie van VWS. Brief van de Minister van VWS inzake de afbakening en behandeling van dyslexie. Kamerstuk 25600 XVI. s' Gravenhage, Sdu uitgeverij, 1997.

Plas, M., de Boer, M., Hofhuis, H., Dorgelo, M., van den Ende, E. Logopedie in de extramurale gezondheidszorg, NIVEL in opdracht van CVZ, 2002.

Raaijmakers, M.F., Dekker, J. Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. NIVEL, 1995.

Specialistenmodel binnen de fysiotherapie. Eindrapportage van het onderzoek naar de interne en externe wenselijkheid. KNGF, 1998

Steultjens, M., Hofhuis, H., Sluijs, E., Dekker, J. De omvang van de logopedische behandeling. NIVEL, 1998

Twijnstra Guddé. Een perspectief voor de eerstelijns gezondheidszorg. Commissie Modernisering Eerste Lijn, Utrecht, 2002.

Van Heugten, C.M., Rijken, P.M., Dekker, J. Logopedische zorg in Nederland: een overzicht. *Logopedie en foniatrie*, 5, 1997, 124-131.

Van Nimwegen, H, Van Snellenberg, J.A.N.M. Logopedie en kwaliteit: professionalisering of personaliseren. *Logopedie en Foniatrie*, 1991, 242-247.

Veenhof, C., Plas, M., Dekker, J., Van den Ende, E. Specifieke deskundigheid van paramedici op het terrein van chronische aandoeningen. NIVEL, 2000.

Welling, B.J.M., Dekker, J. Logopedie in kaart gebracht. Verdiepingsstudie nr. 4 In: Welling, B.J.M., Delnoij, D.M.J., Dekker, J., Oppelaar, J.A., Van der Kwartel, A.J.J., Smit, R.L.C. Van Rooij, P.M., Van Eijk, W. Brancherapport curatieve somatische zorg 1998. NIVEL/NZi, 1998, .

Taakherschikking in de gezondheidszorg. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer, 2002

## **Bijlage 1: Logopedisten die hebben deelgenomen aan de groepsinterviews**

- Mevr. G. Mudde: Generalist. Werkzaam in een vrijgevestigde praktijk. Behandelt relatief veel dyslexie en veel stempatiënten.
- Mevr. drs. P. Hettinga: Generalist. Werkt in een vrijgevestigde praktijk en in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Ziet door de wijk-samenstelling in de praktijk veel allochtonen.
- Mevr. M. de Kruijf: Generalist/specialist. Is zowel werkzaam als generalist als gespecialiseerd bezig op het terrein van de pre-logopedie. Werkt in de (vrijgevestigde) praktijk voor de helft van de tijd met heel jonge kinderen en peuters met eet- en drinkproblemen, en hele vroege communicatie.
- Mevr. E. van IJken: Specialist. Werkt als specialist in een vrijgevestigde multidisciplinaire praktijk voor kinderen. Werkt voor 80% met kinderen met een handicap (verstandelijk/lichamelijk of beiden) en voor de rest met kinderen die alleen specifieke logopedische stoornissen hebben en met (jonge) kinderen met eet- en drinkproblemen.
- Mevr. I. de Wit: Specialist. Werkzaam als stottertherapeut in een maatschap waarbij de collega de niet stotter cliënten behandelt. Is in '90 als een van de eerste afgestudeerd aan de specialisatie opleiding stottertherapie Rotterdam.
- Mevr. C. Wiersma: Generalist/specialist. Werkt in principe nog wel als generalist in een vrijgevestigde praktijk, maar circa 70 % van de kinderen die worden verwezen zijn autistische kinderen.
- Mevr. C. Meijs: Specialist. Werkzaam in het ziekenhuis, langzamerhand richting neurologie gespecialiseerd. Ziet ook steeds meer poliklinische CVA patiënten.
- Mevr. E. Plantinga: Specialist. Werkzaam geweest als pre-logopedist in vrijgevestigde praktijk. Heeft tevens enkele bestuursactiviteiten (vrijgevestigde) NVLF gedaan, is onderhandelaar met ANOVA geweest, dus heeft in die hoedanigheid te maken gehad met materie rondom specialisatie.
- Mevr. Drs. N. den Boon: Specialist. Heeft lesgegeven aan hogeschool en werkt in vrijgevestigde praktijk. Werkt als specialist, circa 60-70 % van de cliënten bestaat uit kinderen met taalontwikkelingsproblemen.
- Mevr. S. Roosenburg: Specialist. Is leidinggevende in ziekenhuis en voornamelijk poliklinisch werkzaam. Door de samenwerking met een foniatr bestaan de verwijzingen voor 80 % uit stemproblematiek, aangevuld met neurologische problematiek. Werkt tevens een dag per week met zangers op het Rotterdams conservatorium.

- Mevr. D. Putker: Specialist. Werkt in stottercentrum, en voor een klein deel in vrijgevestigde praktijk. Behandelt voor 95 % stotterproblematiek. Vanuit het stottercentrum wordt ook bijscholing gegeven en er wordt samengewerkt met andere stottercentra.
- Mevr. M. van Herwijnen: Voor 100 % werkzaam op het gebied van dyslexie, in vrijgevestigde praktijk. In verband met wachtlijst worden alle "niet dyslexie aanmeldingen" naar collega's verwezen. Biedt supervisie en is tevens werkzaam als docent op Hogeschool Rotterdam (cursussen dyslexie voor logopedisten).

## **Bijlage 2: Vragenlijst groepsinterviews**

### **Schets van de huidige situatie ten aanzien van ‘specialisatie’**

Logopedisten houden zich bezig met alle aspecten van communicatie. Naast stoornissen, beperkingen en handicaps op het gebied van verbale communicatie houden zij zich ook bezig met non-verbale communicatie die met taal te maken heeft. Zij behandelen stoornissen van de spraak en taal, stoornissen van de mondfuncties, (adem-) stemstoornissen en stoornissen van het horen. Ook de preventie van het ontstaan van pathologie behoort tot het werkterrein van de logopedist. Sinds 1 december 1997 valt het beroep van de logopedist onder artikel 34 van de wet BIG. De logopedist doet onderzoek, adviseert, oefent, geeft voorlichting, werkt preventief en instrueert/begeleidt partners, familieleden en verzorgers van patiënten. Het werkterrein van logopedisten is zeer divers. Er zijn vier hoofdgroepen te onderscheiden (Raaijmakers e a., 1995):

1. Intramuraal (o.a. ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis).
2. Vrijgevestigd (eigen praktijk, loondienst in vrijgevestigde praktijk).
3. Basisonderwijs / basisgezondheidszorg (BAGD) / Gemeentelijke Gezondheidszorg (GGD).
4. Speciaal onderwijs.

Op dit moment bestaat officieel alleen de aanduiding logopedist zonder verdere verbijzondering of specialisatie. In de praktijk bestaat er echter wel specifieke deskundigheid bij logopedisten op bijvoorbeeld het terrein van de stottertherapie, stemtherapie, de behandeling van kinderen en de behandeling van patiënten met afasie. Deze specifieke deskundigheid is verkregen door aanvullende cursussen en/of opleidingen en/of ervaring.

De aard, inhoud en kwaliteit van de aanvullende opleidingen zijn erg divers en er bestaat geen eenduidige kwaliteitstoetsing. Er is geen apart kwaliteitsregister waarin alle logopedisten met specifieke deskundigheden kunnen worden opgenomen. Voor stottertherapie en therapie bij afasiepatiënten bestaat wel een eigen vereniging (NVST resp. NVAT) met een eigen accreditatiesysteem. Het diploma heeft echter geen ‘erkende meerwaarde’.

De ‘specialisaties’ zijn dus niet officieel erkend en er is geen sprake van een wettelijk beschermde opleidingstitel. Logopedisten die zich bijvoorbeeld vanuit de volle breedte van de logopedie hebben gespecialiseerd tot stottertherapeut kunnen zich momenteel ook niet wettelijk onderscheiden van niet-logopedisten die de opleiding tot stottertherapie hebben gevolgd. ‘Gespecialiseerde’ logopedisten kunnen zich dus niet als zodanig profileren naar de omgeving, zijn niet als specialist erkend en blijven relatief onherkenbaar.

De in de praktijk reeds bestaande ‘specialisaties’ zijn:

Stotteren; Taalontwikkeling/kinderen; Dyslexie; Pre-verbale logopedie; Neurologie (waaronder CVA, afasie); Communicatie (waaronder meervoudig gehandicapten/autisme); Dysfagie; Stemtherapie; Anderstaligen/allochtonen; Bedrijfslogopedie.

### **Omschrijving specialisme**

Een specialisme kan worden opgevat als een afgezonderd deel van de algemene praktijk. Bij een specialisme of verbijzondering is sprake van een eigen werkgebied met een eigen karakter, dat zich op grond van bepaalde criteria duidelijk onderscheidt van dat van de generalist. De specialist heeft een eigen patiëntenpotentieel van voldoende omvang met specifieke klachten en specifieke methoden van diagnostiek en therapie. De specifieke vakkennis, vaardigheden en ervaring van de logopedist specialist zijn diepgaander dan die van de logopedist generalist.

### **Vragen**

**1a) Bent u het eens met de schets van de huidige situatie?**

**1b) Kunt u zich vinden in de omschrijving van specialisatie?**

Heeft u aanvullingen ten aanzien van de genoemde 'in de praktijk bestaande specialisaties'.

Kunnen deze specifieker worden omschreven?

**2) Is de logopedist-generalist voldoende in staat om alle voorkomende patiëntengroepen en alle voorkomende pathologie op het terrein van de (non)verbale communicatie te behandelen? Of: Is het terecht dat er in de praktijk 'specialisaties' bestaan voor bepaalde pathologieën/patiëntengroepen?**

**3) Wat zijn de voor en nadelen van het huidige systeem van niet erkende specialisatie?**

In te delen in:

vakinhoudelijke voor- en nadelen;

voor- en nadelen in het kader van de satisfactie binnen het vak logopedie;

voor- en nadelen in het kader van de positie van de logopedist binnen de gezondheidszorg;

maatschappelijke voor- en nadelen;

voor- en nadelen voor de patiënt;

voor en nadelen voor de specialist versus de voor en nadelen van specialisatie voor de generalist.

**4) Is er een maatschappelijk draagvlak voor erkende specialisatie binnen de logopedie? Is specialisatie wenselijk gezien:**

de maatschappelijke ontwikkelingen (vergrijzing, taalproblemen allochtonen);

de vraag naar transparantie in de zorg en vraag gestuurde zorg;

de op handen zijnde veranderingen binnen de opleiding logopedie?

de nog vaak beperkte wetenschappelijke onderbouwing van het vak logopedie en de 'specialisaties' daarin?

**En: Zo ja, is specialisatie dan op dit moment al wenselijk of wellicht in de toekomst?**



- 5) **Welke deelgebieden binnen de logopedie komen volgens u (uw mening ten aanzien van de bovenstaande vragen in acht nemende) in aanmerking voor specialisatie op grond van maatschappelijke ontwikkelingen, patiëntenpotentieel, specifieke klachten en symptomen, en/of specifieke methoden van diagnostiek en therapie?**

Bestaande deelgebieden die nu worden genoemd zijn:

Stotteren; Taalontwikkeling/kinderen; Dyslexie; Stemtherapie; Neurologie (waaronder CVA, afasie); Communicatie (waaronder meervoudig gehandicapten/autisme); Dysfagie; Anderstaligen/allochtonen; Bedrijfslogopedie

Zijn er nog meer gebieden?

Bij de vraag welke gebieden wel en welke niet in aanmerking komen voor specialisatie dient ook de spreidingsdichtheid van de betreffende logopedisten te worden meegeteld.

- 6) **Wat zou het ordeningsprincipe moeten zijn voor specialisatie?**

Patiënten? Methoden/specifieke kennis? Werkveld? Mix?

Hoe moet die indeling dan plaatsvinden?

- 7) **Wat ziet u als voor- en nadelen van erkende specialisatie?**

In te delen in:

vakinhoudelijke voor- en nadelen;

voor- en nadelen in het kader van de satisfactie binnen het vak logopedie;

voor- en nadelen in het kader van de positie van de logopedist binnen de gezondheidszorg;

maatschappelijke voor- en nadelen;

voor en nadelen voor de specialiste versus de voor en nadelen van specialisatie voor de generalist (positie generalist).

- 8) **Wat zijn de criteria waaraan de logopedist-specialist zou moeten voldoen?**

Hierbij valt te denken aan:

opleidingsniveau (bachelor-master?; toetsing wat betreft niveau en inhoud?);

vakinhoudelijke criteria (x-aantal uur werkzaam op het betreffende terrein, geregistreerd zijn in kwaliteitssysteem);

taken (uitdragen van kennis, meewerken aan de verdere verdieping van het vak);

specifieke deskundigheden en vaardigheden, kunnen beoordelen van wetenschappelijke;

literatuur, participeren in onderzoek) etc.

- 9) **Hoe moet de logopedist generalist worden onderscheiden van de logopedist specialist?**

Wat betreft verwijzing en honorering?

Kan bijv. door collega-logopedisten naar de logopedist specialist worden verwezen, of verwijst alleen de arts? Op grond van welke criteria wordt verwezen naar de specialist en niet naar de generalist?

Denkt u aan speciale tarieven voor logopedist specialisten?

*Wat doet de specialist wanneer zij iemand verwezen krijgt die niet binnen het specialisme valt?*

En: hoe zou de samenwerking geoptimaliseerd kunnen worden?

- 10) Voorziet u nog niet eerder genoemde knelpunten ten aanzien van specialisatie binnen de logopedie? Wat betreft inhoud en eindtermen van de opleiding (voldoende deskundigheid aanwezig? draagvlak ?); toetsing van de opleiding; erkenning en certificering; positionering specialist.**

### **Bijlage 3: Geïnterviewde vertegenwoordigers van KNGF en opleidingen logopedie**

Mw. drs. R. Veldhuizen :	Beleidsmedewerker KNGF
Dhr. G. de Haan :	Interim hoofddocent Logopedie, Hogeschool Windesheim
Dr. W.J. Trooster :	Onderwijscoördinator afdeling logopedie, Hanzehogeschool Groningen
Mw. Ten Kampe :	Directeur opleiding logopedie, Hogeschool Zuyd
Mw. H. Ebben :	Coördinator onderwijsontwikkeling en innovatie Fontys Paramedische Hogeschool, Opleiding voor Logopedie
Mw. L. Oudkerk :	Coördinator hoofdfase Logopedie, Hogeschool Utrecht