

Beroepsprofiel logopedist

© 2003 Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
Postbus 75
3446 GP Woerden
logopedie@nvlf.nl
www.nvlf.nl
ISBN: 90-808168-1-7

Woord vooraf

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) besloot in 1999 tot het actualiseren van het beroepsprofiel logopedist. De veranderingen in het beroep van de logopedist en vooral ook de ontwikkelingen in de omgeving waarin dit beroep wordt uitgeoefend maakten het noodzakelijk het oude profiel te herzien.

Het stuk dat voor u ligt heeft rekening gehouden met het feit, dat toekomstige ontwikkelingen opnieuw van invloed zullen zijn op de taken van de logopedist. Een belangrijk uitgangspunt is dan ook dat uit is gegaan van beroepscompetenties. Ongeacht wat er gaat gebeuren blijven deze voor een groot deel onveranderd.

In de periode van maart 2001 tot mei 2002 heeft een projectgroep gewerkt aan het opstellen hiervan. De projectgroep bestond uit logopedisten vanuit de verschillende werkvelden en medewerkers van het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI).

Onze Vereniging is veel dank verschuldigd aan de leden van de projectgroep. Er is veel werk verricht. De projectgroep leden hebben met grote betrokkenheid, volhardendheid en passie zich hiervoor ingezet. De inleiding bevat een toelichting van de projectgroep over de inhoud en de wijze waarop het stuk tot stand is gebracht.

Het beroepsprofiel is uiteraard bedoeld voor de logopedisten zelf; maar ook anderen blijken hierin zeer geïnteresseerd te zijn: opleidingen voor logopedie, artsen, zorgverzekeraars en beleidsmakers van departementen. Wij vertrouwen erop dat de lezer op zoek gaat en zijn weg vindt in dit profiel.

Het verenigingsbestuur NVLF

Inhoud

WOORD VOORAF	2
INLEIDING	5
1 . HET BEROEP VAN LOGOPEDIST	7
1.1 Definitie.....	7
1.2 Nadere uitwerking van enkele begrippen uit de definitie	7
1.2.1 Ontwikkelen, herstellen en onderhouden	7
1.2.2 Communiceren.....	9
1.2.3 De orale en pharyngeale verwerking van eten en drinken.....	10
1.2.4 Gezondheid	10
1.2.5 Patiënt, cliënt en opdrachtgever.....	10
1.2.6 Preventie.....	11
1.2.7 Zorg.....	11
1.2.8 Training.....	17
1.2.9 Advies.....	18
2 . WERKGEBIEDEN VAN DE LOGOPEDIST	20
2.1 Logopedisten in de vrije vestiging	20
2.2 Logopedisten in het onderwijs.....	20
2.3 Logopedisten in de intramurale gezondheidszorg	22
2.4 Logopedisten in overige werkgebieden.....	22
3 . LOGOPEDIE EN HET MENSELIJK FUNCTIONEREN	23
3.1 Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF).....	23
3.2 Perspectieven en begrippen in de ICF	23
3.3 Beïnvloeding van het functioneren.....	26
4 . DE COMPETENTIES VAN DE LOGOPEDIST	28
4.1 Indeling in domeinen	28
5 . DE HISTORIE VAN DE LOGOPEDIE	34
5.1 De negentiende eeuw	34
5.2 De twintigste eeuw	34
5.2.1 Zelfstandige beroepsgroep.....	34
5.2.2 Internationale ontwikkelingen	35
5.2.3 Specialisatie en professionalisering.....	35
5.2.4 Wettelijke erkenning als paramedisch beroep	36

6 . WETGEVING GEZONDHEIDSZORG	37
6.1 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.....	37
6.2 Wet Bescherming Persoonsgegevens	37
6.3 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector	37
6.4 Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst	38
6.5 Kwaliteitswet Zorginstellingen.....	38
6.6 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (Wmcz).....	38
7 . NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE	39
7.1 Achtergrond en doelstelling	39
7.2 De opbouw van de organisatie.....	39
7.2.1 De vereniging.....	39
7.2.2 Het verenigingsbureau.....	39
7.3 Activiteiten	40
7.3.1 Public relations	40
7.3.2 Belangenbehartigende activiteiten.....	40
7.3.3 Kwaliteitsbevorderende activiteiten.....	41
7.4 Internationale contacten	41
8 . KWALITEITZORG EN NVLF.....	42
8.1 Definitie van kwaliteit en kwaliteitszorg	42
8.2 Kwaliteitsbeleid NVLF.....	43
8.2.1 Kwaliteitsregister.....	43
8.2.2 Kwaliteitskringen NVLF.....	44
8.2.3 Landelijke logopedieregistratie.....	44
8.2.4 Standaarden, richtlijnen en protocollen	44
8.2.5 Kwaliteitscriteria voor scholing.....	45
9 . TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN	46
9.1 Demografische ontwikkelingen	46
9.2 Ontwikkelingen in wetenschap en techniek	46
9.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	48
10 DE OPLEIDING TOT LOGOPEDIST.....	49
10.1 De opleiding.....	49
10.2 Vervolgopleidingen	50
10.3 Na- en bijscholing	50
BIJLAGE 1	54
BIJLAGE 2	56
BIJLAGE 3.....	57

INLEIDING

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) besloot in 1999 tot de actualisering van het Beroepsprofiel logopedist. Dit gebeurde in het kader van het subsidieprogramma Implementatie Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (IKPZ) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

De actualisering is uitgevoerd door de NVLF in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI). In opdracht van de NVLF heeft een projectgroep bestaande uit logopedisten uit de verschillende werkvelden samen met het NPI in de periode van maart 2001 tot mei 2002 gewerkt aan het nieuwe landelijk beroepsprofiel van de logopedist. Bij haar werkzaamheden is deze projectgroep uitgegaan van de volgende definitie: 'Een beroepsprofiel is een beschrijving van een beroep die algemeen geldig is voor de gehele beroepsgroep'.

Andere uitgangspunten waren de twee belangrijke functies van een beroepsprofiel:

1. Een beroepsprofiel is de basis voor het formuleren van eindtermen voor de opleidingen.
2. Een beroepsprofiel is een belangrijk hulpmiddel bij de positionering van het beroep en bij de voorlichting over het beroep.

In de discussies over de wijze van actualisering van het beroepsprofiel kwam naar voren dat de logopedist breed wordt opgeleid om inzetbaar te zijn in de verschillende werkvelden van de gezondheidszorg en het onderwijs. Dit betekent dat de logopedist in verschillende werkvelden moet kunnen functioneren. Doordat de gezondheidszorg en het onderwijs vrijwel voortdurend onderhevig zijn aan veranderingen moet de logopedist zich in de uitoefening van zijn* beroep kunnen aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen.

Om die reden is er bij de actualisering van het nieuwe profiel bewust voor gekozen om niet de bestaande opsomming van taken die de logopedist in de verschillende werkvelden uitvoert te handhaven. In plaats daarvan wordt een (beknopter) overzicht gegeven van de kerncompetenties en deelcompetenties die de logopedist in staat stellen om in de verschillende werkvelden onder wisselende omstandigheden optimaal te functioneren.

Door deze keuze is nu een Beroepsprofiel logopedist beschikbaar waarin er rekening mee is gehouden dat door toekomstige ontwikkelingen de taken van de logopedist zullen veranderen, terwijl de vereiste beroepscompetenties voor een groot deel onveranderd zullen blijven.

Voor het bepalen van de beroepscompetenties van de logopedist is de projectgroep in eerste instantie uitgegaan van het (beroeps)competentieprofiel van de hbo-verpleegkundige.

In dit profiel is een beroepscompetentie gedefinieerd als "het vermogen en de wil van een persoon om effectief gedrag in een werksituatie te tonen".

Gaande het actualiseringsproces van het beroepsprofiel van de logopedist is deze definitie verfijnd tot: 'Een beroepscompetentie is het vermogen en de wil van een persoon om effectief en efficiënt te handelen in een werksituatie, uitgedrukt in een samenhangend geheel van vereiste kennis, vaardigheden en attitudes'.

In de loop van het ontwikkeltraject bleek dat de opbouw van het profiel voor hbo-verpleegkundigen door verschillen in rollen en inhoud van de beroepen niet zonder meer omgezet kon worden naar een profiel voor logopedisten.

De projectgroep is uitgekomen bij een specifieke, bij de beroepsgroep logopedie passende opbouw van het profiel en formulering van de competenties.

Het concept-beroepsprofiel is aan een Klankbordgroep van 26 logopedisten (afkomstig uit alle werkvelden logopedie) gestuurd voor commentaar op de opbouw en inhoud van het concept.

Aan het verzoek om commentaar te geven aan de projectgroep is uitgebreid gehoor gegeven.

Al het commentaar is door de projectgroep beoordeeld en waar de projectgroep dat aangewezen vond ook verwerkt.

Ook de opmerkingen van de leden van de NVLF bij de behandeling van het concept-beroepsprofiel op de Algemene Ledenvergadering van juni 2002 zijn waar dat aangewezen was verwerkt.

Het Beroepsprofiel is ingedeeld in Deel I en Deel II. Deel I vormt het eigenlijke beroepsprofiel. Het omvat hoofdstuk 1 waarin de definitie van het beroep van logopedist is opgenomen en enkele belangrijke begrippen uit deze definitie worden toegelicht. In hoofdstuk 2 worden de verschillende werkgebieden van de logopedist beschreven, waarna in hoofdstuk 3 op basis van de International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale classificatie van het menselijk functioneren) (ICF) is aangegeven op welke aspecten en niveaus van het menselijk functioneren de logopedist zich richt.

Hoofdstuk 4 is het belangrijkste hoofdstuk van Deel I. Het bevat een overzicht van de rollen, kerntaken, kerncompetenties en deelcompetenties van de logopedist.

Deel II van het beroepsprofiel (hoofdstukken 5 tot en met 10) bevat achtergrondinformatie over het beroep van logopedist: de historie van de logopedie, het wettelijk kader, de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, belangrijke trends en ontwikkelingen voor het beroep en ten slotte informatie over de opleiding tot logopedist.

Het Beroepsprofiel logopedist is bedoeld voor logopedisten zelf, de opleidingen tot logopedist, de overheid, zorgverzekeraars, instellingen waar logopedisten werkzaam zijn, artsen en verwante beroepsgroepen. Dit brengt met zich mee dat niet alle delen voor alle lezers even relevant zijn.

Wij vertrouwen erop dat de lezer actief met de informatie omgaat, en zijn eigen weg vindt in dit profiel. Wij houden ons aanbevolen voor op- en aanmerkingen: logopedie@nvlf.nl

De projectgroep

- * Om storende hij/zij- en hem/haar-combinaties te vermijden, is steeds gekozen voor de mannelijke vorm.

Deel I BEROEPSPROFIEL LOGOPEDIST

1 HET BEROEP VAN LOGOPEDIST

Het recht tot het voeren van de titel 'logopedist' is voorbehouden aan degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een erkende opleiding voor logopedie. In dit hoofdstuk wordt het beroep van logopedist gedefinieerd, en worden enkele begrippen uit deze definitie nader toegelicht.

1.1 Definitie

De logopedist is in zijn beroepsmatig handelen gericht op het ontwikkelen, herstellen en onderhouden van de communicatie en de orale en pharyngeale verwerking van het 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 ondersteunde communicatie. De logopedist biedt de patiënt, cliënt of opdrachtgever preventie, zorg, training en advies vanuit zijn specifieke deskundigheid ten aanzien van de primaire mondfuncties, het gehoor, de stem, de taal en de spraak.

1.2 Nadere uitwerking van enkele begrippen uit de definitie

Een aantal begrippen uit de voorgaande definitie van 'logopedist' wordt hierna nader toegelicht om de lezer inzicht te verschaffen in enkele belangrijke aspecten van het beroep. In de kaders in de tekst worden voorbeelden uit de werkpraktijk van de logopedist gegeven.

1.2.1 Ontwikkelen, herstellen en onderhouden

De logopedist richt zich in zijn beroepsmatig handelen op het ontwikkelen, herstellen en onderhouden van de communicatie en de orale en pharyngeale verwerking van het eten en drinken. Afhankelijk van de specifieke kenmerken van de individuele cliënt legt hij de nadruk op één of meer van deze activiteiten.

Ontwikkelen betekent het tot wasdom doen komen, het doen uitgroeien. In de logopedie wordt ervan uitgegaan dat de voor het communiceren, het eten, drinken en slikken benodigde voorwaarden in beginsel aanwezig zijn. Een voorbeeld hiervan is het vermogen om een taal te leren. Door een gerichte logopedische interventie kan dit vermogen bij een cliënt naar een hoger niveau worden gebracht. Ook kan de logopedist zijn handelen richten op het creëren bij de cliënt van de benodigde condities voor de ontwikkeling van de gewenste vaardigheden.

De logopedist kan zich richten op de ontwikkeling van taal en spraak van een kind. In aanleg zijn de hiervoor benodigde voorwaarden aanwezig, maar door omstandigheden kunnen de vaardigheden zich bij een kind langzamer dan normaal ontwikkelen. De logopedist richt zich dan op het stimuleren van de ontwikkeling van taal en spraak. Hierdoor kan de achterstand van het kind op zijn leeftijdgenoten afnemen of geheel verdwijnen.

Bij stemtraining van een beroepsspreker (bijvoorbeeld een docent, toneelspeler of telefonist) staat het uitbreiden van de mogelijkheden van een gezonde maar niet volledig ontwikkelde stem centraal.

Doel van de behandeling is de stem te laten voldoen aan de hoge eisen die hieraan door het werk worden gesteld.

Na verwijdering van het strottenhoofd (laryngectomie) kan een cliënt door middel van een operatief geplaatst spraakventiel een geluid produceren. Door het aanbieden van gerichte oefeningen (spraak revalidatie na laryngectomie) helpt de logopedist de cliënt om dit geluid te ontwikkelen tot een bruikbaar geluid voor de productie van spraak.

De logopedist die werkt met zeer jonge kinderen (in ziekenhuis, vrije vestiging of revalidatie instelling) kan zich bij voedingsproblemen richten op het leren zuigen en slikken, het leren afhappen en leren kauwen, opdat deze kinderen niet afhankelijk worden of blijven van sondevoeding en zo een gezonder en acceptabeler leven tegemoet gaan.

Herstellen betekent iets in de vorige toestand terugbrengen. In de logopedie kan dit op drie niveaus.

De logopedist kan zich richten op het gedeeltelijk of volledig herstellen van functies, van activiteiten en van de participatie van de cliënt. Wanneer functieherstel niet mogelijk is, kan de logopedist zich richten op compensatie van de aangetaste functie.

Na een beroerte hebben veel mensen problemen met eten en drinken. Zij moeten dan kunstmatig (via een sonde) worden gevoed. De logopedist biedt gerichte oefeningen aan waardoor de eet- en drinkmotoriek en de slikfunctie worden hersteld, en de cliënt na enige tijd weer in staat is om veilig te eten en te drinken.

Door chronisch stemmisbruik heeft een cliënt stembandknobbels ontwikkeld. Als gevolg hiervan klinkt de stem hees en schor. De logopedist leert de cliënt door gerichte oefeningen (houding-, adem- en stemoefeningen) en voorlichting (stemhygiëne) de stem optimaal te gebruiken. De stembandknobbels kunnen hierdoor verdwijnen en de stem wordt helderder.

Als gevolg van bijvoorbeeld een degeneratieve spierziekte kunnen ernstige problemen optreden in de communicatie van de cliënt met zijn omgeving. De logopedist kan de aangetaste functies niet herstellen, maar zal zich richten op het compenseren ervan, en met de cliënt zoeken naar een goede ondersteuning of een goed alternatief voor de gesproken taal.

Onderhouden is iets in een goede staat houden. De logopedist kan zich richten op het onderhouden van het niveau van functioneren van de cliënt wat betreft diens communicatie en primaire mond- en keelfuncties. Door geregelde gerichte stimulering en oefening kan de logopedist ervoor zorgen dat het niveau van functioneren constant blijft, of dat het verval van de vaardigheden wordt vertraagd.

Dit is vooral van belang bij klachten van chronische aard, zoals deze kunnen ontstaan als gevolg van degeneratieve aandoeningen.

Bij een cliënt met een verstandelijke stoornis kan de logopedist zich richten op het onderhouden van de benodigde functies voor communicatie van de cliënt met zijn omgeving. Door ervoor te zorgen dat deze vaardigheden constant blijven of dat het verval ervan wordt vertraagd, kan sociaal isolement van de cliënt worden voorkomen.

De aandoening amyotrofe lateraal sclerose (ALS) is een degeneratieve spierziekte. In het eindstadium van deze ziekte is spreken en eten niet meer mogelijk. De logopedist richt zich met zijn handelen op het vertragen van de functionele gevolgen van het verval.

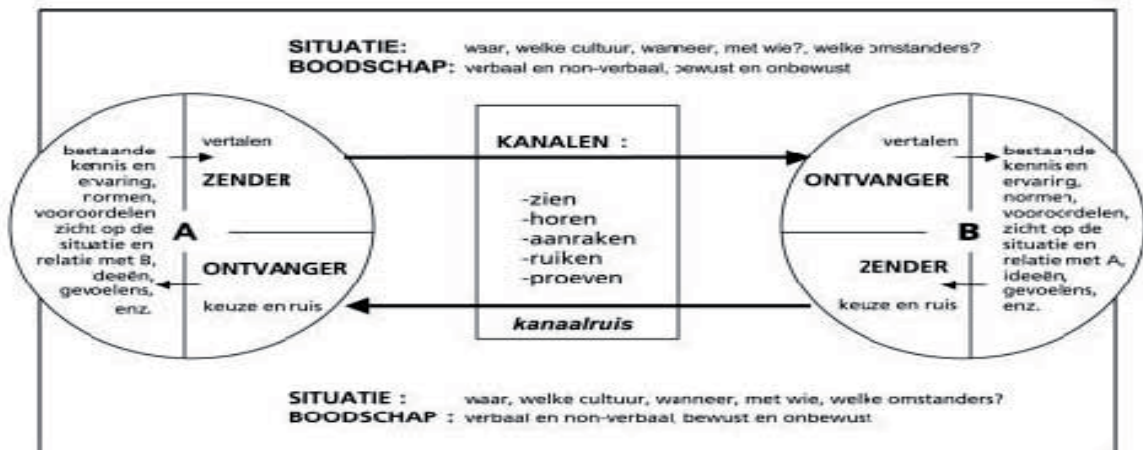
1.2.2 Communiceren

Communicatie is de uitwisseling van symbolische informatie die plaatsvindt tussen mensen die zich van elkaars onmiddellijke of gemedieerde aanwezigheid bewust zijn. Deze informatie wordt gedeeltelijk bewust, gedeeltelijk onbewust gegeven, ontvangen en geïnterpreteerd.

Deze beschrijving laat zien dat er voor het realiseren van communicatie aan verschillende voorwaarden moet zijn voldaan, zoals hierna staat vermeld.

- Communicatie is wederkerig; het gaat om interactie tussen een zender en een ontvanger.
- Zender en ontvanger zijn zich bewust van elkaars aanwezigheid en hebben de intentie en bereidheid tot het uitwisselen van informatie.
- De zender kan zijn informatie afstemmen op de ontvanger, en de ontvanger is in staat de door de zender aangeboden informatie te interpreteren. Communicatie is niet alleen een verbaal proces, er is vrijwel altijd sprake van communicatie ondersteunende, non-verbale communicatie, zoals lichaamstaal en mimiek. Tevens kan de patiënt/cliënt geleerd worden gebruik te maken van een vorm van ondersteunende communicatie; bijv. gebaren of het gebruik van een communicatie hulpmiddel. Uit Model 1.1 wordt de complexiteit van het communicatieproces duidelijk.

Model 1.1 De complexiteit van het communicatieproces



In Model 1.1 is rekening gehouden met de wederkerigheid en de continuïteit van communiceren, waarbij zender en ontvanger in snelle afwisseling van rol wisselen.

Bovendien beïnvloeden niet alleen de zender en de ontvanger het communicatieproces, maar ook de situatie, de boodschap zelf en de kanalen waarlangs de boodschap wordt overgebracht.

Deze opvatting van het communicatieproces betekent dat de logopedist in zijn beroepsmatig handelen niet alleen gebruikmaakt van zijn specifieke deskundigheid op het gebied van de primaire mondfuncties, het gehoor, de stem, de taal en de spraak, maar rekening houdt met alle factoren die een rol kunnen spelen in een communicatieproces.

Daarnaast richt hij zich op het scheppen van de benodigde basisvoorwaarden voor het kunnen communiceren. Die basisvoorwaarden zijn een goed gehoor, mondmotoriek, en concentratievermogen.

Een van de basisvoorwaarden voor de ontwikkeling van taal- en spraakvaardigheden bij jonge kinderen is het goed kunnen luisteren. De logopedist schenkt aandacht aan de optimalisering van deze voorwaarde voordat hij zich richt op de ontwikkeling van de taal- en spraakvaardigheden zelf.

1.2.3 De orale en pharyngeale verwerking van eten en drinken

De orale en pharyngeale verwerking van eten en drinken bij volwassenen en jonge kinderen is aangetast wanneer zij niet alles mogen/kunnen eten en drinken vanwege het onvoldoende of niet kunnen aanzuigen, verplaatsen, kauwen en slikken van voeding en vanwege het gevaar dat zij zich daarin verslikken, wanneer zij (deels) afhankelijk zijn van sondevoeding, of zij een aantal verschijnselen van slikproblemen vertonen.

1.2.4 Gezondheid

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert gezondheid als 'een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden, en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek'.

Het is in deze brede betekenis dat gezondheid wordt bedoeld in de beschrijving van het doel van het beroepsmatig handelen van de logopedist. Gezondheid wordt gezien als een dynamisch proces in een sociale context, waarin de mens in staat is betekenis te (blijven) geven aan zijn leven. Niet de ziekte of aandoening van een cliënt staat centraal bij logopedische preventie, zorg, training en advies, maar de unieke persoonlijke zorgvraag van de cliënt in het licht van zijn eigen interpretatie van gezondheid.

1.2.5 Patiënt, cliënt en opdrachtgever

In de gezondheidszorg worden voor mensen met een zorgvraag verschillende begrippen door elkaar gebruikt. Zo wordt het begrip 'consumenten' wel gebruikt voor verzekerden op de verzekeringsmarkt, het begrip 'patiënten' voor mensen die gebruikmaken van zorg in de cure-sector en het begrip 'cliënten' voor mensen in de care-sector. Ook de termen 'zorggebruiker' en 'gebruiker van zorg' komen voor.

In het kader van dit beroepsprofiel is gekozen voor de term 'cliënt', waarmee wordt bedoeld: elk individu dat, elke groep die, elk (zorg)systeem dat of elke organisatie die met de logopedist een samenwerking kan aangaan.

Individuele cliënten kunnen mensen zijn van alle leeftijdscategorieën. Zij worden bijvoorbeeld verwezen door een arts of orthodontist, of worden aangemeld door een school, een (G)GGD, onderwijsadviesdienst of werkgever, of ze nemen zelf het initiatief om zich tot een logopedist te wenden voor advies en training.

Een manager moet geregeld voor relaties bedrijfspresentaties leiden. Vanuit zijn omgeving hoort hij dat hij hierbij soms moeilijk te verstaan is. De manager maakt op eigen initiatief een afspraak met een logopedist voor advies.

Ook de partner of ouders van een cliënt kan/kunnen zich tot de logopedist wenden met bijvoorbeeld specifieke vragen over de omgang met een partner of kind met een logopedische zorgvraag, bijvoorbeeld op het gebied van eten, drinken of communicatie. In toenemende mate zijn ook bedrijven en andere organisaties opdrachtgever van de logopedist.

Zo kan een logopedist een in-servicetraining geven aan verpleegkundigen op het gebied van zorg aan cliënten met een afasie, of stemtraining geven aan medewerkers van een callcenter.

De rolverhouding tussen de logopedist en cliënt kan er een zijn van zorgaanbieder en zorgvrager of van trainer-adviseur en klant. In de eerste situatie is de cliënt sterk afhankelijk van de logopedist.

De cliënt stelt zich kwetsbaar op en vertrouwt op de professionaliteit van de zorgaanbieder.

Dit vereist van de logopedist vanzelfsprekend een correcte omgang met de persoonlijke omstandigheden en gegevens van de cliënt. De normen en waarden die van toepassing zijn op de omgang met een cliënt staan beschreven in de Beroepscode Logopedie van de NVLF.

De tweede rolverhouding, die van trainer-adviseur en klant is van toepassing wanneer er geen sprake is van een therapeutische relatie tussen de cliënt en de logopedist. In deze situatie geeft de logopedist informatie en advies vanuit zijn specifieke logopedische deskundigheid.

Een logopedist wordt door het schoolbestuur gevraagd om op een ouderavond van een basisschool een presentatie te houden over stotteren bij jonge kinderen en over de manier waarop ouders thuis hiermee kunnen omgaan.

1.2.6 Preventie

De logopedist als zorgaanbieder, trainer of adviseur biedt preventieactiviteiten aan om de kans op het (opnieuw) optreden of verergeren van ziekten of gezondheidsproblemen te verminderen.

Preventie is het aanbieden van interventies om gezondheid te bevorderen en ziekten en/of gezondheidsproblemen te voorkómen en zodoende gezondheidswinst te bereiken. Onderscheiden worden primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Bij primaire preventie gaat het om de situatie waarin nog geen gezondheidsproblemen bestaan. Om te voorkomen dat deze zullen ontstaan, worden een of meer schakels in het causale netwerk weggenomen. Hiertoe moeten een of meer determinanten van het gezondheidsprobleem of de ziekte bekend en beïnvloedbaar zijn. De logopedist is actief op het gebied van primaire preventie door activiteiten als (gezondheids)voorlichting en scholing vanuit zijn specifieke logopedische deskundigheid.

Secundaire preventie betreft het in een vroeg stadium opsporen en kunnen behandelen van risicofactoren, dan wel (de beginfase van een) ziekte voordat deze tot symptomen of klachten leidt. Secundaire preventie houdt voor de logopedist onder andere in het screenen en vroegtijdig interveniëren bij logopedische problemen of vertraging van de normale ontwikkeling van kinderen.

In het onderwijs kent men de zogeheten vroegtijdige onderkenning van logopedische problemen.

Dit houdt onder andere in dat alle kinderen op de basisschool door een logopedist worden gescreend op mogelijke problemen in de taal- en spraakontwikkeling en de mondmotoriek. Zo kan al op een vroeg moment in het ontstaan van een probleem worden ingegrepen.

Tertiaire preventie valt veelal samen met curatie; ze is erop gericht verslechtering van de gezondheidssituatie van cliënten te voorkómen, respectievelijk de status-quo van de cliënt te handhaven. Van tertiaire logopedische preventie is bijvoorbeeld sprake bij CVA-patiënten met afasie.

1.2.7 Zorg

De logopedist behandelt patiënten op verwijzing van een arts en is gericht op het verlenen van (individuele) zorg zoals omschreven in de Wet BIG. Dit houdt in therapie aan individuele cliënten op basis van verwijzing van deze cliënten door een (tand)arts of orthodontist.

De signalering van de behoefte aan logopedische zorg gebeurt in de praktijk ook vaak door bijvoorbeeld groepsleerkrachten, (wijk)verpleegkundigen, (G)GGD'en. Het zorgverleningsproces van de logopedist is voor een belangrijk deel gericht op verhoging van de kwaliteit van leven, door het opheffen, verminderen of voorkómen van problemen in functies, activiteiten en participatie, maar ook op het niet verder laten verslechteren van de gezondheidstoestand van een cliënt, dus op het stabiliseren of vertragen van de achteruitgang van functies, activiteiten en participatie. Daarnaast kan de logopedist met de cliënt werken aan het leren omgaan (coping) met zijn gezondheidstoestand in de dagelijkse situaties. Gezien het feit dat in de gezondheidszorg de vraag van de cliënt als uitgangspunt voor de zorg wordt genomen is een op maat gesneden aanbod nodig. Dit wordt aan geduid met het begrip zorg op maat. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geeft als kenmerken van zorg op maat: De zorgverlening wordt zo individueel mogelijk bemeten en besteedt aan alle aspecten van het probleem aandacht. Van belang is de zorggarantie, dat wil zeggen beschikbaarheid van voldoende hulp en de zekerheid dat die hulp ook onmiddellijk beschikbaar is. De zorgverleners dienen er ook rekening mee te houden dat niet alle cliënten mondig zijn, hun vraag duidelijk kunnen formuleren, de hulp zelf opzoeken en zich aan afspraken houden. Zorg op maat is individueel – impliceert ook ondersteuning van mantelzorgers – is integraal, veelomvattend en flexibel. Het zorg-op-maat concept is uitgebreid met de begrippen vraaggerichte zorg en vraaggestuurde zorg. Vraaggerichte zorg is "een gezamenlijke inspanning van cliënt en hulpverlener (i.c. logopedist) die erin resulteert dat de cliënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden". Vraaggestuurde zorg is "het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat cliënten willen en belangrijk vinden".

Logopedische zorgverlening

De start van de logopedische zorgverlening is de logopedische diagnostiek. Daarna volgt al of niet de logopedische behandeling. Beide begrippen worden hierna toegelicht.

Logopedische diagnostiek

De logopedische diagnostiek heeft als doel het formuleren door de logopedist van zijn beroepsspecifiek oordeel over het communiceren en de primaire mond- en keelfuncties van een cliënt en - van de voorwaarden daarvoor -, over daaraan gerelateerde logopedische gezondheidsproblemen en over de manier waarop de cliënt deze ervaart, alsmede van de belemmerende en ondersteunende externe en persoonlijke factoren, dit alles op basis van gericht door hem verzamelde en geïnterpreteerde gegevens.

Externe factoren betreffen de sociale en fysieke omgeving waarin de cliënt functioneert of gaat functioneren; persoonlijke factoren zijn eigenschappen van de cliënt zelf die op het functioneren van invloed zijn, zoals motivatie, opleidingsniveau, leeftijd. De diagnostiek kent twee fasen, namelijk het verzamelen van gegevens en het formuleren van de diagnose, die worden gevolgd door een advies over de voortzetting van zorgverlening (in casu het opstellen van een behandelplan).

In Fase 1 verzamelt de logopedist gegevens op basis van de klachten zoals aangegeven bij de aanmelding, en indien van toepassing geformuleerd in een dossier en verwijfsbrief (documentenanalyse); verder door interviews (intake, anamnese en heteroanamnese), door observaties en door het gebruik van een groot aantal gevalideerde tests. In zijn onderzoek stelt hij verder vast in welke situaties de klachten en problemen optreden en welke factoren van invloed zijn (geweest) op het ontstaan en/of in stand houden van de klacht of het probleem.

Ook gaat hij na welke stappen de cliënt al heeft ondernomen om zijn klacht te verminderen (verwijstraject, schoolbegeleidingsdienst, eerdere behandelingen).

In Fase 2 formuleert de logopedist de logopedische diagnose op basis van een analyse van de gegevens uit het logopedisch onderzoek (medische gegevens, anamnese, observaties en tests).

Dit is zijn beroepsspecifieke oordeel op basis waarvan de logopedist zijn cliënt adviseert over de mogelijkheden van een logopedische behandeling, dan wel de cliënt adviseert zich te wenden tot een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld: remedial teacher, gespecialiseerde logopedist).

Een andere mogelijke uitkomst is om de diagnostiek te laten vervolgen door adviezen aan derden.

Relaties tussen de stappen 1 tot en met 4 van het methodisch handelen, de typen gegevens uit het primaire zorgverleningproces die deze stappen opleveren en de beschikbare classificaties (terminologie) waarmee logopedisten deze gegevens kunnen vastleggen/coderen. (Naar: Heerkens, 2001).

Methodisch handelen	Gegevenstype	Classificaties beschikbaar voor logopedie
Stap 1	Verwijsdiagnose	
Verwijzing/Aanmelding	<ul style="list-style-type: none"> ● ziekte/aandoening/ syndroom (medische diagnose) ● klachtenbeeld ● operaties 	'Medische' termen
	Aanvullende medische gegevens	
	<ul style="list-style-type: none"> ● medische diagnostiek (resultaten en uitgevoerde diagnostiek) 	'Medische termen'
	<ul style="list-style-type: none"> ● nevenpathologie 	'Medische termen'
	<ul style="list-style-type: none"> ● medicatie 	Codelijst
	Datum verwijzing	-
	Datum aanmelding	-
Stap 2	Soort anamnese	Verichtingen
Anamnese	Medische (voor)geschiedenis	'Medische termen'
	Klachten/bevindingen van de cliënt zelf (en/of andere direct betrokkenen)	ICIDH/ICF*
	Door de cliënt gebruikte hulpmiddelen	Hulpmiddelen
	Door de logopedist gebruikte hulpmiddelen (b.v. vragenlijst)	Hulpmiddelen
	Psychosociale gegevens (zoals woonsituatie, leefvorm, opleiding, hobby's)	Codelijsten
Stap 3	Uitgevoerde diagnostische verrichtingen	Verrichtingen
Onderzoek	Bevindingen logopedist	ICIDH/ICF*
Stap 4	Conclusie/diagnose logopedist	
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ● gezondheidsproblemen van de cliënt 	ICIDH/ICF*
	<ul style="list-style-type: none"> ● achterliggende medische problemen 	'Medische termen'
	<ul style="list-style-type: none"> ● achterliggende externe en persoonlijke factoren 	ICIDH/ICF

* Zodra van de ICF ook een afgeleide beschikbaar is voor de logopedie, kan hier ICF gelezen worden; momenteel (2002) wordt voor logopedie nog de ICIDH gebruikt.

Logopedische behandeling

Behandelen als onderdeel van de logopedische zorgverlening is het op basis van het beroepsspecifieke oordeel op methodische wijze vormgeven aan het gewenste of noodzakelijke ontwikkelings- of veranderingsproces met als doel de communicatie en/of de orale en pharyngeale verwerking van het eten en drinken van een cliënt te verbeteren teneinde gezondheidswinst te behalen.

De cliënt kiest – op basis van informatie en adviezen van de logopedist en zijn eigen voorkeuren – welke behandeling past bij het oplossen van zijn gezondheidsprobleem of klacht.

Wanneer logopedist en cliënt hebben bepaald naar welke therapie de voorkeur uitgaat, dan wil dat zeggen dat de behandeling doelgericht uitgevoerd gaat worden op basis van:

- de karakteristieken van de cliënt, en de mogelijkheden van diens omgeving;
- individuele karakteristieken van de therapeut (persoonskenmerken, eigen normen en waarden, beroepscompetenties).

In het behandelplan komen ook aan de orde:

- een fasering in de tijd;
- het aantal benodigde behandelsessies;
- de frequentie waarmee de afzonderlijke behandelsessies gegeven zullen worden;
- op welk moment (of momenten) er geëvalueerd zal worden.

Tabel 1.2 Relaties tussen de stappen 5 tot en met 8 van het methodisch logopedisch handelen, de typen gegevens die deze stappen opleveren voor het primaire zorgverleningsproces en de beschikbare classificaties voor het vastleggen van deze gegevens (Naar: Heerkens, 2001).

Methodisch handelen	Gegevenstype	Classificaties beschikbaar voor logopedie
Stap 5	Formuleren behandeldoelen op basis van logopedische diagnose	ICIDH/ICF (indirect* en deels)
Behandelplan	Geplande therapeutische/ preventieve verrichtingen	Verrichtingen
	Geplande hulpmiddelen bij de behandeling	Hulpmiddelen
	Geplande aan de cliënt te verschaffen hulpmiddelen	Hulpmiddelen
	Verwacht aantal sessies/ verwachte behandelduur	-
Stap 6	Uitgevoerde verrichtingen	Verrichtingen
Behandeling	Door logopedist gebruikte Therapeutische/preventieve verrichtingen	Verrichtingen
	Door logopedist gebruikte hulpmiddelen	Hulpmiddelen
	Aan cliënt verstrekte hulpmiddelen	Hulpmiddelen
Stap 7	Behaalde behandeldoelen	ICIDH/ICF (indirect* en deels)
Evaluatie	Behaalde behandelresultaten	ICIDH/ICF (indirect*)
Stap 8	Datum afsluiting	-
Afsluiting behandelperiode	Reden afsluiting	-
	Soort verslaggeving	-
	Datumverslaggeving	-

* Indirect, omdat voor het aangeven van een doel een beschrijving nodig is (bijvoorbeeld niet alleen 'pijn' maar 'verminderen van pijn', niet alleen 'werk' maar 'ervoor zorgen dat iemand terug kan komen in zijn oude baan'). Deels, omdat er ook doelen zijn die niet in termen van de ICF zijn te omschrijven (bijvoorbeeld 'iemand voorbereiden op een operatie' of 'scheppen van een vertrouwensband').

In het logopedie-informatiesysteem (LIS) worden de volgende negen logopedische (diagnostische en therapeutische) interventies/doelen van interventies genoemd:

- inventarisatie;
- informatieverstrekking;
- attitudeverandering;
- aanpak psychogene component;
- hygiëne en adaptatie;
- voorwaardentraining;
- symptomatische oefentherapie;
- compenserende oefentherapie;
- integratie en gewoontevorming.

De evaluatie bestaat uit een procesevaluatie en een product (resultaat)evaluatie. De productevaluatie betreft de mate waarin de gestelde doelen zijn gehaald, het oordeel van de cliënt over de verandering van de klacht en het oordeel van de logopedist over de verandering van de aandoening.

De procesevaluatie is het nagaan hoe alle activiteiten die deel hebben uitgemaakt van het methodisch logopedisch handelen (van aanmelding/verwijzing tot en met afronding) zijn verlopen in inhoudelijk en organisatorisch opzicht en wat betreft bejegeningaspecten.

Advies in het kader van behandeling

Binnen het domein 'zorg' geeft de logopedist adviezen aan de cliënt en aan de personen die nauw betrokken zijn bij de behandeling, verzorging of begeleiding van de cliënt.

De adviezen zijn gericht op het verminderen van het/de (gezondheids)proble(m)en dat/die de cliënt ondervindt. Adviseren als onderdeel van de logopedische zorgverlening is het op methodische wijze vormgeven aan een proces inzake het raadgeven over een te volgen handelwijze, door het geven van aanwijzingen voor het optimaal uitvoeren van handelingen, begeleiding of zorg voor de cliënt(en), en/of over adequate ondersteunde communicatie en voorzieningen, aan een cliënt, zijn mantelzorger(s) en/of professionele hulpverlener(s) met als doel de communicatie c.q. de orale en pharyngeale verwerking van het eten en drinken van de cliënt(en) te bevorderen. Deze advisering aan een cliënt betreft vaak secundaire en tertiaire preventie en het gebruik van hulpmiddelen voor ondersteunde communicatie. De adviezen aan de personen die bij de cliënt zijn betrokken, kunnen ook gegeven worden als vervolg op een behandeling. Dit gebeurt met name als de cliënt begeleiding nodig heeft om het in de therapie-situatie geleerde toe te passen in niet-therapeutische situaties.

1.2.8 Training

Steeds meer logopedisten bieden zelfstandig of vanuit een specifieke organisatie trainingen aan op het gebied van bijvoorbeeld communicatie of presenteren. Trainen van (aspecten van de) communicatie of voorwaarden daartoe is het op methodische wijze vormgeven aan een ontwikkelings- of veranderingsproces met als doel de communicatiemogelijkheden van een mens (of groep mensen) volgens zijn (hun) maatstaf te verbeteren.

Deze activiteiten vallen niet onder de noemer 'individuele gezondheidszorg' en vallen daarmee buiten het kader van de Wet BIG. De training dient te voldoen aan de state-of-the-art van het beroep, maar ook van die van de terreinen waarop de logopedist zich begeeft.

De logopedist die cliënten traint, wendt zijn deskundigheid op logopedisch gebied aan, vaak gekoppeld aan elders verworven competenties, om deze cliënten te helpen een oplossing te vinden voor hun vraag.

Een manager die veel moet presenteren, vraagt om een training om zijn verbale en non-verbale presentatie te verbeteren. Vooral krijgt hij feedback op zijn hoge spreektempo, de monotonie en het binnensmonds articuleren. De trainer-logopedist begeleidt de manager door geregeld video-opnames te maken van de presentaties en die samen te analyseren.

Daarnaast krijgt de manager oefeningen en adviezen om zijn presentaties te verbeteren.

1.2.9 Advies

De adviestaak van logopedisten is in de afgelopen jaren veranderd. Het aantal vragen is toegenomen en de soort vragen is veranderd. Kort gesteld is adviseren: het helpen problemen oplossen.

De logopedist die adviseert aan cliënten wendt zijn deskundigheid aan om de adviesvrager te helpen een oplossing te vinden voor zijn adviesvraag. Op zichzelf staande adviseringsactiviteiten die geen deel uitmaken van het logopedisch zorgverleningsproces aan individuen vallen buiten het kader van de Wet BIG. Adviseren is het op methodische wijze vormgeven aan een proces inzake het raadgeven aan een organisatie of cliënt over een te volgen handelwijze, door het geven van richtlijnen voor het optimaal uitvoeren van handelingen, begeleiding van mensen, en/of over adequaat ondersteunde communicatie en voorzieningen, met als doel (aspecten van) communicatie van die mensen te bevorderen.

Naar analogie van de fasering van het methodisch handelen zijn aan advisering zeven fasen te onderscheiden:

1. probleem, adviesvraag;
2. probleemanalyse;
3. probleemdefiniëring, doelstellingen formuleren;
4. verkennen en selecteren van probleemoplossingen;
5. implementeren van de oplossing;
6. evaluatie;
7. afronding.

De fasen van het adviesmodel geven de logopedist aan in welke richting en op welke manier de gewenste verandering is te bereiken. Ze geven nog niet aan welke theoretische en/of ervaringskennis nodig is, en welke methoden gebruikt kunnen worden om tot een effectieve probleemoplossing te komen.

In een groot verzorgingstehuis hebben de verzorgenden en vrijwilligers steeds meer te maken met ernstig slechthorende bewoners. Zij vragen de logopedist uit het ziekenhuis om hen te adviseren over de manier waarop zij het beste kunnen omgaan met deze bewoners.

De logopedist inventariseert de vragen en stelt voor om een bijeenkomst te beleggen met alle medewerkers en vrijwilligers. De logopedist geeft uitleg over slechthorendheid, de gevolgen daarvan en de werking van hoorapparaten. Hij geeft enkele algemene adviezen, maar ook specifieke met betrekking tot bepaalde bewoners. Na drie maanden vindt een evaluatie plaats.

In een kinderdagverblijf komt steeds meer aandacht voor een zo goed mogelijke interactie en communicatie met de kinderen. Hiervoor vragen de leidsters hulp aan een logopedist.

Zij organiseert bijeenkomsten voor de leidsters, assistenten en stagiaires, waarin ze uitleg geeft over normale spraak- en taalontwikkeling, over afwijkende ontwikkeling, over extra spraak- en taalstimulering en over ondersteunende communicatievormen.

In een peutergroep voor lichamelijk en/of geestelijk gehandicapte kinderen worden vragen gesteld aan de logopedist over problemen bij het eten en drinken van de kinderen.

Zij organiseert bijeenkomsten voor de leidsters, assistenten, stagiaires en/of ouders, waarin ze uitleg geeft over de normale ontwikkeling van eten en drinken, over de mogelijke afwijkende ontwikkelingen en ze geeft de eerste algemene adviezen ter verbetering.

2 WERKGEBIEDEN VAN DE LOGOPEDIST

Logopedisten werken binnen verscheidene werkgebieden. Verreweg de meeste logopedisten zijn werkzaam in de vrije vestiging, het onderwijs en de intramurale gezondheidszorg, een kleinere groep is werkzaam in andere werkgebieden. De verschillende werkgebieden worden in dit hoofdstuk beschreven.

2.1 Logopedisten in de vrije vestiging

Logopedisten in de vrije vestiging zijn zelfstandige ondernemers die werken in eerstelijns logopediepraktijken.

Deze logopedisten voeren hun eigen praktijk of vormen met meerdere collega's een maatschap. Ook kan het zijn dat in de vrije vestiging logopedisten in loondienst zijn bij een maatschap of praktijk voor logopedie. Kenmerkend voor de vrije vestiging is de grote diversiteit aan cliënten, van wie leeftijden en klachten – en daardoor hun zorgvragen – sterk uiteen kunnen lopen.

Een ander kenmerk van de vrijgevestigde logopedist is dat zij nauw samenwerkt met andere bij de zorg voor een cliënt betrokken (para)medici, leerkrachten en remedial teachers. Logopedisten in de vrije vestiging behandelen op medische indicatie ook cliënten aan huis als dezen niet in staat zijn naar de praktijk te komen. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij een cliënt met afasie en met een halfzijdige verlamming.

Voorbeelden van aan-huis-behandeling van jonge kinderen: wanneer de voorkeur uitgaat naar de behandeling in de vertrouwde thuisomgeving bijv. bij kinderen (0-2 jaar) met voedingsproblemen of bij lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapte kinderen die nog niet naar een speciale instelling of school gaan, of bij een te zwakke algehele gezondheid van een kind. Dit gebeurt op medische indicatie.

Onderzoek en/of behandeling van een cliënt vindt plaats op verzoek van een verwijzer.

De vrijgevestigde logopedist kan ook worden gevraagd om een behandeling voort te zetten van cliënten die eerder op school of in een instelling werden behandeld. Voor een optimale voortzetting van de behandeling is overleg nodig tussen eerdere behandelaars en de vrijgevestigde logopedist.

Vanuit de vrije vestiging wordt daarnaast voorlichting gegeven aan instellingen of bedrijven over mogelijke logopedische problemen die zich bij medewerkers kunnen voordoen, en over de preventie daarvan. Steeds meer praktijken zijn gevestigd in gezondheidscentra waar ook andere (para)medische zorgverleners zijn gevestigd. Hierdoor is afstemming van de zorg voor een bepaalde cliënt – die door verscheidene hulpverleners wordt behandeld – goed te realiseren.

2.2 Logopedisten in het onderwijs

De logopedist in het onderwijs is een paramedicus die werkzaam is op een school. Ook de logopedist die werkzaam is in het onderwijs, valt als paramedicus onder de toepassing van de Wet BIG. Logopedisten in het onderwijs kunnen werkzaam zijn op (speciale) basisscholen, scholen voor voortgezet onderwijs, een OrthoPedagogisch Didactisch centrum (OPDC), scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs (RECScholen, cluster 1 tot en met 4) en/of de basis- en volwasseneducatie.

Zij zijn in dienst van bijvoorbeeld een gemeentelijke gezondheidsdienst, een onderwijsbegeleidingsdienst of een school- of een gemeentebestuur. In het onderwijs is de logopedische begeleiding mede een instrument ter voorkoming en vermindering van onderwijsbelemmeringen.

Logopedisten in het onderwijs worden dan ook in toenemende mate ingezet in het kader van onderwijsachterstanden, Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE), vroegsignalering en meertaligheid.

Hierbij wordt samengewerkt met verschillende disciplines.

De preventie / curatie vormt een geïntegreerd onderdeel van de totale aanpak van de leerling, waarin de leerling met zijn (logopedisch) gezondheidsprobleem centraal staat. Er vindt regelmatig overleg en afstemming plaats met leerkracht, remedial teacher, intern begeleider, jeugdarts en (ortho)pedagoog. Indien nodig overlegt de logopedist ook met andere instanties en personen die betrokken zijn bij de zorg voor de leerling. Voor alle disciplines biedt de beschikbaarheid van logopedie op school een laagdrempelige mogelijkheid om gebruik te maken van de expertise van de logopedist. Voor de ouders is de integratie van de hulpverlening en interdisciplinaire benadering van belang, omdat deze de persoonlijke en schoolontwikkeling van de leerling ten goede komt.

De logopedist in het basisonderwijs heeft een preventieve en/of curatieve taak. **Logopedisten in het speciaal basisonderwijs** hebben een curatieve taak. Het preventieve basispakket bestaat uit drie hoofdactiviteiten, die in relatie staan tot problemen met name op het gebied van taal, spraak, stem, mondgewoonten en gehoor.

1. Collectieve preventie gericht op het individu

- screening van een jaargroep;
- onderzoek van leerlingen uit groep 1 tot en met 8;
- vervolcontacten: controle, verwijzing, kortdurende begeleiding;
- consultatie.

2. Collectieve preventie gericht op intermediairs en het publiek

- collectieve voorlichting aan bijvoorbeeld leerkrachten, ouders en anderen over communicatie en logopedische stoornissen;
- beleidsadvies naar diverse organisaties (gebaseerd op epidemiologische analyses);

3. Ontwikkeling, kwaliteitsbevordering en organisatie.

De curatieve taak betreft de behandeling van problemen op het gebied van taal, spraak, stem, mondgewoonten en gehoor. De logopedie draagt ertoe bij dat leerlingen minder snel zullen stagneren in het leerproces. Logopedisten in het speciaal basisonderwijs, het voort-gezet onderwijs, een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs (REC, cluster 1 t/m 4) en de basis- en volwassenen educatie maken deel uit van een multidisciplinair team, verrichten diagnostiek in het kader van het toelatingsonderzoek, stellen een logopedisch behandelplan op als onderdeel van een leerlinggericht behandelingsplan, hebben behandelingsfaciliteiten en koppelen geregeld terug naar het multidisciplinair begeleidingsteam.

Door zijn specifieke deskundigheid op het gebied van gehoor-, spraak-, taal-, stem- en (daardoor) communicatieproblemen en gevolgen van deze problemen voor het functioneren van de leerling in de schoolomgeving, brengt de logopedist essentiële deskundigheid in het team in.

Het zijn immers deze gebieden waardoor de leerling onderwijsbeperkingen ondervindt en waardoor het is aangewezen op dit specifieke type onderwijs. De logopedist heeft naast de taken zoals omschreven bij de logopedist in het speciaal basisonderwijs en voortgezet onderwijs in cluster 2 ook een belangrijke taak in de toelatingscommissie.

2.3 Logopedisten in de intramurale gezondheidszorg

Logopedisten in de intramurale gezondheidszorg zijn werkzaam in diverse instellingen, zoals ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, audiologische centra, instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en psychiatrische instellingen. Zij werken vaak in teamverband met andere logopedisten, die elk hun eigen specialisatie hebben.

De logopedisten in de intramurale gezondheidszorg werken met cliënten van verschillende leeftijdscategorieën met verschillende klachten. Zo kunnen logopedisten in ziekenhuizen zich richten op pasgeborenen met voedingsproblemen, terwijl collega-logopedisten werkzaam kunnen zijn met de diagnostiek en behandeling van geriatrische cliënten met verworven neurologische taalproblemen.

Ook in de revalidatie-instellingen werken logopedisten met zowel jonge kinderen met voedings- en communicatieproblemen als met volwassenen met deze problematiek.

In de intramurale gezondheidszorg werken logopedisten voornamelijk op verwijzing van specialisten met cliënten die voor kortere of langere tijd zijn opgenomen in de instelling, bijvoorbeeld met cliënten na een trauma, met te vroeggeboren kinderen, of met cliënten met een neurologische aandoening of een verstandelijke stoornis.

Kenmerkend voor het werken van de logopedist in de intramurale gezondheidszorg is de multidisciplinaire samenwerking. In veel gevallen betreft de diagnostiek en behandeling cliënten met complexe gezondheidsproblemen. Om vanuit een geïntegreerd behandelplan met de cliënt te kunnen werken is geregeld overleg tussen verschillende behandelaars noodzakelijk.

De frequentie van de logopedische behandeling in de intramurale gezondheidszorg kan hoog zijn, soms twee keer per dag.

2.4 Logopedisten in overige werkgebieden

Met logopedisten in overige werkgebieden worden die logopedisten bedoeld die specifiek logopedisch werk verrichten zonder dat er sprake is van het behandelen of adviseren van een cliënt op basis van een verwijzing of medische noodzaak. Deze werkzaamheden vallen derhalve niet onder de werking van de Wet BIG of de Wet op de Collectieve Preventie. Deze logopedisten werken bijvoorbeeld op HBO-instellingen (lerarenopleidingen, pedagogische academies voor het basisonderwijs, theaterschool, conservatorium), als freelancers, of zijn in dienst van een trainings- of adviesbureau.

Zij geven vanuit hun specifieke logopedische kennis training, advies en begeleiding aan studenten, (groepen) medewerkers van bedrijven en instellingen. De logopedist kan ook worden betrokken bij arbeidsrelevante gezondheidsvraagstukken.

Zo kan een logopedist bij een bedrijf waar veel getelefoneerd wordt, adviezen geven over stemgebruik en lichaamshouding tijdens het telefoneren. De logopedist werkt dan als consultant in opdracht van het betrokken bedrijf.

3 LOGOPEDIE EN HET MENSELIJK FUNCTIONEREN

Bij het behandelen van cliënten met logopedische problemen zijn zowel gezondheidsproblemen van deze cliënten als externe en persoonlijke factoren in samenhang met die problemen van belang.

Voor het benoemen van deze factoren die logopedisten tegenkomen bij het onderzoeken, behandelen en adviseren van logopedische cliënten is de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF) een hulpmiddel. Deze classificatie en het gebruik daarvan worden in dit hoofdstuk toegelicht.

Door middel van het toevoegen van voorbeelden is er naar gestreefd het logopedisch werkerterrein zo goed mogelijk weer te geven. De voorbeelden die genoemd worden, zijn overigens niet uitputtend.

3.1 Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF)

In 1980 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), een internationale proefclassificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. In 2001 verscheen een gereviseerde versie, de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), waarvan in 2002 een Nederlandse versie is verschenen onder de titel Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF).

De ICF kwam tot stand door verwerking van internationale aanbevelingen ter verbetering van de ICIDH. De ICF biedt een standaardtaal én een schema voor de beschrijving van (problemen met) het menselijk functioneren en wat daarmee verband houdt.

3.2 Perspectieven en begrippen in de ICF

Met de ICF kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven:

1. het perspectief van de mens als organisme, als 'lichaam'. Hoe goed functioneren bijvoorbeeld de spieren van de mond, de tong, hoe goed functioneren de stembanden, de hersenen, de longen en de oren van iemand? Zijn er stoornissen?
2. het perspectief van het menselijk handelen. Welke activiteiten voert iemand zelf uit en welke zou hij zelf kunnen of willen uitvoeren? Denk hierbij aan communicatie en het gebruiken/toepassen van hulpmiddelen zoals een afasieboek of spraakversterker. Zijn er beperkingen in het handelen?
3. het perspectief van deelname aan het maatschappelijk leven. Kan iemand meedoen op alle levensterreinen en doet hij ook mee? Kan iemand een volwaardig lid zijn van de maatschappij, ondanks aanwezige stoornissen en beperkingen, of zijn er participatieproblemen, bijvoorbeeld door stotteren?

Perspectief 1: de mens als organisme, als 'lichaam'

Bij 'de mens als organisme' gaat het om de onderdelen van het lichaam, bijvoorbeeld lichaamsdelen (zoals het hoofd / het aangezicht), orgaanstelsels (zoals het ademhalings- en het zenuwstelsel), organen (zoals de hersenen, de tong, oren, het strottenhoofd) en onderdelen van organen (zoals de huid, de stembanden of een longkwab). Hiervan kunnen met de ICF zowel de functies als de anatomische eigenschappen en de stoornissen daarin worden beschreven.

Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Grofweg gezegd is de functie van het strottenhoofd met de stembanden de stemvorming, een functie van de hersenen het denken en de taalvorming, een functie van de oren het horen, een functie van mondspieren het vormen van klanken en een functie van de tongspieren het transporteren van de voedselbolus.

Anatomische eigenschappen zijn de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. In de hiervoor bij 'functies' genoemde voorbeelden zijn dat onder andere de vorm, positie en continuïteit van onderdelen van het strottenhoofd en de mond- en keelholte, de hersenen, de oren, de mond- en tongspieren en de gebitselementen.

Stoornis is een functie of anatomische eigenschap niet optimaal, dan spreekt men van een stoornis. Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Stoornissen zijn bijvoorbeeld verminderde kracht in de kauwspieren, verminderde controle over de tongbewegingen, verminderde speekselproductie, beschadiging van het trommelvlies, knobbelvorming op de stembanden, een hersenlaesie.

Voor de logopedie belangrijke functies en stoornissen - zoals ze in de ICF worden onderscheiden - zijn met name:

- (stoornissen in) mentale functies
De mentale functies zijn voorwaardelijk voor communicatie en voor het begrijpen en toepassen van de instructies die de logopedist in zijn behandeling geeft. De ICF gaat uit van algemene mentale functies (zoals bewustzijn, oriëntatie en intellectuele functies), en specifieke mentale functies (zoals aandacht, geheugen, perceptie en mentale functies gerelateerd aan taal). Voor de logopedie zijn dat in dit kader met name de taal- en spraakstoornissen bij kinderen en volwassenen. Deze stoornissen kunnen in de ontwikkeling van taal en spraak (taalontwikkelingsstoornis) liggen of zijn verworven (zoals bij cliënten met afasie en dysartrie, of cliënten met taalstoornissen door dementie). Daarnaast let de logopedist, in verband met (het leren van) taal, op aanwezigheid van perceptiestoornissen (auditieve perceptie, perceptie van geur en smaak, visuele perceptie).
- (stoornissen in) sensorische functies en pijn
Onder het hoofdstuk 'Sensorische functies en pijn' van de ICF valt onder meer (stoornissen in) het horen en oorsuizen; hierop spelen de activiteiten van de logopedist op het gebied van de hoorrevalidatie in. Andere onderdelen van de sensorische functies zijn de reuk, de smaak, de tactiele en proprioceptieve verwerking in het mondgebied.
- (stoornissen in) stem en spraak
Het hoofdstuk 'Stem en spraak' van de ICF bevat een beschrijving van de functies en daarmee samenhangende stoornissen op het gebied van stem en spraak. Voor het logopedisch werkveld vallen hieronder bijvoorbeeld alle mogelijke vormen van stemstoornissen (zoals heesheid en schorheid/dysfonieën), articulatiestoornissen (dyslalieën, dys- en apraxieën), multiple interdentaleiteit en stotteren.
- (stoornissen in) taal
Aangeboren en verworven taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie en afasie).

- (stoornissen in) functies van het ademhalingsstelsel
Ademhaling en stem zijn nauw aan elkaar gerelateerd. Een stoornis van de functie van het ademhalingsstelsel kan leiden tot een zwak stemgeluid en andere stemstoornissen. De logopedist zal daarom in de stemtherapie uitgebreid aandacht besteden aan de adem-haling en het toepassen van de adem bij het spreken. Ook behandelt de logopedist geïsoleerde ademhalingsstoornissen zoals hyperventilatie.
- (stoornissen in) functies van het spijsverteringsstelsel
Hieronder vallen stoornissen in het zuigen, kauwen, manipuleren van het voedsel in de mond, en slikken. De logopedist behandelt voedingsproblemen en slikstoornissen (dysfagie) bij zowel kinderen als volwassenen. Bij de verwerking van eten en drinken en slikken zijn van belang stoornissen in de functie van het strottenklepje (afsluiting van de luchtwegen), de spieren die nodig zijn voor aanzuigen, de kauwspieren, de kaak-/lip- en tongspieren en de speekselklieren. Ook vallen hieronder sensibiliteitsstoornissen en stoornissen zoals het globusgevoel (gevoel van een prop in de keel), vaak veroorzaakt door een verhoogde spierspanning in het keelgebied. Door logopedische oefeningen kan deze spanning verminderen.
- (stoornissen in) functies van gewrichten, botten en spieren
Tandenknarsen, pijn in de kaakgewrichten en andere vormen van cranio-mandibulaire disfuncties (CMD) behandelt de logopedist door middel van gerichte oefeningen. Ook het trainen van spierfuncties (spiersterkte en uithoudingsvermogen en coördinatie) is een belangrijk element in de logopedische behandeling van spieren die betrokken zijn bij het spreken, zuigen, kauwen, slikken, de articulatie en de ademhaling.

Perspectief 2: het menselijk handelen

Bij het perspectief van het menselijk handelen gaat het om wat iemand doet of (nog) zelf kan doen, welke activiteiten/onderdelen van het handelen iemand uitvoert of zou kunnen uitvoeren. De moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten noemt men beperkingen.

In het kader van logopedie zijn voorbeelden op het terrein van het handelen en beperkingen daarin: communiceren, converseren, leren en het toepassen van kennis, gebruik van communicatieapparatuur en -technieken zoals het gebruiken van een afasieboek, een aanwijsboek of een spraakversterker, of het toepassen van gebarentaal of vingerspelling.

De logopedist richt zijn behandeling op het aanleren van dergelijke activiteiten en het leren gebruiken van de (logopedische) hulpmiddelen. Andere voorbeelden van voor de logopedische behandeling relevante activiteiten zijn (beperkingen in) zelfverzorging van de cliënt, eten en drinken met of zonder hulpmiddelen, en het schoonmaken en inzetten van een hoorapparaat.

De logopedist geeft ook 'communicatie- en presentatietraining' (ICF categorie: tussenmenselijke relaties, en relaties in opleidingen, beroep en werk) gericht op bijvoorbeeld het (communicatief-gedragsmatig) omgaan met andere mensen.

Perspectief 3: het deelnemen aan het maatschappelijk leven

Bij dit derde perspectief gaat het erom of iemand mee kan doen (participeren) aan het maatschappelijk leven op alle levensterreinen, of hij ook daadwerkelijk meedoet, en of iemand een volwaardig lid van de maatschappij is of kan zijn.

Problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven noemt met participatieproblemen.

Voorbeelden van participatieproblemen zijn: niet naar feesten of bijeenkomsten kunnen gaan doordat men door bijvoorbeeld gehoorproblemen niet goed kan volgen waarover gesproken wordt. Moeilijk in contact komen met de omgeving door een afasie. Het niet kunnen uitoefenen van zijn beroep als docent door stemproblemen.

Soms worden door het logopedisch handelen noch de anatomische eigenschappen veranderd, noch de functie beïnvloed. Door de behandeling is de cliënt echter wel in staat om activiteiten te ontplooiën (= verminderen van de mate van beperkingen) en daardoor te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven (= verminderen van de participatieproblemen). Zo kan de logopedische behandeling van een cliënt met een afasie of van een kind met een ernstige ontwikkelingsdysfasie, dysartrie of verbale dyspraxie zich op twee verschillende perspectieven richten:

1. Vanuit het perspectief van 'activiteiten' kan hij door het oefenen met de logopedist leren om van een ondersteunend communicatiemiddel, bijvoorbeeld een aanwijsboek, gebruik te maken.
2. Vanuit het perspectief van 'participatie' kan hij deelnemen aan communicatie met verschillende personen door gebruik te maken van dit ondersteunend communicatiemiddel; door de geleerde activiteit toe te passen kan de cliënt weer participeren.

3.3 Beïnvloeding van het functioneren

In de ICF is onderkend dat het menselijk functioneren door verscheidene factoren wordt beïnvloed. Dat zijn lichamelijke factoren (de ziekte, de aandoening of het letsel dat iemand heeft), persoonlijke factoren en externe factoren.

Dergelijke factoren worden ook wel aangeduid als gezondheidsdeterminanten of risicofactoren. Persoonlijke factoren zijn onder meer: leeftijd, geslacht, opleiding, persoonlijkheid, leefstijl, iemands normen en waarden, prioriteiten. Deze factoren bepalen mede iemands zorgvraag, zijn reactie op hulp, therapie en het gebruik van hulpmiddelen.

Externe factoren zijn iemands fysieke en sociale omgeving. Voorbeelden zijn: het huis waarin men woont, de aanwezigheid van hulpmiddelen, ondersteuning en relaties, de kwaliteit van de buitenlucht, sociale normen, geldende wetten. Externe factoren kunnen het functioneren van een persoon positief of negatief beïnvloeden. Denk daarbij voor kinderen aan: de grootte van het gezin, de pedagogische kwaliteiten van ouders en leerkrachten, de afstand tot de praktijk logopedie en welwillende ouders die het kind helpen bij het thuis oefenen. Andere voorbeelden zijn: de geregelde aanwezigheid van familie en vrienden die de cliënt stimuleren en helpen, hartelijke en vaardige verzorgenden, en de polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekering.

De ICF bevat een uitgewerkte lijst met externe factoren. Daarnaast is het van belang om te weten welk(e) ziekte, aandoening of letsel iemand heeft. Dergelijke gegevens zijn opgenomen in een andere classificatie, de Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende problemen, tiende revisie, de ICD-10. Dit is een classificatie die vooral door artsen wordt gebruikt om hun diagnose in standaardtaal te formuleren.

De combinatie van gegevens over enerzijds aandoeningen, ziekten, letsels, en anderzijds gegevens over het menselijk functioneren, is iemands gezondheidstoestand.

Probleemanalyse voor de zorg

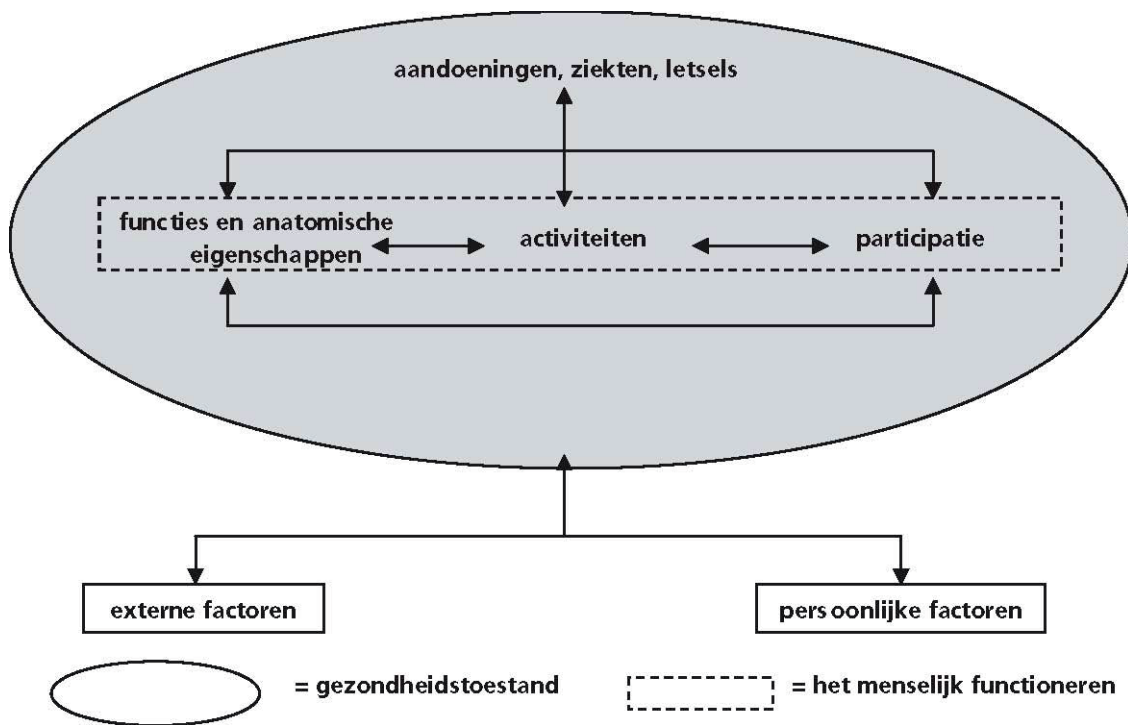
De gezondheidstoestand is geen statisch geheel maar verandert voortdurend onder invloed van verscheidene factoren. Voor een goede beschrijving van de gezondheidstoestand van de mens en daaraan gerelateerde zorgvragen is inzicht nodig in de mogelijke samenhang tussen die verschillende factoren.

In Schema 3.1 (uit de ICF) is aangegeven dat er onder meer een samenhang kan zijn tussen functies / anatomische eigenschappen en stoornissen daarin, activiteiten en beperkingen en participatie (problemen) in relatie tot een aandoening of ziekte. De aard van de samenhang volgt geen vast patroon.

Het schema laat zien dat er daarnaast externe en persoonlijke factoren van het individu van invloed zijn op het functioneren. Op basis hiervan is het verklaarbaar waardoor twee personen met dezelfde ziekte of aandoening niet noodzakelijkerwijze dezelfde gezondheidsproblemen en -vragen hebben.

Dit is een belangrijk gegeven voor de behandelaars of zorgverleners. Het gaat niet om behandeling van een 'universeel' probleem (zoals slikklachten, stotteren, afasie, beperkingen in de communicatie), maar om de behandeling van en zorg voor een individuele cliënt met onder meer die klacht(en). Dit onderstreept het belang van zorg op maat en vraaggestuurd werken.

Schema 3.1 De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren



4 DE COMPETENTIES VAN DE LOGOPEDIST

In dit hoofdstuk worden de diverse competenties beschreven die een logopedist nodig heeft voor een verantwoorde uitoefening van zijn beroep. De recent afgestudeerde logopedist zal deze competenties kunnen toepassen in eenvoudige werksituaties terwijl een ervaren logopedist dezelfde competenties in complexe werksituaties kan toepassen. In de logopedische beroepspraktijk bestaan grote verschillen in werkvelden en mogelijke rollen. Hierdoor zal een individuele logopedist niet alle kerntaken van zijn beroep even frequent uitvoeren en is het mogelijk dat hij ook niet alle competenties dagelijks nodig heeft. Elke logopedist moet echter in staat zijn om alle hieronder genoemde competenties in de praktijk te gaan brengen wanneer zijn specifieke werksituatie er om vraagt.

4.1 Indeling in domeinen

Het deskundigheidsgebied van logopedisten is in te delen in drie domeinen/competentiegebieden:

1. Competentiegebied Preventie, zorg, training en advies;
2. Competentiegebied Organisatie;
3. Competentiegebied Beroep.

Op de verschillende competentiegebieden kan de logopedist verschillende rollen vervullen, zoals in Schema 4.1 is aangegeven.

Schema 4.1 Competentiegebieden en rollen

Competentiegebieden	Rollen
Preventie, zorg, training en advies	Zorgaanbieder / therapeut Trainer Adviseur Coördinator
Organisatie	Manager Ondernemer Begeleider/coach
Beroep	Beroepsbeoefenaar Innovator

Hierna volgen beknopte beschrijvingen van de verschillende rollen van een logopedist:

Zorgaanbieder/therapeut

De logopedist in de rol van zorgaanbieder/therapeut werkt via een verwijzing door een arts en is gericht op het verlenen van individuele zorg zoals omschreven in de Wet BIG. Deze zorg kan preventief en curatief van aard zijn. Logopedisten in het gewoon onderwijs zijn veelal preventief werkzaam in het kader van de Wet Collectieve Preventie (WCP).

4.1.1 Competentiegebied Preventie, zorg, training en advies

Werken met en voor cliënten

Rollen	Kerntaken	Kerncompetenties	Deelcompetenties
Zorgaanbieder/ therapeut Trainer Adviseur Coördinator	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren logopedische screenings • Uitvoeren van logopedische anamnese/intakegesprek • Uitvoeren van logopedisch onderzoek • Analyseren van de verzamelde gegevens • Formulieren van de logopedische diagnose • Opstellen van een logopedisch preventieplan, behandelplan of interventieplan • Uitvoeren van een logopedisch preventieplan, behandelplan of interventieplan; voorlichten, adviseren, behandelen, begeleiden en trainen • Evalueren van de behandeling/interventie • Rapporteren aan belanghebbenden • Coördineren van logopedische zorg, training en advies • Samenwerken met andere zorgaanbiders/professionals • Waarborgen van de professionele en relationele kwaliteit 	<p>1. Om de kans op het optreden van stoornissen en/of beperkingen in activiteiten te verminderen, biedt de logopedist cliënt(en) primaire, secundaire en tertiaire preventie-activiteiten aan.</p> <p>2. Om de last van stoornissen en/of beperkingen te verlichten, biedt de logopedist cliënt(en) op een professioneel verantwoorde wijze logopedische zorg, training of advies aan.</p> <p>3. Om de logopedische zorg, training en advies te laten verlopen als een continu en integraal proces, coördineert de logopedist de afgesproken activiteiten rondom de cliënt(en).</p>	<p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. de behoefte aan en noodzaak van preventie vaststellen; b. risicofactoren en gezondheidsproblemen vroegtijdig opsporen door middel van screening van risicogroepen; c. vroegtijdig en pro-actief een preventieplan opstellen en uitvoeren; d. methodisch (bewust, doelgericht, verantwoord en systematisch) preventief voorlichting geven; e. logopedisch voorlichtingsmateriaal ontwikkelen; f. een prognose geven van de risico's die een cliënt loopt en eventueel adviseren om tot behandeling over te gaan. <p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. methodisch (bewust, doelgericht, verantwoord en systematisch) logopedisch handelen; b. evidence based handelen; een combinatie van de best aanwezige wetenschappelijke basis voor interventies met algemeen aanvaarde klinische expertise en het perspectief van de patiënt; c. uitgaan van de mogelijkheden en omstandigheden van de cliënt; d. het logopedisch behandelplan of interventieplan flexibel en creatief uitvoeren; e. contacten binnen en buiten de eigen organisatie benutten ten behoeve van de cliënt; f. verantwoordingsbereid samenwerken met de cliënt en zijn omgeving; g. (nieuwe) professionele en wettelijke standaarden hanteren bij het verlenen van de logopedische zorg. <p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. de noodzaak van coördinatie inschatten; b. de cliënt informeren over het bestaande aanbod aan zorg, training en advies; c. voorlichting en andere preventieve activiteiten inhoudelijk op elkaar afstemmen; d. participeren in het ontwikkelen van een multidisciplinair behandelplan; e. samenwerken met collega's en professionals van andere disciplines; f. concrete aanwijzingen geven aan cliënten en hun omgeving over communicatieadviezen en hulpmiddelen; g. contacten opbouwen en onderhouden met alle relevante gezondheids-, welzijns- en onderwijsvoorzieningen.

4.1.2 Competentiegebied Organisatie

Werken in en vanuit een organisatie

Rollen	Kerntaken	Kerncompetenties	Deelcompetenties
<p>Manager Ondernemer Begeleider/ coach</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Besturen van een praktijk, onderneming, afdeling of dienst • Beharen van een praktijk, onderneming, afdeling of dienst • Uitvoeren van kwaliteitszorg op praktijkniveau • Begeleiden/coachen van collega's, stagiairs en andere professionals 	<p>4. Om de continuïteit van de praktijk, onderneming, afdeling of dienst te waarborgen, levert de logopedist een actieve bijdrage aan beleidsontwikkeling en ñ uitvoering.</p>	<p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kansen en bedreigingen in zijn markt signaleren; b. inspelen op de veranderende behoeften en eisen vanuit de markt; c. flexibel omgaan met de verschillende eisen van diverse belanghebbenden; d. een ondernemingsplan en beleidsplan opstellen; e. een ondernemingsplan en beleidsplan uitvoeren.
		<p>5. Om een goede organisatie van de dienstverlening te kunnen garanderen, beheert de logopedist de praktijk, onderneming, afdeling of dienst op een adequate wijze.</p>	<p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. de personele bezetting organiseren; b. een logopedische praktijk, onderneming, dienst of afdeling inrichten en apparatuur, instrumenten en materialen onderhouden; c. een cliëntadministratie voeren; d. een praktijkadministratie voeren; e. de voor de praktijkvoering geldende wet- en regelgeving toepassen; f. kwaliteitszorg op praktijkniveau organiseren; g. de interne communicatie vormgeven en onderhouden.
		<p>6. Om ervoor te zorgen dat de (logopedische) taken binnen de organisatie op de juiste wijze worden uitgevoerd, coacht en begeleidt de logopedist collega's, teamleden en stagiairs.</p>	<p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. instructie geven over werkwijzen en methoden; b. feedback geven over de taakuitvoering/beroepsuitoefening; c. collega's, teamleden en stagiairs stimuleren en motiveren; d. het coachings-/begeleidingsproces evalueren en bijsturen.

4.1.3 Competentiegebied Beroep

Werken aan professionalisering

Rollen	Kerntaken	Kerncompetenties	Deelcompetenties
<p>Beroeps-beoefenaar Innovator</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelen van de eigen beroepscompetenties • Evalueren van het eigen beroepsmatig handelen • Bijdrage leveren aan wetenschappelijk onderzoek • Geven van onderwijs • Ontwerpen van nieuwe programmals voor preventie, zorg, training en advies • Ontwikkelen van nieuwe logopedische methoden, technieken en richtlijnen 	<p>7. Om de kwaliteit van het beroep logopedist op het vereiste peil te houden, vervult de logopedist een actieve rol in het bevorderen van het beroepsbewustzijn en de beroepscompetenties van zichzelf en daarmee van de beroepsgroep.</p>	<p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. de beroepscode in de dagelijkse praktijk naleven; b. inspelen op ethische en maatschappelijke vragen in relatie tot het beroepsmatig handelen; c. de voor de beroepsuitoefening geldende wet- en regelgeving toepassen; d. het eigen beroepsmatig handelen evalueren en bespreikbaar maken door middel van reflectie en toetsing; e. zelf mogelijkheden voor de (verdere) ontwikkeling van beroepscompetenties zien en benutten; f. het beroep profileren en de belangen van het beroep behartigen bij externe instanties; g. methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek toepassen; h. een actieve bijdrage leveren aan kennisverspreiding over het beroep en het vakgebied (cursussen, congressen en publicaties).
		<p>8. Om logopedische preventie, zorg, training en advies aan te laten sluiten bij actuele maatschappelijke vragen initieert de logopedist nieuwe programmals.</p>	<p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. nieuwe kansen en mogelijkheden voor programmals voor preventie, zorg, training en advies signaleren; b. programmals voor preventie, zorg, training en advies ontwikkelen en vaststellen; c. programmals voor preventie, zorg, training en advies evalueren; d. projectmatig werken; e. interdisciplinair werken; f. vraaggericht en vraaggestuurd werken; g. de grenzen van het logopedisch werktein hanteren.
		<p>9. Om logopedische zorg, training en advies te optimaliseren, levert de logopedist een actieve bijdrage aan het ontwikkelen van nieuwe logopedische methoden, technieken en richtlijnen.</p>	<p>De logopedist kan in een specifieke werksituatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. knelpunten in methoden, technieken en richtlijnen identificeren; b. product- en procescriteria formuleren; c. evidence based handelen bij het ontwikkelen van nieuwe methoden, technieken en richtlijnen; d. nieuwe methoden, technieken en richtlijnen evalueren; e. intradisciplinair samenwerken.

Trainer

De logopedist in de rol van trainer geeft op methodische wijze vorm aan een ontwikkelings- of veranderingsproces met als doel de communicatiemogelijkheden van (groepen) cliënten te verbeteren c.q. problemen van (groepen) cliënten op dit gebied te voorkomen.

Adviseur

De logopedist in de rol van adviseur stelt zijn kennis en vaardigheden ter beschikking aan organisaties of personen zonder een therapeutische relatie aan te gaan met betreffende cliënt.

Coördinator

De logopedist in de rol van coördinator geeft aanwijzingen aan andere bij de cliënt betrokken zorgaanbieders omtrent de onderlinge afstemming van de individuele zorg.

Manager

De logopedist in de rol van manager beheert een praktijk, onderneming, afdeling of dienst.

Ondernemer De logopedist in de rol van ondernemer draagt zorg voor de continuïteit van zijn praktijk, onderneming, afdeling of dienst.

Begeleider/coach

De logopedist in de rol van begeleider/coach stimuleert en motiveert collega's, teamleden en stagiairs.

Beroepsbeoefenaar

De logopedist in de rol van beroepsbeoefenaar levert een actieve bijdrage aan het op het vereiste peil houden van de kwaliteit van zijn beroep.

Innovator

De logopedist in de rol van innovator werkt op een pro-actieve wijze mee aan het vernieuwen en waar mogelijk verbeteren van de inhoud en organisatie van aanbod aan preventie, zorg, training en advies op het gebied van de logopedie.

De competenties van logopedisten kunnen vanuit twee gezichtspunten worden belicht, namelijk door het beschrijven van de kerncompetenties en door het beschrijven van de specifieke beroepscompetenties.

De kerncompetenties zijn de competenties die logopedisten nodig hebben om de rollen te vervullen die kenmerkend zijn voor hun vakgebied en opleidingsniveau. De specifieke beroepscompetenties hebben logopedisten nodig voor het werken in de verschillende werkvelden.

Aan het begin van het ontwikkeltraject wilde de projectgroep uitgaan van de tweede invalshoek, en aan de verschillende werkvelden van de logopedist werkveldspecifieke competenties koppelen. In de loop van het ontwikkeltraject bleek deze keuze echter niet zinvol. De competenties zijn op een dusdanig niveau geformuleerd dat zij voor logopedisten in alle werkvelden van toepassing zijn. Verder heeft de projectgroep ervoor gekozen om voor de drie competentiegebieden de kerntaken te benoemen. Elke kerntaak is een kenmerkend en betekenisvol onderdeel van de beroepsuitoefening.

Met inachtneming van het voorbehoud in de inleiding van dit hoofdstuk wat betreft de frequentie waarmee logopedisten in de diverse werkvelden de kerntaken uitvoeren en rollen vervullen, omschrijven kerntaken wat de logopedist doet. In de (kern)competenties wordt vervolgens aangegeven welke bagage de logopedist nodig heeft om die kerntaken te kunnen uitvoeren.

De projectgroep heeft hierbij de volgende definitie van beroepscompetentie als uitgangspunt gehanteerd: Een beroepscompetentie is het vermogen en de wil van een persoon om effectief en efficiënt te handelen in een werksituatie, uitgedrukt in een samenhangend geheel van vereiste kennis, vaardigheden en attitudes.

Voor de beschrijving van de beroepscompetenties van de logopedist is een onderverdeling gemaakt in kerncompetenties en de voor deze kerncompetenties vereiste deelcompetenties.

De (kern)competenties verwijzen enerzijds naar de rollen en kerntaken van de logopedist en anderzijds naar de kennis, vaardigheden en attitudes die toegepast moeten worden om optimaal te kunnen functioneren in uiteenlopende werksituaties. Hierna volgt voor elk van de drie competentiegebieden de uitwerking van de kerncompetenties in de deelcompetenties.

5 DE HISTORIE VAN DE LOGOPEDIE

Wie in de geschiedenis zoekt naar de eerste activiteiten die nu behoren tot het werkgebied van de logopedist, komt terecht in de zestiende eeuw, toen dove mensen (of: mensen met een hoorstoornis) werden geschoold door monniken. Tot de achttiende eeuw wordt de behandeling van spraak- en taalstoornissen bij doven en slechthorenden voornamelijk uitgevoerd door onderwijzers.

In de achttiende eeuw gaat men zich geleidelijk aan ook bezighouden met de behandeling van mensen die stotteren en stemproblemen hebben.

5.1 De negentiende eeuw

De medische vooruitgang in de negentiende eeuw draagt eraan bij dat er meer onderzoeks- en behandel mogelijkheden komen voor mensen met stem-, spraak- en taalstoornissen.

Op het gebied van onderzoeksmogelijkheden wordt bijv. de keelspiegel geïntroduceerd ten behoeve van onderzoek van de larynx en stembanden. Baanbrekend onderzoek naar de taal en lokalisatie van taalsystemen in de hersenen vindt aan het eind van de negentiende eeuw plaats door onder andere Broca. Mede door dit onderzoek gaat men zich meer richten op de behandeling van verworven spraak- en taalstoornissen. De ontwikkeling van nieuwe inzichten in de anatomie en fysiologie van de mens leidde ertoe dat de medische wetenschap zich meer gaat interesseren voor het vakgebied dat later logopedie zal gaan heten.

5.2 De twintigste eeuw

Aan het begin van de twintigste eeuw wordt met de nieuwe inzichten in de anatomie en fysiologie de basis gelegd voor een nieuw medisch wetenschappelijk vakgebied, namelijk de foniatrie, die zich vooral bezighoudt met onderzoek van stem-, spraak- en taalstoornissen.

In diverse Europese landen worden speciale scholen opgericht, waar onderwijzers zich bezighouden met speciaal onderwijs aan kinderen met spraakproblemen. Vanuit deze eerste scholen ontwikkelen zich later het speciaal onderwijs, de doveninstituten en de latere klinieken voor stem-, spraak- en taalproblemen in ziekenhuizen.

5.2.1 Zelfstandige beroepsgroep

In de jaren na de Eerste Wereldoorlog (1914-1918) komt de ontwikkeling van de logopedie als een zelfstandig beroep op gang. Het blijkt dat voor revalidatie van patiënten en voor speciaal onderwijs aan kinderen een goede samenwerking moet plaatsvinden met medici en onderwijzers.

Rond deze tijd wordt de term 'logopedie' geïntroduceerd voor deze werkzaamheden. In deze begindagen wordt de logopedie, samen met de foniatrie, gezien als die specialisatie die zich richt op de pedagogische aspecten van de stem-, spraak- en taal problematiek. De foniatrie hield zich meer bezig met de medische aspecten hiervan. De samenwerking tussen de logopedie en de foniatrie wordt vrij snel bekrachtigd door onder andere de oprichting van de International Association of Logopedics and Phoniatics in 1924. Onder invloed hiervan ontwikkelt de logopedie zich in de jaren dertig van de vorige eeuw verder tot een zelfstandige beroepsgroep en ontstaat het beroep van logopedist/akoepedist.

5.2.2 Internationale ontwikkelingen

In Europa worden de eerste twee klinieken gevestigd voor onderzoek en behandeling van patiënten met stem-, spraak- en taalstoornissen. Deze klinieken zijn gevestigd in Berlijn (onder leiding van H. Gutzman) en in Wenen (onder leiding van E. Froeschels).

Door de politieke ontwikkelingen in Duitsland in de jaren dertig van de vorige eeuw wordt het werken voor de joodse Froeschels en andere artsen onmogelijk, en verdwijnt het Weense instituut.

Na de Tweede Wereldoorlog (1939-1945) gaat ook de kennis en expertise van het Berlijnse instituut voor het Westen snel verloren. Hierdoor komt de logopedie in West-Europa meer onder invloed te staan van ontwikkelingen in de Verenigde Staten, waar de logopedie zich in het begin van de twintigste eeuw anders ontwikkelde dan in Europa. In de Verenigde Staten was sprake van een strikte scheiding tussen onderzoek en behandeling van stemproblemen, en onderzoek en behandeling van spraak- en taalproblemen.

Artsen hielden zich voornamelijk bezig met het eerste probleemgebied, terwijl psychologen en linguïsten zich meer bezighielden met het tweede probleemgebied. Na de Tweede Wereldoorlog ontstaat tussen deze specialisten ook de nodige samenwerking en verwerft het beroep logopedist er eveneens een onafhankelijke status.

5.2.3 Specialisatie en professionalisering

Als gevolg van de verdere ontwikkelingen in de pedagogiek, de vooruitgang in de medische wereld en de komst van nieuwe technologische middelen voor diagnostiek, ontwikkelt de logopedie zich na de Tweede Wereldoorlog snel. Nieuwe inzichten en behandelvormen worden ontwikkeld en in de praktijk getoetst op hun effectiviteit; de logopedie gaat zich ook meer richten op wetenschappelijk onderzoek.

De ontwikkeling van de logopedie in de laatste decennia leidt behalve tot meer wetenschappelijk onderbouwd werken ook tot specialisatie binnen de eigen beroepsgroep. Daarnaast gaat de logopedie zich onder invloed van Amerikaanse impulsen meer richten op onderzoek en behandeling van primaire mondmotoriek.

In 1980 wordt het beroep van logopedist in de Wet paramedische beroepen, wettelijk vast-gelegd in het logopedistenbesluit. Op dat moment wordt de opleiding uitgebreid van drie naar vier jaar en krijgt de opleiding logopedie formeel dezelfde status als andere hbo-opleidingen.

Met die erkenning van het beroep logopedist als paramedisch beroep in 1980 werd de naam beperkt tot logopedist en niet meer zoals voorheen logopedist-akoepedist.

Dit betekent niet dat het onderdeel akoepedie uit de opleiding verdween. Alle opleidingen hadden ondersteunende vakken op het leergebied gehoor in het programma, zoals wiskunde/natuurlijke, akoestische fonetiek, elektro-akoestiek, audiologie, audiometrie naast het hoofdvak hoorrevalidatie.

In practica werd gewerkt met proefpatiënten of computersimulatieprogramma's om het afnemen van audiogrammen te oefenen. Het vak hoorrevalidatie omvatte een technisch en een niet-technisch gedeelte ook wel sociale hoorrevalidatie genoemd. Bij technische revalidatie moet gedacht worden aan hoortoestelaanpassing en het adviseren en informeren van slechthorenden en hun omgeving over versterkingsapparatuur, bij sociale revalidatie lag het accent meer op het begeleiden van ouders van dove/slechthorende kinderen (hometraining), het begeleiden van leerkrachten van dove/slechthorende kinderen en het begeleiden van volwassenen en met name ouderen met een verworven auditieve handicap.

Daarnaast werd (net als op de oude opleiding tot akoepedist) studenten geleerd op welke wijze een oefengang liplezen opgesteld kon worden. Mede doordat het beroep van spreekleerkracht (leerkracht dovenonderwijs met aanvullende cursus logopedie) in het onderwijs aan doven een langzaam verdwijnend specialisme is wordt de logopedist steeds meer ingezet bij het geven van hoortraining, articulatietraining en taalactivering bij dove en slechthorende kinderen. In de loop der jaren is het leergebied gehoor volledig geïntegreerd in de leerplannen van de opleidingen logopedie en heeft het zich naast stem, spraak en taal een volwaardige plaats verworven.

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie streeft sinds medio jaren 90 van de vorige eeuw naar het waar nodig verhogen van de kwaliteit van het logopedisch handelen in brede zin en naar een duidelijke positionering en profilering van het beroep (zie hoofdstuk 7).

5.2.4 Wettelijke erkenning als paramedisch beroep

In 1980 wordt de logopedie erkend als paramedisch beroep met het 'Logopedistenbesluit' op basis van de Wet op de Paramedische Beroepen uit 1963. Dit ging gepaard met een verandering van de naam van het beroep van logopedist/akoepedist naar logopedist.

Het kennisgebied akoepedie bleef wel behouden in de opleiding logopedie.

Het terrein van de logopedie wordt in dit Besluit geregeld tót eind 1997 de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) in werking treedt. In deze wet zijn de eisen geformuleerd voor de opleiding logopedie (inclusief de beroepsvoorbereidende periode) en is de deskundigheid van de logopedist omschreven (zie ook Hoofdstuk 6 en Bijlage 3).

6 WETGEVING GEZONDHEIDSZORG

De gezondheidszorg is van oudsher onderhevig aan wet- en regelgeving. Bekend is de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst uit 1865, die eind 1997 werd vervangen door de Wet BIG.

In de periode van 1995 tot 2000 is een aantal wetten geïntroduceerd die beogen de positie van de patiënt te versterken, zoals de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (Wkcz) en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (Wmcz).

Verder nog de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ) en in 2001 de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). Al deze wettelijke regelingen moeten een betere toegankelijkheid van de zorg voor en rechtszekerheid van de cliënt waarborgen. De logopedist heeft in de uitoefening van zijn beroep te maken met deze wetten en met wetgeving inzake de financiering van de logopedische zorg te maken. De strekking van de bovengenoemde wetten wordt hierna kort toegelicht.

6.1 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

Het uitoefenen van een beroep in de individuele gezondheidszorg, waaronder ook de (para)medische beroepen en dus de logopedie, is sinds 1997 geregeld in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). De strekking van de Wet BIG is dat het verrichten van geneeskundige handelingen vrij is met uitzondering van bepaalde risicovolle handelingen, die zijn voorbehouden aan daartoe (bevoegde) beroepsbeoefenaren (de zogeheten artikel 3 beroepen). Dit is op de logopedie niet van toepassing. Voor de logopedie is in het bijzonder artikel 34 relevant. In dit artikel worden het deskundigheidsgebied en de opleidingseisen van onder meer de logopedie beschreven. Voor de logopedie betekent dit het behalen van het diploma van een in het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs (CROHO) opgenomen opleiding logopedie.

6.2 Wet Bescherming Persoonsgegevens

De Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) geeft regels ter bescherming van de privacy van burgers. De wet is op 1 september 2001 in werking getreden. De WBP geeft de burger het recht om te weten wat er met zijn persoonsgegevens gebeurt. Hij mag zijn gegevens inzien en corrigeren, en kan in veel gevallen bezwaar maken tegen het gebruik van zijn persoonsgegevens. Organisaties die persoonsgegevens verwerken, hebben meer plichten gekregen. Een organisatie mag persoonsgegevens alleen verzamelen en verwerken als daar een goede reden voor is, of als de betrokken burger daar zelf toestemming voor heeft gegeven. Ook moeten zij in veel gevallen de burger laten weten wat zij met zijn gegevens (gaan) doen. Deze wet is voor de logopedist van invloed op het voeren van de administratie, en legt beperkingen op aan het verstrekken van informatie over een cliënt aan derden.

6.3 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (Wkcz) stamt uit 1995. Deze wet verplicht instellingen, waaronder maatschappen, en individuele beroepsbeoefenaars een regeling te treffen voor de behandeling van klachten van de cliënt over de zorgaanbieder of over mensen die voor of bij de zorgaanbieder werken. De regeling omvat afspraken over het indienen van een klacht, de benoeming en samenstelling van een klachtencommissie, de taken, mogelijkheden en werkwijze van een klachtencommissie, de termijn en stopzetting van de klachtenprocedure. Klachtencommissie Logopedie Als uitvloeisel van de Wkcz heeft de NVLF een Klachtencommissie Logopedie in het leven geroepen, waarbij cliënten klachten kunnen deponeren over het handelen van de logopedist. Deze Klachtencommissie behandelt in de praktijk voornamelijk klachten over vrijgevestigde logopedisten.

Klachten over logopedisten werkzaam in instellingen en in het onderwijs moeten worden neergelegd bij die instellingen die op basis van deze wet alle behoren te beschikken over een eigen instellingsgebonden klachtencommissie.

6.4 Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

In 1995 is de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van kracht geworden. Deze wet regelt de wederzijdse rechten en plichten van cliënten en de zorgaanbieder, waarbij de rechten van de cliënt de plichten zijn voor de zorgaanbieder. Zo zijn in deze wet vastgelegd het recht van de cliënt op informatie, toestemmingsvereiste om aan een behandeling te kunnen beginnen, het recht op inzage in het medisch dossier, de plicht om dossiers in te richten over de behandeling van patiënten, het recht op privacy van gegevens, het recht van vertegenwoordiging door bijvoorbeeld de echtgenoot of echtgenote. Ook wordt in deze wet ingegaan op de plichten van de cliënt, zoals de plicht tot het verstrekken van volledige informatie, tot medewerking aan de behandeling en tot betaling van de aangeboden diensten.

6.5 Kwaliteitswet Zorginstellingen

Deze zogeheten kaderwet, die ingevoerd is in 1996, richt zich voornamelijk op instellingen (waaronder bijvoorbeeld ook worden gerekend logopedische praktijken vanaf twee personen), en verplicht deze tot het leveren van verantwoorde zorg; dat wil zeggen: zorg van goed niveau, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Ook worden eisen gesteld aan de organisatie van die zorg en de systematische bewaking, beheersing en verbetering ervan. Deze wet geeft een kader voor eigen initiatieven van zorgaanbieders op het gebied van de kwaliteit en de toetsing daarvan in de eigen praktijk, en moet ervoor zorgen dat kwaliteitszorg een structureel karakter binnen een instelling krijgt. Hoewel slechts een kaderwet heeft deze verstrekkende invloed op ook de (logopedische) praktijk, zoals in hoofdstuk 8 wordt toegelicht.

6.6 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (Wmcz)

Sinds 1996 verplicht de Wmcz een instelling tot het instellen van een cliëntenraad om de medezeggenschap van cliënten te waarborgen. Logopedisten in verpleeghuizen en andere instellingen hebben met de werking van deze wet te maken. De cliëntenraad heeft instemmingsrecht met betrekking tot de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de te verlenen zorg.

Daarnaast heeft een cliëntenraad adviesrecht, bijvoorbeeld met betrekking tot een wijziging in de organisatie of samenwerking met andere organisaties.

7 NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE

7.1 Achtergrond en doelstelling

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) werd opgericht in 1927, en is de beroepsorganisatie van logopedisten in Nederland. Van de naar schatting vijfduizend logopedisten in Nederland zijn ongeveer 85% aangesloten bij de NVLF.

De centrale beleidsdoelstelling is het bevorderen van de logopedie als essentiële basisvoorziening op hoog kwalitatief niveau. Het beleid van de NVLF richt zich met name op externe samenwerking, op vergroting van de bekendheid, op de kwaliteitsbevordering van de logopedie, op vakinhoudelijke ontwikkeling, innovatie en dienstverlening. In dit hoofdstuk worden toegelicht de opbouw van de NVLF, de activiteiten en de internationale betrekkingen die de NVLF onderhoudt.

7.2 De opbouw van de organisatie

De NVLF is onderverdeeld in de vereniging van leden en het verenigingsbureau. De vereniging van leden is onderverdeeld in 3 secties, te weten de Sectie Vrije Vestiging (V), de Sectie Onderwijs (O) en de Sectie Gezondheidszorg (G) en 28 regio's. In de volgende paragrafen wordt de structuur van de NVLF toegelicht.

7.2.1 De vereniging

De beroepsorganisatie heeft de vereniging als rechtspersoon. De algemene vergadering is het hoogste gezagsorgaan. In deze vergadering heeft elk lid van de vereniging één stem. De dagelijkse leiding van de NVLF berust bij het hoofdbestuur. Het hoofdbestuur bestaat uit vijf leden, te weten: een in functie gekozen voorzitter, een secretaris, een penningmeester en twee algemene leden. De vereniging kent naast de algemene vergadering en het hoofdbestuur nog een orgaan met eigen bevoegdheden, namelijk het College van toezicht op de naleving van de beroepscode voor logopedisten.

Landelijk is de NVLF opgedeeld in 28 regio's, waarin logopedisten uit alle werkvelden samenwerken. Deze regio's hebben ieder een eigen bestuur. Doelen van de regio's zijn collegiale samenwerking die gericht is op onder andere kwaliteitsbevordering, onderhandelingen met zorgverzekeraars en instellingen, en promotie van het beroep. De regionale onderhandelingen worden landelijk vanuit het verenigingsbureau gecoördineerd. De NVLF kent verder permanente commissies en tijdelijke werkgroepen. De commissies worden bezet door leden die door de algemene vergadering zijn gekozen, of zijn aangezocht door het hoofdbestuur. Commissie is bijvoorbeeld de Redactiecommissie.

Tijdelijke werkgroepen kunnen zowel door de algemene vergadering als door het hoofdbestuur worden ingesteld. Zij werken aan projecten met een bepaalde opdracht en doelstelling.

7.2.2 Het verenigingsbureau

De vereniging is gevestigd in Gouda, en van daaruit functioneert ook het landelijk ondersteuningsapparaat in de vorm van het verenigingsbureau, waar een aantal medewerkers in vaste dienst van de vereniging werkzaam zijn. Het verenigingsbureau staat onder verantwoordelijkheid van het hoofdbestuur.

Vanuit het verenigingsbureau wordt een veelheid aan coördinerende, uitvoerende en dienstverlenende activiteiten verricht. Het verenigingsbureau functioneert – in nauwe samenwerking met een aantal kaderleden – als vraagbaak voor leden, verwante beroepen, externe relaties en belangstellenden.

De leiding van het verenigingsbureau berust bij de directeur, die participeert in het hoofdbestuur als toegevoegd lid zonder stemrecht.

7.3 Activiteiten

De activiteiten van de NVLF omvatten public relations met het oog op positionering en profilering van de logopedie, belangenbehartigende activiteiten en kwaliteitsbevorderende activiteiten.

7.3.1 Public relations

De NVLF onderhoudt als koepelorganisatie van logopedisten vaste contacten met diverse instanties, zoals met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het College voor zorgverzekeringen (CVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als de koepelorganisatie van de ziekenfondsen/zorg-verzekeraars. Via contacten met politiek en overheid behartigt het hoofdbestuur de belangen van de logopedie en de logopedisten.

Eenmaal per jaar wordt het NVLF-jaarcongres georganiseerd, waar ontwikkelingen in het vak worden besproken en gepresenteerd. Daarnaast organiseren de sectiebesturen jaarlijks ieder een afzonderlijke studiedag voor de leden van hun sectie. De inhoud van deze studiedagen is afgestemd op het specifieke werkterrein van de logopedisten binnen de desbetreffende sectie.

De NVLF geeft het maandelijks verschijnende vaktijdschrift Logopedie en Foniatrie uit. Hierin treft men artikelen aan en publicaties over de ontwikkelingen in het vakgebied. Daarnaast zijn er aparte rubrieken die informatie geven over cursussen en congressen, boekrecensies en andere tijdschriften uit het vakgebied. Het tijdschrift Logopedie en Foniatrie wordt inhoudelijk verzorgd door een redactiecommissie, en wordt toegezonden aan alle leden als onderdeel van het lidmaatschap.

Bij de Rijksuniversiteit Utrecht heeft de NVLF een bijzondere leerstoel foniatrie en logopedie ingesteld. De hoogleraar heeft een leeropdracht die mede is gericht op onderzoek ter wetenschappelijke onderbouwing van het logopedisch vakgebied en het ondersteunen en initiëren van onderzoek binnen de logopedie.

7.3.2 Belangenbehartigende activiteiten

Voor het behartigen van de collectieve belangen inzake honorering van logopedisten heeft de NVLF aansluiting gezocht bij diverse instanties. Voor de sectie NVLF/V is de NVLF vertegenwoordigd in Kamer IV van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), waar over de richtlijnen en aanpassingen van de logopedische tarieven wordt geadviseerd. Met koepelorganisaties van zorgverzekeraars (ZN en KPZ) wordt over de bijstellingen van de hoogte van de beroepskosten overlegd.

De som van de inkomenscomponenten de beroepskosten vormt de basis voor het logopedisch tarief. Dit tarief is als maximum opgenomen in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en daarmee ook in de Uitkomst van Overleg (UvO) met de ziekenfondsen, die door het College voor Zorgverzekeringen is goedgekeurd. In de UvO worden afspraken vastgelegd over de logopedische zorgverlening aan ziekenfondspatiënten, waarbij afspraken worden gemaakt over onder andere maximumtarieven, logopedische volumes en kwaliteitsaspecten. De UvO laat beperkte ruimte voor regionale aanvulling, de ruimte die er is betreft met name kwaliteitsaspecten. Daarover wordt onderhandeld door de regio-onderhandelaars.

De sectie NVLF/G neemt zitting in het bestuur van de Federatie van Hogere Functionarissen in de Gezondheidszorg (FHZ) en is aangesloten bij het Ambtenarencentrum (AC), die beide partners zijn in het CAO-overleg. Daartoe bezit deze sectie de vereniging als rechtspersoon.

Het sectiebestuur is ondertekenaar namens de logopedisten van de desbetreffende CAO's. De NVLF/O is aangesloten bij de Centrale voor Middelbare en Hogere Functionarissen bij Overheid, Onderwijs, Bedrijven en Instellingen (CMHF). Daartoe bezit ook deze sectie de vereniging als rechtspersoon.

Ook dit sectiebestuur is ondertekenaar van de desbetreffende CAO's. Naast deze vormen van collectieve belangenbehartiging behartigt de NVLF ook individuele belangen van leden. Dit kan voor de rechtspositionele belangen van dienstverbanders advisering inhouden door de NVLF of door medewerkers van het Rechtspositie-Adviesbureau van de NVLF, zonodig tot en met daadwerkelijke juridische ondersteuning. Via de vakorganisaties kan ondersteuning worden gegeven, zoals in het kader van medezeggenschap, formatiebudget of functiewaardering. Daarnaast heeft de NVLF ondersteunend materiaal beschikbaar, onder meer voor profilering van een afdeling logopedie binnen een instelling. De individuele belangen van vrijgevestigde leden in hun relatie met de zorgverzekeraars worden binnen de NVLF, met landelijke ondersteuning, op regionaal niveau behartigd.

Voor zelfstandig gevestigde logopedisten ontwikkelt de NVLF ondersteunend materiaal, zoals modelcontracten voor samenwerkingsvormen.

Wanneer een individueel probleem naar het oordeel van het hoofdbestuur een algemeen karakter draagt met mogelijke consequenties voor de hele beroepsgroep, kan het hoofdbestuur besluiten de problematiek op landelijk niveau te behandelen, en kunnen in het uiterste geval procedures worden aangespannen.

7.3.3 Kwaliteitsbevorderende activiteiten

Voor de kwaliteitsbevorderende activiteiten die de NVLF organiseert wordt verwezen naar hoofdstuk 8.

7.4 Internationale contacten

Vanaf de oprichting in maart 1988 is de NVLF aangesloten bij de Europese beroepsorganisatie van logopedisten: CPLOL. Bij de CPLOL zijn alle (zeventien) landelijke verenigingen van logopedisten in de Europese Unie aangesloten. De CPLOL is door de Europese Commissie in Brussel erkend als de representatieve organisatie van logopedisten binnen de Europese Unie. De Europese ontwikkeling van de logopedie is een van de hoofdtaken van de CPLOL. Daarnaast is de NVLF lid van de International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP), een internationale organisatie waarbij vele landelijke organisaties zijn aangesloten. De IALP richt zich op de vakinhoudelijke ontwikkelingen binnen de logopedie en foniatie.

8 KWALITEITSZORG EN NVLF

Kwaliteit van de (logopedische) zorg is sinds 1989, toen de eerste Leidschendamconferenties werden gehouden, een echt issue geworden in de gezondheidszorg. Hiervoor zijn diverse factoren aan te wijzen. Een daarvan is de nog steeds toenemende invloed van de patiënten-consumentenbeweging om gezondheidszorg op maat te leveren: cliëntgericht en vraaggestuurd.

Deze invloed heeft mede geresulteerd in wetgeving, zoals in hoofdstuk 6 is toegelicht.

Aan het kwaliteitsdenken over de zorg heeft vooral twijfel ten grondslag gelegen, twijfel die in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond over de effecten van alle technologische verworvenheden en de almaar stijgende kosten van de gezondheidszorg.

De vraag naar toetsing van de kwaliteit van de zorg deed zijn intrede met als kernvraag: doet de gezondheidszorg de juiste dingen en doet ze die dingen goed? Kwaliteitszorg ofwel de zorg voor kwaliteit van de zorg heeft een aantal concrete handvatten gekregen, die in dit hoofdstuk worden toegelicht aan de hand van activiteiten die de NVLF organiseert. Eerst worden de begrippen kwaliteit en kwaliteitszorg gedefinieerd.

8.1 Definitie van kwaliteit en kwaliteitszorg

Hoewel de term 'kwaliteit' veel wordt gebruikt, ook in de gezondheidszorg, is voor kwaliteit niet een voor iedereen bruikbare definitie voorhanden; het is geen begrip dat eenduidig omschreven kan worden. Een van de meest gehanteerde omschrijvingen van het begrip luidt: het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften. Van het begrip 'kwaliteit' zijn veel meer definities te geven, doordat geen enkele definitie algemeen geldend is, dat wil zeggen: in iedere context past. Een omschrijving van de kwaliteit van bijvoorbeeld logopedische zorg hangt direct samen met de eigenschappen van dat product of die dienst, en zijn gebruiks-/toepassingsmogelijkheden.

De kwaliteit van logopedische zorg op scholen wordt bijvoorbeeld anders omschreven dan de kwaliteit van logopedische zorg in ziekenhuizen of verpleeghuizen. In een definitie van de kwaliteit van de (gezondheids) zorg zal altijd rekening moeten worden gehouden met de kenmerken en met de veranderende context van de gezondheidszorg, wat betekent dat ook voor de gezondheidszorg geen algemeen geldende definitie beschikbaar is. Gezondheidszorg betreft een vorm van professionele dienstverlening. Kenmerken hiervan zijn: procesgerichtheid, de rol van het vakmanschap van de professional en de veelal participerende rol van de cliënt. Bovendien is de context van de gezondheidszorg steeds onderhevig aan veranderingen.

Dit geldt ook voor de logopedie. Het begrip 'kwaliteitszorg' hangt nauw samen met twee andere begrippen: kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem. Kwaliteitsbeleid wordt omschreven als de doelstellingen van een (bedrijfs) organisatie (in casu een logopediepraktijk of -afdeling) ten aanzien van kwaliteit, alsmede de wegen en middelen daartoe. Een kwaliteitssysteem is het geheel van de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.

Kwaliteitszorg is dát aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt. Het werken aan kwaliteit gebeurt op verschillende niveaus van de gezondheidszorg. Op landelijk niveau door de overheid via wetgeving en financiële prikkels, door beroepsgroepen via de instelling van een Kwaliteitsregister, via intercollegiale toetsing, visitatie, richtlijnontwikkeling en nascholing.

In een regio door samenwerkingsafspraken en protocollen tussen instellingen en beroepsbeoefenaren, door de individuele arts of paramedicus (in casu logopedist) in de concrete hulpverleningssituatie. De in hoofdstuk 6 genoemde Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1996 bevat een aantal bepalingen over de kwaliteit van de zorg. Zorginstellingen moeten voldoen aan vier kwaliteitseisen om goede kwaliteit van hun zorgaanbod te waarborgen.

Deze vier eisen zijn:

1. verantwoorde zorg;
2. op kwaliteit gericht beleid;
3. de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitssystemen;
4. het opstellen van jaarverslagen over het gevoerde beleid.

Een andere lijn waaruit voor logopedisten kwaliteitsbeleid voortkomt, waren de meerjarenafspraken (MJA). Op basis van het regeerakkoord uit 1998 zijn afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In de MJA zijn de kwaliteitseisen voor de logopedie en de financiering hiervan uitgewerkt.

Hieruit is onder andere het beleid met betrekking tot de implementatie van diverse logopedische standaarden, het logopedisch informatiesysteem (LIS) en de landelijke logopedieregistratie (LLR) voortgekomen.

8.2 Kwaliteitsbeleid NVLF

8.2.1 Kwaliteitsregister

Op 1 december 1997 trad de Wet BIG in werking en verviel de Wet op de Paramedische Beroepen uit 1963. Door de Wet op de Paramedische Beroepen uit 1963 waren de paramedische beroepen beschermde beroepen: handelingen die bij deze beroepen hoorden mochten niet door anderen worden uitgevoerd. In de Wet BIG worden de paramedische beroepen (met uitzondering van de fysiotherapie) genoemd in artikel 34 en worden ze op basis daarvan geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur. Dit houdt in dat personen die een wettelijk geregelde paramedische opleiding met goed gevolg hebben doorlopen de betreffende titel mogen voeren. De titel 'logopedist' bijvoorbeeld is daarmee een wettelijk beschermde titel geworden. Met de inwerkingtreding van de Wet BIG verdween de verplichte registratie van de bewijzen van bevoegdheid bij de Geneeskundige Hoofdinspectie.

De bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening werd een taak van de beroepsgroepen zelf.

De paramedische beroepsverenigingen (met uitzondering van de vereniging van fysiotherapeuten) hebben daarvoor een gezamenlijk register in het leven geroepen, onder de noemer Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP). Door dit register wordt duidelijk wie zich logopedist, ergotherapeut, diëtist, etc. mag noemen. Het Kwaliteitsregister omvat een basisregistratie en vervolgens elke vijf jaar een kwaliteitsregistratie. Voor de eenmalige en onbeperkt durende basisregistratie in het Kwaliteitsregister is voor logopedisten het met goed gevolg voltooid hebben van een erkende logopedische opleiding een vereiste en het onderschrijven van de beroepscode van de NVLF.

Voor de kwaliteitsregistratie hebben de verenigingen, waar-onder de NVLF, elk een aantal kwaliteitscriteria geformuleerd, voorlopig voor de periode 2000-2005.

Elke vijf jaar worden deze kwaliteitscriteria door de verenigingen opnieuw gewogen en na eventuele aanvulling/wijziging vastgesteld. De criteria voor herregistratie voor de periode 2000-2005 hebben betrekking op werkomvang (minimaal aantal te werken uren) en mate van deskundigheidsbevordering (bij- en nascholing, schrijven van artikelen, houden van voordrachten, e.d.). Informatie is te verkrijgen via de website van de NVLF en van de SKP (www.SKP.nl). De kwaliteitsregistratie heeft in tegenstelling tot de basisregistratie een geldigheid van vijf jaar. Via het Kwaliteitsregister wordt duidelijk welke beroepsbeoefenaren (blijven) voldoen aan de kwaliteitseisen die hun verenigingen stellen, met het oog op borging van de kwaliteit van hun beroepsgroep. Het Kwaliteitsregister heeft een functie naar de beroepsgroep, naar zorgverzekeraars, cliënten, werkgevers, e.a.).

8.2.2 Kwaliteitskringen NVLF

De NVLF kent zogeheten kwaliteitskringen die bestaan uit ongeveer vijftien logopedisten uit één werkveld of uit meer werkvelden in een bepaalde regio. De primaire taak van deze kringen is het implementeren van de door de beroepsvereniging ontwikkelde kwaliteits-instrumenten.

Het kan hierbij gaan om bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, de logopedische standaarden, en het werken met het logopedisch informatiesysteem (LIS). Een uitgangspunt is dat kringleden zelf aangeven waaraan zij binnen de kring willen werken. Het onderwerp kan zowel vakinhoudelijk als organisatorisch van aard zijn. Andere kwaliteitsinstrumenten die in de kring aan de orde kunnen komen zijn:

intervisie, casuïstiek en deskundigheidsbevordering. De kwaliteitskringen krijgen via de NVLF-kwaliteitskringbegeleiders input voor wat er in de kwaliteitskringen aan de orde kan komen. Door een voortdurende communicatie tussen de NVLF en de kringen en door interactie tussen de kringen onderling, moeten de kwaliteitskringen verder tot ontwikkeling komen. Een kwaliteitskring komt ten minste zes keer per jaar bijeen, en is de organisatorische eenheid waarbinnen kwaliteitsbevordering tot ontwikkeling komt. Eind 2001 waren er ongeveer tweehonderd kwaliteitskringen, die in hun functioneren ondersteuning krijgen van de kwaliteitsmedewerkers van het bureau van de NVLF.

8.2.3 Landelijke logopedieregistratie

Cijfermatige onderbouwing van het handelen, evidence based logopedie en beleidsontwikkeling vormen de centrale doelstellingen van de landelijke gegevensverzameling, die bekend staat als de landelijke logopedieregistratie (LLR). Vanuit deze LLR kunnen metingen worden verricht, vergelijkingen getroffen en jaarlijkse overzichten worden gepresenteerd. De LLR wordt gevuld door vrijgevestigde logopedisten die via het logopedisch informatiesysteem (LIS) gegevens aanleveren. Met het LIS kunnen gegevens die betrekking hebben op het logopedisch proces (zorginhoudelijk en administratief), worden geregistreerd. Aan de LLR worden LIS-gegevens geanonimiseerd en getotaliseerd aangeleverd, in databases opgeslagen en vervolgens verwerkt tot informatie.

Deze informatie is in de eerste plaats en in de meest uitgebreide vorm bestemd voor de logopedist zelf, die met behulp daarvan zijn logopedisch handelen kan meten en vergelijken met dat van collega's in de kring, de regio en heel Nederland. Pas in tweede instantie wordt op beperkte schaal informatie verschaft aan overheid en zorgverzekeraars. Ook wordt informatie opgenomen in het Jaaroverzicht logopedie, dat voor iedereen – dus ook voor de cliënt en cliëntenorganisaties – toegankelijk is.

De informatie voor derden wordt herleid vanuit de kerngegevens (over geslacht, leeftijd, woonplaats, verzekeringsvorm, diagnose, aantal behandelingen en verwijzer).

Die gegevens worden in onderlinge relatie en samenhang gepresenteerd, en geven een verantwoord beeld van de logopedie in Nederland in enig jaar.

8.2.4 Standaarden, richtlijnen en protocollen

In de afgelopen jaren zijn voor de logopedie in opdracht van en in samenwerking met de NVLF onder andere de volgende standaarden, richtlijnen en protocollen ontwikkeld:

- algemene standaarden logopedie;
- standaarden logopedisch handelen in het onderwijs;
- multidisciplinaire richtlijn slikproblemen bij verpleeghuisbewoners;
- richtlijn verslaggeving logopedist-huisarts.

8.2.5 Kwaliteitscriteria voor scholing

Nog een kwaliteitsinstrument voor de logopedie betreft de kwaliteitscriteria voor (na- en bij)scholing. Waar voorheen geen eisen aan scholing werden gesteld, zijn kwaliteitscriteria ontwikkeld aan de hand waarvan de inhoudelijke, didactische en organisatorische kwaliteit van scholingsactiviteiten kan worden beoordeeld. Dit is belangrijk voor de NVLF omdat ze op basis hiervan kan bepalen welke activiteiten voldoende kwaliteit hebben om mee te tellen voor de criteria waaraan logopedisten moeten voldoen willen ze in aanmerking komen voor herregistratie in het Kwaliteitsregister. De NVLF bepaalt dus welke scholingsactiviteiten meetellen voor logopedisten die zich willen laten herregistreren in het kwaliteitsregister.

9 TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

De logopedist is als professional voornamelijk in de gezondheidszorg en het onderwijs werkzaam. Dit brengt met zich mee dat de ontwikkelingen in die werkvelden invloed hebben op de aard en inhoud van de beroepsuitoefening van de logopedist. Voor de logopedie belangrijke trends op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg betreffen de demografische ontwikkeling, wetenschap en technologie. Daarnaast hebben de gezondheidszorg zelf en het gezondheidszorgbeleid invloed op de logopedie. In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de te verwachten ontwikkelingen in de zorg en het gezondheidszorgbeleid en de invloed hiervan op de logopedie en voor het werk van de logopedist.

9.1 Demografische ontwikkelingen

De Nederlandse samenleving vergrijst, de uitgaven voor de gezondheidszorg stijgen en de groei van het aantal werkenden neemt af. De verwachting is dat de gezondheidstoestand van de ouderen niet zal verslechteren ten opzichte van het huidige peil (met uitzondering van bijvoorbeeld enkele allochtone bevolkingsgroepen en arbeidsongeschikten). De medische technologie zal leiden tot levensverlenging, maar niet ziektelast reducerend werken.

Op termijn valt van gezond gedrag nog gezondheidswinst te verwachten. Deze ontwikkelingen hebben invloed op de zorgvraag. Ook andere demografische ontwikkelingen hebben invloed: de ouder wordende eerste generatie allochtonen zal een intensiever beroep doen op de zorg; de instroom van asielzoekers met hun slechtere gezondheid, psychische klachten en taal-, kennis- en cultuurbarrières vraagt zijn eigen aanpak in de zorg.

De verwachting is dat met de toename van het aantal ouderen en chronisch zieken de vraag naar logopedische zorg zal toenemen. Ook de vergrijzing zal effect hebben op de soort zorgvraag.

Voorbeelden van zorgvragen die samenhangen met ouderdom waarvoor de logopedist wordt geconsulteerd zijn: hoorproblemen, slikproblemen, communicatieproblemen bij de ziekte van Alzheimer en presbyfonie (stemklachten).

De goed geïnformeerde cliënt zal zich vaker met zeer specifieke vragen en verwachtingen richten tot de logopedist. De multiculturele samenleving zal een specifieke logopedische zorgvraag genereren in de komende jaren gezien de tweetalige cliënten en hun culturele achtergrond. Informatiemateriaal, tests en behandelingsmateriaal moeten worden ontwikkeld in andere talen dan het Nederlands.

Ook in het onderwijs speelt tweetaligheid een belangrijke rol in de logopedische begeleiding en behandeling van jonge kinderen.

9.2 Ontwikkelingen in wetenschap en techniek

Enkele ontwikkelingen op het gebied van wetenschap en techniek worden hierna geschetst met te verwachten gevolgen voor de logopedie.

1. Naar verwachting een belangrijke ontwikkeling betreft een bredere en rationele inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg voor zowel administratieve en logistieke als wel de zorginhoudelijke processen en samenwerking met andere partijen. Hierbij kan gedacht worden aan het verhogen van de kwaliteit en transparantie van de zorg (onder meer EPD's, elektronische patiëntendossiers, ondersteuning van de (para)medische en verpleegkundige zorg, et cetera). Ook bij de logopedische behandeling worden veel oefeningen met een computer ondersteund. Hierbij valt te denken aan speciale software voor spraakvorming

bij dove kinderen of aan speciale software voor het trainen van taalvaardigheden bij afasiepatiënten. Een belangrijk aspect hierbij is dat de technologie de cliënt in staat stelt om feedback te krijgen over complexe processen. In verscheidene publicaties is vastgesteld dat therapie waarbij gebruikt wordt gemaakt van (bio)feedbackapparatuur, succesvoller verloopt in vergelijking tot reguliere therapie (onder anderen Huckabee, 1999). In de afgelopen jaren zijn er binnen de logopedie toepassingen zichtbaar geworden waarbij hoogwaardige technologie, zoals echografie en oppervlakte-elektromyografie, ingezet wordt als biofeedback.

2. De overlevingskansen van patiënten na bijvoorbeeld een ernstig ongeluk of een zware hersenbloeding zijn sterk toegenomen in de afgelopen jaren. Chronisch zieken en ernstig zieke patiënten met blijvende invaliditeit of andere ernstige gevolgen van hun aandoeningen zullen ook in toenemende mate een beroep doen op de zorg van de logopedist. De zorgvraag zal gericht zijn op het handhaven van overgebleven functies. Behandeling richt zich hierbij niet zozeer op functieherstel, maar meer op het in stand houden of juist verbeteren van de kwaliteit van het leven van de zorgvrager. Ook van pasgeborenen met complexe aangeboren afwijkingen is de overlevingskans sterk toe genomen. Hierdoor zullen deze kinderen bij hun ontwikkeling een intensieve en gerichte begeleiding moeten hebben. Een voorbeeld hiervan is de toenemende vraag naar logopedische zorg rond de voedingproblematiek bij baby's. Door onder andere het toepassen van vetinjecties bij stembandverlammingen, verbeterde operatietechnieken bij kinderen met een lip-, kaak- en gehemeltepleet (schisis), het toepassen van cochleaire implantaten bij doven en het toepassen van andere technieken bij de behandeling van tumoren in het hoofd-halsgebied (Radplat) ontstaat een vraag naar andere logopedische zorg.
3. De toenemende technologie stelt ons in staat een beter beeld te krijgen van diverse logopedische stoornissen, zoals stemproblemen en slikproblemen. Waar voorheen bij de diagnostiek van stemproblemen nog enkel de keelspiegel werd gebruikt, kan tegenwoordig diagnostiek plaatsvinden met behulp van stroboscopie, elektromyografie (EMG), glottografie, computertomografie (CT) en magnetische resonantietechnieken (MRI). Bij het analyseren van functies is een sterke toename van elektronische (hulp)middelen te constateren. Zo stelt speciaal ontwikkelde computerapparatuur de logopedist in staat om objectieve metingen te verrichten naar bijvoorbeeld de stemkwaliteit van een cliënt. Hiermee kunnen bij herhaling ook de effecten van de logopedische interventies beter worden gemeten door de objectieve meetresultaten voor aanvang van de behandeling te vergelijken met de resultaten van na de behandeling. De verwachting is dat op andere gebieden binnen de logopedie in de toekomst meer gebruik zal worden gemaakt van instrumentele onderzoeksmethoden, zoals echografie en flexibele laryngoscopie.
4. Arbeidsrelevante aandoeningen. De logopedist wordt reeds vaker betrokken bij arbeidsgerelateerde en arbeidsrelevante gezondheidsproblematiek. Door bijvoorbeeld de toename van telefonische hulpbalies (callcenters) en bijvoorbeeld spraakgestuurde software zullen meer beroepsgebonden stemproblemen ontstaan. Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst de logopedist verbonden zal zijn aan dergelijke organisaties om medewerkers preventie te kunnen bieden.

9.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

In de gezondheidszorg zijn drie vernieuwingstrajecten gaande: vraaggestuurde zorg, de modernisering van het zorgstelsel, en de vernieuwing van het verzekeringsstelsel.

Daarnaast wordt als middel om het rendement van de gezondheidszorg te vergroten, aangestuurd op een meer bedrijfsmatige aanpak van de zorg. Hierin moet meer ruimte komen voor decentrale verantwoordelijkheid en uitvoering. Deze thema's, alsmede vraagsturing, marktwerking, versterking van de positie van de consument, etenzorg (inclusief managed care en disease management) worden waar mogelijk al in nieuw beleid omgezet. Het systeem van de persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten krijgt inmiddels veel ruimte. Bij al deze modernisering moet ook rekening worden gehouden met de tekorten op de arbeidsmarkt. Te denken valt aan een tekort aan huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen, verloskundigen en paramedici, onder wie logopedisten. In de gezondheidszorg van de toekomst zal standaardisatie van zorgprocessen en effectevaluatie aan de hand van gedefinieerde ijkpunten een belangrijke plaats gaan innemen. In het volksgezondheidsbeleid is te constateren dat preventie weer meer in beeld is.

Dit wordt verklaard door de toename van het inzicht in de relatie gedrag - gezondheid.

De levensstijl van mensen wordt daardoor een belangrijk aangrijpingspunt voor beleid. Centraal hierin staan het bevorderen van gezonde keuzes van burgers, het nemen van beschermende maatregelen op diverse terreinen (ongevallen, milieu, werk, voedselveiligheid, verkeer) en het voorkomen van ziekten door vroege opsporing, vaccinaties, specifieke medicaties en voorlichting.

Het is duidelijk dat al deze ontwikkelingen de logopedie niet onberoerd zullen laten.

Logopedisten zullen zich meer gaan profileren als communicatietherapeuten en zullen zich prominenter bezig houden met preventie en productontwikkeling voor nieuwe en bestaande doelgroepen.

10 DE OPLEIDING TOT LOGOPEDIST

De arbeidsmarkt vraagt om logopedisten die doelgericht kunnen handelen in gevarieerde, nieuwe en minder of meer complexe situaties. Behalve de specifieke logopedische beroepskennis zal de beginnend logopedist moeten beschikken over creativiteit en complexiteit in handelen, het vermogen moeten hebben probleemgericht te werken, methodisch en reflectief te denken en te handelen.

Hij dient sociaalcommunicatief behendig te zijn en te beschikken over basiskwalificaties voor managementfuncties; daarnaast dient hij maatschappelijk betrokken te zijn.

10.1 De opleiding

De opleiding tot logopedist behoort tot het hoger gezondheidszorgonderwijs (HGZO), en ressorteert onder de Wet op het Hoger Beroepsonderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW).

De opleiding duurt vier jaar, en heeft als doel de studenten gericht op te leiden tot logopedist conform de algemene maatregel van bestuur Wet BIG. De numerus fixus is vanaf 2001 losgelaten, zodat opleidingen zelf de instroom van studenten bepalen. Toelating is mogelijk met de vereiste diploma's en na een toelatingsonderzoek, dan wel een logopedische screening.

De toename van kennis vraagt om een andere inrichting van de logopedieopleiding dan nu het geval is. Steeds centraler komt de vraag te staan op welke manier een student de juiste en meest actuele informatie leert vinden en gebruiken. De achterliggende gedachte hierbij is dat kennis snel veroudert, en dat beroepsbeoefenaren daarom gericht moeten zijn op het blijven leren gedurende hun werkzame leven. Het onderwijs aan de logopedieopleidingen bevat activerende werkvormen als probleemgestuurd leren en concepten als 'leren leren'. Het leerproces wordt gekenmerkt door het groepsgewijs opdoen van individuele leerervaringen, waarbij de persoonlijke professionele ontwikkeling centraal staat.

Dit betekent dat het leerproces steeds beoordeeld moet worden op effectiviteit voor de individuele student. Het werken in groepen en het onderling feedback geven dragen bij aan beroepselementen als samenwerking, intercollegiale toetsing en reflectie op het eigen logopedisch handelen.

Deze opzet is erop gericht dat de student zo veel mogelijk zelf actief kennis en vaardigheden verwerft die hij in verschillende situaties moet kunnen toepassen: competenties. De introductie van het competentiegerichte onderwijs in de opleidingen komt voort uit de behoefte om resultaten voor het hoger onderwijs beter aan te laten sluiten bij ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.

De opleidingseindtermen worden derhalve afgeleid van het beroepsprofiel van de logopedist.

Een belangrijk onderdeel in de opleiding vormen de beroepsvoorbereidende periodes (stages) en het afstudeerproject. Tijdens de beroepsvoorbereidende periode leert de student de opgedane kennis in de praktijk te brengen om zich tot beginnend logopedist te ontwikkelen.

De beroepsvoorbereidende periode heeft voor de logopedie een wettelijk kader (Wet BIG). De student moet onder begeleiding van een logopedist één periode in het werkveld van het onderwijs en één periode in het werkveld van de gezondheidszorg de tijdens de studie verworven competenties toepassen. Het afstudeerproject richt zich op brede professionalisering, op de beginselen van wetenschappelijk denken en op het belang van evidence based handelen. In deze fase van de opleiding wordt een steeds groter beroep gedaan op de eigen inbreng en zelfstandigheid van de student.

Tijdens de opleiding heeft de student de mogelijkheid zich te verdiepen in deelgebieden van de logopedie door het volgen van keuzemodules en het invullen van vrije keuzepunten.

Na afsluiting van de opleiding is de student opgeleid tot een beginnend logopedist; dat wil zeggen: een generalist met een professionele logopedische beroepshouding die inzetbaar is in de verschillende werkvelden van de logopedie. Het aanstellen van lectoren en het instellen van kenniskringen op de hogescholen geven de studenten en de opleidingen mogelijkheden tot verwetenschappelijking van de logopedie en stimuleren het evidence based logopedisch handelen toe te passen.

De zeven opleidingen in Nederland werken samen in het studierichtingsleideroverleg logopedie (SRO-L). In dit overleg komen beleidszaken aan de orde die van gemeenschappelijk belang zijn, zoals: het opleidingsprofiel met de landelijke eindtermen gebaseerd op het beroepsprofiel, selectie- en toelatingscriteria, visitatie en stagebeleid. Het SRO overlegt structureel met het bestuur van de NVLF om gemeenschappelijke belangen op elkaar af te stemmen.

10.2 Vervolgopleidingen

De hbo-opleiding logopedie vormt een goede basis voor diverse vervolgoopleidingen. Veel logopedisten kiezen na enkele jaren werkervaring of juist direct na de opleiding voor een vervolgoopleiding om de eigen kennis binnen een specifiek logopedisch werkveld te verdiepen, zoals de NDT logopedie, afasietherapie of logopedie bij doven.

Naast de zogeheten tweedefaseopleidingen, waarmee de logopedist zich op één deelgebied kan specialiseren, zijn er diverse hbo- of universitaire opleidingen waarvoor de opleiding logopedie een goede basis vormt. In de praktijk kiezen logopedisten vaak voor studies als spraak- en taalpathologie, (ortho-)pedagogiek, linguïstiek, neurolinguïstiek, pabo en communicatiewetenschappen.

De hbo-opleidingen logopedie worden in 2002-2003 van rechtswege omgezet in hbo-bacheloropleidingen. Als uitvloeisel van de Verklaring van Bologna is ook in Nederland de in het hoger onderwijs internationaal erkende bachelor-masterstructuur ingevoerd. Studenten die met goed gevolg de opleiding logopedie afsluiten, hebben het recht op de bachelorgraad.

De hogescholen en universiteiten moeten in hun onderwijsexamenreglement aangeven hoe zij de student ondersteuning geven voor een goede doorstroming van het hbo naar een wo-masteropleiding.

In de lokale of landelijke samenwerking tussen de opleidingen logopedie en de universiteiten zijn diverse mastertrajecten ontwikkeld waar de student een op de logopedie en/of paramedici gerichte masteropleiding kan volgen, zoals de MA Logopedie, MA Speech and Language Pathology, de MA Taalwetenschap en de MA Algemene Gezondheidswetenschappen.

10.3 Na- en bijscholing

Door de snelle opeenvolging van de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden, tests en maatschappelijke veranderingen, is het belangrijk dat de logopedist zich geregeld bijschoolt.

Zo doet de logopedist nieuwe inzichten op, en ontstaat er een continu proces waarin de logopedist zich verder ontwikkelt. Hij kan dan beter inspelen op de eisen en verwachtingen die cliënten aan de logopedische preventie, zorg, training en advies stellen, en een goede kwaliteit van logopedische dienstverlening garanderen. In de criteria die gelden voor de inschrijving in het kwaliteitsregister is een minimum aantal uren na- en bijscholing opgenomen.

Na- en bijscholing op het gebied van de logopedie wordt vooral verzorgd door de opleidingen logopedie in het kader van hun post-hbo-onderwijs, en daarnaast door andere instellingen en instituten.

In het landelijk overleg post-hbo-logopedie (LPL) werken de opleidingen samen om jaarlijks een goed gekwalificeerd cursusaanbod aan te bieden.

De kwaliteit van de scholingen kan door het meetinstrument behorende bij de Kwaliteitscriteria voor na- en bijscholing worden bepaald. Scholingsactiviteiten kunnen vervolgens geaccrediteerd worden als zij aan de gestelde eisen voldoen. Voor de adressen van de opleidingen zie Bijlage 3.

Geraadpleegde literatuur

- Balm, M., 'Beroepscompetenties van paramedici', in: C. Kuiper, en M. Balm (red.), *Paramedisch Handelen. Het ontwikkelen van beroepsattitudes*. Utrecht, Lemma, 2001.
- CPLOL 1988-1998, *10 years of activities*. Parijs, CPLOL, 1998.
- EJ Consultancy, *Eindtermen voor de opleiding Logopedie*. Almelo, EJ Consultancy, 1997.
- Franssen, J., *Prikkelen, Presteren en Profileren*, 2001.
- Hartstichting, *Richtlijn revalidatie na CVA*. Den Haag, Hartstichting, 2001.
- Heerkens YF, Spijker MC, Klein A, Ravensberg CD van. *Ontwerpclassificatie Medische Termen voor de logopedie (Ontwerp CMT-logopedie). Ontwerpclassificatie gezondheidstoestand voor de logopedie*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut / NPi; 1998a.
- Heerkens YF, Spijker MC, Klein A, Ravensberg CD van. *Ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand voor de Logopedie (Ontwerp ICIDH-logopedie)*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut / NPi; 1998b.
- Heerkens YF, Spijker MC, Klein A, Ravensberg CD van. *Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor de logopedie. Ontwerpclassificatie gezondheidstoestand voor de Logopedie (Ontwerp CV-logopedie)*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut / NPi; 1998c.
- Heerkens YF, Klein A, Spijker MC, Ravensberg CD van. *Ontwerpclassificatie Hulpmiddelen voor de Logopedie. (Ontwerp CH-logopedie). Ontwerpclassificatie gezondheidstoestand voor de logopedie*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut / NPi; 1998d.
- Heijnsman, A., C. Kuiper en M. Lemette (red), *De ergotherapeut als adviseur*. Utrecht, Lemma, 1999.
- Huckabee, M, en M. Cannito, 'Outcomes of swallowing rehabilitation in chronic brainstem dysphagia: a retrospective evaluation', in: *Dysphagia*, 14, 93-109. 1999.
- ITS, *Competentieset hbo-verpleegkundige*. Utrecht, HBO Raad, 2001.
- Kuiper, C., 'Het paramedisch paradigma', in: C. Kuiper en M. Balm (red.), *Paramedisch Handelen. Het ontwikkelen van beroepsattitudes*. Utrecht, Lemma, 2001.
- Langevoord, A., *Handleiding Portfolio + assessment voor docenten theorie*. Hogeschool Rotterdam, 2001a.
- Langevoord, A., *Handleiding Portfolio + assessment voor docenten praktijk*. Hogeschool Rotterdam, 2001b.
- Langevoord, A., *Reader Portfolio en assessment*. Hogeschool Rotterdam, 2001c.
- Metitieri T., O. Zanetti en C. Geroldi e.a., 'Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study, in: *Clinical Rehabilitation* 15, (5), 471-8. 2001.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, in: *ICF. Internationale classificatie van het menselijk functioneren*. Bilthoven, RIVM, 2001.
- NIVEL, *Logopedie in de Nederlandse Gezondheidszorg*. Utrecht, NIVEL, 1995.
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht, Lemma, 1999.
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, *Het beroep ergotherapie*. Utrecht, Lemma, 1999.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, *Beroepsprofiel logopedist*. Gouda, NVLF, 1991.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, *Standaarden logopedisch proces*. Gouda, NVLF, 1997.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, *Visie 2000-2005*. Gouda, NVLF, 2000.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, *Beroepscode voor logopedisten*. 6de, geheel herziene versie. Gouda, NVLF, 2000.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, *Organisatie in Beeld*. Gouda, NVLF, 2000.

Oomkes F., *Communicatieleer, een inleiding*. Amsterdam, Boom Meppel, 1987.

Pool A, C. Pool-Tromp en Veltman-van Vugt e.a., *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen*. Utrecht, NIZW, 2001.

Richtlijn Slikproblemen bij verpleeghuisbewoners. Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort, 2000.

Staatsblad 523, Besluit van 24 oktober 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de diëtist, de ergotherapeut, de logopedist, de mondhygiënist, de oefentherapeut, de orthoptist en de podotherapeut, 1997.

ZorgOnderzoek Nederland. Den Haag, ZonMw, 2001.

Bijlage 1

Wetteksten

In de Wet BIG staan in Artikel 11 de wettelijke eisen beschreven waaraan de opleiding logopedie dient te voldoen, in Artikel 12 staat welke eisen gelden voor de stageperiodes, en in artikel 13 wordt de deskundigheid van de logopedist aangegeven.

Art. 11

Een opleiding als bedoeld in artikel 10 omvat ten minste de volgende onderdelen:

- a. *het centrale vakgebied logopedie, omvattende ten minste:*
 1. *onderzoeken en behandelen van de patiënt in het kader van het gebied van deskundigheid zoals omschreven in artikel 13;*
 2. *theorie, waaronder de normale ontwikkeling van de (...) en stoornissen in de stem, taal, spraak, gehoor en primaire mond- en keelfuncties;*
 3. *praktijk intern, waaronder het oefenen van de eigen stem- en spraakvaardigheid, didactiek en audiometrie;*
- b. *de beroepsvoorbereidende periode in het werkveld;*
- c. *het medische vakgebied, waaronder anatomie, pathologie en neurologie;*
- d. *vakken op het gebied van de gedrags- en maatschappijwetenschappen, waaronder agogiek, gesprekstechnieken, didactiek, psychologie en orthopedagogiek;*
- e. *ondersteunende vakken, waaronder organisatie van de gezondheidszorg, gezondheidsrecht, beroepsoriëntatie en praktijkvoering, ethiek met betrekking tot het beroep van logopedist, methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek alsmede kwaliteitszorg.*

Art. 12

1. *De in artikel 11, onder b, bedoelde beroepsvoorbereidende periode bevat het in het werkveld toepassen van tijdens de studie verworven kennis, inzicht en vaardigheden met betrekking tot het gebied van deskundigheid van de logopedist zoals omschreven in artikel 13, eerste lid, onder a.*
2. *De beroepsvoorbereidende periode vindt plaats onder begeleiding van een daartoe door de instelling aangewezen docent en wordt doorgebracht onder toezicht van een logopedist.*
3. *De beroepsvoorbereidende periode omvat 30 studiepunten die behaald worden in de tweede helft van de hoofdfase en is gelijkelijk verdeeld over logopedie binnen de gezondheidszorg en logopedie binnen het onderwijs.*

Art. 13

1. Tot het gebied van deskundigheid van de logopedist wordt gerekend:
 1. het op verwijzing van een arts of een tandarts:
 - a. uitwendig onderzoeken van de patiënt of en zo ja in hoeverre:
 - de vermogens tot het spreken, leren spreken en gebruiken van taal aanwezig zijn,
 - de vermogens tot veilig en efficiënt eten, drinken en slikken aanwezig zijn,
 - de gehoor-, stem- of spraakorganen functioneren, daaronder begrepen de invloed van de ademhaling op de stemgeving,
 - er mede aan de persoonlijkheid van de patiënt en diens relatie tot zijn omgeving gerelateerde stoornissen in het toepassen van taal of het spreken aanwezig zijn,
 - en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;

- b. behandelen van de patiënt, gericht op:
 - het herstellen, verbeteren of onderhouden van het functioneren van dienst gehoor-, stem- of spraakorganen of het voor de stemgeving noodzakelijke reguleren van dienst ademhaling,
 - het opheffen van bij de patiënt aanwezige stoornissen in het spreken of leren spreken of in het gebruiken van de taal of in het adequaat eten, drinken en slikken, al dan niet in samenhang met de daartoe noodzakelijke beïnvloeding van beweging of gedrag,
 - het in het kader van de behandeling begeleiden van de patiënt bij het aanwenden van hulpmiddelen die het functioneren van de gehoor-, stem- of spraakorganen bevorderen of die deze organen geheel of ten dele vervangen;
 - het onderzoeken van een persoon of het geven van logopedisch advies aan een persoon, met als doel het voorkomen van stoornissen in het functioneren van de gehoor-, stem- of spraakorganen dan welk in het spreken of in het gebruiken van de taal.
2. De verwijzing, bedoeld in het eerste lid, onder a., geschiedt schriftelijk, is gedateerd en ondertekend door de betrokken arts of tandarts en bevat ten minste de door deze, voor het door de logopedist onderzoeken en behandelen van de patiënt, relevant geachte diagnostische gegevens.

Bijlage 2

Samenstelling Projectgroep Beroepsprofiel Logopedie

Mw. M.A.C. Aal (namens bestuur NVLF)

Hr. C.H.Z. Kuiper

Hr. B. Leijenaar

Mw. E.J. van der Pol-Top

Mw. J.M.H. Wigny

Mw. drs. K. Baumgarten (NPi)

Hr. H. Bogaardt (NPi)

Mw. drs. H.W.A. Wams (NPi)

Bijlage 3

Adressen van opleidingen

Pro Education / Hogeschool van Amsterdam
Post-hbo opleidingen Logopedie
Postbus 22799
1000 DG AMSTERDAM ZO
www.proeducation.nl

Fontys Paramedische Hogescholen
Opleiding Logopedie
Postbus 347
5600 AH EINDHOVEN
www.fontys.nl

Hanzehogeschool van Groningen
Opleiding Logopedie
Van Swietenlaan 1
9728 NX GRONINGEN
www.hanze.nl

Hogeschool Zuyd
Opleiding Logopedie
Postbus 550
6400 AN HEERLEN
www.hszuyd.nl

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Opleiding logopedie
Faculteit GGM
Postbus 6960
6503 GL NIJMEGEN
www.han.nl

Hogeschool Rotterdam
Paramedische Opleiding Logopedie
Postbus 25035
3001 HA ROTTERDAM
www.hro.nl

Hogeschool van Utrecht
Faculteit Gezondheidszorg
Opleiding Logopedie
Postbus 8582
3508 AD UTRECHT
www.hvu.nl

Chr. Hogeschool Windesheim
Opleiding Logopedie
Postbus 10090
8000 GB ZWOLLE
www.windesheim.nl