



Het perspectief van
de logopedist met
betrekking tot
groepstherapie voor
personen met afasie

**ZU
YD**

OPLEIDING: Logopedie, Zuyd Hogeschool Heerlen
STUDENTEN: Breemer, Datasha (1608584) & Van der Velden, Shana (1939831)
THESIS GROEP: Begrijpelijk communiceren voor participatie en passende zorg
THESIS COACH: Ruth Dalemans, PhD
OPDRACHTGEVER: Bijzonder lectoraat Begrijpelijk Communiceren
DATUM: 2022-2023

Inhoud

Dankwoord	3
Samenvatting	4
Inleiding	6
Theoretisch kader	1
<i>Groepstherapie bij afasie</i>	1
<i>Soorten groepstherapie</i>	1
<i>De rol van de logopedist</i>	5
Wet- en regelgeving	5
<i>Behandeltijden</i>	5
<i>Administratietijd</i>	6
<i>Vergoedingen</i>	7
<i>Voor- en nadelen van groepstherapie</i>	8
Methode	9
<i>Relevantie voor logopedie</i>	9
<i>Probleemstelling</i>	9
<i>Vraagstelling</i>	10
<i>Doelstelling</i>	11
<i>Onderzoeksdesign</i>	11
<i>Populatie</i>	14
<i>Werving en selectie</i>	14
<i>Geplande procedure</i>	14
<i>Data-analyse</i>	16
Ethische aspecten	17
Resultaten	18
<i>Wervingsproces en beschrijving respondenten</i>	18
<i>Resultaten beschrijving individuele interviews</i>	19
<i>Vorbereiding</i>	19
<i>Behandeling</i>	21
<i>Doelgroep</i>	21
<i>Administratie</i>	32
<i>Vergoedingen</i>	34
<i>Overige</i>	36
<i>Resultaten beschrijving focusgroep interview</i>	44
Discussie	46
<i>Validiteit van het onderzoek</i>	46
<i>Resultaten interpreteren</i>	46
Subvraag 1: Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn er vanuit het perspectief van de logopedist met betrekking tot groepstherapie bij PMA?.....	47

Subvraag 2: In welke mate is groepstherapie voor PMA een oplossing om de werkdruk en kosten te verlagen voor de logopedisten?	53
<i>Beperkingen van het onderzoek</i>	54
<i>Sterke aspecten van het onderzoek</i>	54
<i>Implicaties</i>	55
<i>Aanbevelingen vervolgonderzoek</i>	56
Conclusie	57
Bibliografie	58
Bijlagen	61
<i>Bijlage 1 – begrippenlijst</i>	61
<i>Bijlage 2 – interviewschema</i>	66
<i>Bijlage 3 – Wervingsbrief</i>	67
<i>Bijlage 4 – wervingsposter</i>	69
<i>Bijlage 5 – Aanmeldlink</i>	70
<i>Bijlage 6 – toestemmingsverklaring</i>	73
<i>Bijlage 7 - Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit</i>	74
<i>Bijlage 8 - Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens</i>	77
<i>Bijlage 9: overzicht behandel tijd</i>	79
<i>Bijlage 10: tarieven logopedie 2023</i>	82
<i>Bijlage 11: handreiking</i>	83

Dankwoord

Tijdens de laatste twee jaar van onze studie hebben wij onze bachelor thesis voor de opleiding logopedie geschreven over het onderwerp groepstherapie bij afasie. Bij dezen willen wij alle personen bedanken die ons geholpen hebben met het tot stand komen van ons onderzoek.

Als eerste willen wij Ruth Dalemans, onze thesisbegeleider, bedanken voor alle hulp en begeleiding die wij gekregen hebben. Door haar begeleiding hebben wij onze thesis succesvol kunnen afronden.

Ten tweede willen wij onze tweede beoordelaar bedanken voor de tijd om onze thesis te beoordelen.

Ook willen wij de studenten van de thesiskring ‘neurogene communicatiestoornissen & dysfagie’ bedanken voor de feedback, adviezen en morele steun die ons geholpen hebben onze thesis te schrijven.

Als voorlaatste willen wij alle participanten die deelgenomen hebben aan het onderzoek van bedanken. Zonder hen hadden wij dit onderzoek niet uit kunnen voeren!

Tot slot willen wij onze familie bedanken voor alle steun die zij ons gegeven hebben tijdens het schrijven van onze thesis.

Samenvatting

Inleiding

Uit de literatuur kan niet worden opgemaakt wat de ervaringen van logopedisten zijn bij personen met afasie (PMA) in groepstherapie. Het is van belang om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van logopedisten. Op deze manier wordt gekeken naar mogelijke veranderingen of vervolgstappen om groepstherapie in te kunnen zetten om de werkdruk te verlagen en het werk te verbeteren. Om meer informatie te krijgen over de ervaring van logopedisten is de volgende hoofdvraag opgesteld:

Methode

In deze studie is een kwalitatief onderzoek gedaan naar het perspectief van de logopedist op groepstherapie bij afasie. Ervaringen verspreid over het land zijn meegenomen in het onderzoek van in totaal 9 participanten. Participanten hadden de mogelijkheid om deel te nemen aan een individueel interview en een focusgroep interview. In totaal hebben 9 participanten deelgenomen aan de individuele interviews en 2 participanten aan het focusgroep interview.

Hiervoor is de volgende hoofdvraag opgesteld:

‘Welke factoren belemmeren dan wel bevorderen groepstherapie bij personen met afasie vanuit het perspectief van de logopedist en in welke mate kan groepstherapie bijdragen aan het verminderen van de werkdruk en administratieve last?’

Resultaten

Logopedisten geven aan dat groepstherapie een grote bijdrage heeft op de kwaliteit van leven van de PMA. Daarnaast werd aangegeven dat groepstherapie de tussenstap naar participeren in de maatschappij is. Met de gegevens die uit dit onderzoek naar voren komen, is een handreiking opgezet die logopedisten meer inzicht geeft in de bevorderende dan wel belemmerende factoren rondom het geven van groepstherapie bij afasie.

Discussie en conclusie

De participanten gaven aan dat groepstherapie de tussenstap is naar participatie, echter zijn hier weinig onderzoeken naar gedaan. Ook werd er aangegeven dat groepstherapie geen directe vervanging zal zijn van de individuele therapie, maar een aanvulling hierop.

Ook is er een discrepantie over het geschikt aantal deelnemers in een groep. Daarnaast zijn er veel verschillende vormen van groepstherapie die worden gegeven.

Tijdens het interview hebben we vragen gesteld maar geen antwoord op gekregen het ging dan over op een ander onderwerp waardoor we data missen.

Sleutelwoorden:

- groepstherapie
- afasie
- Nederland
- werkdruk
- logopedisten

Inleiding

'Het voorkomen van een NAH in Nederland wordt geschat op 130.000 per jaar. Van al deze mensen ervaart ongeveer 10.000 mensen afatische problemen' (Bastiaanse, 2011).

De definitie van afasie is volgens (Bastiaanse, 2011) een verworven taalstoornis ten gevolge van een acuut hersenletsel dat is ontstaan nadat de taal verworven is.

De behandeling van personen met afasie (verder beschreven als PMA) wordt gestart in de acute fase. In deze fase wordt over het algemeen weinig therapie gegeven die gericht is op het verbeteren van de aangedane vaardigheid. In deze periode staat het diagnosticeren van de afasie, het geven van voorlichting over afasie en het geven van communicatieadviezen centraal (Berns, et al., 2015).

Onderzoek van Rompen (2022) toont aan dat ongeveer 60% van de PMA na ontslag in het ziekenhuis rechtstreeks terugkeren naar huis. Daarna volgt meestal een revalidatie traject bij een revalidatiekliniek, verpleeghuis of eerstelijns praktijk (Bastiaanse, 2011). Naar verwachting wordt, gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg, dit percentage verhoogd binnen enkele jaren. Om de taalvaardigheden van PMA te verbeteren of herstellen, is het van belang dat er intensief behandeld wordt om te zorgen dat de taalvaardigheden verbeteren (Berns, et al., 2015). Doordat de werkdruk op logopedisten hoog is en er meer vraag dan aanbod is waardoor er lange wachtlijsten ontstaan, is het moeilijk te realiseren om intensief te behandelen.

'Ongeveer één derde van de logopedisten ziet het aantal aanmeldingen van PMA stijgen ten opzichte van voorgaande jaren, één derde ziet het aantal dalen en bij één derde is het aantal aanmeldingen gelijk gebleven. Als reden voor toename wordt minder opnames in een verpleeghuis genoemd.

Vermindering van aanmelding van PMA zien de logopedisten voornamelijk in het feit dat logopedisten in de tweedelijns setting ook eerstelijnsbehandelingen uitvoeren.' (Rompen, Remijn, & van Ewijk, 2022)

Onderzoek laat zien dat logopedisten de kwaliteit van de behandelingen vooropstellen. Vervolgens kijken logopedisten naar de bedrijfseconomische aspecten (Rompen, Remijn, & van Ewijk, 2022). De meeste logopedisten die werkzaam zijn in de eerstelijnspraktijken en PMA behandelen, werken tussen de 20 en 40 uur per week. Dit houdt in dat er tussen de 1080 tot 2160 behandelingen per jaar worden gegeven door logopedisten.

Het is bekend dat de vraag hoger is dan het aanbod en het verschil tussen vraag en aanbod in de toekomst nog verder zal gaan toenemen (Nederlandse vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2019). Er moet gekeken worden naar een oplossing waarbij de verhoudingen verbeteren en het voor logopedisten rendabel wordt om PMA te behandelen. Hierbij moet de kwaliteit, werktijden en

bereikbaarheid van de logopedische behandelingen gewaarborgd worden. Op het moment is er meer vraag naar logopedie dan aanbod, waardoor er lange wachtlijsten ontstaan en logopedisten een hoge werkdruk ervaren (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2022).

Het aanbieden van groepstherapie bij PMA kan een mogelijke oplossing zijn om de werkdruk van logopedisten te verlagen. Tevens wordt er ook gesteld dat bij het aanbieden van groepstherapie bij PMA na 3 maanden nadat het NAH ontstaan is, een verbetering te zien is in de communicatieve aspecten en de kwaliteit van leven (Lima, et al., 2018). Echter is het nog onbekend of groepstherapie werkdruk verlagend ingezet kan worden.

In de literatuur zijn veel onderzoeken te vinden over het effect van groepstherapie bij PMA. Ook komt naar voren dat groepstherapie een positief effect heeft op de behandeling. In Nederland zijn er regionale werkgroepen van logopedisten die gezamenlijk protocollen opstellen voor het aanbieden van groepstherapie aan PMA (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2022). Over groepstherapie is evenmin literatuur te vinden over beschrijvingen van PMA, therapiemethodes en samenwerkingen. Ook is er weinig literatuur beschikbaar over het perspectief van de logopedist met betrekking op groepstherapie bij PMA en de samenhang met werkdruk en administratie. Het is relevant om meer inzicht hierin te krijgen om groepstherapie als mogelijke oplossing in te kunnen zetten om onder andere de werkdruk, administratie en wachtlijsten te verlagen. Hiervoor is de volgende hoofdvraag opgesteld:

‘Welke factoren belemmeren dan wel bevorderen groepstherapie bij personen met afasie vanuit het perspectief van de logopedist en in welke mate kan groepstherapie bijdragen aan het verminderen van de werkdruk en administratieve last?’

In deze studie wordt er onderzoek gedaan naar het perspectief van de logopedist op groepstherapie bij PMA. Met de gegevens die uit dit onderzoek naar voren komen, wordt er een handreiking opgezet die logopedisten meer inzicht geven in het geven van groepstherapie bij PMA. Er wordt gekeken of groepstherapie bijdraagt als mogelijk antwoord om de werkdruk te verminderen en kan bijdragen om de administratieve lasten omlaag te brengen.

Theoretisch kader

Groepstherapie bij afasie

Om de aangedane taalvaardigheden van een PMA te herstellen of te verbeteren, dient er intensief behandeld te worden (Berns, et al., 2015). Door de hoge werkdruk op logopedisten en het feit dat er meer vraag is dan aanbod, is het intensief behandelen bemoeilijkt. Door in kaart te brengen wat de bevorderende en belemmerende factoren van groepstherapie bij PMA zijn, kan er gekeken worden of groepstherapie een mogelijke oplossing is voor de hoge werkdruk. Groepstherapie kan als aanvullende behandeling dienen op de individuele behandelingen, waardoor de behandelintensiteit vergroot wordt. De stap van individuele therapie, naar groepstherapie is ook voor veel PMA de brug om weer te participeren in de samenleving (Groepstherapie bij afasie, 2016). De groepstherapieën worden gericht op (AfasieNet, 2015):

- Het herstellen van de aangedane communicatieve vaardigheden,
- Het aanleren van nieuwe communicatieve vaardigheden of
- Het onderhouden van deze vaardigheden.

Het verwerken van de gevolgen van een NAH, is door afasie en het hersenletsel complexer. Een oorzaak van de complexere verwerking zou een verandering in cognitie, gedrag en emotie kunnen zijn (Kemps, Farenhorst, & Vrancken, 2015).

Soorten groepstherapie

Door de jaren heen zijn er verschillende soorten groepstherapieën opgezet. Bij iedere soort therapie zijn er verschillen te zien in:

- De begeleiding door de logopedist;
- Ondersteuning door de logopedist;
- Duur van de therapie;
- Open of gesloten groepen;
- Werkwijze;
- Doelen.

In tabel 1 worden de soorten groepstherapie, het doel en de werkvormen beschreven die toegepast worden bij de therapie voor personen met afasie.

<i>Therapievorm</i>	Logopedische begeleiding	Open of gesloten groep*	Start van de therapie	Duur	Doel van de therapie	Werkwijze	Voorbeeld behandelmethodes /oefeningen
<i>Directe taaltherapie</i> (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)	Rol van de therapeut is van groot belang en zorgt voor een gestructureerd verloop van de therapie	Open groep	Een aanvulling op de reguliere therapie	Afhankelijk van de doelen die zijn opgesteld	Herstellen van de aangedane functie	De PMA werken individueel aan de opgestelde doelen	Constraint-Induced-Language Therapy, Constraint-Induced-Aphasia Therapy
<i>Indirecte taaltherapie</i> (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)	Ongestructureerde therapie	Open groep	PMA in de chronische fase	5 dagen in de week 5 tot 8 uur oefenen voor een optimaal herstel	Ontwikkelen van linguïstische vaardigheden	Samenwerken met andere PMA	Gesprekken voeren Begroeten Discussiëren Vertellen Beredeneren Complimenteren

<i>Sociolinguïstische therapie (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)</i>	Rol van de logopedist is op de achtergrond. Interactie wordt gestimuleerd zonder dat de logopedist veel moet ingrijpen, maar zorgt wel voor structuur	Open groep	PMA in de chronische fase	Onbekend	Alledaagse communicatie verbeteren	Samenwerken met andere PMA	Promoting Aphasics Communicative Effectiveness
<i>Psychosociale therapie (Peters, et al., 2014)</i>	Logopedist ondersteunt en informeert de PMA en familie.	Gesloten groep	PMA in de acute fase	± 16 behandelingen	PMA leren met hun emoties en het psychologische effect dat de afasie veroorzaakt om te gaan	Contact met andere PMA	Zingen Taalspellen Rollenspellen
<i>Transitiegroep (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)</i>	Onbekend	Gesloten groep	PMA in de revalidatie of chronische fase	Afhankelijk van de doelen die opgesteld zijn	Geven van handvaten	Onbekend	Gesprekken met arts Planning maken Boodschappenlijstje

<i>Onderhoudsgroep (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)</i>	Begeleiding door logopedist en vrijwilligers	Open groep	PMA in de chronische fase	Zolang de PMA dat wenst	Onbekend	Behouden van de aangeleerde vaardigheden, zodra de intensieve individuele therapie gestopt is	Onbekend
<i>Multifunctionele groepen (van der Scheer & Veelwaard, 2007)</i>	Begeleiding door logopedist	Onbekend	PMA in de chronische fase	Zolang de PMA dat wenst	Onbekend	Er wordt gewerkt aan meerdere doelen	Complex Aphasia Rehabilitation Model
<i>Familiegroepen (Peters, et al., Psychosociale begeleiding bij afasiepatiënt en partner, 2014)</i>	Begeleiding door logopedist en maatschappelijk werker of psycholoog	Gesloten groep	Onbekend	7 tot 12 deelnemers	Discussiëren over de lichamelijk, psychische en sociale gevolgen	Gericht op de familie van de PMA	Onbekend

Tabel 1 - soorten groepstherapie bij afasie

*Bij een open groep mogen de deelnemers per behandeling verschillen.

Bij een gesloten groep zijn de deelnemers bij iedere behandeling hetzelfde (van der Scheer & Veelwaard, 2007).

**In bijlage 1 staat meer informatie over de therapievormen

De rol van de logopedist

De rol van de logopedist is afhankelijk van het soort groepstherapie dat gegeven wordt. Voor het onderzoek is het van belang dat er een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de soorten groepstherapie en de rol van de logopedist. Zo hoeft de rol van de logopedist niet tijdens iedere therapie leidend te zijn, maar is een goede voorbereiding van de behandeling belangrijk. Een voorbeeld is dat de logopedist géén leidende rol heeft bij indirecte- en sociolinguïstische therapie (zie tabel 1). Bij deze therapieën is het gestructureerde oefenprogramma van belang. De logopedist begeleidt de interactie tussen de deelnemers. Daarnaast stuurt de logopedist de groep op een subtiele manier aan, waarbij de logopedist niet direct op de voorgrond treedt. De logopedist waarborgt de dynamiek van de groep om een succes te maken van de therapie. Hierdoor wordt er op een natuurlijke wijze gewerkt aan de doelen die gesteld zijn met de deelnemers van de groep. Op deze manier kunnen deelnemers van de groep elkaar ondersteunen in hun ontwikkeling, maar ook elkaar helpen met het verwerken en accepteren van de afasie (David, Enderby, & Bainton, 1982).

Echter is de rol van de logopedist bij directe therapie van groot belang. De logopedist stelt oefeningen op voor een specifiek doel en biedt deze gestructureerd aan. Meestal is de directe therapie gericht op het herstel van één of meerdere functies (Bastiaanse, 2011).

De meningen zijn verdeeld of groepstherapie door één of twee logopedisten gegeven moet worden. Eén logopedist zou de groepstherapie moeten leiden. De andere logopedist zou dan moeten observeren en reflecteren om een zo groot mogelijk succes te boeken in de therapie. Een psycholoog of maatschappelijk werker kan de logopedist ondersteunen in het begeleiden van de therapiegroep.

Om een goed advies op te kunnen stellen aan het einde van het onderzoek, is het van belang om in kaart te brengen hoeveel tijd een logopedist besteedt aan groepstherapie. De werkzaamheden die per therapie uitgevoerd moeten worden door de logopedist kunnen immers verschillen.

Wet- en regelgeving

Behandeltijden

In de richtlijn ‘diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen’ zijn verschillende aanbevelingen te vinden waaronder het belang van minimaal 2 uur per week directe individuele logopedische therapie tijdens de revalidatiefase. (Berns, et al., 2020). Dit betekent dat, zodra er volgens de richtlijn gehandeld moet worden, een PMA 4 individuele behandelingen per week zou moeten krijgen om de minimale intensieve behandeling te kunnen krijgen. Door de hoge werkdruk die op de logopedisten ligt, is dit vaak niet te realiseren.

Het aanbieden van groepstherapie kan een bijdrage leveren aan het verhogen van de therapie-intensiteit. Een voorwaarde van het geven van groepstherapie is dat de PMA individuele therapie krijgt of heeft gehad (Elmann & Kearns, 2008). De onderzoekers verwachten dat groepstherapie kan zorgen voor verlaging van de werkdruk doordat de logopedist meerdere PMA in één behandeling kan behandelen. Het is nog onbekend of de individuele therapie eerder stopgezet kan worden en er verder gegaan kan worden met groepstherapie. Indien de groepstherapie alleen ingezet wordt als voorbereiding van de behandelintensiteit, en niet als vervanging van de individuele therapie, is het mogelijk dat er meer werkdruk op de logopedist komt te liggen. Er zullen mogelijk meer administratieve- en behandel werkzaamheden uitgevoerd worden dan wanneer er alleen individuele therapie gegeven wordt. Het is van belang om in kaart te brengen wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn rondom behandel tijden vanuit het perspectief van de logopedist, zodat hier in de toekomst rekening mee gehouden kan worden.

Bij de meeste groepstherapieën bepaalt de logopedist in overleg met de PMA de duur van de behandeling en de behandelperiode. Dit is afhankelijk van het soort groepstherapie, de doelen die gesteld zijn en de PMA die deelnemen aan de groepstherapie.

Administratietijd

Lange administratietijden spelen een rol in de hoge werkdruk die logopedisten ervaren. Op het moment is er geen balans tussen behandel tijden, administratietijden en vergoedingen vanuit zorgverzekeringen (Nederlandse vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2019).

'In 2027 is meer direct patiëntgebonden tijd beschikbaar door vermindering van de administratieve lasten' (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie , 2022).

De NVLF hanteert de berekeningen van 2014 van de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) (Langejan, T. W., 2014) . Deze is gebruikt voor het vaststellen van een maximumtarief voor logopedische behandelingen.

Per vijfdaagse werkweek kunnen 52 behandelingen van 30 minuten worden uitgevoerd. Per dag zijn dit 10,4 behandelingen. Dit houdt in dat er gemiddeld 2,8 uur per dag voor niet patiëntgebonden handelingen (administratie tijden, behandelvoorbereidingen en overleggen die niet gedeclareerd worden) over blijft. De logopedist zou in theorie meer dan 2 uur niet patiëntgebonden tijd krijgen voor overige werkzaamheden.

Echter hanteren de zorgverzekeraars deze tijden niet waardoor de werkdruk verhoogd. De zorgverzekeraars hanteren het tarief uit 2012 waaruit naar voren komt dat 1,5 uur per dag aan niet patiëntgebonden taken besteed kan worden. Dit is 1,3 uur minder dan dat aangeraden wordt door de NVLF. Deze tijd aan administratie zal de logopedist wel nog in moeten vullen in tijd die niet vergoed wordt. De overige 1,3 uur die logopedisten besteden aan administratie wordt niet vergoed door de zorgverzekering. Door middel van onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de administratie wordt in kaart gebracht hoeveel uren de logopedist kwijt is bij groepstherapie voor afasie. Ook wordt er gekeken naar wat gewenst is door de logopedisten op het gebied van administratietijden en wat mogelijke oplossingen kunnen zijn.

Daarnaast toont onderzoek van Rompen (2017) aan dat logopedisten in bedrijven zich meer bezighouden met de kwaliteit van behandelingen die gegeven worden, dan het economische aspect van de praktijk (Rompen, Helene; Remijn, Lianne; van Ewijk, Lizet, 2022).

Vergoedingen

Bij het geven van groepstherapie wordt er ook rekening gehouden met vergoedingen van de zorgverzekering. Vaak wordt er samen met de cliënt en een interdisciplinair team gekeken naar de wensen en doelen van een PMA. Tijdens een overleg wordt er bepaald hoeveel therapie een PMA nodig heeft. De logopedist is hierbij gebonden aan wetten en regelgevingen. Per PMA is er een bepaald aantal uur beschikbaar. Dit heeft te maken met een budget dat is vrijgegeven voor een revalidant door de zorgverzekering. Logopedische behandelingen zitten in het basispakket van zorgverzekeringen. Bij revalidatie zorg wordt de logopedische behandeling vanuit de zorgverzekering maximaal 6 maanden vergoed (Zorginstituut Nederland, 2021) . Hiervoor moet er een indicatiestelling van een revalidatiearts bij de zorgverzekering ingediend worden. Zowel de individuele als de groepstherapie worden vanuit dit budget vergoed.

‘Het bijhouden van de verslaglegging is een onderdeel in het tarief. Het tarief bestaat uit patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd, zoals de verslaglegging.’ (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie , 2021)

Vanuit de zorgverzekering wordt een bedrag uitgekeerd om een PMA te behandelen. Om een evidence based behandeling te geven aan de PMA, zal de logopedist goed voorbereid moeten zijn en na de behandeling moeten rapporteren. De vergoeding die de PMA krijgt, dekt al deze werkzaamheden. De logopedist moet binnen de tijden die de zorgverzekering vergoedt alle werkzaamheden uitvoeren (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie , 2021). Zoals er bij het hoofdstuk administratietijden beschreven staat, hanteren zorgverzekeraars niet de geadviseerde tijden van de NZa.

Als de PMA behandeld wordt vanuit de wet langdurige zorg (WLZ), wordt de behandeling vanuit de WLZ betaald. Zodra logopedie geen onderdeel is van de WLZ-behandeling, kan de logopedische behandeling vanuit het basispakket vergoed worden (Zorginstituut Nederland, 2021).

In de literatuur ontbreekt informatie over bijvoorbeeld de hoeveelheid administratietijden bij groepstherapie voor PMA. Om dit beter in kaart te brengen kijken de onderzoekers naar de bevorderende en belemmerende factoren rondom de samenhang tussen de vergoedingen en administratietijden.

Voor- en nadelen van groepstherapie

In de literatuur wordt gesproken over enkele voor- en nadelen rondom groepstherapie bij afasie. In tabel 2 worden deze voor- en nadelen in een tabel weergegeven.

Voordelen	Nadelen
Er zijn veel verschillende vormen van groepstherapie, waardoor je toch aansluiting kan vinden bij diverse mensen (Lanyon, Worrall, & Rose, 2018).	Evidentie voor verbeterde participatie is beperkt (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)
Impact op het leven. Uit het onderzoek komt naar voren dat de participanten het over het algemeen positief hebben bevonden. Voor de een is het communiceren met andere mensen en voor de ander de support en het maken van vrienden door middel van groepstherapie (Attard, Loupis, Togher, & Rose, 2019).	PMA kunnen groepstherapie confronterend vinden en kunnen de drempel om te starten met groepstherapie als groot ervaren (Peters, et al., Groepstherapie, 2005)
Lotgenoten contact. PMA kunnen problemen delen, elkaar steunen, ervaringen bespreken en werken aan acceptatie (Lanyon, Worrall, & Rose, 2018).	Gezonde groepen ondergaan een proces van veranderingen en groei voordat het 'hoog' succesvol wordt. (Lanyon, Worrall, & Rose, 2018)
Positieve effecten in alle ICF-domeinen (Lanyon, Rose, & Worrall, 2013)	Er is geen uniform antwoord op hoe groot de groepsgrootte mag zijn (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)

Groepstherapie is kosteneffectief (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)	Nog niet voor alle therapievormen zijn behandelmethodes (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016)
Uit onderzoek blijkt dat PMA die groepstherapie aangeboden kregen significant hoger scoren op de testen dan PMA die geen groepstherapie kregen (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Fionatrie, 2022)	PMA kunnen zich aan elkaar storen doordat een PMA kan blijven praten door de ernst van de afasie, waardoor de ander overprikkeld raakt. Hierbij is het de verantwoordelijkheid van de logopedist om een persoon af te remmen. Uit het onderzoek blijkt de logopedist dit moeilijk te vinden. (Lanyon, Worrall, & Rose, 2018)

Tabel 2 - voor- en nadelen van groepstherapie

Methoden

Relevantie voor logopedie

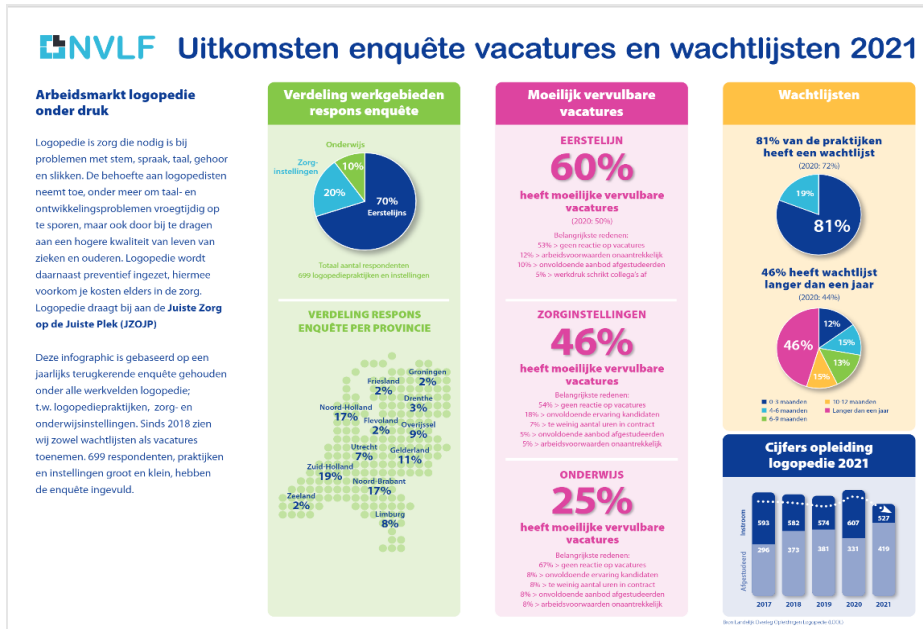
Logopedische groepstherapie is een mogelijke oplossing voor de hoge werkdruk en het tekort aan logopedisten voor de behandeling voor PMA. Grotendeels geven logopedisten directe therapie aan PMA. Door dit onderzoek wordt gekeken of groepstherapie werkdruk verlagend kan werken voor logopedisten. Daarnaast wordt logopedische groepstherapie nog niet zo vaak ingezet in de behandeling voor PMA (Dalemans, 2021). Als groepstherapie een mogelijke oplossing is om de werkdruk te verlagen, kunnen logopedisten zich verder specialiseren in het geven van groepsbehandeling voor PMA om antwoord te bieden aan de lange wachtlijsten.

Probleemstelling

De NVLF doet al 5 jaar onderzoek naar de vacatures en wachtlijsten van logopedie. In dit onderzoek worden enquêtes uitgezonden naar de leden van de NVLF. De eerste jaren werd de enquête alleen door de eerstelijns praktijken ingevuld. Ook vanuit andere werkvelden kwamen signalen dat het invullen van vacatures en wachtlijsten moeilijker verliep. Daarom is de enquête ook naar leden die in een zorg- of onderwijsinstelling werken verstuurd.

‘Uit de enquête blijkt dat de logopedische zorg nog altijd onder druk staat. 81% van de eerstelijns logopediepraktijken hebben momenteel een wachtlijst. Bijna de helft heeft een wachtlijst langer dan een jaar, waardoor patiënten te lang moeten wachten op zorg. Dit is onder andere het gevolg van een

nog altijd hoog aantal moeilijk vervulbare vacatures. In de eerstelijns logopediepraktijken heeft 60% moeilijk vervulbare vacatures, dat is 10 % meer dan vorig jaar. In de zorg- en onderwijsinstellingen is dat respectievelijk 46% en 25%. Door een vacatureoverschot komt de logopedische zorg onder druk te staan.' (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie , 2022)



Afbeelding 1 - uitkomsten enquête vacatures en wachtlijsten 2021

In dit onderzoek wordt er onderzocht wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn rondom groepstherapie vanuit het perspectief van de logopedist. Dit geeft meer inzicht in wat logopedisten nodig hebben om groepstherapie in te zetten om de werkdruk te verlagen. Uit de onderzoeksgegevens worden handreikingen gegeven die gebruikt kunnen worden bij het geven van groepstherapie.

Vraagstelling

Uit de literatuur kan niet worden opgemaakt wat de ervaringen van logopedisten zijn bij de behandeling van PMA in groepstherapie. Het is van groot belang om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van logopedisten. Op deze manier wordt gekeken naar mogelijke veranderingen of vervolgstappen om groepstherapie in te kunnen zetten om de werkdruk te verlagen en het werk te verbeteren. Om meer informatie te krijgen over de ervaring van logopedisten bij groepstherapie voor PMA is de onderstaande hoofdvraag opgesteld.

‘Welke factoren belemmeren dan wel bevorderen groepstherapie bij personen met afasie vanuit het perspectief van de logopedist en in welke mate kan groepstherapie bijdragen aan het verminderen van de werkdruk en administratieve last?’

Om een klinische vraag te kunnen beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van de PICO systematiek. 'P' staat hierbij voor probleem of patiënt, 'I' staat voor interventie, 'C' voor comparison (ofwel vergelijking) en de 'O' staat voor outcome (uitkomst) (Kloda, Boruff, & Soares Cavalcante, 2020).

P: logopedisten die PMA-groepstherapie geven

I: semigestructureerde interviews

C: -

O: inzicht in bevorderende en belemmerende factoren bij groepstherapie voor PMA en in welke mate groepstherapie kan bijdragen aan het verminderen van de werkdruk en administratieve last.

De drie voornaamste deelvragen van dit onderzoek zijn als volgt:

1. Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn er vanuit het perspectief van de logopedist met betrekking tot groepstherapie bij PMA?
2. In welke mate is groepstherapie voor PMA een oplossing om de werkdruk en kosten te verlagen voor de logopedisten?
3. Welke handreikingen kunnen gegeven worden, die werkdruk verlagend kunnen zijn, zonder dat de kwaliteit wordt aangetast?

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is drievoudig:

- Het in kaart brengen van de belemmerende en bevorderende factoren rondom groepstherapie vanuit het perspectief van de logopedisten.
- Het in kaart brengen van groepstherapie als oplossingsrichting voor het verminderen van de werkdruk vanuit het perspectief van de logopedisten en conform wet- en regelgeving.
- Het ontwikkelen van een handreiking (informatiesheet) omtrent de verworven inzichten en adviezen die hieruit voortkomen, die hulp bieden aan logopedisten bij de inzet van groepstherapie.

Onderzoeksdesign

In deze studie werd gebruik gemaakt van een kwalitatief fenomenologisch onderzoeksdesign (Eskes & van Oosterveen, 2021) om te onderzoeken wat de ervaringen van logopedisten zijn rondom groepstherapie bij PMA en de ervaren belemmerende en bevorderende factoren.

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd door middel van individuele semigestructureerd interviews en semigestructureerde focusgroepsinterviews. Door beide interviewmethoden toe te passen, is er sprake geweest van datatriangulatie. Dit verhoogde de betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek. Na het transcriberen en het analyseren is een membercheck uitgevoerd voor de validiteit van de studie. Het doel was om in kaart te brengen wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn vanuit het perspectief van de logopedist. De essentie van het fenomeen is beschreven op basis van ervaringen van logopedisten.

Tijdens de eerste stap van het onderzoek zijn de participanten geworven. Na het werven van de participanten werden de juiste participanten geselecteerd voor het onderzoek op basis van de inclusie- en exclusiecriteria. Nadat de participanten geselecteerd waren, zijn de topiclijst en interviewvragen voorbereid voor het semigestructureerde interview en asynchroon verstuurd via de mail. Dit houdt in dat de deelnemer zich kan voorbereiden op het interview. De individuele interviews werden als het mogelijk is voor de participant, op locatie afgenomen. Als dit niet mogelijk was werd het interview online afgenomen. Ieder individueel interview werd na afname getranscribeerd en geanalyseerd. De resultaten en bevindingen uit ieder interview werden meegenomen naar het volgende interview. Dit was om dieper bij de kern van het onderwerp te komen. Ook hoopten de onderzoekers hiermee tot een volledige datasaturatie te komen. Daarnaast konden de vragen en topiclijsten door ontwikkelen (Baarda, B; Bakker, E; Boullart, A; Fischer, T; Julsing, M; Kostelijk, E; van der Velden, T, 2021). De interviews werden afgenomen totdat de datasaturatie is bereikt. Na de individuele interviews kwam het focusgroep interview. Het focusgroep interview heeft online plaatsgevonden via Microsoft teams om zoveel mogelijk logopedisten te kunnen betrekken bij deze bijeenkomst zonder dat de deelnemers reistijd hadden. Het focusgroep interview werd ook getranscribeerd en geanalyseerd. Na alle interviews werd de data samen geanalyseerd en de membercheck uitgevoerd. Aan het eind werd de data samengevoegd, de conclusies geschreven en aan de hand daarvan werd er een handreiking over de bevorderende en belemmerende factoren vanuit het perspectief van de logopedist over het geven van groepstherapie aan PMA opgesteld.

In de volgende alinea staat meer informatie over de soorten interviews.

Bij de individuele interviews werd gebruik gemaakt van een semigestructureerde interviewmethode. De onderzoekers maakten gebruik van deze methode door een aantal vooraf vastgestelde vragen te stellen conform een interviewschema waarbij er ruimte was om door te vragen (zie bijlage 2). Tijdens de semigestructureerde interviews maakten de onderzoekers gebruik van directe vraagtechnieken en aanvulzin vraagtechnieken.

De vooraf opgestelde vragen zijn open vragen, zodat de onderzoekers rijke data kunnen verzamelen en diepgaande inzichten konden op doen (Dingemanse, 2017).

Daarnaast hadden de onderzoekers gekozen om de individuele interviews fysiek, zowel synchroon (de participanten gaven direct antwoord zonder voorbereiding) als asynchroon. Deze keuze komt voort doordat de participant zich deels kon voorbereiden op de onderwerpen die aanbod kwamen, maar ook konden antwoorden op nieuwe onderwerpen die tijdens het interview ter sprake zijn gekomen. en face-to-face af te nemen. Dit is om diepgaande informatie te verkrijgen over alle werkzaamheden en ervaringen bij groepstherapie voor PMA. Bij individuele interviews zouden de participanten waarschijnlijk eerder toegeven welke belemmeringen er zijn, dan met andere participanten erbij (Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E & van der Velden, T., 2021)

Focusgroep interview

De onderzoekers hebben gekozen voor focusgroep interviews, zodat de participanten elkaar zullen inspireren en elkaar op topics aanvullen. Zo kregen de onderzoekers in één meeting informatie over verschillende thema's van meerdere participanten die bij individuele interviews niet aanbod zijn gekomen. Naast de bevorderende en belemmerende factoren bij groepstherapie voor PMA werd ook gebrainstormd over mogelijke oplossingen en ideeën om zowel de werkdruk als de kosten te verlagen. Tijdens het focusinterview werden verschillende technieken gebruikt, namelijk; een topiclijst, directe vraagtechniek, de associatieve vraagtechniek en de aanvulzintechniek. De aanvulzintechniek werd ingezet om de ervaring van de participanten te ontdekken. De associatieve techniek werd gebruikt om de gewoontes en behoeftes van de participanten te onderzoeken.

De onderzoekers hebben samen het focusgroep interview afgenomen, zodat onderzoekers elkaar konden aanvullen om zoveel mogelijk data te verzamelen.

Het focusgroep interview werd online, synchroon afgenomen middels Microsoft Teams. De reden om het interview online af te nemen heeft meerdere redenen namelijk;

1. Demografische redenen. De respondenten werken verspreid over Nederland. Om tijd en kostenbewust te werken hebben de onderzoekers de keuze gemaakt om het interview online af te nemen. Online is geen verplaatsing nodig, de participanten en onderzoekers konden zelf kiezen wanneer het focusinterview plaatsvindt. Ook nam het minder tijd in beslag.
2. Een ander voordeel was dat de participanten berichten konden versturen, zodat de informatie duidelijk opgeslagen werd. Andere respondenten konden hierop reageren. Het voordeel van berichten sturen was dat de naam bij het bericht staat en het later op de juiste en op een snellere manier gecodeerd kon worden.
3. Participanten spraken niet door elkaar door heldere gespreksregels en het gebruik van de tool handjes waardoor alle informatie verzameld kon worden.
4. Het interview werd met zowel beeld als geluid opgenomen.
5. Het gesprek werd tijdens het spreken automatisch getranscribeerd door het programma

Tijdens de interviews werd gebruik gemaakt van hetzelfde interviewschema (bijlage 2) als bij de individuele interviews. Het werkte het schema als een checklist om ervoor te zorgen dat alle onderdelen besproken werden. De bedoeling van het focusgroep interview was om samen dieper in te gaan op de verzamelde data van de individuele interviews.

Populatie

In dit onderzoek werd er gestreefd naar ongeveer 15 deelnemende logopedisten (vervolgens participanten genoemd) totdat datasaturatie bereikt werd, om een valide onderzoek te kunnen realiseren. De participanten zijn allemaal werkzaam met PMA en bieden in de praktijk groepstherapie aan.

De leeftijd van de participanten had geen invloed op het onderzoek. Echter was het een vereiste dat de participanten wel PMA behandelen in de revalidatie- of chronische fase. Ook moesten de participanten werkzaam zijn in Nederland.

Inclusiecriteria:

- Logopedisten die ervaring hebben met het geven van groepstherapie bij PMA
- Logopedisten werkzaam in Nederland
- Behandelen van PMA in de revalidatie of chronische fase.
- Logopedisten kunnen online participeren aan het onderzoek

Exclusiecriteria:

- Logopedisten die de Nederlandse taal niet spreken

Werving en selectie

De participanten werden voor de individuele- en focusgroep interviews geworven via de NVLF, Afasienet, e-mail en de Facebook pagina 'Afasie op de kaart'. Participanten werden gecontacteerd middels een e-mail waarin de wervingsbrief (bijlage 3) en wervingsposter (bijlage 4) toegevoegd worden. Ook is er telefonisch en via LinkedIn contact opgenomen om participanten te werven. Daarnaast is er een oproep geplaatst in de nieuwsbrief van Afasienet en NVLF. Ook werd er een oproep geplaatst op de Facebookpagina 'Afasie op de kaart' door middel van een aantrekkelijke wervingsposter. Indien de onderzoekers na twee weken geen reactie kregen, is er een herinneringsmail verzonden. Bij de wervingsposter en wervingsbrief is een Google Forms link (bijlage 5) toegevoegd waardoor deelnemers zich gemakkelijk konden aanmelden. Hierdoor konden de onderzoekers zien of de deelnemers geschikt zijn voor het onderzoek.

Geplande procedure

Fase 1: werven van de participanten

In deze fase zijn de onderzoekers van start gegaan met het werven van de participanten zoals bij de werving en selectie beschreven staat.

Fase 2: topic lijst, interviewvragen opstellen en selectie van de participanten

In de tweede fase werden interviewvragen en een topiclijst opgezet die gebruikt werd bij het afnemen van de semigestructureerde interviews. Ook is er gekeken of de deelnemers die zich hebben aangemeld binnen de inclusiecriteria vielen. De deelnemers kregen een lijst via de mail met de onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens het onderzoek zodat de deelnemers zich konden voorbereiden op het interview(asynchroon).

Fase 3: afnemen individuele interviews

In de derde fase werden de individuele interviews afgenomen. Voor aanvang van het interview ondertekende de participant de toestemmingsverklaring (bijlage 6). Het live interview vond op locatie plaats. De interviews die online plaats hebben gevonden via Microsoft Teams zijn op dezelfde wijze afgenomen. De interviews op locatie werd opgenomen via Microsoft Teams, voorafgaand werd mondeling toestemming voor opname gevraagd. Door middel van de opnameapparatuur wordt de communicatie vastgelegd en kan het interview worden teruggeluisterd voor de transcripties. De interviews werden afgenomen totdat datasaturatie bereikt was.

Fase 4: transcriberen, analyseren en coderen van de individuele interviews

Tijdens het interview werd het interview via Microsoft Teams getranscribeerd. Daarna werd het interview door de onderzoekers gecheckt op juistheid door gebruik te maken van Microsoft Word en de opname. Vervolgens worden de transcripten geanalyseerd. Fase 3 en fase 4 wisselden elkaar af: nadat een interview heeft plaatsgevonden werd dit getranscribeerd en geanalyseerd, inzichten die daaruit voortkomen zijn meegenomen bij een volgend interview als mogelijke nieuwe interviewvraag. Hierdoor kon er steeds dieper ingegaan worden op een topic.

Fase 5: afnemen focus groep interviews

In de vijfde fase werd het focusgroep interview afgenomen totdat datasaturatie bereikt is. Hiervoor is gebruik gemaakt van de topiclijst van de individuele interviews. Het focusgroep interview heeft online plaatsgevonden via Microsoft Teams en zijn middels dit programma opgenomen. De participanten hebben de toestemmingsverklaring (bijlage 6) voor deelname aan het onderzoek ondertekend.

Fase 6: transcriberen en analyseren focus groep interviews

In de zesde fase zijn de gegevens van het focusgroep interview op dezelfde manier verwerkt als bij de individuele interviews (zie fase 4).

Fase 7: resultaten schrijven en membercheck

In de zevende fase zijn de verbanden en verschillen tussen de gegevens van de individuele en de focus groep interviews aan elkaar verbonden. Vervolgens is het hoofdstuk 'resultaten' geschreven en is er een membercheck uitgevoerd.

Fase 8: conclusie en discussie schrijven. Maken van de handreiking

In de achtste fase is de conclusie en discussie geschreven. Daarna hebben de onderzoekers de handreiking opgesteld.

Data-analyse

De afgenomen interviews zijn verbatim getranscribeerd in Microsoft Word en geanalyseerd in Microsoft Excel door de onderzoekers. Vanwege de vele transcripties is er gekozen voor een schematische weergave (Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E. & van der Velden, T., 2021) van de codes met tekstfragmenten. De analyse heeft plaatsgevonden door handmatig kernwoorden aan de antwoorden toe te voegen. De kernwoorden zijn in Microsoft Excel (afbeelding 2) genoteerd om een duidelijk overzicht te krijgen en geselecteerd op relevantie voor het onderzoek.

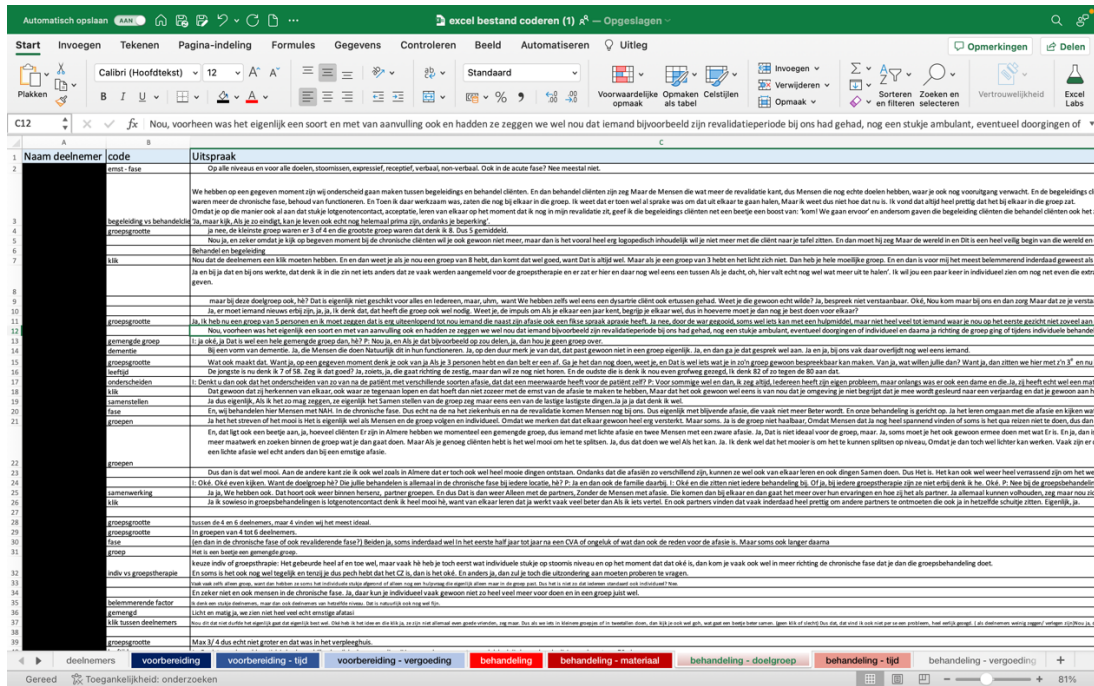
Voor het coderen van een kwalitatief interview zijn de fases open-, axiaal- en selectief coderen uitgevoerd (Dingemanse, 2017). Hierbij zijn kernwoorden aan de transcripties verbonden. De onderzoekers hebben gecodeerd volgens een stappenplan.

Na het transcriberen van de interviews zijn de onderzoekers verder gegaan met het codeerproces dat uit drie fasen bestaat.

Fase 1 open coderen. Tekstfragmenten zijn in Microsoft Word gelabeld (gecodeerd) bij de passende categorie.

Fase 2 axiaal coderen. Na het coderen zijn alle codes die te maken hebben met een bepaalde categorie vergeleken en bij elkaar gezet in het Microsoft Excel bestand.

Fase 3 selectief coderen. Op basis van de data per categorie zijn er relaties en verbindingen gemaakt waardoor het onderzochte fenomeen inzichtelijk beschreven kon worden.



Afbeelding 2 - Microsoft Excel coderen transcripties

Focusgroep interview coderen

Het werken met analyseoverzichten en tabellen is gebruikelijk bij het analyseren van focusgroep gesprekken (Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E & van der Velden, T., 2021). De focusgroep interviews zijn door middel van het bovenstaande coderingsproces geanalyseerd.

Ethische aspecten

Op voorhand hebben de onderzoekers de Verklaring Nederlandse Gedragscode (bijlage 7) ondertekend en naar de participanten gestuurd. De participanten van het onderzoek hebben een toestemmingsverklaring (bijlage 6) bij aanvang van het onderzoek ondertekend. In deze toestemmingsverklaring staat dat de participant begrijpt waar het onderzoek over gaat en vragen heeft kunnen stellen aan de onderzoekers. Ook staat hierin dat de gegevens anoniem verwerkt worden en niemand buiten de onderzoekers de gegevens te zien zal krijgen. De participant heeft dit ondertekend als hij/zij: ermee akkoord gaat dat de antwoorden en gegevens gebruikt mogen worden in het onderzoek, de participant vrijwillig meedoet, en mag stoppen op het moment dat de participant dat wenst.

De data is in Microsoft teams bewaard en aan het einde van het onderzoek verwijderd.

Er is tijdens de interviews rekening gehouden met een pauze mits daar behoefte aan was.

Resultaten

In dit hoofdstuk wordt eerst een beschrijving gegeven over het wervingsproces en een beschrijving van de respondenten. Vervolgens worden de resultaten van de individuele interviews beschreven en daarop volgen de resultaten van het focusgroep interview. De resultaten zijn tot stand gekomen middels Microsoft Excel. In Excel zijn tabbladen met de labels van de topiclijst toegevoegd. Uit de transcripties zijn de citaten met naam toegevoegd bij de juiste tabbladen, om open te coderen. Daarna is per tabblad axiaal gecodeerd en zijn er overkoepelende termen aangegeven. Sommige citaten konden bij meerdere tabbladen worden gebruikt. Hierdoor zijn dezelfde citaten met verschillende codes aangemaakt en toegevoegd bij de juiste tabbladen. Als laatst hadden de onderzoekers voor de resultaten selectief gecodeerd. Waarbij de onderzoekers onderscheidingen en verbindingen hadden gemaakt onder de antwoorden.

Wervingsproces en beschrijving respondenten

In totaal zijn er 152 logopedisten via de mail benaderd. Uiteindelijk is er telefonisch, via de mail en LinkedIn nogmaals contact opgenomen met 48 logopedisten.

In totaal hebben 13 logopedisten zich aangemeld voor deelname aan het onderzoek. Van drie logopedisten kregen de onderzoekers geen respons meer. De 4^e logopedist gaf aan geen tijd te hebben om deel te nemen aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben negen participanten deelgenomen aan het onderzoek.

Vier van de negen participanten waren werkzaam in een eerstelijnszorg in Nederland. De overige vijf participanten werkten in de tweedelijnszorg in Nederland.

Twee participanten hebben zowel aan het individuele als aan het focusgroep interview deelgenomen. Dat waren participant vier en vijf uit het onderstaand overzicht.

Voor de resultaten is het onderstaand in tabel drie is een overzicht ter verduidelijking.

Participant 1	Ingehuurd door een tweedelijns instelling*
Participant 2	Ingehuurd door een tweedelijns instelling*
Participant 3	Eerstelijns logopedist
Participant 4	Eerstelijns en ingehuurd tweedelijns logopedist
Participant 5	Eerstelijns logopedist
Participant 6	Tweedelijns logopedist
Participant 7	Tweedelijns logopedist
Participant 8	Tweedelijns logopedist
Participant 9	Eerstelijns logopedist

Tabel 3 - participanten overzicht

*participant 1 en 2 werden beiden ingehuurd om behandelingen te geven in een afasiecentrum. Zij werkten niet in loondienst. Zij hadden een apart werkcontract.

Resultaten beschrijving individuele interviews

De resultaten bestaan uit meerdere thema's. Deze subthema's worden beschreven en ondersteund met citaten. Deze thema's zijn: voorbereiding, behandeling, administratie, vergoedingen en overige.

Vorbereiding

De participanten in dit onderzoek hebben een beschrijving gegeven over de werkzaamheden met betrekking tot de voorbereiding. Binnen het thema voorbereiding komen 2 subthema's naar voren. Binnen dit onderzoek kwamen de thema's tijdsbesteding aan voorbereiding en vergoedingen aan bod.. In het onderdeel tijdsbesteding aan voorbereiding is onderscheid gemaakt tussen 3 onderwerpen:

1. Tijdsbesteding voorbereiding gekoppeld aan ervaring;
2. Tijdsbesteding voorbereiding gekoppeld aan organisatiesysteem binnen de werksetting;
3. Tijdsbesteding voorbereiding is groter als vrijwilliger of activiteitenbegeleider de behandeling aanbiedt.

Tijdsbesteding aan voorbereiding

Tijdsbesteding voorbereiding gekoppeld aan ervaring

Wat betreft de tijdsbesteding aan voorbereiding gaven de participanten aan dat er bij het opstarten van de groepstherapie veel tijd besteed werd aan de behandelvoorbereidingen. De participanten konden geen concreet antwoord geven op de vraag hoeveel tijd zij in het begin aan de behandelvoorbereidingen besteedden. Daarentegen gaven participanten aan dat naar mate zij vaker behandelvoorbereidingen voor de groepstherapie gemaakt hadden, het voorbereiden minder tijd in beslag nam en makkelijker verliep. Dit had ermee te maken dat ze de groep afasiepatiënten goed kennen en daardoor wisten wat ze moesten doen.

Participant 1:

“Nou ja, wat de, wat een beetje de winst is als je eenmaal, weet ik veel 100 en plannen heb ik geschreven. En nee, op een gegeven moment heb je gewoon je plannen. En dan ga je ja, je hoeft het niet iedere keer opnieuw het wiel uit te vinden.”

Participant 3:

“Interviewer: hoe lang besteed u aan de voorbereiding?

Participant: ik denk nu 5 tot 10 minuten.”

Participant 4:

“Ik kon het bij een kwartier van tevoren dus zorgen dat je het materiaal hebt. Eventueel gekopieerd en dan, dan ging je gewoon aan de slag en dan maakte ik aantekeningen voor de volgende keer.”

Tijdsbesteding voorbereiding gekoppeld aan organisatiesysteem binnen de werksetting

Twee participanten gaven aan binnen hun werksetting voor een langere periode behandelplannen te maken of al een standaard behandelplan te hebben. Hierbij houden de participanten rekening met het soort groepstherapie en de doelen van de PMA. Participant 2 gaf aan twee à drie uur bezig te zijn met het opzetten van een behandelplan voor de groep voor een periode van ongeveer 5 maanden.

Participant 2:

“In het landelijke afasiecentrum was eigenlijk ook een methodiek ontwikkeld voor verschillende typen groepen bijvoorbeeld een schrijfgroep. En dan hadden ze doelen al vastgesteld op verschillend niveau standaard doelen die je kon aanpassen en omschrijven naar jouw groep en bij die doelen zaten ook materialen al in voorstellen voor materialen.”

Participant 1 licht het verband tussen de manier van voorbereiding, doelen van de PMA en soort groepstherapie toe.

Participant 1:

Dus in de voorbereiding schreven wij een behandelplan gericht op de behandel cliënten. De begeleidings cliënten kregen geen individuele doelen, maar moesten een beetje mee met die groepsdoelen. En uhm. Het doel van die groep hing zeg maar een beetje af, we hadden communicatie groepen: ernstig, matig, licht. Daar werd veel meer een beetje aan een groepsdoel gewerkt, maar in de schrijfgroep bijvoorbeeld werd veel meer op individueel niveau gekeken. Iedereen was bezig met schrijven, maar voor de één betekende dat misschien letters na schrijven en voor de ander een boodschappenbriefje voor die week.

Tijdsbesteding voorbereiding is groter als vrijwilliger of activiteitenbegeleider de behandeling aanbiedt.

De participanten gaven aan dat er een verschil is in voorbereiding zodra ze zelf de groepstherapie geven en zodra de behandeling gegeven wordt door vrijwilligers of activiteitenbegeleiders. Op het moment dat de groepstherapie door vrijwilligers of activiteitenbegeleiders werd gegeven, hadden de participanten meer werk aan het voorbereiden van de behandeling. Een meebepalende factor hiervan is het feit dat de participanten de behandelplannen voor 3 tot 5 maanden met daarin behandelvoorbereidingen verwerkt, volledig uit moesten werken voor de vrijwilligers of activiteitenbegeleiders. Zodra de participanten zelf de therapie gaven, wisten zij zelf wat ze wilden gaan doen en hoefde dit niet volledig op papier uitgewerkt te zijn.

Behandeling

De onderzoekers hebben de participanten gevraagd naar de populatie en de ervaringen bij het geven van de groepsbehandeling bij PMA. Het thema behandeling bestaat uit de volgende subthema's:

1. doelgroep;
2. rol van de logopedist;
3. behandeltime;
4. behandelperiode;
5. materiaal.

Doelgroep

Het subthema doelgroep is onderverdeeld in verschillende categorieën namelijk: ernst, fase, leeftijd, aantal deelnemers per groep, gemengde groep en overige. Voor overzicht is het verwerkt in tabel vier 'Overzicht doelgroep'. Over de groepsomvang van de groepstherapie waren de meningen verdeeld. Dit was afhankelijk van de ernst van de afasie, soort activiteit, wel of geen ondersteuning van logopedisten of andere disciplines, het aantal aanmeldingen, de voorkeur van de logopedist en de rol van de logopedist.

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5	Participant 6	Participant 7	Participant 8	.
Lichte afasie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Matige afasie	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Ernstige afasie	x	x		x		x	x	x	x
Fase	R+C	R+C	R+C	C	R+C	R	R+C	C	R+C
Leeftijd	Volwassenen	Volwassenen	volwassenen	volwassenen	Volwassenen	volwassenen	volwassenen	volwassenen	Adolescenten en volwassenen
Groeps grootte	3-8	4-6 afhankelijk vorm. 8 met ondersteuning	4-6	3-4	2-6	2-4 6 Schrijfgroep	8-10 voorheen 12-15 met 2 logopedisten	3-6	5-6
Gemengd	Ja	Nee en ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, bij grotere groep scheiden	Ja als het mogelijk is bij genoeg animo	Adolescente ja en volwassenen niet
Overig	Behandel- en begeleiding cliënten	Behandel en begeleiding cliënten		verpleeghuis		Vorige werk wel groepen			

Tabel 4 - doelgroep

Afkortingen:

R= Revalidatie

C = Chronisch

Soort activiteit en ondersteuners met betrekking op de groepsgrootte

Participanten stelden dat de groepsgrootte afhankelijk is van de soort groepstherapie. Dit heeft met de zelfstandigheid van de PMA tijdens de therapie te maken. Zodra er in een groep nog effectief geoefend wordt, heeft een kleinere groep de voorkeur, maar zodra er een groep is waarbij de PMA zelfstandig aan een opdracht kunnen werken en de logopedist ondersteund wordt door een vrijwilliger of activiteitenbegeleider, kan de groepsgrootte uitgebreid worden.

Participant 2:

Had ik dat niet, dan had je er misschien vier in de groep, terwijl bij een schrijfgroep met een vrijwilliger erbij kon je er ook wel 8 hebben, waarbij je Iedereen aan het werk zet op zijn eigen niveau met een eigen oefening en je om de beurt bij Iedereen langs gaat om te kijken, hoe gaat het?”

Participant 5 gaf de voorkeur aan 4 tot 6 PMA in een groep te hebben, terwijl participant 6 de voorkeur gaf aan maximaal 4 PMA zodra er één logopedist is, tenzij de groepstherapie een schrijfgroep is.

Groepssamenstelling

Groepen kunnen homo- of heteroëen worden samengesteld. Hierover is geen unaniem antwoord onder de participanten. Enkele participanten hebben aangegeven er niet bewust bij stil te hebben gestaan om de groepen op te splitsen of hebben juist de bewuste keuze te hebben gemaakt om de PMA te mengen. Andere participanten gaven aan dat bij meerdere deelnemers de groep wel te scheiden. Echter lukt dit niet doordat er te weinig aanmeldingen zijn voor de groepsbehandelingen. Tevens werd er ook gesteld dat een heterogene groep zou kunnen bijdragen aan acceptatie, leren PMA van elkaar en kunnen PMA elkaar kunnen motiveren om verdere ontwikkeling te creëren stelt participant 1.

Participant 1:

“Omdat je op die manier ook al aan dat stukje lotgenotencontact, acceptatie, leren van elkaar. Op het moment dat ik nog in mijn revalidatie zit, geef ik die begeleidingscliënten net een beetje een boost van: ‘Kom! We gaan ervoor’ en andersom gaven die begeleidingscliënten die behandelcliënten ook het zicht van: ‘Ja, maar kijk, als je zo eindigt, kan je leven ook echt nog helemaal prima zijn, ondanks je beperking”

Daarentegen maakte participant 1 na een bepaalde periode onderscheid tussen behandel- en begeleidingscliënten. Behandelcliënten zijn zoals de participant beschreef: *“Mensen die nog echte doelen hebben, waar je ook nog vooruitgang verwacht”*. De begeleidingscliënten zijn de PMA in de

chronische fase waarbij het behoud van functioneren centraal staat. De participant ervaarde het als prettig dat deze cliënten bij elkaar in de groep zaten.

Participant 4 geeft aan dat er nooit over nagedacht te hebben om de groepen te scheiden vanwege het lage aantal deelnemers. Echter geeft de participant wel aan bij een grote groep op te splitsen mits er een andere logopedist beschikbaar is. Ook geeft zij aan dat een gemengde groep de voorkeur heeft. Dit vanwege dat mensen op verschillende niveaus functioneren en zij zo beter van elkaar kunnen leren.

Open versus gesloten groepen

De meningen van participanten waren verschillend met betrekking tot de open- en gesloten groepen. Enkele participanten stelden dat het afhankelijk is van het aantal aanmeldingen dat er in een periode binnen komen. Ook zorgt een open groep voor meer diversiteit tijdens de groepstherapie. In de tweedelijns waren er meer open groepen doordat PMA naar huis gaan of naar de eerstelijnspraktijken gingen. Ook bij verpleeghuizen is de levensduur kort, waardoor open groepen zijn. Meerderheid van de participanten gaven hierbij ook aan dat gesloten groepen zorgen voor veiligheid en vertrouwen, waardoor PMA meer durven.

Participant 6:

“Als nou een nieuw iemand aansluit dan is daar wel de ruimte voor om te zeggen van nou dan maken we een andere combinatie of we wachten twee weken, omdat iemand dan instroomt. Maar in principe hadden we een open groep, omdat ook de opnames telkens verschillen. Ja, dus toen hadden wij een open groep waarvan dan de ene keer zaten ze met zijn vieren en een week daarna met zijn drieën en dan ging bijvoorbeeld iemand met ontslag.”

Participanten 3 en 5 gaven aan dat de groep gemengd is, terwijl een andere participant de voorkeur geeft aan homogene groepen. Deze voorkeur heeft ermee te maken meer cliënt gericht te kunnen werken zodra het homogene groepen zijn

Participant 8 stelden dat het niet ideaal is om een open groep aan te bieden. Het is dan meer maatwerk en moeilijker om te bedenken welke oefeningen er gedaan worden in de behandeling. Dit heeft ermee te maken dat de oefeningen op iedere PMA aan moet sluiten en dit moeilijker is zodra de afasie van de PMA erg verschillend zijn, stelden de participanten.

Participant 8:

“En, dat ligt ook een beetje aan, ja, hoeveel cliënten er zijn. In ████████ hebben we momenteel een gemengde groep, dus iemand met lichte afasie en twee mensen met een zware afasie. Ja, dat is niet

ideaal voor de groep, maar ja, soms moet je het ook gewoon ermee doen met wat er is. En ja, dan is het iets meer maatwerk en zoeken binnen de groep wat je dan gaat doen. Maar als je genoeg cliënten hebt is het wel mooi om het te splitsen. Ja, dus dat doen we wel als het kan. Ja, ik denk wel dat het mooier is om het te kunnen splitsen op niveau, omdat je dan toch wel gericht kan werken. Vaak zijn er doelen bij een lichte afasie wel echt anders dan bij een ernstige afasie.”

Participant 2:

“We proberen zoveel mogelijk in homogene groepen te werken, dus sowieso groepen samengesteld op de ernst van de afasie en op het doel waarmee de cliënt aangemeld was, hè? Wat die wilde oefenen en vaak maakten wij het op basis van de cliënten die we hadden.”

Participant 6:

“Ja, want als je iemand met een globale afasie naast iemand zet met lichte woorden probleem is dat ook heel moeilijk om ze allebei aan een doelen te laten werken.”

Groepssamenstelling in verband met het hebben van genoeg aanmeldingen

Het belang van het aansluiten van nieuwe PMA in de groepstherapie benoemen de meeste participanten als zeer relevant. De reden hiervoor is de afwisseling binnen de groepstherapie.

Participant 1 stelde dat zodra de PMA binnen een groep van elkaar weten wat de een wilt zeggen, omdat ze meer achtergrondkennis hebben van elkaar, het makkelijker kan zijn om iets duidelijker te maken aan elkaar en hierdoor de uitdaging minder kan worden. Echter geven de meeste participanten aan dat het werven van de PMA als belemmering ervaren wordt. Voornamelijk de participanten van de eerstelijnszorg geven aan hier moeite mee te hebben. Doordat er weinig aanmeldingen zijn van PMA die groepstherapie willen volgen, is de afwisseling in een groep vaak minder. Hierbij spelen verwijzingen van andere disciplines ook een rol. Participanten geven aan dat vaak niet bekend is dat er groepstherapie voor PMA is. En als andere disciplines dit wel weten, weten ze niet wat het inhoudt of kan betekenen stellen meerdere participanten.

Participant 6:

“Elke week stond dat op de agenda van ons vakgroep overleg van hebben we nog mensen die baat zouden kunnen hebben bij een groep en dan gingen we kijken wat moet het dan een afasie groep zijn of hun dysartrie groep? En dan hadden we bij afasie vaak dat we dan met elkaar afstemmen of iemand bij de groep zal passen vanwege de ernst van de stoornis. En soms zal er dan bijvoorbeeld ook twee groepen tegelijk lopen één groep met wat minder verbale mensen, met wat minder verbale mogelijkheden en een groep met mensen met meer mogelijkheden bijvoorbeeld. Ja, want als je iemand met een globale afasie naast iemand zet met lichte woorden probleem is dat ook heel moeilijk om ze allebei aan een doelen te laten werken.”

De rol van de logopedist

De rol van de logopedist binnen de groepstherapie was afhankelijk van het soort groepstherapie, ernst van de stoornis en de samenstelling van de groep, stelden de participanten. Participanten geven aan dat zodra de rol van de logopedist op de achtergrond is, er sprake was van een goede groep, zoals de participant benoemde. Wel wordt er iedere behandeling naar de logopedist gekeken wat er die dag van de PMA verwacht wordt. Zodra de rol van de logopedist op de voorgrond was, kwam dit vooral naar voren in het stimuleren om de aangeleerde vaardigheden of compensatietechnieken in te zetten om de opdracht uit te kunnen voeren. De afwisseling per groep wat betreft de vorm en PMA houdt de groepstherapie voor de logopedist afwisselend stelden de participanten. Participanten gaven aan de PMA uit te laten proberen of de groepstherapie bij hun past. Op deze manier ervaart de PMA de meerwaarde van de groepstherapie stelt de participant.

Participant 5:

“Natuurlijk ben je er ook wel de leidende rol. Je geeft het voorbeeld en je geeft aan wat je doet die dag. Maar het is wel de bedoeling dat de deelnemers het meest aan het werk zijn.”

Participant 8:

“Nou eigenlijk dat laatste wat je zegt dat je meer een beetje achterover kan leunen is wat je wat je wel graag wilt. Als je dat kan doen heb je een goeie groep, denk ik. Maar ja, zeker als er een groep mekaar niet zo goed kent, dan heb je wel een, ja, een beetje ja leidende rol toch wel.”

Lotgenotencontact en de rol van de logopedist

Alle participanten geven aan dat het grootste voordeel van groepstherapie het lotgenotencontact is en het werken op participatieniveau. Tijdens de groepstherapie is er ruimte om over problemen te praten waar PMA tegenaan lopen. Ook gaven de participanten aan dat het voor de PMA goed is om te zien dat er ook mensen zijn met een ernstigere afasie of juist een lichtere afasie. Dit werkt motiverend volgens de participanten. Daarnaast stelden de participanten dat het bevorderend werkt voor de PMA om te zien dat zij niet de enige zijn met communicatieproblemen. De rol van de logopedist met betrekking op het lotgenotencontact is het begeleiden van de gesprekken die plaatsvinden. Een participant benoemde dat de PMA op deze manier van elkaar kunnen leren. Ook wordt er gesteld dat het lotgenotencontact tussen partners van PMA als waardevol ervaren wordt.

Participant 8:

“Ja, ik sowieso in groepsbehandelingen is lotgenotencontact denk ik heel mooi hè, want van elkaar leren dat ja werkt vaak veel beter dan als ik iets vertel. En ook partners vinden dat vaak inderdaad heel prettig om andere partners te ontmoeten die ook ja in hetzelfde schuitje zitten eigenlijk, ja.”

Groepsdynamiek en de rol van de logopedist

Een ander onderdeel van de rol van de logopedist is het waarborgen van de groepsdynamiek. Het citaat hierboven sluit hierop aan. Een goede groepsdynamiek en vertrouwensband tussen de PMA en de logopedist zorgt ervoor dat PMA in een veilige setting kunnen oefenen. Het is van belang dat de PMA vertrouwen heeft om mee te participeren in de groep.

Participant 8:

“En dan hoop je gewoon heel erg dat naarmate ze elkaar beter leren kennen en wat zelfverzekerder zijn dat die dat die interactie meer ontstaat en die dynamiek en dat je steeds iets meer achterover kan leunen.”

Het belang van officieuze momenten in de groepstherapie

Participanten stellen dat ook de officieuze gespreksmomenten een oefenmoment zijn voor de PMA, ondanks dat dit waarschijnlijk voor de PMA niet als oefenmoment voelt. Deze officieuze momenten worden door participanten als waardevol beschouwd, omdat er op participatieniveau geoefend wordt. Participanten geven aan dat deze gesprekken spontaan ontstaan. Een voorwaarde voor deze spontane gesprekken is een goede groepsdynamiek.

Participant 8:

“Dan merk je ook als je bijvoorbeeld pauze hebt en ze gaan koffie drinken, dat er dan ook allerlei gesprekken ontstaan terwijl ze eigenlijk helemaal niet bezig zijn met therapie. Nou ja, dan denk ik van, oh ja nou, dan zijn we goed bezig, zeg maar.”

Participant 7:

“Maar ik probeer wel als er zo een gesprek ontstaat over iets probeer ik wel ja mezelf in die zin op de achtergrond te houden dat ik denk, nou ja, het is ook voor hen natuurlijk een mooi moment om te oefenen. Hoe vertel ik iets in een groep?”

Soorten groepstherapie

De onderzoekers hebben de participanten de vraag gesteld of er specifieke vormen zijn van groepstherapie die zij de PMA aanbieden. De soort groepstherapie die gegeven wordt door de participanten is erg afwisselend. De soorten die benoemd zijn, waren:

- Communicatie groepen;
- Gespreksgroepen;
- Begeleidingsgroepen;
- Schrijfgroepen;
- Leesgroepen;
- Partnergroepen.

Behandeltijd

In de resultaten beschrijving van behandeltijd wordt een onderscheid gemaakt tussen de frequentie van de groepsbehandeling per week, behandeltijd van één groepsbehandeling en de behandelduur van PMA voor groepstherapie. Ook zijn er overige opmerkingen toegevoegd die de stellingen van de participanten ondersteunen. In bijlage 9 zijn de antwoorden van de participanten weergegeven.

Energieniveau en behandel tijd

Participanten gaven aan dat de behandel tijd afhankelijk is van het energieniveau van PMA. PMA gaven bij een participant aan dat de maandagochtend beter voor hun energielevel is dan de woensdagmiddag. Participant 4 gaf aan dat een behandeling voor één uur werd ingepland, waarvan een half uur efficiënt therapie wordt gegeven, aangezien daarna de concentratie van de PMA weg is.

Participant 1:

“Voor de meeste mensen is een uur te doen, is twee uur pittig.”

Behandel tijd en de vormen van groepstherapie

Participant 8 geeft twee keer per week groepsbehandeling voor afasie, echter zijn het twee verschillende vormen van groepstherapie. De participant omschrijft het als volgt

Participant 8:

“Ja, in principe is het twee keer dezelfde groep, zeg maar dezelfde mensen, maar dat wisselt. hierbij wordt ook twee uur ingepland. Hier zit rustig binnen komen en een pauze bij. De twee uur is volgens een afspraak van Hersenz en de zorgverzekeraar. “Nou, ik merk wel als je een klein groepje hebt van bijvoorbeeld 3 cliënten is twee uur wel lang. Ja, dus dan. Maar goed, dat heeft ook weer te maken met het Hersenz programma en de zorgverzekeraar, want de zorgverzekeraar die, hoe moet ik dat zeggen?

Die eist een groepsbehandeling van twee uur binnen Hersenz. Dat is gewoon zo afgesproken.”

Behandel tijd en werkdruk

Participant 7 gaf aan dat het voorheen één keer in de week 1,5 uur was, terwijl dit nu één keer in de twee weken aangeboden wordt. Zij geeft aan dat twee uur wordt vrij gepland, waarvan 1,5 uur wordt behandeld.

Behandel periode

Voor deelname aan groepsbehandeling wordt een behandel periode afgesproken met de cliënt. De duur van de periodes komt over het algemeen overeen bij alle participanten, namelijk 3 maanden per periode.

Echter is een verschil te zien in hoeveel periodes een PMA mag deelnemen aan de groepsbehandeling.

Participant 3:

“Wat we ook bij het begin hebben opgesteld is dat een periode, duurt 3 maanden en dan mogen ze drie keer een periode doen. Want anders mensen houden wel altijd een hulpvraag want op een gegeven moment zitten ze in de chronische fase zie je niet veel verbetering en blijft altijd die hulpvraag en dan kan je tot in het oneindige blijven behandelen ”.

Bij participant 5 is de afspraak twee keer 3 maanden. En dat kan verlengd worden met een goede reden.

Aan participant 6 werd de vraag gesteld of er een maximale behandelperiode is. Hierop luidde het volgende antwoord:

“We kijken gewoon hoe iemand het in de groep doet en of die nog een hulpvraag heeft. En als je bijvoorbeeld al merkt bij de zelf oefen groep dat iemand zelf al helemaal zelfstandig goed kan oefenen en dat eigenlijk niet meer nodig heeft om daar een begeleider bij te hebben, kun je stoppen”

Een duidelijke overeenkomst tussen participanten is dat PMA aangaven dat zij wel langer of de hele dag groepstherapie zouden willen hebben. Dit werd onderbouwd door de positieve groei die behaald wordt tijdens de groepsbehandeling volgens de participanten.

Nazorg zodra de groepstherapie afgesloten wordt

Eén participant gaf aan een groepsgesprek op whatsapp te hebben gemaakt met de PMA, zodat de PMA na de behandeling samen kunnen afspreken.

Materiaal

Tijdens het interview is er door de onderzoekers aan de participanten gevraagd om meer te vertellen over het materiaal dat ingezet wordt bij de groepstherapie voor PMA. Alle participanten gaven aan dat ze alles in hun omgeving in kunnen zetten tijdens de behandelingen. Participanten stelden dat het behandel materiaal dat eerder gebruikt is bij de individuele therapie, vaak nogmaals ingezet kan worden bij bijvoorbeeld andere groepen. Tevens werd er ook gebruik gemaakt van spelletjes om spraak uit te lokken.

Drie participanten geven aan gebruik te maken van het behandelprogramma Hersenz en het boek ‘bouwen aan identiteit’.

Participanten stelden dat de behandeling vaak afgestemd wordt op de PMA die aanwezig zijn tijdens de behandeling. Eén participant gaf aan de PMA de opdracht te geven om iets van thuis mee te nemen dat besproken zal worden tijdens de behandeling.

Op de vraag of er behoefte is aan meer concreet behandel materiaal gaven alle participanten aan dit niet per se nodig te hebben. Binnen organisaties is er vaak sprake van een digitale omgeving waar de participanten hun materialen kunnen delen. Wel zouden de participanten het fijn vinden om een aanvulling te hebben op het bestaande behandel materiaal waar ze oefeningen vandaan kunnen halen. Wel gaven participanten aan het fijn te vinden als er meer onderscheid komt in het behandel materiaal.

Dit onderscheid zou gericht zijn op de ernst van de afasie, bijkomende stoornissen, stoornisniveau en thema's.

Participant 8:

“Ja en soms ook wel. Als je het hebt over behandelde materiaal, toch wel dat je elke keer zelf aan het zoeken bent van oh ja, wat gaan we nu weer doen? En op zich lukt dat wel, maar soms zou het ook wel handig zijn om iets gestructureerder te kunnen werken aan een bepaald thema.”

Participant 9:

“Dat je misschien wel dan, uhm, wat houvast kan hebben van ik noem maar wat hè, uhm, het thema gaat zijn, uh, familierelaties of zo en dat je dan daarbinnen zowel functiegerichte oefeningen kan doen op verschillende niveaus. Hoe kan iemand nou non-verbaal? Misschien kun je een stamboom laten tekenen dat ze aan elkaar moeten uitleggen wie hun familie is of zo hè, ik noem maar wat. Uhm. En dat je daarnaast ook gespreksvragen hebt rondom dat thema of stellingen zodat je meer de gespreksgroepen.”

Administratie

Rondom het onderwerp administratie komen drie subthema's naar boven:

- administratie en de mening van participanten;
- tijdsinvestering in rapportages;
- individuele rapportages ten opzichte van groepsrapportages.

Administratie en de mening van participanten

Een van de thema's die in het onderzoek onderzocht zijn, was de administratie. Hierbij wilden de onderzoekers graag de mening van participanten horen en wat zij graag anders zouden willen zien.

Het onderzoek wijst uit dat het voeren van een administratie een verplichting is vanuit de verzekeringsmaatschappijen, de meerwaarde hiervan wordt echter door enkele participanten in twijfel getrokken.

Participant 2:

“En ik denk ook wel de vraag of alle verslaglegging die wij moesten doen, of dat nou echt allemaal relevant was? “

Participant 8:

“...kijk als, als we niet aan die zorgverzekeraar gebonden zouden zijn, weet ik niet of we dat nog steeds zouden doen, maar dat zijn gewoon van die dingen die moeten en die probeer je dan maar

gewoon zo efficiënt en snel mogelijk te doen, zodat je het gedaan hebt. Maar of dat echt nuttig is altijd, ja weet ik niet nee.”

Daarnaast benoemde participant 2 ook gebruik te maken van verschillende soorten rapportages. Deze rapportages waren afhankelijk van wie de groepstherapie gaf. Deze rapportages werden in een map opgeschreven zodat er de volgende behandeling een andere oefening en of een moeilijkere of makkelijkere oefening aangeboden moest worden.

participant 2:

‘We hadden eigenlijk verschillende typen rapportages. We hadden rapportages die gingen over de groep en rapportages die gingen over de cliënt en de rapportage over de groep werd vaak gedaan door degene die groepen begeleiden. Of ik het nu was of mijn activiteitenbegeleider, hè? Die schreef dan gewoon in een map op. Ik heb vandaag deze oefeningen gedaan en misschien even per cliënt bijzonderheid van, goh, ik had voor in de schrijfgroep voor deze cliënt die oefening gekozen was te makkelijk. Volgende keer kan hij, kan hij een niveautje hoog of het was juist te moeilijk.’

Rapportages en contact met begeleiding in de tweedelijnszorg

Één participant gaf aan regelmatig mondeling te rapporteren met de begeleiders van de groepen en vrijwilligers, waardoor het schriftelijk rapporteren als dubbel werk aanvoelde.

Participant 2:

“...omdat we al zulke korte lijstjes hadden met de groepen en de mensen en de vrijwilligers, had het eigenlijk daarvoor niet zozeer meerwaarde, dus dan voelt het toch een beetje als een, ja, formaliteit van een vinkje van oh ja, het staat in het dossier. Maar het hielp voor de kwaliteit van de zorg droeg het niet altijd heel veel bij. Tenzij je natuurlijk nieuwe mensen had voor je overdracht, maar ook die hadden niet altijd tijd om dat allemaal te lezen, dus ja.”

Tijdsinvestering in rapportages

De tijdsinvestering voor het rapporteren kwam ook naar voren als een knelpunt. Eén participant maakte kenbaar de rapportages bij voorkeur gericht op de PMA te schrijven, maar door tijdsnood lukt dit vaak niet of worden de rapportages in eigen tijd gemaakt of helemaal niet.

Participant 3:

“Ja dat schiet erbij in. Ja dat in het begin waren we er heel goed in. Even behandeling snel en klaar, dat lukt gewoon niet altijd. Ja, want binnen die 50 minuten ben je gewoon bezig met die groep. Zit niet een van ons achter de laptop om even een journaal te maken. Want je wilt het ook persoonlijk

maken. Van hey bij die gaat het goed vandaag en bij die en dat schiet erbij in dus dat is wel echt een struikelblok, ja. Ja of in eigentijd maar dat hakt er zo vaak in dat het er niet van komt dan. Ja dan schiet het er dus bij in en dat is niet oké.”

Ook werd er door één participant gesteld liever de tijd te besteden aan verdieping in een PMA dan aan administratie, ondanks dat deze participant de meerwaarde van goede verslaglegging wel inziet.

Participant 4:

“En ik denk natuurlijk goede verslaggeving is goed, maar wat je wil is verdieping in jouw patiënt en daar extra dingen voor gaan opzoeken. En daar zeggen ze allemaal van: We hebben daar te weinig tijd voor, omdat die verplichte administratie er is.”

Individuele rapportages ten opzichte van groepsrapportages

De onderzoekers stelden de participanten de vraag of er na iedere groepstherapie een groepsrapportage en een individuele rapportage gemaakt werd. Hieruit kwam naar voren dat de voorkeur heeft per PMA te rapporteren, maar het ook afhankelijk is van de soort groepstherapie dat gegeven wordt. De reden hiervan is dat bij sommige PMA het niet altijd noodzakelijk was om te rapporteren, omdat er geen bijzonderheden zijn geweest.

Participant 2:

“Ja, dat was vaak heel kort, echt alleen de bijzonderheden en de individuele rapportages verder zaten vooral bij ons elke 3 maanden voor een behandelcliënt, dus dat werd... Ja alleen bij de behandelgroep dan, hè. Bij de behandelgroep, maar dan was het niet in het dossier, maar dan was het gewoon op papier. Ja, ook dan scanden we die wel, dan hingen we dat in, maar dan, dan was het echt alleen als er bijzonderheden waren op die specifieke cliënt.”

Aan één participant werd de vraag gesteld of de patiëntgerichte tijd en administratietijd in verhouding is. Hierop werd geantwoord dat dit niet in evenredig is en er veel meer tijd aan niet patiëntgerichte tijd gaat.

Participant 1:

“Nee helemaal niet, veel meer administratie, dan, dan patiëntgerichte tijd.”

Vergoedingen

Onder het thema vergoedingen vallen twee subthema's:

- Vergoedingen voor voorbereiding en administratie verschillen per werksetting;

- Behandelvergoedingen in de eerste- en tweedelijns.

Vergoedingen voor voorbereiding en administratie verschillen per werksetting

Rondom het stukje vergoedingen met betrekking op de voorbereiding en administratie zijn er verschillen te zien per werksetting. Dit heeft te maken met de verschillende bedragen die de zorgverzekeraars uitkeren per werksetting. Binnen de eerstelijnspraktijken wordt er per behandeling gedeclareerd waarvoor de logopedisten een bedrag uitgekeerd krijgen. Vergoedingen voor de voorbereiding en administratie vallen hier buiten. De participanten van de eerste lijn in loondienst gaven aan dat zij deze tijd uitbetaald krijgen van de werkgever of een aantal minuten per dag vergoed worden, terwijl bij een andere participant dit helemaal niet werd vergoed. In de tweedelijnspraktijken wordt er vaak gewerkt met een revalidatiebudget waar alle kosten van iedere zorgdiscipline waar de PMA gebruik van maakt vanaf gehaald wordt. Ook de participanten in tweedelijnspraktijken geven aan in loondienst te zijn, waardoor zij geen belemmeringen ervaren wat betreft het financiële aspect van de voorbereiding en administratie. Afhankelijk van de afspraken en het soort contract worden overige werkzaamheden vergoed.

Participant 5 werkzaam in een vrije vestiging:

“Niet volledig. We hebben wel een bepaald stukje, nou ja, vergoed door de zorgverzekeraar sowieso niet, maar wel een deel door mijn werkgever. We hebben een stukje voorbereidingsdossier tijd per dag, maar niet ja, niet volledig. De zorgverzekeraar vergoedt het sowieso niet in de eerste lijn. Ik zat in een verpleeghuis, dus je bent in loondienst van het verpleeghuis.”

Participant 6 werkzaam in een tweedelijns setting:

“De mensen krijgen een soort revalidatie vergoeding als zij uhm revalidatie behandeling krijgen. Dus er is niet een aparte logopedie budget die dan wordt toegekend. Dus ze hebben gewoon een revalidatie budget en daar valt alles onder, dus ook de fysio, ook de ergo en ook de logopedie. En wat elke behandelaar moet doen is tijd registreren. Dus dat je elke vijf minuten of meer die aan een cliënt hebt besteed zet jij in je tijdsregistratie en dat wordt automatisch verrekend met de zorgverzekeraar. Dus op de indirecte tijd is ook de voorbereiding. Dus stel dat ik nou 10 minuten bezig ben met de voorbereiding van een groep van drie mensen, dan zet ik op hun drie namen die 10 minuten dus dan heb je ja dik 3 minuten per heeft.”

Behandelvergoedingen in de eerste- en tweedelijnszorg

Er was een onderscheid te zien tussen de vergoedingen voor de groepsbehandeling in de eerste- en de tweedelijnszorg.

Participanten uit de eerste lijn geven aan:

- De vergoeding vanuit de zorgverzekeraar voor groepstherapie voor PMA is laag;
- Via de zorgverzekeraar declareren heeft het voordeel dat er tot op een zekere hoogte een oneindig budget is stelt participant 5;
- Voor zowel een cliënt individueel als groepstherapie te geven van zorgverzekeraar CZ moet je geregistreerd staan als afasietherapeut. CZ vergoed niet beide tegelijkertijd, andere zorgverzekeraars doen dit wel;
- Participant 4 stelde: *“één uur en dan kunnen er 4 inzitten. En je krijgt dus per persoon dan een lager tarief, hè. Dus ik meen 18,50 dus 4 keer 18,50, maar je kan daar ook je administratie in doen, dus dat dekt de lading. Als je een individuele afasietherapie geeft, is het dubbele tarief. Ik ben afasie therapeut, dus ik krijg bij sommige 92 euro per behandeling. Ja, dat haal je dus niet met die groepsles. Dus in plaats van een halfuur, wordt één uur gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, waarvan een halfuur gebruikt wordt voor de administratie.”*;
- Alleen het behandelen wordt vergoed door de zorgverzekeraar, de overige werkzaamheden niet;
- Een participant geeft aan dat ondanks de lage vergoeding, het wel een enorme voldoening geeft *“juist omdat je mensen ziet groeien.”*;
- Hoe meer PMA in een groep zitten, hoe lager de vergoeding per PMA wordt.

Participanten uit de tweedelijnszorg stellen:

- In een instelling is de logopedist niet afhankelijk van de vergoeding van de zorgverzekeraar.
- In de tweedelijnszorg is er een budget beschikbaar per cliënt, waarvan onder andere ook de logopedie vergoed wordt. Andere disciplines worden ook vanuit dit budget vergoed.
- In de tweedelijns kan het probleem voorkomen dat een cliënt niet de juiste indicatie krijgt voor groepsbehandeling, waardoor de cliënt niet behandeld kon worden.

Overige

Tijdens de interviews hebben de onderzoekers met participanten gesproken over overige aspecten met betrekking tot de groepstherapie. Hierbij werden de vooraf opgestelde onderwerpen zoals

bijvoorbeeld toekomst en haalbaarheid besproken, maar ook hadden de participanten de ruimte om het over andere onderwerpen te hebben waar de onderzoekers nog niet aan gedacht hadden. Hierbij zijn de volgende onderwerpen naar voren gekomen:

- interdisciplinair samenwerken binnen de groepstherapie
- toekomst
- haalbaarheid
- belemmerende factoren van groepstherapie
- bevorderende factoren van groepstherapie
- en de handreiking.

Interdisciplinair samenwerken

Participanten gaven aan samenwerkingen aan te gaan met vrijwilligers, groepsbegeleiders, eerstelijnszorg logopedisten en andere disciplines. Deze samenwerking uitte zich in het samen uitvoeren van de behandeling en de groepstherapie door een andere betrokkene uit te laten voeren. Participant 4 geeft ook aan dat er samenwerkingen zijn met een psycholoog. De psycholoog komt met ideeën en oefeningen die tijdens de behandeling uitgevoerd worden. De logopedist heeft dan een begeleidende rol tijdens de behandeling.

Participant 6:

“En we hadden een schrijfgroep dus dan ging de ergotherapeut puur kijken welke pen en welke pen greep is handig en uh hem echt in motorisch oefenen met, met de linkerhand bijvoorbeeld leren schrijven maar dan hadden ze vaak zoiets. Kunnen we dat dan niet combineren met zinvolle talige oefeningen of en waar iemand het schrijven ook echt voor nodig heeft? Dus dan deed ik dat samen met een ergotherapeut en dan hadden we altijd konden we dan met een warming up uh en puur met motorisch schrijven dus daar leerde ik ook weer heel veel van Uhm en ik leverde dan uiteindelijk de participatie gerichte oefeningen aan.”

Toekomst

Alle participanten gaven op de vraag: ‘Zien jullie de toekomst van groepstherapie bij afasie positief in?’, ‘ja’ als antwoord. De onderzoekers hebben aan de participanten gevraagd wat er nodig is om de toekomst van de groepstherapie voor PMA verder te kunnen ontwikkelen. Hierop kwamen de volgende antwoorden naar voren:

- Meer bekendheid over groepstherapie bij afasie
Dit was over het merendeel gericht naar andere zorgprofessionals zoals bijvoorbeeld een huisarts. Ook weten mensen vaak niet dat groepstherapie ingezet wordt bij mensen met afasie.
- Soorten groepstherapie

Ook gaf een participant aan meer bekendheid te willen over de soorten groepstherapie rondom afasie die aangeboden worden.

- Samenwerking met andere logopedisten

Participanten gaven aan meer samenwerking te willen tussen logopedisten die groepstherapie geven. Deze samenwerking zou gericht zijn op het materiaal, delen van ervaringen, samenwerking bij meertalige PMA en het doorverwijzen van een PMA naar een andere afasiegroep indien dit nodig is. Dit heeft te maken met het feit dat PMA in een groep een klik moeten hebben en de bereikbaarheid van de groepstherapie.

- Betere vergoedingen vanuit de zorgverzekering

Op de vraag of groepstherapie werkdruk verlagend werkt, konden de participanten niet volmondig ja zeggen.

Participant 3:

“denk dat het qua tijdsinvestering wel zou schelen, want het scheelt wel of je 4 mensen na elkaar ziet of in een keer. Alleen weet ik niet of het passend is bij de patiënten of de cliënten. Omdat je als er net iemand een beroerte heeft gehad kan je niet zeggen van, hey, we zetten je meteen in de groep. Dan ben je nog echt bezig om op stoornis niveau om dingen te verbeteren. En die groep is echt op participatieniveau. Dan kan je er zeker tijd mee winnen. Maar dat ligt er denk ik aan in welke fase ze zitten”

Participant 6:

“Dan uh ja t is daarnaast dus ja en weet je nog die groep dan wegvalt, dan komt er wel weer een nieuwe andere patiënt in de plaats of zo. Dus het is nee t is geen voor ons geen werkdruk verlagend middel geweest en ook niet echt werkdruk verhogend, denk ik.”

Participant 5:

“Ja werkdruk verlagend ja, hmm, vind ik een lastige. Dat ligt denk ik heel erg aan je setting en aan wat voor cliënten je hebt. Ik denk als je dus inderdaad twee of drie vergelijkbare afasie cliënten nu allemaal individueel ziet en je gaat ze dan in een groepje zien dat het in elk geval tijd scheelt. Je hoeft ook maar een keer voor te bereiden, een keer te rapporteren en je besteedt je tijd efficiënter, dus in dat opzicht denk ik dat het, ja, werkdruk verlagend zou kunnen zijn. Maar ik kan me ook voorstellen als je nu nog geen groepen hebt en je gaat daarmee starten dat het ook alweer heel veel werkdruk oplevert, omdat je iets nieuws moet gaan doen. Ja en Ik weet gewoon niet zo goed hoe het in andere settingen met vergoedingen zitten enzo of dat überhaupt Rendabel is.”

Haalbaarheid

De werksetting zorgt ervoor dat participanten werkzaam in de tweedelijnszorg geen belemmeringen ervaren in de werving van PMA voor groepstherapie. Daarnaast heeft dit als voordeel dat PMA vaak intern verblijven en daardoor niet afhankelijk zijn van vervoer. Als nadeel wordt door een participant het ophalen van de PMA benoemt aangezien dit veel tijd kan kosten, het kan tevens voorkomen dat de PMA te laat wordt gebracht, wat tot vertraging leidt.

Participanten werkzaam in de eerstelijnszorg ervaren hier echter wel belemmering in. Eén participant stelde dat dit te maken heeft met de PR (public relations), ofwel bekendheid, rondom het aanbieden van de groepstherapie. Een andere participant stelde dat dit ook afhankelijk is van periodes met veel aanmeldingen en periodes met weinig aanmeldingen.

De onderzoekers hebben vragen gesteld over de wachtlijsten. In de eerstelijnszorg worden PMA binnen maximaal drie weken behandeld. Participanten willen ervoor zorgen dat PMA zo snel mogelijk worden behandeld. Dit heeft te maken met de revalidatiefases bij een NAH. Echter wordt wel aangegeven dat er een tekort is aan logopedisten. Voornamelijk aan logopedisten die neurologie willen behandelen.

Participant 5 stelde dat in een uur meer cliënten behandeld kunnen worden dan normaal in een uur. Echter geeft de participant ook aan dat dat niet het probleem oplost voor de werkdruk. Ook geeft de participant aan dat het niet rustiger wordt als er meer groepen worden gedraaid. Dit heeft te maken met de overige werkzaamheden.

Participanten gaven aan dat cliënten via verschillende kanalen worden doorverwezen. Participant geeft aan verwijzingen te krijgen van de huisarts, collega logopedisten, wijkverpleegkundige en soms vanuit het ziekenhuis. Het netwerk voor doorverwijzingen verschilde per participant. Participant 1 gaf aan dat als het bij huisartsen bekend wordt wie groepsbehandelingen geeft, zij deze naar de juiste logopedist doorsturen.

Participant 1

“Nee, het enige waar nog winst zou zitten, denk ik ook voor groepstherapie is bij huisartsen als zij gewoon een wat meer een idee hadden van wat het inhoudt en wat het van cliënt kan betekenen dat ze ook daarvoor, ja wat meer naar 1 logopedist verwijzen hé. Als jij altijd zegt, zoek maar gewoon een logopedist. Dat die ook wel een beetje kunnen zeggen: ‘We weten dat die logopedist groepsbehandelingen doet, ik stuur je daarheen.’”

De meerderheid van de participanten geven aan dat er meer bekendheid moet komen voor groepstherapie bij afasie. Participant 2 geeft aan dat groepstherapie niet voor iedereen is weggelegd. Soms worden mensen met afasie doorverwezen naar groepstherapie, omdat zij afasie hebben, maar daar geen behoefte aan hebben.

Bevorderende factoren van groepstherapie

Het meest bevorderende aspect van groepstherapie is het lotgenotencontact dat de PMA hebben en de verbetering van kwaliteit van leven volgens de participanten.

Participant 5 gaf aan dat er meer bereikt kan worden op het gebied van kwaliteit van leven: *“Ik denk dat het bevorderend is dat je echt wel veel kunt bieden aan deze mensen en dat zij dat echt als iets heel prettigs ervaren dat je echt wel veel kunt bereiken in ieder geval. Qua hè, voor hun gevoel qua hoe zij de qua kwaliteit van leven op vooruit gaan, ja.”*

Participant 1 benoemde aan dat er functioneler geoefend kan worden ten opzichte van de individuele therapie.

“Ja, en wat ik het voordeel van groepstherapie ook altijd wel heb gevonden, is dat je veel functioneler kan oefenen. Als iemand die duidelijk moet maken, hè, gewoon heel simpel in de ernstige communicatiegroep werden de non-verbale hè, De totale communicatie getraind. Ja, dan kan ik één op één met een cliënt gaan zitten en die ken ik inmiddels al en ik weet toch wel wat hij bedoelde.”

Ook gaf deze participant aan dat het contract dat de participant had veel vrijheid gaf.

“Het voordeel daarvan is dat als iemand geen indicatie kreeg voor behandelclient, de cliënt dan meedraait in de begeleidingsgroep, zodat de cliënt toch aan zijn doel kan werken. “

Participant 2 stelde aan dat het bevorderend is dat zij het landelijk deden. Zij werkten vanuit een bepaalde visie.

Participant 2:

“Stuk van die visie was bijvoorbeeld: je gaat het niet alleen met logopedisten doen, want dagelijks leven kom je ook niet alleen maar logopedisten tegen. Dus dat je echt met elkaar in discussie en in gesprek ging over wat vinden wij nou, hoe de zorg voor mensen met afasie in groepsverband. Dat je daarin heel veel van elkaar kon leren, maar dat je ook taken kon verdelen.”

Zowel participant 1 als 2 gaven aan dat het bevorderend was dat collega's in Rotterdam Capelle een hele behandelmethodiek hadden uitgewerkt en dat daar profijt uit werd gehaald.

Ook beweerde meerdere participanten aan dat het bevorderend is om de groepstherapie samen met een andere collega aan te bieden. De reden hiervan is dat het in de opleiding logopedie niet aan bod is gekomen en de participant dan met een collega kon overleggen.

Participant 2:

“Omdat je ook achteraf kon zeggen van, nou, ja, dan liep iets niet helemaal lekker in die groep of cliënt of er zit iets. Wat denk jij? Heb je dat ook gezien? Ik vond het fijn om het niet alleen te hoeven doen.”

Participant 3 stelde aan dat als je met twee logopedisten de groep begeleidt er dubbel gedeclareerd kan worden bij de verzekeraar. Ook gaf de participant aan dat het qua tijdsinvestering scheelt als je 4 cliënten in een uur hebt in plaats van achter elkaar ziet. Hierbij is het van belang dat de PMA in dezelfde fase zitten en op participatieniveau behandeld worden stelt participant 3. Wat ook bevorderend is dat zij de materialen en grote praktijkkamers hebben.

Belemmerende factoren van groepstherapie

De grootste belemmering van het geven van groepstherapie is het samenstellen van de PMA waarbij alle participanten evenveel profiteren van de groepstherapie. Participanten gaven aan dat het van groot belang is dat de PMA in een groep een klik hebben met elkaar en dat er genoeg afwisseling moet zijn in een groep. Doordat er soms te weinig aanmeldingen zijn voor een groep, is dit moeilijk te waarborgen. Dit houdt in dat het in de groep van belang om het uitdagend te houden voor iedere PMA. Zodra PMA voor een langere periode samen in een groep zitten, kan dit ervoor zorgen dat de PMA gewend raken aan elkaar en minder moeite doen om zich kenbaar te maken naar de ander. De uitdaging zit het vaak in het uiten in een situatie waarbij PMA moeite moet doen om zich duidelijk te maken, maar er wel een klik en vertrouwensband moet zijn binnen een groep.

Ook gaf één participant aan dat zodra een groep uit 3 PMA bestaat, het gewenst is dat alle PMA aanwezig zijn. Zodra één PMA door omstandigheden niet bij de groepstherapie aanwezig kan zijn, moet er besproken worden of de therapie doorgaat die dag. De participant is dan afhankelijk van het aanwezig zijn van beide PMA, terwijl dit in een grotere groep minder snel voor zal komen.

Het niet ter beschikking hebben van een geschikte ruimte waar de participanten terecht kunnen met de PMA werd door twee participanten als belemmerend aspect voor het geven van groepstherapie gezien. Eén participant lichtte dit toe door te stellen dat er binnen het activiteitencentrum vaak geen

aparte ruimtes beschikbaar op het moment dat er meerdere groepstherapieën op één tijdstip plaatsvonden. Hierdoor kregen er meerdere groepen PMA op hetzelfde moment in één grotere ruimte groepstherapie. Voor PMA die prikkelgevoelig zijn was dit een belemmering. Ook moet de ruimte voor alle PMA toegankelijk zijn ondanks de mobiliteitsproblemen.

Het te kort aan logopedisten wordt ook als een belemmering benoemd door de participanten. Voornamelijk omdat de logopedisten meer PMA willen helpen, maar er een tekort is aan logopedisten.

Als vierde belemmering werden er door twee participanten de vergoedingen benoemd. Eén participant gaf aan dat dit te maken had met een behandel indicatie die PMA moet hebben die niet altijd afgegeven werd. De PMA zou graag deel willen nemen aan de groepstherapie, maar omdat de verzekering geen behandel indicatie gaf, werd dit niet vergoed. De tweede participant gaf aan dat het stukje vergoedingen niet alleen bij de groepstherapie, maar ook bij de individuele therapie als belemmerend gezien wordt. Dit heeft te maken met het bedrag dat vanuit de zorgverzekeringen uitgekeerd wordt.

Als laatste ervaren participanten administratie als een belemmerend aspect. Eén participant gaf aan tijdsdruk te ervaren zodra het om administratie gaat. Echter werd er ook door participanten aangegeven dat dit niet alleen betrekking heeft op groepstherapie, maar ook bij individuele therapie.

Handreiking

De voorkeur van de meeste participanten gaat uit naar een online handreiking. Een clickable document waarbij er in de inhoudsopgave doorverwezen kan worden naar het juiste hoofdstuk. Ook gaven enkele participanten aan het handig te vinden als er een website komt waar ideeën voor groepstherapie gedeeld kunnen worden. Het voordeel hiervan is het up-to-date houden van de informatie die in de handreiking staat, gaven de participanten aan.

Indien het een papieren versie zou worden, gaf een participant aan graag een placemat of folder te willen.

Meerdere participanten gaven aan open te staan om logopedisten die met groepstherapie bij afasie willen beginnen te informeren over de mogelijkheden:

Participant 7:

‘Ja nou, dan zou ik echt wel meegeven: een keer proberen sowieso eerst contact zoeken proberen te zoeken met een collega die dat wel doet. Om het er gewoon eens even over te hebben, maar ook omdat het gewoon heel mooi is om te zien wat voor meerwaarde ook dat lotgenotencontact heeft voor je cliënten.’

Participant 9:

‘Aan de andere kant denk ik ook dat onze collega's soms niet zo goed weten wat ze moeten met een groepsbehandeling. Dat ze toch nog wel heel erg individueel gericht zijn en zich laten afschrikken door ja voorbereiding rapportages, maar ook de groepsdynamiek zelf. Zichzelf heel verantwoordelijk voelen voor het verloop van een behandeling, terwijl dat net zo goed de verantwoording is van de cliënt zelf, want hun zitten daar om hun doelen te behalen. En jij begeleidt ze daarin. Ik nou ja, dat is misschien sowieso wel een valkuil van logo's. Dat je jezelf te verantwoordelijk voelt om de kar maar te trekken tijdens de behandeling, terwijl dat ook een duidelijke rol is van de cliënt, denk ik.’

Ook hadden de participanten ideeën over de inhoud van een handreiking:

- Informatie over groepstherapie algemeen;
- Toelichting dat groepstherapie geen directe vervanging is van de individuele therapie;
- De meerwaarde van groepstherapie (algemeen, kwaliteit van leven en lotgenotencontact);
- Vergoedingen;
- Belemmerende en bevorderende aspecten van groepstherapie;
- Ervaringen;
- Adviezen;
- Informatie over hoe je groepstherapie moet beginnen;
- Mogelijkheden van groepstherapie (inzetten van vrijwilligers, samenwerkingen, materialen, etc.);
- Belang van bereikbaarheid;
- Een kaart waarop te zien valt waar groepstherapie gegeven wordt en welke organisaties/praktijken groepstherapie aangeven.

Participanten vonden het wenselijk als de handreiking opgesteld wordt, zodat deze voor andere disciplines toegankelijk en bruikbaar zijn, om de bekendheid van groepstherapie bij afasie te bevorderen.

Resultaten beschrijving focusgroep interview

Aan het focusgroep interview hebben twee participanten deelgenomen. De participanten hebben aan het begin van het interview een uitleg gegeven over de werksetting. Deze informatie hebben de onderzoekers al verkregen tijdens de individuele interviews. Tijdens het interview is gebruik gemaakt van het onderdeel 'overige' uit de topiclijst. Het doel van het focusgroep interview was om met de participanten het gesprek aan te gaan over de toekomst en de handreiking.

De participanten stelden dat er meer samenwerkingen opgezet moeten worden rondom het geven van groepstherapie. Deze samenwerkingen zouden tussen logopedisten en andere zorgprofessionals ontwikkeld moeten worden. Eén participant gaf aan geen gebruik te maken van Afasienet vanwege de jaarlijkse contributie die betaald moet worden.

De onderzoeker stelde de participanten de vraag de afstand naar de behandellocatie een bepalende factor is in het geven van de groepstherapie. Beide participanten beaamden dit.

Participant 7:

“Maar ja, als deze man 10 km verderop had gewoond, dan had hij waarschijnlijk gezegd ja, heel leuk, maar ik weet niet hoe ik er moet komen en dat gedoe met die regiotaxi's.”

Een belemmering die door de participanten genoemd werd is het tekort aan logopedisten gericht op de afasie. Dit had te maken met het moeilijk in aanraking kunnen komen met de sector neurologie, stelde participant 7 en lichte dit toe:

Participant 7:

“Het aanbod was altijd wel heel lastig hoor van neurologie, want je had ziekenhuizen die dan echt hoge eisen stelden, terwijl ik denk, het gaat om kennismaken en een beetje de doelgroep leren kennen, dus daar had het praktijkbureau heel veel moeite mee om snuffelstages voor de neurologie te vinden.”

Daarentegen stelde een participant 4 dat er niet te veel PMA geworven kunnen worden omdat er te weinig logopedisten binnen de werksetting van de participant werken.

Participant 7:

“Ja en ik probeer nu ook niet heel veel te werven, want ik heb nu 5 mensen dan. Ja, als ik er straks ineens 16 heb, dan zal ik er nou ja, daarvoor al wel zal ik er collega bij moeten vragen en we zitten al krap in het personeel.”

De onderzoekers stelden de participanten een vraag over de toekomst en de bekendheid van groepstherapie.

De vraag die gesteld werd was:

“Over die bekendheid van groepstherapie, bedoel je dat dan voor logopedisten of denken jullie dan ook meer bij de huisartsen?”

Participant 4 antwoordde hierop:

“Ja eigenlijk wel de verwijzers.” Participant 7 reageerde met: “Ik denk dat het juist bij de huisartsen misschien wel meer onder de aandacht gebracht zou kunnen worden, want ik kan me ook voorstellen dat iemand die bijvoorbeeld nog een lichte afasie heeft, helemaal niet op de revalidatie komt, maar meteen naar huis gaat.”

Beide participanten gaven aan dat de profilering met betrekking tot groepstherapie bij afasie verbeterd kan worden.

Participant 4:

“Ja, dat gebeurt al. Wij zitten ook in heel veel netwerken, maar dat is echt individuele behandeling. Dus ja, de stap die we zouden kunnen maken is te laten zien dat we ook groepsbehandelingen kunnen aanbieden. Dat hebben we nog niet gedaan.”

Als laatste is er tijdens het focusgroep interview met de participanten besproken wat van belang is voor een goede handreiking. Hieruit is het volgende naar voren gekomen:

- Een participant gaf aan een databank te willen zien met thema's en materialen die gedeeld kunnen worden
- Verschillen tussen niveaus
- Groepstherapie bij meertaligheid
- Onderzoeken naar groepstherapie
- Scholingen rondom groepstherapie
- Overzicht waar groepstherapie in Nederland gegeven wordt
- Platform waar belemmeringen besproken kunnen worden

Discussie

In dit hoofdstuk wordt de validiteit van dit onderzoek beschreven en resultaten geïnterpreteerd. Ook worden de beperkingen, sterke aspecten van het onderzoek en implicaties besproken. Als laatste worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

In de discussie zijn de resultaten vergeleken met de literatuur. Hierbij dient er rekening gehouden te worden met het gebrek aan literatuur over de ervaring van logopedisten met betrekking tot groepstherapie bij PMA.

Validiteit van het onderzoek

Het doel van het onderzoek was om data te verzamelen met betrekking op de inzichten en ervaringen van logopedisten die groepstherapie bij afasie aanbieden. Tijdens dit onderzoek is er informatie verschaft door middel van de interviews die afgenomen zijn volgens de eerder beschreven methodiek. In deze interviews zijn vragen gesteld die antwoord geven op de hoofd- en subvragen. Hierdoor is er in dit onderzoek onderzocht wat onderzocht diende te worden.

De methode van dit onderzoek is gevolgd tijdens het afnemen van dit onderzoek. Ook is ieder interview geanalyseerd op de wijze zoals in de methode beschreven staat.

Om de datasaturatie te kunnen bereiken is er bij de interviews gebruik gemaakt van verschillende vraagtechnieken om op deze manier een topic te doorgronden. Er is door de onderzoekers niet bij iedere participant even veel doorgevraagd bij iedere topic en er is niet bij iedere participant dezelfde vraag gesteld. Hierbij is er gebruik gemaakt van de methode, echter is de topiclijst gaandeweg aangepast om op deze manier van alle aspecten van groepstherapie de maximale hoeveelheid data te kunnen verzamelen. De interviews zijn op één interview na allemaal online afgenomen.

Om te controleren of de onderzoekers de juiste interpretaties van de participanten hebben overgenomen, is er een membercheck uitgevoerd waarbij de participanten de resultaten gecontroleerd hebben. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Resultaten interpreteren

Het doel van dit onderzoek was het achterhalen wat de bevorderende en belemmerende factoren van groepstherapie bij PMA zijn vanuit het perspectief van de logopedist. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende subvragen opgesteld:

1. Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn er vanuit het perspectief van de logopedist met betrekking tot groepstherapie bij PMA?

2. In welke mate is groepstherapie voor PMA een oplossing om de werkdruk en kosten te verlagen voor de logopedisten?
3. Welke handreikingen kunnen gegeven worden, die werkdruk verlagend kunnen zijn, zonder dat de kwaliteit wordt aangetast?

Subvraag 1: Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn er vanuit het perspectief van de logopedist met betrekking tot groepstherapie bij PMA?

Bevorderende factoren:

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de participanten meer bevorderende aspecten dan belemmerende aspecten van groepstherapie ervaren. Het grootste bevorderende aspect van de groepstherapie is het lotgenoten contact dat de PMA hebben tijdens de groepstherapie. Dit wordt ondersteund door de theorie van Lanyon et al. (2018) die dit ook stelden in hun onderzoek. Echter is het hierbij van belang dat de logopedist zorgt dat de groepsdynamiek optimaal is. Er dient een veilige sfeer te hangen binnen een groep en een klik tussen de participanten.

Individuele therapie versus groepstherapie

Voor de participatie van PMA is het wenselijk om naast de individuele therapie ook groepstherapie te volgen. Meerdere malen werd aangegeven dat groepsbehandelingen bijdragen aan de participatie en eigen regie van PMA. Door het oefenen met communiceren met meerdere PMA wordt geoefend op participatie niveau. De PMA kan hierdoor oefenen om op verschillende manieren te communiceren in dagelijkse gesprekken. Dit komt overeen met de voordelen die benoemd worden in het artikel: ‘groepstherapie bij afasie: spreken we dezelfde taal?’ van van Ewijk, Raven-Takken, & Veldkamp (2016). De logopedist went aan de spraak van de PMA, waardoor zij de PMA vanaf een bepaald moment kunnen begrijpen rondom de communicatie. Tevens is de één op één situatie waarbij een PMA alleen met een logopedist praat zelden in het dagelijkse leven. Zodra de PMA met een ander communiceert bijvoorbeeld in de winkel, dan is de stap groter doordat ten eerste iedere persoon andere communicatievaardigheden heeft en ten tweede de PMA onduidelijk kan zijn, doordat de communicatie met de logopedist goed verliep was maar niet met anderen. Door te oefenen met communiceren met verschillende mensen wordt de kans op begrijpelijk communiceren groter. Ook leren de PMA oplossingen te vinden wanneer de communicatie onjuist verloopt. Hierdoor wordt de eigen regie vergroot, dat past bij de aanpak van ‘Life-Participation Approach to Aphasia’ van Chapey, et al. (2000)

Profijt van behandelmethodieken.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er geen directe behoefte is aan materiaal. Echter is er wel behoefte naar een behandelmethodiek voor de groepsbehandelingen gericht op de opzet van

groepsbehandelingen. Dit geeft de logopedisten meer houvast bij het starten van de groepstherapie. Ook zouden de participanten het fijn vinden als er een format beschikbaar zou zijn met behandeldoelen en hoe deze verwerkt kunnen worden in de groepsbehandelingen. Er is een 'leidraad groepsbehandeling therapie logopedie' opgezet waarin ook benoemd wordt dat de NVLF geen protocollen maakt voor groepsbehandeling. De reden hiervoor is het voorkomen dat zorgverzekeraars dit gaan verplichten (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2022). Deze leidraad helpt logopedisten bij het opzetten van de groepstherapie. Echter is deze leidraad door de participanten van het onderzoek niet benoemd. Een nadeel van deze leidraad is dat deze niet gericht is voor groepsbehandeling bij PMA.

Daarnaast werd aangegeven dat het werken met een gemengde groep lastig kan zijn, aangezien er verschillende doelen zijn per PMA en het voor de logopedist uitdagend is om iedereen aan deze doelen te laten werken. Een behandelmethodiek zou hier de uitkomst voor zijn. Er is een behandelmethodiek uitgewerkt in Rotterdam, maar hier wisten niet veel logopedisten vanaf. Ook is deze niet verder uitgewerkt. De logopedist die het kent vond het een fijn format. Bekendheid van methodieken en materialen speelt een rol voor de uitvoering.

[Meer PMA op 1 tijdstip te kunnen behandelen](#)

Wat betreft tijdsinvestering is het kunnen behandelen van meerdere PMA in een behandeling een bevorderende factor. In plaats van dat er 4 cliënten achter elkaar behandeld worden, krijgen alle PMA in hetzelfde uur therapie. Hierdoor is meer tijd beschikbaar voor andere behandelingen of overige werkzaamheden. De rapportagetijd blijft ongeveer hetzelfde voor een individuele of groepsbehandeling. Er kan geconcludeerd worden dat groepstherapie op het gebied van behandel tijd werkdruk verlagend ingezet kan worden, maar de voorbereidende en administratieve werkzaamheden zorgen ervoor dat dit niet direct werkdruk verlagend werkt voor de participanten ten opzichte van de individuele behandelingen.

[Belemmerend:](#)

[Samenstellen PMA in een groep](#)

Een veel voorkomend gespreksonderwerp was de samenstelling van de groep. Vaak werd aangegeven dat er niet genoeg aanmeldingen waren om de juiste groep samen te stellen en de groep afwisselend te houden. Zodoende kwam het vaker voor dat een PMA baat zou hebben bij het volgen van groepstherapie, maar niet in de groep past omdat PMA bijvoorbeeld andere interesses hebben. Om een groep samen te stellen moet er rekening gehouden worden met enkele factoren.

Een factor wat vaak aangegeven werd was dat de PMA in dezelfde levensfase moeten zitten. Een voorbeeld is het scheiden van PMA die nog in de fase zitten om terug te gaan werken en de PMA die met pensioen zijn.

Een andere factor is de ernst van de afasie. Hier was een discrepantie over tussen de participanten van het onderzoek. Enerzijds werd aangegeven dat het werken met een gemengde groep bevorderend werkt. PMA leren en oefenen met elkaar te communiceren op verschillende communicatieniveaus. Daarentegen kan het voor de logopedist lastig zijn om alle PMA in een groep met verschillende ernstgraden tegelijkertijd optimaal aan hun doel te kunnen laten werken. Anderzijds werd aangegeven dat de groep geselecteerd wordt op de ernst (homogene groep). Er is geen unaniem antwoord op de soort samenstelling van een groep. In het onderzoek van Ewing (2007) worden de voor- en nadelen opgesomd waarbij het nadeel van een opengroep is, dat de groep minder veilig en vertrouwd kan voelen. Dit komt overeen met de antwoorden van de participanten.

Als laatste factor waar de logopedist rekening mee dient te houden is de fase waarin de PMA zit. Bij de revalidatie fase is een herstel te verwachten, waarbij het voor PMA in de chronische fase een behandeling is voor onderhoud. Hiervoor is het dan ook de keuze aan de logopedist om deze samen of apart van elkaar te behandelen.

Ook was er geen unaniem antwoord op hoelang een PMA in de behandelgroep zit. Hier is dus ook nog een overweging te maken. Participanten gaven in een gesprek met de PMA te overleggen wat de verwachtingen nog zijn en eventueel het stoppen van de groepstherapie.

Indicatie

Tijdens de interviews kwam naar voren dat er verschillen zaten tussen zorgverzekeraars qua vergoeding. Relevant is dat alle zorgverzekeraars de individuele en groepsbehandeling tegelijkertijd vergoeden, behalve CZ zorgverzekering. CZ vergoed de behandeling zodra er alléén individuele therapie of groepsbehandelingen aangeboden wordt en niet tegelijkertijd. Voor beiden tegelijkertijd te vergoeden moet een aanvraag worden gedaan bij CZ. Dit werkt belemmerend en is een factor waar rekening mee gehouden dient te worden bij het aanbieden van groepstherapie. Uit de interviews kwam vaker naar voren dat participanten PMA zowel individueel als groepstherapie gaven, vooral in de revalidatiefase. In de chronische fase wordt vaak alleen de groepsbehandeling aangeboden en is de individuele therapie gestopt. Daarnaast kwam ook uit de interviews naar voren dat PMA niet altijd een behandelindicatie kregen vanuit de WMO, terwijl dat wel nodig was om te kunnen behandelen. Op de website van de CZ is geen duidelijkheid te vinden over het gelijktijdig behandelen van een PMA.

Groepsgrootte moet groot genoeg zijn, niet te groot

Participanten gaven vaker aan dat één logopedist gemiddeld 4 PMA kan behandelen in één groepsbehandeling. Echter zijn hier verschillen in te zien per participant. Wel werd er gesteld dat als er een groep van drie PMA is en één PMA meldt zich af, het discutabel is of het aanbieden van de groepstherapie met 2 PMA dan nog rendabel is. Ook werd er gesteld dat een te grote groep nadelig werkt voor de groepstherapie. Hierbij wordt gesteld dat zodra er meer dan 4 PMA zijn in een behandeling, er een andere logopedist, zorgprofessional of vrijwilliger bij moet zijn om de logopedist te ondersteunen. Dit ook een discussiepunt in de literatuur. In de literatuur is hier geen unaniem antwoord over te vinden. Uit onderzoek komt naar voren dat bij directe therapie een kleine groep van 2 tot 5 personen het meest voorkomt. Indirecte groepen kunnen groter zijn (Lanyon, Worrall, & Rose, 2018).

Een factor dat invloed heeft op de groepsgrootte volgens de participanten is het werven van de PMA. Zij stellen dat er momenteel nog veel onbekendheid is rondom het geven van groepstherapie aan PMA bij logopedisten en andere zorgprofessionals. Dit kan ervoor zorgen dat er weinig doorverwijzingen zijn naar de groepstherapie. In de format 'groepsbehandeling herzien' staat de aanbeveling om mogelijke verwijzers te informeren over de groepsbehandelingen zoals huisartsen (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Fionatrie, 2022).

Ruimte en toegankelijkheid

Als een logopedist groepsbehandelingen voor PMA wil gaan aanbieden, dient er rekening te worden gehouden met de grote van de ruimte. Vaak zijn praktijken ingesteld op individuele therapieën, waardoor een grote behandelruimte ontbreekt. Daarnaast is de logopedist ook afhankelijk van de grote van de ruimte voor het aantal deelnemers in een groep. Bij een te kleine ruimte is het niet mogelijk om groepstherapie te kunnen geven of uit te breiden. Ook dient de ruimte toegankelijk te zijn voor bijvoorbeeld mensen met mobiliteitsproblemen (bijvoorbeeld rolstoelen, trappen, verhogingen, etc.). In de literatuur is hier weinig aandacht aan besteed.

Tekort aan logopedisten

Participanten geven aan het fijn te vinden om met meer dan één logopedist de groepstherapie aan te bieden. Dit komt ook ten goede aan de kwaliteit van de behandeling. Er kan hierbij meer begeleiding worden gegeven aan de PMA. Logopedisten kunnen met elkaar overleggen over de inhoud en de PMA van de groepsbehandeling. Hierbij is een belemmerende factor de werving van logopedisten die afasiebehandelingen geven. Ten eerste werd benoemd dat er een te kort is aan logopedisten die PMA behandelen. Participanten gaven aan dat er meer logopedisten voor de doelgroep kinderen kiezen

waardoor er weinig logopedisten met PMA werken. Echter is er geen literatuur te vinden die deze stelling kan bevestigen.

Voor één participant is het gevolg van de groeiende wachtlijsten dat zij van wekelijkse groepsbehandelingen momenteel om de week groepsbehandelingen aanbiedt. Deze participant geeft aan dat groepstherapie zeer bevorderend is voor de PMA, maar vanwege personeelstekort het niet mogelijk is om de groepstherapie wekelijks aan te bieden. Hierdoor wordt de behandelintensiteit verlaagd. Het personeelstekort wordt bevestigd door het artikel van de NVLF waarin gesteld wordt dat logopedische vacatures landelijk moeilijk vervuld worden (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2021).

Vergoedingen voor behandeling

Wat betreft de vergoedingen in de eerstelijnszorg komt naar voren dat de vergoedingen en kosten voor groepstherapie ongeveer gelijk zijn volgens de participanten. Als participanten in de eerstelijnszorg in loondienst werken, zijn zij niet afhankelijk van de vergoedingen van de zorgverzekeraar per PMA maar van de werkgever. Echter gaf één participant aan niet in loondienst te werken en hierdoor op het gebied van loon afhankelijk is van het tarief van de zorgverzekeraar. Deze participant benoemde wel de groepsbehandelingen aan te willen blijven bieden omdat de groepstherapie een positief effect heeft voor PMA. Rompen, Remijn, & van Ewijk (2022) stellen:

‘Mocht deze groep eerstelijnslogopedisten besluiten om geen logopedische zorg meer te verlenen aan PMA, omdat dit bedrijfseconomisch en/of kwalitatief niet meer haalbaar is, dan betekent dit een verlies van 58% van de logopedische zorg voor PMA in de eerstelijns.’

Dit bevestigt de lage vergoedingen voor afasiebehandelingen in het algemeen. Er is geen literatuur te vinden specifiek op logopedische groepsbehandelingen bij PMA. Daarnaast zijn de tarieven voor de groepsbehandelingen op de website van de NVLF te vinden.

In de tweedelijnszorg zijn de logopedisten vaak niet direct betrokken bij het aspect van de vergoedingen. Dit wordt binnen de organisatie geregeld waarbij de logopedisten ook in loondienst werken.

Vergoeding voor voorbereiding en administratie

Zorgverzekeraars eisen dat logopedisten werkzaam in de eerstelijnszorg rapportages en verslagen maken over de groepsbehandelingen. Echter geven participanten aan dat voorbereiding- en administratietijd niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Anderzijds geven participanten zelf aan dat het niet reëel is om te rapporteren in de behandeltime, vanwege de dynamiek, aandacht en intensieve begeleiding die de PMA nodig hebben. In de tweedelijnszorg is hier wel een budget voor. Per revalidant is er een budget voor de gehele zorg waarbij een organisatie zelf indeelt hoeveel tijd voor de behandeling is en de administratie besteed wordt. Deze discrepantie tussen de eerste- en tweedelijnszorg wordt als oneerlijk beschouwd, aangezien logopedisten uit beide werksettingen groepsbehandelingen geven en evenveel werkzaamheden hieraan overhouden.

Administratie

Een belangrijk aspect van de groepstherapie is de administratie hoewel deze ook als belemmerende factor gezien wordt door de participanten. De reden hiervoor is dat er veel tijd geïnvesteerd moet worden voor goede rapportages en deze vanuit de zorgverzekeraar niet altijd vergoed worden. De NVLF beaamt dit op hun website pagina waar logopedisten vragen kunnen stellen wat betreft de vergoedingen in de vrije vestiging (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2020). Hierdoor krijgen de rapportages niet altijd de aandacht die nodig is om waardevolle rapportages te maken, terwijl participanten wel de meerwaarde hiervan inzien. Om goede rapportages te maken hebben de participanten genoeg tijd nodig. Omdat deze tijd er momenteel niet is, gaven participanten aan dat zij hierdoor de meerwaarde van de schriftelijke rapportages niet altijd inzien. Om optimale zorg van kwaliteit te kunnen aanbieden zal hier een verandering in moeten komen.

Echter is de manier van rapporteren afhankelijk van de instelling of organisatie waar de logopedist in werkt. Participanten gaven aan dat één rapportage per groepsbehandelingen voldoende is, terwijl andere participanten aangeven op meerdere manieren te moeten rapporteren. Ook gaven participanten aan mondeling te rapporteren in de tweedelijnszorg met andere betrokkenen. Er dient een overeenstemming te komen tussen het werkveld en zorgverzekeraars wat betreft de verwachtingen en haalbaarheid om efficiënt te rapporteren bij groepstherapie en eventueel de administratielasten te verminderen.

Subvraag 2: In welke mate is groepstherapie voor PMA een oplossing om de werkdruk en kosten te verlagen voor de logopedisten?

De verwachtingen van de onderzoekers waren dat het inzetten van groepstherapie bij afasie werkdruk verlagend en kostenverlagend zou werken. Echter is een opvallende bevinding dat de participanten stellen dat groepstherapie niet werkdruk verlagend en kosten verlagend ingezet kan worden. Dit spreekt ook de stelling van (Raven-Takken, Veldkamp, & van Ewijk, 2016) tegen die stelt dat groepstherapie kosten-effectief is.

Bij de vraag over de kosten met betrekking tot de groepstherapie gaven participanten aan dat dit door de werkgever geregeld werd, waardoor de participanten hier geen specifiek antwoord op konden geven. Vanuit het perspectief van de logopedist wordt aangegeven dat er per groepstherapie minder verdiend wordt dan bij individuele behandelingen. Dit wordt ondersteund door het tarieven overzicht van de NVLF (bijlage 10).

Participanten stellen dat er veel verandering nodig is op logopedisch gebied om groepstherapie werkdruk verlagend in te kunnen zetten. Dit is een stelling die volgens de onderzoekers niet alleen betrekking heeft op groepstherapie, maar ook individuele therapie. Samenhangend is de hoge werkdruk die op logopedisten ligt. Dit werd ook door de participanten van dit onderzoek beaamd.

Desondanks geven participanten aan dat groepstherapie wel tijdbesparend kan werken omdat er binnen één therapie moment meerdere PMA behandeld kunnen worden in plaats van 4 participanten achter elkaar. De administratieve werkzaamheden zorgen ervoor dat groepstherapie niet werkdruk verlagend is. Deze werkzaamheden blijven gelijk of worden meer, afhankelijk van de eisen die gesteld worden. De reden hiervoor is dat er individuele rapportages en er in enkele gevallen (afhankelijk van de werksetting) ook groepsrapportages gemaakt dienen worden. Het hebben van te weinig tijd komt overeen met het onderzoek van Langejan, T. W. (2014) waarin gesteld wordt dat zorgverzekeringen niet de aanbevolen tijden hanteren. De onderzoekers stellen dat het van groot belang is dat zorgverzekeraars de juiste vergoedingen geven voor behandelingen en administratieve werkzaamheden (voorbereidingen en administratie). Op deze manier kan de kwaliteit van logopedie gewaarborgd en verbeterd worden.

Om antwoord te geven op subvraag 2, kan er gesteld worden dat groepstherapie in het heden nog niet werkdruk verlagend ingezet kan worden, tenzij er veranderingen plaatsvinden op

Subvraag 3: Welke handreikingen kunnen gegeven worden, die werkdruk verlagend kunnen zijn, zonder dat de kwaliteit wordt aangetast?

Om deze subvraag te kunnen beantwoorden is er een handreiking opgezet die de logopedisten kunnen ondersteunen bij het geven van groepstherapie aan PMA. Deze handreiking is toegevoegd als bijlage (bijlage 11).

Er was een discrepantie te zien over de vorm van de handreiking. Enkele participanten wilde deze in de vorm van een pdf bestand zien, echter wilde andere een website of een andere online format. De onderzoekers beschouwden deze ideeën als waardevol, echter lag deze vraag niet binnen dit onderzoek, maar is dit een aanbeveling voor een volgend project.

Beperkingen van het onderzoek

De lezer moet er rekening mee houden dat deze studie gebaseerd is op een minimale deelname van 15 participanten. Echter zijn er ondanks het inzetten van alle kanalen (social media, bellen, e-mails, LinkedIn, etc. (zie werving)) 9 participanten geworven. Hierdoor is het minimale aantal niet bereikt en zijn er minder interviews met verschillende logopedisten afgenomen dan gewenst was. Deze werving had ook invloed op het aantal participanten voor het focusgroep interview. Hieraan hebben in totaal 2 participanten deelgenomen. De reden hiervoor was dat participanten aangaven het te druk te hebben om nog een keer tijd vrij te maken en het niet terug krijgen van een respons.

In totaal is er één interview op locatie afgenomen, terwijl het gewenst was om alle interviews op locatie af te nemen. De reden hiervoor was dat participanten het makkelijker vonden om het online af te nemen. Door de interviews op locatie af te nemen, zouden de interviews persoonlijker kunnen zijn, waardoor er vertrouwelijker gesproken zou kunnen worden.

Een ander beperking van het onderzoek is dat er niet bij alle participanten precies dezelfde vragen gesteld zijn. Dit heeft ermee te maken dat er semi-gestructureerde interviews afgenomen zijn waarbij niet alle vragen op voorhand vastgesteld zijn. Hierdoor hebben de onderzoekers geen totaalbeeld kunnen krijgen bijvoorbeeld van hoeveel PMA in één groepstherapie mochten deelnemen volgens iedere participant. De onderzoekers kunnen hierdoor belangrijke data gemist hebben.

Sterke aspecten van het onderzoek

Een sterk aspect van dit onderzoek is dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar het perspectief van de logopedist met betrekking tot groepstherapie bij PMA. Door middel van dit onderzoek kan groepstherapie bij PMA verder ontwikkeld worden. Ook biedt dit onderzoek meer duidelijkheid over hoe groepstherapie aangeboden wordt in Nederland en is dit een ondersteuning voor logopedisten die groepstherapie aanbieden of willen opstarten.

Het tweede sterke aspect van dit onderzoek is dat participanten verspreid over heel Nederland deelgenomen hebben aan dit onderzoek. Hierdoor is er een landelijk onderzoek uitgevoerd dat niet regio gebonden is.

Het derde sterke aspect heeft betrekking op de participanten van dit onderzoek. De participanten zijn werkzaam in zowel de eerstelijnszorg als de tweedelijnszorg. Hierdoor is er onderzoek gedaan naar het aanbieden van groepstherapie in verschillende werksettingen. De Baarda et al. (2021) onderzoekers hebben hierdoor ook data kunnen verzamelen over de verschillen in werksettingen en de invloeden van contracten tussen logopedist en werkgever op de groepstherapie. Doordat er participanten uit verschillende werksettingen deelgenomen hebben aan dit onderzoek, is er ook data verzameld over de doelgroep en verschillende vormen van groepstherapie afhankelijk van de werksetting.

Een vierde sterke aspect is dat bij alle interviews beide onderzoekers aanwezig waren. Hierdoor konden de onderzoekers elkaar aanvullen op het moment dat er niet genoeg doorgevraagd werd.

Het vijfde sterke aspect is dat de onderzoekers een membercheck hebben uitgevoerd. De resultaten zijn opgestuurd naar de participanten om foute interpretaties van de onderzoekers te voorkomen.

Het voorlaatste sterke aspect van dit onderzoek is dat de onderzoekers gebruik hebben gemaakt van een topiclijst. Hierdoor hebben de onderzoekers data kunnen verzamelen per topic totdat de datasaturatie bereikt werd.

Het laatste sterke aspect is dat de onderzoekers gebruik hebben gemaakt van verschillende methodieken. Een van deze methodieken was dat de participanten op voorhand vragen en de topiclijst toegestuurd kregen waardoor de participanten voorbereid konden deelnemen aan het interview. Een andere methodiek was het inzetten van verschillende vraagtechnieken waardoor de participanten open konden antwoorden op de vragen. (Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E & van der Velden, T., 2021)

Implicaties

Doordat er nog veel onbekendheid is over de voordelen van groepstherapie, waar het aangeboden wordt en de inhoud worden PMA vaak niet doorverwezen naar praktijken en/of instellingen waar groepstherapie aangeboden wordt. Door aan de bekendheid van groepstherapie te werken, kunnen belemmerende aspecten zoals werving en te weinig samenwerkingen met andere disciplines verminderd en/of verholpen worden. Op deze manier kunnen logopedisten PMA de optimale zorg

aanbieden. Tevens hopen de onderzoekers andere logopedisten te motiveren om groepstherapie bij afasie aan te bieden. Door middel van het opzetten van een handreiking gericht op alle disciplines, verwachten de onderzoekers meer bekendheid te creëren over het aanbieden van groepstherapie bij PMA bij logopedisten, zorgprofessionals en huisartsen.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

De hoofdvraag die in dit onderzoek onderzocht is zou nogmaals onderzocht mogen worden. Naar aanleiding van dit onderzoek is naar voren gekomen dat er op veel meer plaatsen in Nederland groepstherapie bij afasie aangeboden wordt. Echter hebben de onderzoekers maar 9 participanten kunnen werven voor dit onderzoek. Er wordt aangeraden deze hoofd- en subvragen nogmaals te onderzoeken met meer participanten om op deze manier de werkwijze verspreid over meerdere deelnemers te kunnen onderzoeken en een handreiking gebaseerd op meer validiteit te kunnen realiseren. Het is gewenst om meer onderzoek te doen naar de ervaringen van PMA rondom groepstherapie. Door hier onderzoek naar te doen, kunnen de gegevens uit het huidige onderzoek samen gevoegd worden met de gegevens uit onderzoek naar de ervaringen van de PMA. Op deze manier kan de kwaliteit van groepstherapie vanuit beide perspectieven verbeterd worden. Tevens kan er ook onderzoek gedaan worden naar een manier om meer structuur te geven aan groepstherapie om logopedisten meer handvaten te geven bij het geven van groepstherapie. Ook bevelen de onderzoekers aan met de gegevens uit dit onderzoek een website of online omgeving op te zetten waarin informatie en behandelmateriaal gedeeld kan worden met betrekking op groepstherapie bij PMA.

Conclusie

In dit onderzoek is er aan antwoord gezocht op de vraag:

‘Welke factoren belemmeren dan wel bevorderen groepstherapie bij personen met afasie vanuit het perspectief van de logopedist en in welke mate kan groepstherapie bijdragen aan het verminderen van de werkdruk en administratieve last?’

Er kan geconcludeerd worden dat de logopedisten vinden dat groepstherapie een meerwaarde heeft voor PMA, omdat er tijdens de groepstherapie op participatieniveau geoefend kan worden. Groepstherapie wordt om deze reden als de tussenstap naar de maatschappij gezien. Echter, zijn er nog veel veranderingen nodig om groepstherapie effectief in te zetten. Ook wordt het lotgenotencontact als groot bevorderend aspect van groepstherapie gezien door de participanten.

De resultaten hebben uitgewezen dat groepstherapie momenteel niet werkdruk verlagend ingezet kan worden. Ook helpt het inzetten van groepstherapie niet bij het verminderen van de administratieve lasten, maar in enkele gevallen kan dit vermeerderd worden. Een ander belemmerend aspect was het werven van de participanten. Dit staat in verband met de weinige bekendheid over groepstherapie bij afasie. Participanten hebben aangegeven meer bekendheid te willen over het aanbieden van groepstherapie bij afasie en meer samenwerkingen rondom groepstherapie met andere logopedisten, disciplines en huisartsen. Ook wensen participanten betere vergoedingen voor de eerstelijnspraktijken en veranderingen op het gebied van administratieve werkzaamheden.

Er moet in gedachten gehouden worden dat iedere logopedist een eigen manier van behandelen heeft en de groepstherapie op een eigen manier aan zal bieden waarbij de inhoud, groepsgrootte en samenstelling van de groep verschillend is per logopedist en setting.

Met de resultaten van dit onderzoek is een handleiding opgezet die logopedisten kan ondersteunen bij het aanbieden van groepstherapie of het opstarten van groepstherapie. Ook is deze handreiking opgezet om naar andere zorgprofessionals en huisartsen te sturen om de bekendheid van groepstherapie voor PMA te vergroten.

Als logopedisten willen we de PMA helpen om hun leven op te pakken na een NAH. Waarom werken we als logopedisten, zorgprofessionals en huisartsen niet samen om de stap naar participatie voor de PMA makkelijker te maken?

Bibliografie

- AfasieNet. (2015, december 15). *Wat is afasietherapie?* Opgehaald van AfasieNet: <https://www.afasienet.com/professionals/wat-is-afasietherapie/>
- Attard, M. C., Loupis, Y., Togher, L., & Rose, M. L. (2019). Experiences of people with severe aphasia and. *Disability and Rehabilitation*. doi:10.1080/09638288.2018.1526336
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E. & van der Velden, T. (2021). Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. In B. E. Baarda, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (pp. 176-247). Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B.; Bakker, E.; Boullart, A.; Fischer, T.; Julsing, M.; Kostelijk, E.; van der Velden, T. (2021). Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. In B. Baarda, E. Bakker, A. Boullart, T. Fischer, M. Julsing, E. Kostelijk, & T. van der Velden, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (pp. 176-177). Groningen: Noordhoff.
- Bastiaanse, R. (2011). *Afasie*. Houten: Springer uitgeverij.
- Berns, P., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M., van Lonkhuijzen, J., & CBO. (2020). *Logopedische Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie'*.
- Berns, P., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M., van Wessel, S., . . . van Lonkhuijzen, J. (2015). *Logopedische Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Boghal, S. K., Teasell, R., & Speechley, M. (2003). Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. *Stroke*, 987-993.
- Chapey, R., Duchan, J. E., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J., & Simmons-Mackie, N. (2000). *Life participation approach to aphasia: A Statement of values for the future*. ASHA leader.
- Cuijpers, P. (1999). *De methodiek van de ondersteuningsgroep, van theorie naar toepassing in de Praktijk*. Nijkerk: Vbk Media.
- Dalemans, R. (Regisseur). (2021). [Film].
- David, R., Enderby, P., & Bainton, D. (1982). Treatment of acquired aphasia: speech therapists and volunteers compared. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 957-961.
- Dingemans, K. (2017, maart 14). *Stappenplan om interviews te coderen | Uitleg & voorbeelden*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>
- Elmann, R., & Kearns, K. (2008). Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. In R. Elmann, & K. Kearns, *Group Therapy for Aphasia* (pp. 376-400). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eskes, A., & van Oosterveen, C. (2021). *Onderzoek langs de meetlat*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ewing, S. E. (2007). Group Process, Group Dynamics, and Group Techniques with Neurogenic Communication Disorders. *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders, The Experts Clinician's Approach*, pp. 11-24.
- Kemps, R., Farenhorst, N., & Vrancken, P. (2015). Hersenletsel: begrijpen en begeleiden. In R. Kemps, N. Farenhorst, & P. Vrancken, *Hersenletsel: begrijpen en begeleiden* (pp. 1-130). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Kloda, L., Boruff, J., & Soares Cavalcante, A. (2020). A comparison of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) to a new, alternative clinical question framework for search skills, search results, and self-efficacy: a randomized controlled trial. *Journal of the Medical Library Association*, 108.
- Langejan, T. W. (2014, 3 12). *Monitor Zorginkoop en beleidsbrief*. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3170_22/1/

- Lanyon, L., Rose, M., & Worrall, L. (2013). The efficacy of outpatient and community-based aphasia group interventions. *International Journal of Speech-Language* , 359-374.
- Lanyon, L., Worrall, L., & Rose, M. (2018). What really matters to people with aphasia when it comes to group work? A qualitative investigation of factors impacting participation and integration. *International Journal of Language & Communication Disorders*(3), p. 7. doi:10.1111/1460-6984.12366
- Lijmreemse, C., & van den Ende, C. (2003). *De wenselijkheid van erkende specialisatie binnen de logopedie*. Utrecht: Nivel.
- Lima, R. R., Massi, G. A., Guarinello, A. C., Silveira, N. C., Cuzzo, L. G., Weber, A. H., . . . Lima, H. d. (2018). The impact of group therapy for aphasia on quality of life. *International Aphasia Rehabilitation Conference* , 126-127.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2022, februari 1). *Format groepsbehandeling herzien*. Opgehaald van Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie: <https://www.nvlf.nl/nieuws/format-groepsbehandeling-herzien/>
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie . (2021, mei 26). *Veelgestelde vragen – Vrije vestiging – Wet- en regelgeving*. Opgehaald van NVLF: <https://www.nvlf.nl/veelgestelde-vragen-vrije-vestiging-wet-en-regelgeving/>
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie . (2022, januari 25). *Landelijk moeilijk vervulbare vacatures over alle werkvelden logopedie*. Opgehaald van NVLF: <https://www.nvlf.nl/nieuws/landelijk-moeilijk-vervulbare-vacatures-over-alle-werkvelden-logopedie/>
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2020). *Veelgestelde vragen – Vrije vestiging – (Vrije) tarieven*. Opgehaald van Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie: <https://www.nvlf.nl/veelgestelde-vragen/vrije-vestiging-vrije-tarieven/>
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2022, januari 1). *Leidraad groepsbehandeling logopedie*. Opgehaald van Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie: <https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2022/01/4k.-Bijlage-Format-groepsbehandeling-logopedie.pdf>
- Nederlandse vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2019, april 2). *Problematiek rond logopedie neemt toe*. Opgehaald van NVLF: <https://www.nvlf.nl/nieuws/problematiek-rond-logopedie-neemt-toe/>
- Pachalska, M. (2007). Group therapy: A way of reintegrating patients with aphasia. *Aphasiology*, 573-577.
- Peters, H., Bastiaanse, R., Van Borsel, J., Dejonckere, P., Jansoniusschultheiss, K., Van der Meulen, S., & Mondelaers, B. (2014). Psychosociale begeleiding bij afasiepatiënt en partner. In H. Peters, R. Bastiaanse, J. Van Borsel, P. Dejonckere, K. Jansoniusschultheiss, S. Van der Meulen, & B. Mondelaers, *Verworven taalstoornissen* (pp. 181-199). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Peters, H., Bastiaanse, R., Van Borsel, J., Dejonckere, P., Van der Meulen, S., Mondelaers, B., & Jansoniusschultheiss, S. (2005). Groepstherapie. In H. Peters, R. Bastiaanse, J. Van Borsel, P. Dejonckere, S. Van der Meulen, B. Mondelaers, & S. Jansoniusschultheiss, *Groepstherapie* (pp. 167-179). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Peters, H., Van Borsel, J., Bastiaanse, R., Dejonckere, P., Jansoniusschultheiss, K., Van der Meulen, S., & Mondelaers, B. (2014). Groepstherapie. In H. Peters, J. Van Borsel, R. Bastiaanse, P. Dejonckere, K. Jansoniusschultheiss, S. Van der Meulen, & B. Mondelaers, *Verworven taalstoornissen* (pp. 167-177). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pitt, R., Theodoros, D., Hill, A. J., & Russell, T. (2019). The impact of the telerehabilitation group aphasia intervention and networking programme on communication,

- participation, and quality of life in people with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 513-523.
- Raven-Takken, E., Veldkamp, M., & van Ewijk, L. (2016, april 15). *Groepstherapie bij afasie: spreken we dezelfde taal?* Opgehaald van Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie: <https://www.nvlf.nl/wetenschap/groepstherapie-bij-afasie-spreken-we-dezelfde-taal/>
- Rompen, H., Remijn, L., & van Ewijk, L. (2022, mei 6). *Afasiebehandeling, bedrijfseconomisch bekeken Afasiebehandeling in de eerstelijnspraktijk; logopedische zorg vanuit bedrijfseconomisch perspectief bekeken*. Opgehaald van NVLF: <https://www.nvlf.nl/wetenschap/afasiebehandeling-bedrijfseconomisch-bekeken/>
- Rompen, Helene; Remijn, Lianne; van Ewijk, Lizet. (2022, mei 6). *Afasiebehandeling, bedrijfseconomisch bekeken*. Opgehaald van NVLF: <https://www.nvlf.nl/wetenschap/afasiebehandeling-bedrijfseconomisch-bekeken/>
- van der Scheer, E., & Veelwaard, M. (2007). *Groepstherapie bij afasie*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.
- van Ewijk, L., Raven-Takken, E., & Veldkamp, M. (2016, april 15). *Groepstherapie bij afasie: spreken we dezelfde taal?* *Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*.
- van Harskamp, F., & Visch-Brink, E. (1998). Evaluatie van het effect van taaltherapie bij afatische patiënten. *Nijmegen University Press*, 213-232.
- Zorginstituut Nederland. (2021, maart 11). *Logopedie (Zvw)*. Opgehaald van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/logopedie-zvw>

Bijlagen

Bijlage 1 – begrippenlijst

CIAT/ CILT

Constraint-Induced Aphasia Therapy ook wel Constraint-Induced Language Therapy.

CIAT richt zich alleen op mondeling uiten. Dit is een groepstraining waarin deelnemers in de behandeling ‘moeten’ praten. Gebaren maken of opschrijven mag niet. De oefeningen worden steeds moeilijker.

Directe taaltherapie

Kenmerkend voor deze vorm van therapie is de therapeut-cliënt interactie. De rol van de therapeut is hierbij van groot belang. Tijdens de therapie wordt er gericht gewerkt aan taalaspecten die passend zijn bij de PMA. Centraal in deze therapie staat de stimulus-respons methode.

Kenmerken van deze therapie zijn:

- De doelgroep bestaat uit PMA. De groepen kunnen gemengd opgesteld worden waarbij de moeilijkheidsgraad oplopend aangeboden kan worden. Binnen een therapiegroep kunnen personen met verschillende soorten afasie zitten, ofwel heterogeen genoemd;
- De duur van de therapie is afhankelijk van de doelen die zijn opgesteld;
- Het doel van de therapie is gericht op het herstellen van de aangedane functie;
- De PMA binnen deze groep werken individueel aan de opgestelde doelen. Deze doelen kunnen op verschillende niveaus zijn. De therapeut stelt specifieke doelen op;
- De directe taaltherapie is een aanvulling op de reguliere therapie;
- De PMA helpen elkaar in hoeverre dit mogelijk is;
- Een gestructureerde therapie is van belang;
- Hoofdzakelijk discussiëren PMA in de therapie over onderwerpen die actueel zijn. De PMA discussiëren binnen een taalmodaliteit die voor de PMA toegankelijk is;
- Behandelprogramma's die binnen deze therapie ingezet kunnen worden zijn: CILT en CIAT
- Bij directe taaltherapie hoeft er geen vaste groep te zijn om mee te werken. De deelnemers kunnen dus per therapie verschillen. Dit wordt ook wel een open groep genoemd. (Scheer van der & Veelwaard, 2007)

Familiebegeleidingsgroepen

Deze therapievorm is gericht op de familie van de PMA. De deelnemers worden geïnformeerd over afasie en wat hier de dit betekent voor de PMA en de omgeving. Tijdens de behandeling wordt er gediscussieerd over de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen. De groep wordt begeleid door een logopedist en maatschappelijk werker of psycholoog en bestaat uit 4 tot 10 deelnemers. Het is gebruikelijk dat er 7 tot 12 bijeenkomsten zijn met iedere keer dezelfde deelnemers.

Kenmerken van familiebegeleidingsgroepen:

- Gericht op de familie van de PMA
- Informeren over afasie
- 4 tot 10 deelnemers
- 7 tot 12 bijeenkomsten (Scheer van der & Veelwaard, z.d.)

Indirecte taaltherapie groepen

Bij indirecte taaltherapie worden communicatieve interacties geoefend. Denk hierbij aan begroeten, adviseren, discussiëren, vertellen, beredeneren, compliment geven en het uitvoeren van een alledaags gesprek.

Er zijn nog niet veel behandelmethodes ontwikkeld die gebruikt kunnen worden binnen de indirecte taaltherapie. Om deze reden is de effectiviteit van het geven van indirecte taaltherapie aan PMA moeilijk in kaart te brengen. Ook evidentie hiervoor is lastig te vinden.

Bloom (1962) heeft een therapievorm opgezet waarbij er op intensieve manier met de PMA geoefend wordt. Er werd geoefend op participatieniveau. Het doel is om de functionele communicatieve vaardigheden te verbeteren die in het dagelijkse leven gebruikt worden. De PMA krijgt één uur individuele therapie, één uur auditieve taalstimulatie en één uur groepstherapie per dag aangeboden door meerdere therapeuten.

De indirecte taaltherapie kan verward worden met de sociolinguïstische therapie. Echter moet er in gedachten gehouden worden dat er bij indirecte taaltherapie gewerkt wordt aan het ontwikkelen van de linguïstische vaardigheden, terwijl er bij sociolinguïstische wordt gewerkt aan de acceptatie van het taalprobleem en het omgaan met de afasie.

Kenmerken van indirecte therapie (NVL, 2022) zijn:

- Ongestructureerde therapie
- Behandelen gericht op het voeren van gesprekken, discussies voeren, rollen spelen, uitjes en telefoongesprekken voeren.
- Geen concrete doelen
- De PMA die deelnemen aan de therapie zitten allemaal in de chronische fase
- De therapie is van onbeperkte duur
- De deelnemers kunnen per therapie verschillen (open groep)
- 5 dagen in de week 6 tot 8 uur oefenen is een voorwaarde voor een optimaal herstel.
(Wepman (1947)) (Scheer van der & Veelwaard, z.d.)

Multifunctionele groepen

De meeste groepen zijn multifunctionele groepen. Tijdens de therapie wordt er gewerkt aan meerdere doelen in plaats van alléén aan taalstimulatie of het contact met lotgenoten. Het grootste doel tijdens de therapieën is het stimuleren van de taal. Gevolgd door emotionele steun, functionele communicatie en het contact met andere PMA.

In 2001 heeft Keagan in Kearns een multifunctionele groep beschreven. Deze groep had het doel de functionele communicatie te ondersteunen en onafhankelijk van elkaar te stimuleren. Daarbij moesten de resultaten uit de individuele therapie behouden worden. De logopedist leidde hier vrijwilligers voor op waarmee er samen werd geoefend aan dagelijkse communicatie in een groepsverband.

Ook is er een ander voorbeeld van een multifunctionele groep (Radonjix&Rakuscen in Kearns, 2001). Hierbij werd er als doel gesteld de emotionele spanning te verlagen, het aansporen in het vinden van/ontwikkelen/gebruiken van communicatie in sociale situaties. Activiteiten zoals ontspanningsoefeningen, gebarenspeel, tekenen en muziek luisteren kwamen naar voren binnen deze multifunctionele groep.

Daarnaast heeft Pachalska (1991) heeft een methode opgezet. Deze methode heet CARM complex Aphasia Rehabilitation Model) waarin een individueel gedeelte en groeps gedeelte in verwerkt is.

Kenmerken van multifunctionele therapie zijn:

- De deelnemers bestaan uit PMA in de chronische fase
- De duur van de therapie is zolang de PMA dat wenst
- Tijdens de therapie wordt er aan meerdere doelen gewerkt
- De activiteiten die tijdens de therapie uitgevoerd worden variëren van aard.
- De deelnemers mogen verschillen per therapiesessie (open groep) (Scheer van der & Veelwaard, z.d.)

Onderhoudsgroep

In de onderhoudsgroep wordt gekeken naar het ondernemen van activiteiten en staat participatie in de samenleving centraal. Dit kan worden gedaan aan de hand van een afasiekoor, foto- of kookgroepen en andere hobbyclubs (Hersenletsel.nl, 2016).

Interactie tussen de PMA wordt gestimuleerd in een veilige setting, onder begeleiding van een logopedist en vrijwilligers. In de onderhoudsgroepen zitten PMA die geen intensieve, individuele therapie meer volgen. Om die reden maakt de duur van de onderhoudstherapie niet uit en mag deze doorgaan zolang de PMA dat wenst.

Kenmerken van onderhoudstherapie zijn:

- Het doel van de onderhoudstherapie is het behouden van aangeleerde vaardigheden die de PMA geleerd heeft als de intensieve, individuele therapie gestopt is.
- De duur van de therapie is onbeperkt. De PMA mag zelf bepalen hoe lang de therapie door gaat.
- Sociale interactie en activiteiten worden gepland rondom de interesses van de PMA.
- Begeleid door een logopedist en vrijwilligers.
- De deelnemers verschillen per keer (open groep) (Scheer van der & Veelwaard, z.d.)

PACE

PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness) is een wereldwijde bekende behandelmethode en heeft als doel de patiënt te laten zien hoe hij zich in bepaalde communicatieve situaties het beste kan redden.

Psychosociale groepen

Bij de psychosociale groepen staat het sociale contact centraal. De PMA en hun familie leren tijdens de therapie met hun emoties en het psychologische effect dat de afasie veroorzaakt om te gaan.

Gesprekken voeren met de PMA kan hierbij helpen.

Resultaten van deze therapie zijn een verbeterd vermogen om met stress om te gaan en minder angst rondom het communicatieprobleem. Ook krijgen PMA beter inzicht in de problemen en gevoelens die zij voelen.

(Wepman (1947))

Kenmerken van psychosociale therapie zijn:

- De doelgroep bestaat uit PMA. Het soort afasie maakt hierbij niet uit. Daarentegen is het aan te raden om PMA die enigszins dezelfde afasie hebben, in dezelfde behandelgroep te zetten. Dit zodat de activiteiten hierop aangepast kunnen worden.
- PMA kunnen gevoelens met elkaar bespreken en ventileren. Dit kan ervoor zorgen dat PMA beter om kunnen gaan met de psychische impact van de afasie.
- De duur van de therapie is ongeveer 16 bijeenkomsten.
- Contact met andere PMA staat centraal.
- Voorbeeld van therapie oefeningen zijn: zingen, taalspellen, discussiëren, rollenspellen, en zo voorts.
- Bij psychosociale therapie is het van belang dat er bij iedere therapie dezelfde deelnemers zijn zodat er een band opgebouwd kan worden tussen de PMA. Gesloten groep. (Scheer van der & Veelwaard, z.d.)

Sociolinguïstische groep

Bij sociolinguïstische therapie ligt de nadruk op het leren leven met een afasie, de acceptatie hiervan.

Nadat directe taaltherapie groepen ontstaan zijn, stelden Wilcox & Davis in Kearns (2001) dat de therapie in mindere mate door logopedisten geleid moet worden en er meer ruimte moet zijn voor tips aan elkaar, discussies, etc. Hierop volgde een nieuwe soort therapie: sociolinguïstische therapie.

Hierbij werd de rol van de logopedist naar de achtergrond geschoven en staan de interacties tussen PMA centraal. De logopedist begeleidt de groep en zorgt voor structuur tijdens de therapie, met de achterliggende gedachten om vaardigheden te ontwikkelen op activiteiten- en participatieniveau die PMA kunnen inzetten in alledaagse situaties.

Kenmerken van sociolinguïstische therapie zijn:

- De doelgroep bestaat uit PMA in de chronische fase.
- De duur van de therapie is onbeperkt.
- Tijdens de therapie wordt de interactie tussen PMA gestimuleerd, zonder dat de logopedist veel moet ingrijpen.
- De logopedist begeleidt de groep en zorgt voor structuur.
- Het doel is om de alledaagse communicatie te verbeteren.
- Voorbeelden van activiteiten tijdens de therapie zijn: het uitwisselen van persoonsgegevens, begroetingen, gedachten wisselen en zo voorts.
- Therapieprogramma: PACE. Hierbij worden aspecten zoals beurt nemen, geven van nieuwe informatie en feedback geven centraal.
- De deelnemers van de therapie kunnen per keer verschillen (open groep). ((Scheer van der & Veelwaard, z.d.)

Transitiegroep

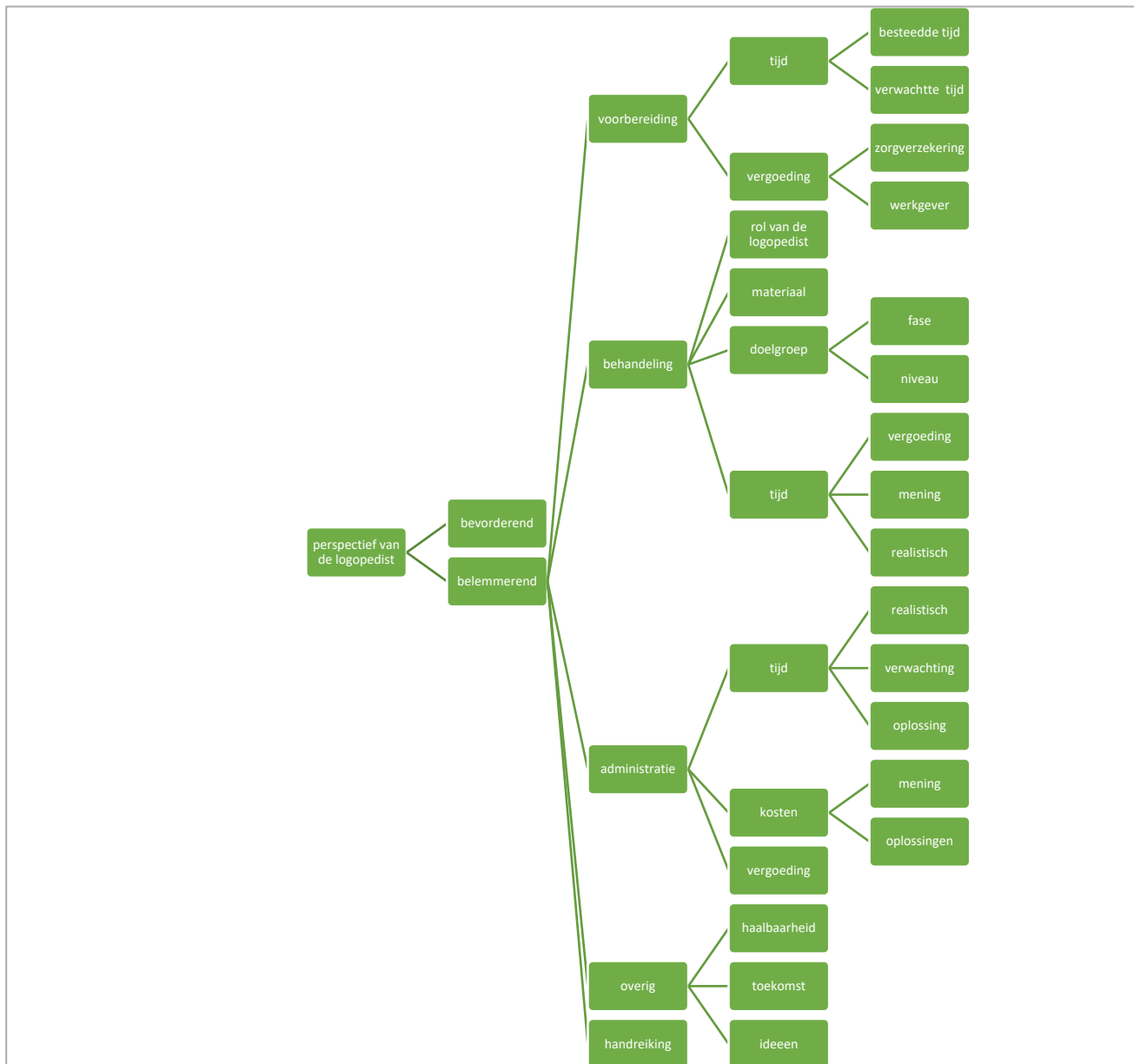
Bij de transitiegroepen staat het geven van handvaten en de PMA begeleiden centraal. Denk hierbij aan het moment dat een PMA weer terug de samenleving in gaat. Hierbij kunnen dagelijkse activiteiten zoals gesprekken met een arts voeren, maken van een planning en het bijhouden van een agenda naar voren komen. In feite wordt binnen de transitiegroepen de dagelijkse communicatie geoefend. De PMA krijgt strategieën aangeleerd om de zelfstandigheid te vergroten.

Transitie therapie is één van de therapie vormen die in de Nederlandse afasiecentra aangeboden wordt, waarbij er per therapiegroep aan één doel wordt gewerkt. Het kan voorkomen dat er ook per PMA aan individuele doelen gewerkt wordt.

Kenmerken van transitie therapie zijn:

- De doelgroep zijn PMA in de revalidatiefase of de chronische fase.
- De duur is afhankelijk van de doelen die worden opgesteld door de logopedist.
- Het doel is om de dagelijkse communicatievaardigheden van de PMA te verbeteren. Ook leert de PMA probleemoplossend te werken en leert de PMA strategieën die ingezet kunnen worden in het dagelijkse leven.
- Doelen die gesteld kunnen worden binnen transitiegroepen zijn: acceptatie van lichamelijke en cognitieve beperkingen, vinden van een levensstijl met alternatieven en strategieën, PMA bevestiging geven in vooruitgang en het vinden van een plaats in de samenleving.
- De groep bestaat iedere therapiesessie uit dezelfde PMA, kijkend naar het algemene doel voor de therapiegroep. Gesloten groep. (Scheer van der & Veelwaard, z.d.)

Bijlage 2 – interviewschema



Bijlage 3 – Wervingsbrief

Beste logopedist,

Zuyd Hogeschool **ZU**
YD

Wij zijn Datasha Breemer en Shana Van der Velden, vierdejaarsstudenten van de opleiding logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Momenteel zijn wij onze bachelor thesis aan het schrijven over groepstherapie bij personen met afasie onder begeleiding van Ruth Dalemans.

Het is bekend dat er veel werkdruk op jullie, logopedisten, ligt.

Er zijn lange wachtlijsten en er gaat veel tijd verloren aan administratiewerkzaamheden, terwijl we deze liever besteden aan tijd met de patiënten.

Wij doen onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren van groepstherapie bij personen met afasie vanuit het perspectief van de logopedist.

Er wordt onderzocht of groepstherapie een mogelijke oplossing kan zijn om de werkdruk, wachtlijsten en administratieve lasten te verminderen.

Relevantie voor u:

Binnen verschillende werkgroepen rondom afasie zijn handvaten opgezet die ingezet worden om de groepstherapie vorm te geven.

Wij willen jullie als logopedisten interviewen om meer inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren rondom groepstherapie, zodat wij één handreiking kunnen opzetten die gebruikt kan worden bij het geven van groepstherapie.

Hierbij komen onder andere onderwerpen naar voren zoals: administratie, vergoedingen, behandel tijden en voorbereidingen. Hiervoor hebben wij u nodig!

Wij weten dat u het waarschijnlijk al erg druk hebt en wij nu ook nog van u vragen om tijd te investeren in ons onderzoek, maar wij kunnen dankzij uw bijdrage inzichten en verbeteringen in kaart brengen ter bevordering voor zowel de groepstherapie bij afasie als u!

Wat vragen wij van u?

- 2 meetmomenten van ± 1 uur (rond februari):
 - o 1 individueel interview (fysiek, afgestemd met uw rooster en in uw omgeving)
 - o 1 focus groep interview (online, u ontvangt van ons een link)

* U krijgt op voorhand een overzicht met de onderwerpen die aanbod zullen komen, zodat u zich voor kan bereiden op het interview

*Mocht u niet bij beide interview momenten aanwezig kunnen zijn, zijn wij natuurlijk ook al erg blij als u bij 1 van de interview momenten erbij bent.

- U bent een logopedist die ervaring heeft met het geven van groepstherapie bij PMA
- U bent werkzaam in Nederland en spreekt de Nederlandse taal
- U behandelt personen met afasie in de revalidatie of chronische fase.

Wij weten dat u een erg volle planning heeft maar willen met uw medewerking hiervoor een oplossing zoeken!

Wilt u ons helpen met ons onderzoek?

Meld u dan aan via deze hyperlink!

Dan nemen wij zo snel mogelijk contact met u op!

Mocht u eerst nog meer informatie willen hebben over het onderzoek, kunt u ook op voorhand een mailtje sturen naar 1939831velden@zuyd.nl of telefonisch contact opnemen met 06-37742007

Wij hopen op een fijne samenwerking!

Met vriendelijke groet,

Datasha Breemer
1608584breemer@zuyd.nl

Shana Van der Velden
1939831velden@zuyd.nl
06-37742007



Groepstherapie bij afasie

Doel

Wij willen meer inzicht krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren rondom groepstherapie vanuit het perspectief van de logopedist. Hierbij komen onder andere onderwerpen naar voren zoals: administratie, werkdruk, vergoedingen en behandel tijden.

Hiervoor hebben wij u nodig!

Aan het einde van het onderzoek worden er handreikingen opgezet die gebruikt kunnen worden bij het geven van groepstherapie. Uiteraard ontvangt u deze samen met de resultaten zodra het onderzoek afgerond is.

Wilt u deelnemen aan dit onderzoek? Meld u dan aan via de [link](#)!



Wat vragen wij van u?

- U bent een logopedist die ervaring heeft met het geven van groepstherapie bij PMA
- U bent werkzaam in Nederland en spreekt de Nederlandse taal
- U behandelt personen met afasie in de revalidatie of chronische fase.
- U bent beschikbaar op beide of één interview moment

Zuyd Hogeschool **ZU**
YD



Datasha Breemer
1608584breemer@zuyd.nl



Shana Van der Velden
1939831velden@zuyd.nl
06-37742007

Het onderzoek

Er zijn 2 interview momenten.

De eerste bestaat uit individuele interviews (fysiek, afgestemd op uw planning en locatie) waarbij u op voorhand de vragen doorgestuurd krijgt zodat u vooraf kan nadenken over de vragen.

Het tweede interview moment is een focus groep interview (online) waarin er gezamenlijk het gesprek over groepstherapie aangegaan wordt. U krijgt op voorhand een overzicht met de onderwerpen die aanbod zullen komen, zodat u zich voor kan bereiden op het interview.

Mocht u niet bij beide interview momenten aanwezig kunnen zijn, zijn wij natuurlijk ook al erg blij als u bij 1 van de interview momenten erbij bent.



Groepstherapie bij afasie

Wat fijn dat u wilt participeren aan ons onderzoek!
Wij doen onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren van groepstherapie bij personen met afasie vanuit het perspectief van de logopedist.

Er wordt onderzocht of groepstherapie een mogelijke oplossing kan zijn om de werkdruk, wachtlijsten en administratieve lasten te verminderen.

Jullie mening en kennis is van belang!

Na aanmelding nemen wij contact met u op.

[Log in bij Google](#) om je voortgang op te slaan. [Meer informatie](#)

*Vereist

Naam: *

Jouw antwoord

Woonplaats: *

Jouw antwoord

Werkzaam in Nederland?

- Ja
- Nee

Werkzaam bij: *

Jouw antwoord

Ervaring in het geven van groepstherapie bij afasie? *

- Ja
- Nee

Ik wil deelnemen aan:

- Individueel interview
- Focus groep interviews
- Beide

E-mailadres: *

Jouw antwoord

Telefoonnummer (optioneel):

Jouw antwoord

Verzenden

Formulier wissen

Verzend nooit wachtwoorden via Google Formulieren.

Bijlage 6 – toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring onderzoek

Deelnemer

1. Ik heb de **informatiebrief gelezen** en **begrijp** waar het onderzoek over gaat.
2. Ik heb **vragen kunnen stellen** en deze zijn **beantwoord door de onderzoeker** totdat het **duidelijk** is voor mij.
3. Mijn gegevens worden **anoniem** verwerkt en niemand anders dan de onderzoekers en de thesisbegeleider Dr. Ruth Dalemans mogen mijn antwoorden inzien.
4. Ik geef toestemming om mijn antwoorden en gegevens te gebruiken in dit onderzoek.
5. Ik doe **vrijwillig mee** en ik **mag stoppen** met het onderzoek als ik dat wil.

Ik geef:

- Wel** toestemming
- Geén** toestemming

Naam:

Datum:

Handtekening:

Onderzoeker

1. Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer **volledig heb geïnformeerd** over het onderzoek.
2. Ik verklaar hierbij dat er **vertrouwelijk** omgegaan wordt met de informatie/gegevens die de deelnemer geeft.
3. Als er tijdens het afnemen van het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik de deelnemer hiervan op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 7 - Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit

Eind 2018 is de Gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht gegaan. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de wegging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid.

Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van de redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving.

Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum:30-06-2022

Plaats: Heerlen

Naam Datasha Breemer, 1608584

Academie: Logopedie

Handtekening:



Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit

Eind 2018 is de Gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht gegaan. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

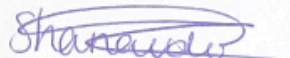
Datum: 1-7-2022

Plaats: Meerssen

Naam (indien student ook studentnummer): Shane Van der Velden 1939831

Academie: Legopedie

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.



Bijlage 8 - Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekking en METC, en uitwetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum:30-06-2022

Plaats: Heerlen

Naam: Datasha Breemer, 1608584

Academie: Logopedie

Handtekening:



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekking en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 1-7-2022

Plaats: Meerssen

Naam (indien student ook studentnummer): Shana Van der Velden 1939831

Academie: Logopedie

Shana van der Velden

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Bijlage 9: overzicht behandel tijd

	Behandelfrequentie per week	Behandeltijd per behandeling	Behandelduur cliënt	Opmerkingen
Participant 1	2 x	Één uur per groepstherapie en dan twee keer achterelkaar. <i>“We hebben zelfs een tijd gehad dat de middag erbij zat, dus nou ze lunchpauze, even een uurtje rust en dan deden we nog twee uur dan aan eind van de dag waren ze wel echt kapot.”</i>	Geen vaste afspraken over behandelperiodes. De cliënt is klaar als hij of zij dat vindt. Het kan ook na jaren zijn. Bij bepaalde cliënten komt er wel een stop als er niks meer te behalen valt, maar de cliënt van wel denkt.	Wat betreft de duur van de behandeling stelt participant 1 dat het wel vermoeiend is voor de PMA. <i>“Nee, het is echt wel vermoeiend, maar we hadden het dus wat ik zei twee uur achter elkaar.”</i> Cliënten geven aan dat maandagochtend beter werkt dan de woensdagmiddag in verband met de belastbaarheid en het energieniveau.
Participant 2	2x	1 uur per behandeling	Geen vaste behandelperiodes	-
Participant 3	1x	50 min waarvan 25 min intensief behandeld wordt.	<i>“...is dat één periode duurt 3 maanden en dan mogen ze 3x een periode doen.”</i>	Reden van maximaal drie periodes: <i>“Want anders mensen houden wel altijd een hulpvraag want op een begeven fase zitten ze in de chronische fase zie je niet veel verbetering en blijft altijd die hulpvraag en</i>

				<i>dan kan je tot in het oneindige blijven behandelen. En dat merken we weleens dat mensen dat moeilijk vinden."</i>
Participant 4	1x	<i>"Ja trok er een uur voor uit, maar efficiënt ben je een half uur aan het oefenen of therapie aan het geven, maar dan is het de concentratie natuurlijk weg, hoor daarna."</i>		Geeft aan dat zij de cliënten zelf moest halen en brengen of dat iemand werd gebracht dat later kwam.
Participant 5	-	50 minuten	Drie maanden	<i>"Nou, ik denk qua energieniveau voor cliënten is die 50 minuten is ook oké hé."</i> En: <i>"Als je ze het zelf zult vragen de deelnemers zullen zij waarschijnlijk zeggen, oh, doe mij dit maar de hele dag. Maar ik denk dat 50 minuten qua effectiviteit ook echt wel prima is."</i>
Participant 6	Biedt bijna dagelijks de zelfoefengroep aan om ook aan de behandelfrequentie van de richtlijn te voldoen aan verschillende cliënten.	-	Het stopt zodra de PMA aan de zelfoefengroep deelneemt.	-
Participant 7	Nu: 1x om de week.	2 uur waarvan 1,5 uur intensief wordt behandeld.	Er is geen vaste regel maar: <i>"..een keer in de 3/4 maanden met iedereen ook</i>	Van wekelijks naar om de week komt door personeelstekort.

	Voorheen: wekelijks 1x		<i>even het gesprek aan van hé, wat kom je hier nou halen? Zeg maar en ja heb je er nog wat aan? Wil je blijven komen of niet?"</i>	
Participant 8	<i>"Dus heb ik 2 keer 2 uur, dus hebben we 4 uur groepstherapie en dan hebben ze daarnaast nog individuele therapie."</i> <i>"Sommige mensen kunnen twee keer In de week niet aan, dus dan komen ze één keer In de week."</i>	2 uur	-	<i>"Als je een klein groepje hebt van bijvoorbeeld 3 cliënten. Is twee uur wel lang." dat heeft ook weer te maken met het Hersenz programma en de zorgverzekeraar, want de zorgverzekeraar die, hoe moet ik dat zeggen? Die eist een groepsbehandeling van twee uur binnen Hersenz."</i>
Participant 9	1 x	-	Het ligt aan de doelen van de mensen. Voor sommigen is het onderhoudstherapie en loopt het door.	<i>"één tussen zit die gewoon die er sociaal een meerwaarde uit haalt, ja, dan vind ik dat ook helemaal prima dat die er gewoon bij zit, terwijl het logopedisch Misschien niet meer helemaal verantwoord is."</i>

Bijlage 10: tarieven logopedie 2023

Overzicht tarieven 2023, aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

Code	Naam Zorgverzekeraar	Zilveren Kruls		CZ		a.s.r.	DSW	Menzis		Caresq			ENO		Zorg en Zekerheid		ONVZ	VGZ	
		Basis-overeenkomst	Basis-Xtraovereenkomst	Basis-overeenkomst	Kwaliteitstoets behandelingskwaliteit is 60 of hoger en lager dan 120			Profil Basis	Profil Top	Overeenkomst A	Overeenkomst B	Overeenkomst C	Contract A	Contract B	Standaard	Kwaliteitstoets		Standaard Basisovereenkomst	Overeenkomst kwaliteitsstoets
4215	Tarief groepszitting voor specifieke behandeling van drie personen	26,52	28,66	28,95	28,95	36,25	38,85	29,89	30,89	30,28	29,00	28,77	32,63	30,95	28,11	30,10	32,40	31,64	34,17
4216	Tarief groepszitting voor specifieke behandeling van vier personen	23,62	25,52	24,75	24,75	27,25	29,14	22,43	23,43	22,71	21,78	21,55	24,93	23,24	21,08	22,57	24,25	25,61	29,80
4217	Tarief groepszitting voor specifieke behandeling van vijf tot tien personen	17,82	19,25	14,90	14,90	15,45	16,64	12,80	13,80	12,11	11,53	11,41	19,42	17,74	16,87	18,06	19,45	18,46	20,51
4301	Individuele zitting stotteren*	74,76	82,39	74,25	76,05	72,65	77,91	76,21	77,21	77,10	73,84	73,14	74,71	73,17	76,65	82,09	81,20	69,23	73,15
4302	Individuele zitting stotteren met toelag voor behandeling aan huis*	92,59	100,22	86,65	88,45	92,90	98,06	93,95	94,95	89,25	85,99	85,29	92,57	91,04	96,48	102,48	102,20	82,30	86,59
4303	Individuele zitting preverbaale logopedie*	74,76	82,39	74,25	76,05	72,65	77,91	76,21	77,21	77,10	73,84	73,14	74,71	73,17	76,65	82,09	81,20	69,23	73,15
4304	Individuele zitting preverbaale logopedie met toelag voor behandeling aan huis*	92,59	100,22	86,65	88,45	92,90	98,06	93,95	94,95	89,25	85,99	85,29	92,57	91,04	96,48	102,48	102,20	82,30	86,59
4305	Individuele zitting afasie*	74,76	82,39	74,25	76,05	72,65	77,91	76,21	77,21	77,10	73,84	73,14	74,71	73,17	76,65	82,09	81,20	69,23	73,15
4306	Individuele zitting afasie met toelag voor behandeling aan huis*	92,59	100,22	86,65	88,45	92,90	98,06	93,95	94,95	89,25	85,99	85,29	92,57	91,04	96,48	102,48	102,20	82,30	86,59
4307	Behandeling Nanen-oudersprogramma PDMT*	2.111,76	2.327,38	1.983,15	1.983,15	2.026,95	2.197,28	1.970,84	1.971,84	2.109,38	2.069,55	2.049,05	2.054,82	2.054,82	2.164,68	2.222,91	2.190,65	1.967,06	2.024,98
4308	Individuele zitting stotteren met toelag voor behandeling in instelling*	92,59	100,22	80,45	82,25	92,90	98,06	85,01	86,01	83,18	79,92	79,22	84,69	83,16	86,59	92,28	91,70	76,04	80,21
4309	Individuele zitting telelogopedie stotteren*	74,76	82,39	74,25	76,05	x	77,91	65,73	66,73	x	x	x	x	x	76,65	82,09	81,20	x	x
4310	Individuele zitting preverbaale logopedie met toelag voor behandeling in instelling*	92,59	100,22	80,45	82,25	92,90	98,06	85,08	86,08	83,18	79,92	79,22	84,69	83,16	86,59	92,28	91,70	76,04	80,21
4311	Individuele zitting afasie met toelag voor behandeling in instelling*	92,59	100,22	80,45	82,25	92,90	98,06	85,08	86,08	83,18	79,92	79,22	84,69	83,16	86,59	92,28	91,70	76,04	80,21
4312	Individuele zitting telelogopedie afasie*	74,76	82,39	74,25	76,05	x	77,91	65,73	66,73	x	x	x	x	x	76,65	82,09	81,20	x	x
4315	Lange zitting voor een aantal specifieke aandoeningen	74,76	82,39	x	x	72,65	77,91	76,21	77,21	77,10	73,84	73,14	76,14	74,60	76,65	82,09	81,20	47,03	49,84
4316	Lange zitting voor een aantal specifieke aandoeningen met toelag voor behandeling aan huis	92,59	100,22	x	x	92,90	98,06	93,95	94,95	89,25	85,99	85,29	94,00	92,46	96,48	102,48	102,20	60,10	63,17
4317	Lange zitting voor een aantal specifieke aandoeningen met toelag voor behandeling in instelling	92,59	100,22	x	x	92,90	98,06	85,08	86,08	83,18	79,92	79,22	86,12	84,58	86,59	92,28	91,70	53,84	56,91
4318	Behandeling Nanen-oudersprogramma MDW*	2.111,76	2.327,38	1.983,15	1.983,15	2.026,95	2.197,28	1.970,84	1.971,84	2.109,38	2.069,55	2.049,05	2.054,82	2.054,82	2.164,68	2.222,91	2.190,65	1.967,06	2.024,98
4005	Meekijkconsult	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Onderlinge dienstverlening	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4313	Informatieverstrekking aan derden - mondeling (op prestatie overleg met derden)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4314	Informatieverstrekking aan derden - schriftelijk (op prestatie verslag aan derden)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Facultatieve prestatie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

* deze prestaties kunnen alleen in rekening gebracht worden als de logopedist ingeschreven staat in het desbetreffende NVLF-register.

Voor betere leesbaarheid: [Overzicht-tarieven-2023-website.pdf \(nvlf.nl\)](https://www.nvlf.nl/overzicht-tarieven-2023-website.pdf)



Handreiking
groepstherapie
bij afasie

AUTEURS:
PhD Ruth Dalemans (opdrachtgever)(Zuyd Hogeschool)
Datasha Breemer (student Zuyd Hogeschool)
Shana Van der Velden (student Zuyd Hogeschool)

Inhoud

Inleiding
Groepstherapie
Rol van de logopedist
Groepstherapie vs individuele therapie
Groepstherapie opzetten
Mogelijkheden binnen de groepstherapie
Vorbereiding en administratie
Vergoedingen
Voordelen van de groepstherapie
Nadelen van de groepstherapie
Tips en adviezen

Inleiding

Aan de hand van de bachelor thesis 'het perspectief van de logopedist met betrekking tot groepstherapie bij afasie' is deze handreiking opgezet. Eén van de doelen van de onderzoekers was meer bekendheid creëren bij andere disciplines en huisartsen over groepstherapie bij afasie. Het hoofddoel van het opzetten van de handreiking was het informeren van logopedisten over de groepstherapie bij afasie en de kennis van logopedisten te bundelen om een duidelijk beeld te creëren over groepstherapie bij afasie.

In dit onderzoek hebben 9 logopedisten, verspreid over heel Nederland, zowel uit de eerstelijnszorg als de tweedelijnszorg deelgenomen.

Groepstherapie

Doelgroep

De personen met afasie die deelnemen aan groepstherapie bestaan voornamelijk uit **volwassenen**. Echter kan groepstherapie ook bij **jongeren** aangeboden worden.

Wat betreft de ernst van de afasie per persoon geven de logopedisten aan voornamelijk mensen met een **lichte en matige** afasie in de groep te behandelen. 7 van de 9 logopedisten werken met personen met een ernstige afasie in de groep.

De populatie van de groep bestaat uit zowel personen in de **revaliderende als de chronische fase**. En de groepen bestaan gemiddeld uit **2 tot 6 personen**.

Samenstelling van de groep

Het samenstellen van een groep kan lastig zijn.

Ten eerste ben je als logopedist vaak **afhankelijk** van het **aantal aanmeldingen**. Hierdoor zijn de groepen vaak **heterogeen**. Logopedisten geven aan dat dit een positief leereffect heeft voor de deelnemers door te oefenen met communiceren met anderen op verschillende communicatieniveaus. Bij voldoende aanmeldingen kan de groep worden gescheiden voor **homogene** groepen, zodat iedere persoon aan de doelen kan werken op **hetzelfde niveau**.

Ten tweede is de **dynamiek** in de groep belangrijk, waarbij de logopedist een **grote rol** heeft om deze te waarborgen.

Ten derde moet rekening gehouden worden met de **levensfase** van de persoon. Bijvoorbeeld de groep die terug aan het werk gaan en de groep die met pensioen zijn.

Ten vierde is het van belang dat er **gedeelde interesses** zijn tussen de personen. Het kan het zijn dat een persoon graag wilt deelnemen aan de groep, maar **niet** bij de groep past.

Tijden

Er is **geen unaniem antwoord** over de tijden van de groepstherapie. Over het algemeen wordt één uur behandeld, waarvan 50 tot 75% intensief wordt behandeld. Het is aan de logopedist om zelf de regels te maken over de **totale duur** dat een persoon met afasie mag deelnemen aan de groepsbehandeling. Ook de wekelijkse **behandelfrequentie** verschilt van 1 tot 2 keer in de week. Naast de groepsbehandelingen hadden sommige personen met afasie nog individuele therapie.

"Ja, want als je iemand met een globale afasie naast iemand zet met lichte woorden probleem is dat ook heel moeilijk om ze allebei aan een doelen te laten werken."

Groepstherapie

Behandelvormen

Iedere logopedist is uniek en bepaalt zelf in welke vorm de groepstherapie aangeboden wordt. Er is niet één antwoord op hoe een groepsbehandeling vorm gegeven moet worden. Hierbij zijn de doelen van de personen met afasie in de groep leidend. Hierbij moet er soms een afweging worden gemaakt, waarbij niet iedereen aan zijn of haar doel kan werken om een andere persoon met afasie aan een doel te laten werken. De vormen die aanbod zijn gekomen in het onderzoek zijn;

Schrijfgroepen	Leesgroepen
Fotogroepen	Partnergroepen
Gespreksgroepen	Communicatiegroepen
Behandelgroepen	Begeleidingsgroepen
Onderhoudsgroepen	Partnergroepen



"Ja, want als je iemand met een globale afasie naast iemand zet met lichte woorden probleem is dat ook heel moeilijk om ze allebei aan een doelen te laten werken."

Rol van de logopedist

De rol van de logopedist uit zich binnen de groepstherapie op verschillende manieren. De logopedist begeleidt de groep, bepaalt welke oefeningen er gedaan worden en voert administratieve werkzaamheden uit. Enkele van deze taken worden onderstaand toegelicht.

De logopedist maakt de **voorbereidingen** en **stuurt de groep aan** tijdens de behandeling.

De rol van de logopedist binnen de groepstherapie is **afhankelijk** van het **soort groepstherapie**, **ernst** van de **stoornis** en de **samenstelling** van de groep. De logopedist kan hierbij een **leidende rol** hebben op de voorgrond of een aansturende rol op de achtergrond.

De logopedist **stelt de groep samen**, **bepaalt de groepsgrootte** en **de duur** van de behandeling.

De rol van de logopedist met betrekking op het **lotgenotencontact** is het begeleiden van de gesprekken die plaatsvinden en het adviseren in deze gesprekken.

De logopedist waarborgt de **groepsdynamiek**. Een goede groepsdynamiek en vertrouwensband tussen de personen met afasie en de logopedist zorgt ervoor dat personen met afasie in een veilige setting kunnen oefenen.

De logopedist stelt **samenwerkingen** vast met andere betrokkenen of zorgprofessionals indien dat gewenst is.

De logopedist verwerkt **administratie** van de groepstherapie. Denk hierbij aan **rapportages** en **verslagen**.

“En dan hoop je gewoon heel erg dat naarmate ze elkaar beter leren kennen en wat zelfverzekerder zijn dat die dat die interactie meer ontstaat en die dynamiek en dat je steeds iets meer achterover kan leunen.”

Groepstherapie vs individuele therapie

Logopedisten geven aan dat groepstherapie **geen directe vervanging** is van de individuele therapie. Echter is groepstherapie wel de **tussenstap voor participatie** in de maatschappij. Logopedisten vinden de groepstherapie van **grote meerwaarde** als aanvulling op de individuele therapie, omdat tijdens de individuele therapie één op één geïmproviseerd wordt met een logopedist, maar dit in het dagelijkse leven vaak anders is. Doordat er in de groepstherapie met meerdere personen met afasie geïmproviseerd kan worden, komt deze therapie setting meer overeen met het **dagelijkse leven**.

Daarnaast stellen logopedisten dat het grootste voordeel van de groepstherapie het **lotgenotencontact** onder de personen met afasie is. Tijdens de groepstherapie is er ruimte om over problemen te praten waar de personen met afasie tegenaan lopen.



Groepstherapie opzetten

Zodra u graag binnen uw praktijk groepstherapie aan wilt gaan bieden, kunt u in uw omgeving op zoek gaan naar andere logopedisten die groepstherapie aanbieden voor personen met afasie.

Waar dient u rekening mee te houden?

1. **Voldoende deelnemers** voor de groep. Gemiddeld vier deelnemers per logopedist wordt aanbevolen.
2. **Ruimte en toegankelijkheid:** denk aan een grote ruimte, waar de personen met afasie genoeg ruimte hebben om te zitten en te bewegen. Ook ruimte om de groep bijvoorbeeld uit te breiden. Naast de afasie kunnen personen met afasie mobiliteitsproblemen hebben. Het is hierbij belangrijk rekening te houden met trappen of drempels.
3. De logopedisten gaven aan dat het opstarten van een groepsbehandeling veel **tijd** in beslag nam. Naarmate de tijd en ervaring werd dit steeds gemakkelijker en besteden zij gemiddeld 5 a 10 min aan de voorbereiding. Voor hulp met het opstarten van een groepsbehandeling is de leidraad 'groepsbehandelingen logopedie' aanwezig op de website van de NVLF. Daarnaast gaven de logopedisten ook aan graag een **ander te willen helpen en ervaringen uit te willen wisselen** over het opstarten van een groepsbehandeling voor afasie.

"Ja, want als je iemand met een globale afasie naast iemand zet met lichte woorden probleem is dat ook heel moeilijk om ze allebei aan een doelen te laten werken."

Mogelijkheden binnen de groepstherapie

Binnen de groepstherapie zijn er verschillende mogelijkheden met betrekking op de behandeling.

Een voorbeeld hiervan is **samenwerkingen** met andere logopedisten, disciplines of vrijwilligers. Dit is afhankelijk van het doel van de behandeling. Zo kunnen vrijwilligers de logopedist ondersteunen bij een zelfstandigere groep, meerdere logopedisten een tegelijk een grote groep begeleiden en bijvoorbeeld een psycholoog ingezet worden bij het verwerken van het niet aangeboren hersenletsel.

De vorm van groepstherapie is bepalend voor het behandel materiaal dat ingezet wordt tijdens de therapie. Bij een fotogroep kunnen de personen met afasie zelf foto's bij een bepaald thema verzamelen. Bij een spreekgroep kunnen nieuwsberichten worden besproken en hierover discussiëren. Daarnaast kunnen nog andere onderwerpen besproken worden zoals hobby's. Bekend materiaal zijn de **ColorCards** en de **Aviant** die vaker ingezet worden. Helaas wordt Aviant niet meer uitgebracht terwijl logopedisten dit materiaal wel erg waardevol vinden.

Voorbeelden voor behandelingen:



Gesprekken over familie



Kranten artikels bespreken



Journaal bekijken



Brieven schrijven



Spontane situaties



Acceptatie



Zingen



Thema's

"We gebruiken ook wel eens menukaarten van restaurants. De verschillende apps en verschillende nieuwssites. Maar dat blijft toch heel statisch. Ik ga ook wel een paar keer per jaar met de groep gewoon echt naar de kroeg ze van. Nou ja, bestel het maar en ga maar afrekenen of naar de markt."

Vorbereiding en administratie

Wat betreft de voorbereiding van de groepstherapie stellen logopedisten dat er bij het opstarten van de groepstherapie **veel tijd** besteed werd aan de behandelvoorbereidingen.

Dit werd naar mate de logopedist vaker voorbereidingen maakt makkelijker en nam het voorbereiden **minder tijd** in beslag.

Ook is er een **verschil in voorbereiding** zodra ze zelf de groepstherapie geven en zodra de behandeling gegeven wordt door vrijwilligers of activiteitenbegeleiders. Op het moment dat de groepstherapie door **vrijwilligers of activiteitenbegeleiders** werd gegeven, gaat er meer tijd in de voorbereiding zitten, maar kunnen er meerdere groepen tegelijkertijd aangeboden worden. Zodra een logopedist zelf de therapie geeft zit hier minder tijd in.

De administratie is **afhankelijk van de setting** en de werkgever. Bij de groepsbehandeling is het gebruikelijk om voor **iedere persoon** te rapporteren. Sommige werkgevers of zorgverzekeraars vragen ook een verslag van de groepsbehandeling. De **administratietijd** blijft **gelijk** aan de **individuele therapie** per persoon, maar kan meer worden als er een verslag van de groepsbehandeling gevraagd wordt. Vaker wordt aangegeven dat rapporteren in de behandeltime niet haalbaar is en dit naast het behandelen erbij komt.

Vergoeding

De vergoeding voor groepstherapie is **afhankelijk van de setting**. In de tweedelijnszorg worden de groepsbehandelingen vergoed vanuit het revalidatie budget. In de eerstelijnszorg zijn er aparte codes. Volgens de NVLF is er geen aparte code voor de administratie en andere werkzaamheden. Het is vaak **zoeken naar een manier** om de juiste vergoeding te krijgen, zodat het aanbieden van groepstherapie rendabel blijft. De vergoeding voor de administratietijd zit in het reguliere tarief. Hoe meer personen in de groep hoe lager het tarief per persoon is. De tarieven van de zorgverzekeraars zijn terug te vinden op de website van het NVLF.



"Voorafgaand aan de start voordat we begonnen met groep hebben we een soort draaiboek gemaakt en vanuit daar kunnen we iedere keer iets pakken. Dus dat kostte veel tijd en is wel eigen tijd. Maar nu is het dus niet meer zo dat we die groepsbehandeling hoeven voor te bereiden. Dus qua voorbereiding valt het nu mee."

Voordelen van de groepstherapie

Het grootste voordeel van de groepstherapie is het **lotgenotencontact** dat de personen met afasie hebben tijdens de groepstherapie. Echter is het hierbij van belang dat de logopedist zorgt dat de **groepsdynamiek optimaal** is. Er dient een **veilige sfeer** te hangen binnen een groep. En een **klik** tussen de participanten.

In de chronische fase kan groepstherapie als **onderhoudstherapie** worden ingezet.

Door te oefenen met communiceren met meerdere personen met afasie wordt geoefend op **participatie niveau**. De deelnemer kan hierdoor oefenen om op verschillende manieren te communiceren in dagelijkse gesprekken. Door te oefenen met communiceren met verschillende mensen wordt de kans op **begrijpelijk communiceren groter**. Ook leren de deelnemers **oplossingen** te vinden wanneer er problemen in de communicatie ontstaan.

Een ander voordeel is dat er **tijd bespaard** wordt doordat er meerdere personen met afasie in één behandeling behandeld worden dan zodra al deze personen met afasie aparte behandelingen na elkaar hebben.

Sociaal-emotionele aspecten **verbeteren**.

Voor logopedisten is groepstherapie een leuke **afwisseling** van de dag.

Er is **geen specifiek materiaal** nodig om groepstherapie op te starten. Logopedisten maken gebruik van materialen die ook tijdens andere behandelingen ingezet worden. Ook wordt er gebruik gemaakt van actualiteiten.

Er worden **meerdere personen met afasie** in één behandeling behandeld. Een voordeel hiervan is dat de **behandelintensiteit verhoogd** kan worden. Dit heeft een positief effect op de vooruitgang van de persoon met afasie.

Na de individuele therapie kan de groepstherapie als **onderhoudstherapie** ingezet worden.

Wanneer er voldoende aan de stoornis is gewerkt en cliënt nog beperkingen aangeeft binnen school, werk of het gezin, dan zijn daarvoor **doelen** op te stellen die een cliënt zich **goed eigen** kan maken in een groep.

Generalisatie-effect van de **therapie** naar de natuurlijke spreek situatie / van het **dagelijks** leven.

"Ik denk dat het bevorderend is dat je echt wel veel kunt bieden aan deze mensen en dat zij dat echt als iets heel prettigs ervaren dat je echt wel veel kunt bereiken in ieder geval. Qua hè voor voor hun gevoel qua hoe zij de qua kwaliteit van leven op vooruit gaan"

Nadelen van de groepstherapie

Er dienen **genoeg personen met afasie** deel te nemen aan de groepstherapie waarbij afwisseling van belang is. Om deze afwisseling te creëren dienen er genoeg **aanmeldingen** te zijn voor de groepstherapie. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat hier belemmeringen in ervaren worden.

De **bekendheid** van groepstherapie is nog niet optimaal. Veel disciplines weten niet dat groepstherapie bij personen met afasie aangeboden wordt en kennen de meerwaarde van groepstherapie bij afasie nietwaardoor er minder doorverwezen wordt.

Alle personen met afasie dienen **beschikbaar** te zijn op hetzelfde moment.

De behandelruimte moet toegankelijk zijn voor mensen met **mobilitatsbeperkingen**.

Er is **geen richtlijn** wanneer een persoon met afasie **stopt** met de **groepstherapie**.

De **vergoedingen** voor groepstherapie zijn niet optimaal. Dit wordt toegelicht in het hoofdstuk vergoedingen.

Personen met afasie dienen naar een **locatie** te komen en zijn hierbij afhankelijk van vervoer.

Het **samenstellen** van een groep kan **uitdagend** zijn. De reden hiervoor is dat het van belang is dat de personen met afasie in een groep een klik hebben met elkaar. Hierbij dient de logopedist rekening te houden met bijvoorbeeld woonplaats, levensfase, interesses, homogene of heterogene samenstelling, open of gesloten groep, ernst van de afasie en fase van herstel.



"Ja, soms was het moeilijk om als iemand de enige was met een bepaald doel, de enige die aan iets wilde werken om daar een aanbod voor te vinden in groepsverband, omdat je natuurlijk homogene groepen wilden vormen."

Tips en adviezen

Onderstaand vindt u enkele adviezen voor het opstarten van groepstherapie voor personen met afasie, logopedisten die momenteel al groepstherapie aanbieden en andere disciplines die met personen met afasie in aanraking komen:

Voor het opstarten van groepstherapie:

Ga in gesprek met logopedisten die al groepstherapie aanbieden. Logopedisten geven aan graag andere logopedisten te willen helpen met het opstarten van groepstherapie.

Kijk mee tijdens een therapie sessie bij een logopedist die groepstherapie aanbiedt. Op deze manier krijgt u een beter beeld van de groepstherapie en kunt u ideeën opdoen.

Zorg voor bekendheid om deelnemers voor de groep te werven.

Zorg ervoor dat relevante personen (bijvoorbeeld huisartsen, revalidatiecentra en ziekenhuizen) weten dat u groepstherapie aanbiedt en wat het inhoudt.

Voor als u momenteel al groepstherapie geeft:

Leg contacten met andere logopedisten die groepstherapie aanbieden om samenwerkingen aan te gaan. Logopedisten gaven aan hier behoefte aan te hebben, maar hier nog niks mee te doen. Logopedisten kunnen dan overleggen en materiaal delen.

Voor andere disciplines:

Ga in uw patiëntenbestand na of u personen met afasie heeft die in aanmerking komen voor groepstherapie.

Zoek uit waar groepstherapie in uw omgeving aangeboden wordt.



TIPS!

"Waar nog winst zou zitten, denk ik ook voor groepstherapie is bij huisartsen als zij gewoon een wat meer een idee hadden van wat het inhoudt en wat het van cliënt kan betekenen dat ze ook daarvoor."