

Doelen stellen bij PMA

Eindverslag



Student	Neline Heijns
Studentnummer	0862675
Studiejaar	4
Kwartaal	4
Opleiding	Logopedie – Hogeschool Rotterdam
Instituut	Instituut voor Gezondheidszorg
Cursus	Jaar 4 kwart 3 en 4 Afstuderen
Cursuscode	LOGAP(LVT)01P4 '15
Docentbegeleider	
Opdrachtgevers	
Stageverlenende instelling	
Datum	30-05-2016

Samenvatting

Inleiding

Voor Personen Met Afasie (PMA) is het belangrijk dat de logopedist gericht is op de hulpvraag en wensen van cliënt en omgeving. Huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg vragen ook om een cliëntgerichte aanpak door de logopedist. Onder het logopedisch handelen en cliëntgerichte zorg valt onder andere het doelen stellen voor therapie. Voor een kwalitatief goede behandeling is het nodig dat de hulpvraag en doelen van de cliënt goed uitgevraagd en in samenspraak opgesteld worden. Het opstellen van doelen zorgt voor een zinvolle, effectieve en efficiënte interventie. De logopedisten van X zijn zich hiervan bewust en willen hun logopedisch handelen kwalitatief verbeteren. Met dit onderzoek wordt de huidige werkwijze van doelen stellen en de formulering van doelen door de logopedisten van X in kaart gebracht. Er zullen aanbevelingen volgen voor eventuele verbetering.

Methode

Voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen zijn de twee logopedisten van X geïnterviewd. Door middel van dit interview is de werkwijze van het doelen stellen in kaart gebracht. Ook zijn er vragenlijsten ingevuld door twee logopedisten buiten X om de mening van de professional wat betreft het doelen stellen in kaart te brengen. Ook heeft er een voormeting van dossieronderzoek plaatsgehad om de huidige formulering te beoordelen. Vervolgens zijn de logopedisten geschoold in het doelen stellen door middel van een workshop en cliëntbesprekingen. Hierna heeft er een nameting en een interview plaatsgevonden om het effect van deze scholing te meten.

Resultaten

Uit het interview blijkt dat de logopedisten PMA en omgeving weinig betrekken bij het doelen stellen. Ook leggen zij weinig vast in PlanCare wat betreft de doelen. Hulpmiddelen worden niet gebruikt. Uit de ingevulde vragenlijsten blijkt dat professionals een cliëntgerichte aanpak belangrijk vinden als goede werkwijze om doelen op te stellen. Uit het dossieronderzoek blijkt dat de doelen niet volledig SMART weergegeven worden. Ook worden de doelen niet altijd afasietoegankelijk en op participatieniveau opgesteld. Uit het evaluatie-interview blijkt dat de veranderde formulering van doelen zorgt voor een hogere kwaliteit van logopedische zorg. Een veranderde werkwijze van doelen stellen wordt niet volledig toegepast volgens de logopedisten.

Conclusie en aanbevelingen

Er kan geconcludeerd worden dat een cliëntgerichte aanpak bij het doelen stellen onvoldoende wordt toegepast door de logopedisten. Daarnaast worden doelen onvoldoende transparant opgesteld, geëvalueerd en aangepast. Ook kan er verbetering wat betreft de formulering van doelen toegepast worden. Ten slotte kan geconcludeerd worden dat de workshop en cliëntbesprekingen een positief effect hebben gehad op de formulering van doelen, maar niet op de werkwijze van doelen stellen. Aanbevolen wordt om PMA en omgeving te betrekken bij het doelen stellen voor een verbetering van het cliëntgericht werken. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van hulpmiddelen als vragenlijsten. Geadviseerd wordt om doelen tussentijds te evalueren en aan te passen. Wat betreft de formulering wordt geadviseerd om doelen SMART op te stellen en daarbij de NAIS te gebruiken. Het uitgebreider beschrijven van doelen in PlanCare wordt aanbevolen, net als het begrijpelijk en op participatieniveau opstellen van doelen.

Inhoudsopgave

	Blz.
1. Inleiding.....	4
2. Methode.....	8
3. Resultaten	
3.1 Resultaten uit interview.....	12
3.2 Resultaten uit vragenlijsten.....	14
3.3 Resultaten uit dossieronderzoek – voormeting	15
3.4 Resultaten uit dossieronderzoek – nameting.....	15
3.5 Resultaten uit evaluatie-interview.....	16
4. Discussie.....	17
5. Conclusie.....	19
6. Aanbevelingen.....	20
7. Literatuurlijst.....	21
8. Bijlagen	
8.1 Hulpmiddelen.....	23
8.2 Onderzoeksprotocol.....	26
8.3 Informed consent interview.....	28
8.4 Interviewvragen.....	29
8.5 Informed consent vragenlijst.....	30
8.6 Vragenlijst.....	31
8.7 Analyse dossieronderzoek.....	32
8.8 Workshop.....	33
8.9 Voorbeelddoelen.....	34
8.10 Interviewvragen evaluatie.....	35
8.11 Codeboom interview.....	36
8.12 Codeboom interview evaluatie.....	37

1. Inleiding

Voor Personen Met Afasie (PMA) is het belangrijk dat de logopedist gericht is op de hulpvraag en wensen van de cliënt en omgeving. PMA geven aan dat het van groot belang is, dat de logopedist belangrijke naasten onderwijst en traint (Dalemans, 2009). Deze aspecten die PMA belangrijk vinden binnen de logopedische therapie sluiten aan bij huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen, maatschappelijke trends en de huidige positionering van de logopedist stellen nieuwe eisen aan het logopedisch handelen. De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) heeft kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld om de inhoud en praktijkvoering van het logopedisch handelen te verbeteren zoals de kwaliteitstoets logopedie. Deze kwaliteitstoets maakt de kwaliteit van processen, producten en diensten rondom logopedie inzichtelijk en beoordeelt het Methodisch Logopedisch Handelen (MLH) (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie [NVLF], 2009).

Een huidige ontwikkeling is dat het handelen van de logopedist in toenemende mate expliciet en gericht moet zijn op de hulpvraag van de cliënt. Een andere ontwikkeling is de verschuiving van het ontwikkelen en sturen door de zorgverlener naar het assisteren, adviseren en aanmoedigen van zorgnemers. Cliënten geven zelf ook aan dat zij verwachten dat autonomie en zelfhulp wordt gepromoot. Daarnaast vinden PMA het belangrijk dat therapie volgehouden wordt, volhardend is en dat de complexiteit van afasie en de meervoudige context waarin afasie het leven beïnvloed erkend wordt. Ook geven zij aan dat individuele interpretaties en overtuigingen gerespecteerd behoren te worden en dat zij voorzien willen worden van relevante en toegankelijke informatie (Berns, Jünger, Boxum, Nouwens, Van der Staaij, Van Wessel, Van Dun, Van Lonkhuijzen & CBO, 2015; Dalemans, 2009).

Onder de nieuwe eisen die aan het logopedisch handelen worden gesteld valt ook de afstemming van het handelen op de inhoud van de recent verschenen Logopedische Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie'. Deze richtlijn is erop gericht om patiëntgerichte zorg te verbeteren. Onder het logopedisch handelen en patiëntgerichte zorg valt ook het doelen stellen voor therapie (Kuiper, 2004). In de Richtlijn staat beschreven dat de behandeling voor PMA wordt vormgegeven op basis van de hulpvraag en doelen van de cliënt, wetenschappelijke evidentie en het professioneel oordeel van de logopedist (Berns, Jünger, Boxum, Nouwens, Van der Staaij, Van Wessel, Van Dun, Van Lonkhuijzen & CBO, 2015). Voor een kwalitatief goede behandeling is het daarom nodig dat de hulpvraag en doelen van de cliënt goed uitgevraagd en in samenspraak opgesteld worden. Het opstellen van doelen zorgt voor een zinvolle, effectieve en efficiënte interventie. Het biedt structuur aan behandeling en is een leidraad voor het therapeutisch handelen. Doelen stellen wordt als een essentieel onderdeel gezien van revalidatie en het integreren van de cliënt in het middelpunt (Sherratt, Worrall, Pearson, Howe, Hersch & Davidson, 2011).

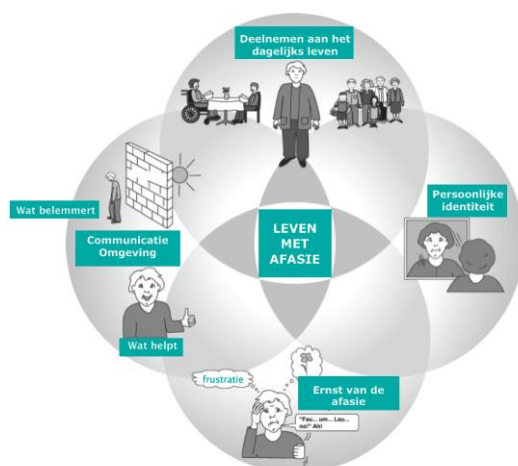
Het betrekken van de cliënten bij het opstellen van doelen zorgt voor verbeterde resultaten van therapie en een verhoogde kwaliteit van zorg. Onderhandelingen over een doel moeten plaatsvinden tussen het team, de cliënt en zijn familie (Wade, 2009). Voor het in samenspraak opstellen van doelen kan het principe van Interview Participatie in Doelenstellen (IPID) gebruikt worden. Het stellen van de juiste vragen leidt tot een specifieke hulpvraag.

Het belang van doelgericht werken blijkt ook uit de Richtlijn Afasie. Eisen hieromtrent worden expliciet benoemd in de kwaliteitstoets. Het therapieplan behoort opgesteld te

worden op basis van een concrete hulpvraag vanuit de cliënt (NVLF, 2009). Als het voor PMA lastig is om zelf een concrete hulpvraag te formuleren, kunnen de vragenlijsten Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL 39), Communicative Integration Questionnaire (CIQ) en de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P) gebruikt worden. Dit zijn vragenlijsten die geschikt zijn om de hulpvraag en communicatieve situaties van de cliënt in kaart te brengen (Dijkers, 2000; Hilari, Byng, Lamping & Smith, 2003; Post, 2010). Daarnaast kan de Behoeften-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve activiteiten (BIPAC) gebruikt worden om zicht te krijgen op de hulpvraag (Van der Meer & Van de Wielen, 2007). Meer informatie over deze onderzoeksinstrumenten is te vinden in bijlage 1.

Doelen behoren SMART geformuleerd te zijn: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden. Deze aspecten kunnen vertaald worden in een concrete formulering van observeerbaar gedrag, het nauwkeurig beschrijven van de aard en kwaliteit van het beoogde gedrag, het noemen van situaties en eventuele hulpmiddelen, de frequentie waarin het beoogde gedrag moet volgehouden worden behoort vermeld te zijn en er moet sprake zijn van haalbare en relevante verwachtingen (Kuiper, 2004; NVLF, 2009). Voorbeelden van doelen voor PMA die op dergelijke wijze zijn opgesteld zijn te vinden in het NVAT Afasie Interventie Schema (NAIS). Dit is een beschrijving van het therapeutisch handelen ten aanzien van diagnostiek en behandeling van een persoon met afasie en zijn omgeving (Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten [NVAT], 2012). De NAIS is opgesteld door experts, maar is geen evidence based richtlijn. In de doelen die beschreven staan in de NAIS komt het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) terug.

Het ICF beschrijft het menselijk functioneren en de problemen die daarbij optreden in drie perspectieven: het perspectief van het lichaam, het menselijk handelen en deelname aan het maatschappelijk leven. Doelen kunnen dus in ICF-termen worden geformuleerd (Heerkens & De Beer, 2007). ICF wordt steeds meer gebruikt als een kader voor therapieën, maar er is nog weinig bekend in hoeverre alle onderdelen van het ICF in de doelstellingen wordt betrokken. Het is daarom zinvol om hier onderzoek naar te verrichten.



Er is een versie ontwikkeld van het ICF speciaal gericht op afasie; de Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement (A-FROM). De A-FROM houdt rekening met de gevolgen van afasie op verschillende domeinen van het leven die belangrijk worden gevonden door mensen met afasie en hun familie. Deze domeinen komen overeen met de domeinen van het ICF en overlappen elkaar. Deze overlap geeft het domein 'Leven met afasie' weer wat aangeeft dat kwaliteit van leven centraal staat in dit model (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland, Huijbregts, Shumway, McEwen, Threats, & Sharp, 2008).

Figuur 1. Originele en pictografische versie van de A-FROM (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland et al., 2008).

Om het ICF te verduidelijken voor PMA is er een low-tech communicatiekader ontwikkeld, de Talking Mats (zie bijlage 1). Talking Mats maakt gebruik van grafische symbolen ter vervanging van tekst. Dit model helpt volwassenen om deel te nemen aan overleg over doelen die opgesteld worden (Murphy & Boa, 2012). Dit overleg omtrent het stellen van doelen vinden PMA belangrijk (Worrall, Sherratt, Rogers, Howe, Hersch, Ferguson, & Davidson, 2011).

Voor PMA is het niet alleen belangrijk om betrokken te worden bij het opstellen van de doelen. Zij geven daarnaast aan dat zij doelen geformuleerd willen hebben die gericht zijn op alle domeinen van het ICF en vooral de domeinen 'Activiteiten' en 'Participatie'. Logopedisten formuleren vaak doelen op stoornisniveau en beperkingen in activiteiten voor PMA en er worden weinig expliciete doelen op participatieniveau geformuleerd, terwijl het einddoel op participatieniveau gesteld behoort te worden (Leach, Cornwell, Fleming & Haines, 2010). PMA geven aan niet altijd tevreden te zijn met de wijze waarop doelen worden gesteld. Zij noemen dat familie vaak niet wordt betrokken bij de doelstellingen terwijl de afasie ook impact op hen heeft (Sherratt, Worrall, Pearson, Howe, Hersch & Davidson, 2011).

Als er overleg plaatsvindt over de doelen met PMA en therapeut is een goede verstandhouding belangrijk. Deze verstandhouding tussen therapeut en PMA komt terug in het SMARTER FRAMEWORK. Dit model kan gebruikt worden als leidraad bij het doelen stellen voor PMA (Hersch, Worrall, Howe, Sherratt & Davidson, 2012). SMARTER staat voor Shared, Monitored, Accessible, Relevant, Transparent, Evolving en Relationship-centred. Shared houdt in dat doelen in samenspraak opgesteld moeten worden. De andere factoren die in dit model centraal staan zijn evaluatie, toegankelijkheid, relevantie, transparantie, bijstelling en verstandhouding. Deze factoren geven aan dat ook het proces na het opstellen van de doelen belangrijk is. Doelen moeten continue geëvalueerd en bijgesteld worden. Daarnaast is het belangrijk dat de cliënt zicht moet hebben op het eindresultaat en tussendoor informatie behoort te krijgen over de vorderingen (Kuiper, 2004). Daarvoor is toegankelijkheid en transparantie noodzakelijk zoals blijkt uit dit model, bijvoorbeeld in het afasievriendelijk beschrijven van de doelen. Een ander punt uit het model is de relevantie. Doelen behoren relevant te zijn voor het dagelijks leven van PMA. De relevantie stimuleert het volhouden van therapie en het doelgericht gedrag van cliënten (Doig, Fleming, Cornwell & Kuipers, 2009; Levack, Dean, McPherson & Siegert, 2006; Playford, Dawson, Limbert, Smith, Ward & Wells, 2000).

Dit doelgericht gedrag van de cliënt en therapeut leidt tot een efficiënt en effectief proces en een hogere kwalitatieve waarde van logopedische zorg (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland, Huijbregts, Shumway, McEwen, Threats & Sharp, 2008). Logopedisten behoren zich te ontwikkelen om die hogere kwalitatieve waarde van logopedische zorg te waarborgen en cliëntgericht te zijn.

De logopedisten van X (verpleeghuis) zijn zich hiervan bewust en willen hun logopedisch handelen kwalitatief verbeteren. Zij willen zich vooral richten op het doelen stellen binnen het Methodisch Logopedisch Handelen, omdat zij onzeker zijn over de toepassing en kwaliteit van de hierboven beschreven werkwijze om tot doelen stellen te komen en de formulering van de opgestelde doelen volgens de eerder genoemde criteria. Ze vragen zich af hoe doelen beter opgesteld kunnen worden voor PMA die zelf moeilijk tot een doel komen en of de cliëntgerichte zorg wel voldoende is in het doelen stellen. Daarnaast vragen ze zich af wat er aan de werkwijze van doelen stellen en aan de formulering

ervan verbeterd kan worden. Ze willen graag advies in wat hen kan helpen om doelen op een correcte manier op te stellen.

In het jaarplan van de revalidatie binnen X staat beschreven dat doelen voor cliënten volledig behoren te zijn en dat er sprake moet zijn van transparantie bij het doelen stellen (Sternal & Zevenbergen, 2015). Aandacht voor deze aspecten binnen het doelen stellen past dus bij het beleid en de visie van de instelling. Er zal daarom onderzoek verricht worden naar de werkwijze van de logopedisten van X om tot een doelstelling te komen. Ook zal de formulering van de doelen onderzocht worden. De doelstelling van dit onderzoek is het verbeteren van de wijze van doelen stellen en het formuleren van doelen bij Personen Met Afasie (PMA) door de logopedisten van X. Uiteindelijk dient dit het doel dat logopedische therapie efficiënter zal verlopen en van een hogere kwalitatieve waarde zal zijn als het opstellen van doelen op een juiste wijze verloopt (Kagan, Simmons-Mackie, Rowland, Huijbregts, Shumway, McEwen, Threats & Sharp, 2008). De aanbevelingen die uit dit onderzoek zullen volgen, kunnen ook toegepast worden buiten deze instelling.

Naar aanleiding van de probleemanalyse en doelstelling is een onderzoeksvraag opgesteld. De onderzoeksvraag is verdeeld in een hoofdvraag en deelvragen en deze luiden als volgt:

Onderzoeksvraag

Hoe is de huidige werkwijze van de logopedisten in X om tot een (participatie)doel bij een persoon met afasie te komen, hoe worden de logopedische doelen geformuleerd en wat kan hierin verbeterd worden?

Deelvragen

1. Wat is de huidige werkwijze van de logopedisten van X om doelen voor mensen met afasie te inventariseren?
2. Wat is de meest geschikte werkwijze volgens experts om logopedische doelen te stellen voor mensen met afasie?
3. Hoe worden de huidige logopedische doelen voor mensen met afasie door de logopedisten in X geformuleerd?
4. Wat is volgens experts de meest geschikte wijze om doelen te formuleren op alle niveaus van ICF voor mensen met afasie?
5. Wat is er veranderd in de werkwijze om een doel op te stellen en in de formulering van doelen door de logopedisten van X na de workshop 'doelen stellen' en de patiëntbesprekingen tijdens het intercollegiaal overleg?
6. Welke aanbevelingen, gericht op de werkwijze om een doel op te stellen en de formulering van doelen, kunnen er gegeven worden?

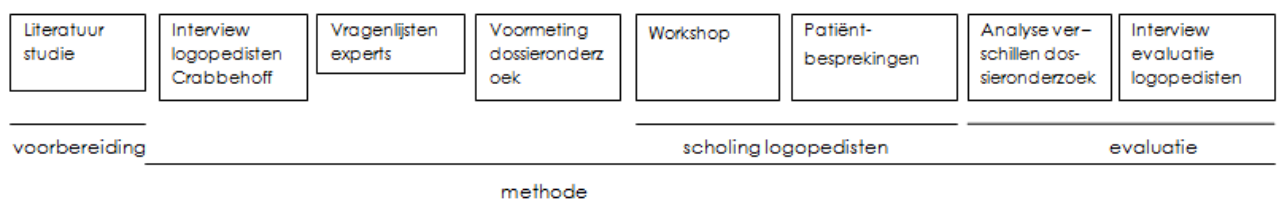
2. Methode

Onderzoeksontwerp

Dit onderzoek betrof een kwalitatief onderzoek; het was gericht op de ervaring van logopedisten en de mening en beleving van PMA en experts omtrent doelen stellen. Kwalitatief onderzoek richt zich op ervaringen, meningen, verwachtingen en de beleving van personen (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-Van Doorn & Rosendal, 2015). Het antwoord op de onderzoeksvraag is verkregen door gegevens te verzamelen vanuit verschillende perspectieven van Evidence Based Practice, zie Figuur 1 (The Catholic University of America, 2016). Het uitgevoerde onderzoek bevatte de verschillende invalshoeken: best beschikbare bewijs, waarden en voorkeuren van de cliënt en de expertise van de professional. De evidence is door middel van een literatuurstudie onderzocht en belicht. De expert opinion is betrokken in het onderzoek door middel van vragenlijsten met logopedisten werkzaam in vergelijkbare instellingen, het groepsinterview met de logopedisten van X en dossieronderzoek. De invalshoek vanuit de cliënt is belicht door middel van literatuurstudie. Voor een beeld van het onderzoeksontwerp, zie figuur 2. Dit betrof een evaluatieonderzoek waarbij er sprake was van een ex post evaluatie; de evaluatie vond achteraf plaats en was gericht op de resultaten van uitvoering. Een protocol voor de onderzoeksmethode is als bijlage 2 opgenomen.



Figuur 1. CUA EBP. Ontleend aan The Catholic University of America website, 2016. Ontleend aan <http://online.cua.edu/resource/social-work/EBP>



Figuur 2.

Deelnemers

	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<i>Interviews (logopedisten A en B) en vragenlijsten (logopedisten X en Y)</i>	➤ Logopedist werkzaam in een verpleeghuis; ➤ Minimaal 1 jaar ervaring met het doelen stellen bij PMA; ➤ Ervaring met PMA	➤ Logopedist zonder ervaring met het doelen stellen bij PMA
<i>Dossieronderzoek</i>	➤ Dossier van PMA met als oorzaak CVA; ➤ 3 dossiers van PMA met lichte afasie; ➤ 2 dossiers van PMA met matige afasie; ➤ 3 dossiers van PMA met ernstige afasie; ➤ Prognose van nog minimaal 8 weken revalidatie binnen Crabbehoff vanaf 04-04-2016	➤ Dossier van PMA met als oorzaak progressieve aandoening en trauma of ontsteking; ➤ Dossier van cliënt zonder afasie; ➤ Ontslagdatum binnen onderzoeksperiode

Tabel 1. Deelnemers onderzoek

Meetinstrumenten en uitwerking methode

Hieronder volgt een korte toelichting over de verschillende meetinstrumenten die zijn gebruikt tijdens dit onderzoek.

Groepsinterview 'doelen stellen'

Allereerst heeft een groepsinterview met twee logopedisten van X plaatsgevonden over hun ervaring met het doelen stellen bij PMA. Het afnemen van een groepsinterview is de meest aangewezen methode om informatie te verzamelen over kennis, vaardigheden, attitudes en opinies. Door middel van één gesprek met meerdere deelnemers wordt op een efficiënte wijze informatie verzameld (Evers, 2007). Het interview was semigestructureerd opgebouwd. Er waren vooraf open vragen opgesteld. Tijdens het interview was er de mogelijkheid om door te vragen voor het verkrijgen van gedetailleerde informatie en was er ruimte voor het verwoorden van de eigen mening (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker & Rosendal, 2015). Voor de interviewvragen wordt verwezen naar bijlage 4.

Vragenlijst

De mening van experts over doelen stellen (werkwijze en formulering) is onderzocht door middel van het invullen van vragenlijsten door twee externe logopedisten uit verpleeghuizen. Dit was een weinig tijdrovende methode om de mening van de professionals in kaart te brengen. Deze twee externe logopedisten nemen deel aan de kwaliteitskring van de logopedisten van X. Zij zijn benaderd via de mail. Omdat er geen bestaande, geschikte vragenlijst beschikbaar was, was het zelf opstellen van een vragenlijst noodzakelijk. Er is gebruik gemaakt van open vragen zodat de deelnemers maximaal de gelegenheid hadden om zelf antwoorden te formuleren en eigen bewoordingen te gebruiken (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker & Rosendal, 2015). Voor de vragenlijst wordt verwezen naar bijlage 6.

Dossieronderzoek

Dossieronderzoek is verricht volgens het between-subjects design. Er zijn acht dossiers van PMA geselecteerd om de huidige doelstellingen te onderzoeken. Tijdens de voormeting van het dossieronderzoek zijn vier van de acht dossiers beoordeeld.

Scholing logopedisten en analyse dossiers

De logopedisten zijn geschoold in het doelen stellen door middel van een workshop en cliëntbesprekingen. De workshop (bijlage 8) en cliëntbesprekingen waren erop gericht om het doelen stellen van de logopedisten van X te verbeteren. Tijdens de cliëntbesprekingen heeft het doelen stellen verder verdieping en aandacht gekregen. De cliëntbesprekingen hebben na de workshop plaatsgevonden; vier achtereenvolgende weken is er één doel per week besproken. Dit zijn de vier doelen die niet in de voormeting van het dossieronderzoek zijn meegenomen, maar wel vooraf waren geselecteerd. De verschillen tussen de vier besproken doelen en de vier doelen die zijn beoordeeld tijdens de voormeting zijn geanalyseerd. Er was dus sprake van een voor- en nameting om het effect van de scholing te meten.

Evaluatie

Evaluatie van het onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van een groepsinterview met de logopedisten van X. Tijdens dit interview is er geëvalueerd op efficiëntie/effectiviteit, adequaatheid, consistentie en coherentie. Evaluatie van efficiëntie en effectiviteit beoordeelde wat de nieuwe werkwijze oplevert voor de logopedisten en wat de effecten waren van de veranderde wijze van doelen stellen. Adequaatheid gaf inzicht in hoe de workshop aansloot bij de wens van de logopedisten. Evaluatie van consistentie beoordeelde of de nieuwe manier van doelen stellen ten koste gaat van andere zaken en evaluatie van coherentie was gericht op de ambitie van X op beleidsniveau. Voor de interviewvragen wordt verwezen naar bijlage 10.

Dataverzameling

<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Data participant</i>
Groepsinterview 'doelen stellen' met logopedisten werkzaam op Crabbehoff	Huidige werkwijze doelen stellen
Vragenlijsten externe logopedisten werkzaam in verpleeghuizen	Visie op, mening over en ervaring met doelen stellen van experts (werkwijze en formulering)
Dossieronderzoek	Huidige doelstellingen in kaart brengen, effect meten workshop en wekelijkse overlegmomenten
Groepsinterview 'evaluatie' met logopedisten werkzaam op Crabbehoff	Mening van logopedisten over het effect van de scholing en de veranderde wijze van doelen stellen (werkwijze en formulering)

Tabel 2. Dataverzameling

Data-analyse

De groepsinterviews en vragenlijsten zijn uitgeschreven en vervolgens geanalyseerd aan de hand van gekozen thema's. Er zijn bijpassende fragmenten geselecteerd die gecodeerd en gesorteerd werden. Dit heeft geleid tot conclusies en (een gedeeltelijke) beantwoording van de onderzoeksvraag.

Voor de analysepunten van het dossieronderzoek wordt verwezen naar bijlage 7.

Ethische aspecten

Voorafgaand aan de afname van de interviews en vragenlijsten zijn er toestemmingsformulieren ondertekend door de deelnemers (bijlage 3 en 5). Hiermee zijn

de deelnemers geïnformeerd over het anonieme karakter van het onderzoek en is de privacy gewaarborgd (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker & Rosendal, 2015). Ook is toestemming gevraagd voor het gebruik van opnameapparatuur. De uitkomsten van het onderzoek zijn anoniem verwerkt. Dit onderzoek is niet WMO-plichtig, omdat dit onderzoek niet valt onder medisch-wetenschappelijk onderzoek en personen niet aan handelingen worden onderworpen of gedragsregels worden opgelegd (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker & Rosendal, 2015).

3. Resultaten

3.1 Resultaten uit interview

Werkwijze doelen stellen en betrokkenen

De logopedisten A en B geven aan dat het proces om een doel op te stellen vooral verloopt via intake, observatie en klinimetrie. Aan de hand van hieruit verkregen gegevens wordt het beginniveau van de cliënt vastgesteld en de inhoud van de behandeling en het einddoel bepaald. De logopedisten A en B bespreken onderling de inhoud van therapie. Door dit overleg kristalliseert het doel voor een behandeltraject zich uit.

Aan de cliënt wordt toestemming gevraagd voor de invulling van de behandeling (prioriteit behandelgebied). De cliënt wordt echter niet betrokken bij de inhoud en formulering van het einddoel dat daarbij opgesteld wordt. Logopedist B geeft aan dat zij vindt dat de doelgroep PMA geen geschikte doelgroep is om de inhoud van een doel mee te overleggen zoals blijkt uit onderstaand citaat.

"Nee, niet inhoudelijk. Niet zo van bent u het daar mee eens? Nee. Ik vind ook niet dat dit de doelgroep is". (Logopedist B)

Zij geeft hierbij als reden aan dat overleg met PMA over doelen lastig of niet mogelijk is. Wel gaan de logopedisten bij het formuleren van de doelen uit van de hulpvraag van de cliënt. Als een cliënt cognitief niet in staat is om toestemming te geven, wordt er overlegd met de familie over de inhoud van de behandeling of beslissen de logopedisten zelfstandig.

In het Multidisciplinair Overleg (MDO) worden de doelen van de cliënten besproken en zijn andere disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, verpleegkunde, psycholoog en verpleeghuisarts) betrokken bij de inhoud van gestelde doelen. Met de diëtist en psycholoog vindt af en toe aanvullend overleg plaats over een doel wat opgesteld moet worden en raakvlakken heeft met deze disciplines.

Inhoud en formulering van de doelen

De logopedisten stellen vaak bewust een algemeen einddoel, globaal gericht op communicatie, omdat cliënten meestal bijkomende cognitieve problemen hebben en het daarom onduidelijk is hoe de ontwikkeling zal verlopen. De logopedisten formuleren dit einddoel op activiteiten- of participatieniveau. Zij schenken in de therapie ook aandacht aan persoonlijke en omgevingsfactoren, maar leggen dit niet vast in een doel. Volgens de logopedisten staat het participeren in de maatschappij en de zelfredzaamheid van de cliënt centraal bij de inhoud van een doel.

Het doel proberen zij SMART te formuleren, maar logopedist B is zich bewust van het feit dat de doelen vaak niet specifiek genoeg geformuleerd worden zoals blijkt uit onderstaand citaat.

"En ik hou het wel altijd inderdaad erg globaal op de communicatie. We zijn niet specifiek". (Logopedist B)

Logopedist A geeft aan dat de doelen onderling wel specifiek besproken worden, maar niet specifiek worden genoteerd in PlanCare. PlanCare is de digitale dossiervoering die binnen X door alle disciplines wordt gebruikt. Doelen worden in begrijpelijke taal (zonder jargon) opgesteld door de logopedisten, omdat andere disciplines de doelen anders niet begrijpen.

"Ja, maar dit hoort er ook bij. Ja, maar het is weer niet cliëntgebonden tijd, weet je wel. Maar zo belangrijk! Maar je kunt het dus nergens op declareren hè". (Logopedist A)

Zij geeft verder aan dat er weinig tijd beschikbaar is om een doel op te stellen, omdat de cliëntgebonden tijd die uitbetaald wordt, beperkt is. De prioriteit ligt bij de logopedisten op de daadwerkelijke behandeling. Daarom worden doelen vaak snel en vluchtig opgesteld.

Evaluatie en bijstelling van de doelen

De einddoelen worden opgesteld voor ontslag; subdoelen worden niet in PlanCare genoteerd. Subdoelen worden wel elke behandeling door de logopedisten opgesteld en geëvalueerd zonder betrokkenheid van PMA en omgeving. Ook worden de doelen wekelijks door de logopedisten onderling besproken en eventueel aangepast, maar niet in PlanCare geplaatst en gewijzigd. Deze subdoelen en aanpassing ervan worden enkel besproken en nergens genoteerd. Logopedist A past tegenwoordig vaker de einddoelen aan. Logopedist B geeft aan dit niet te doen, maar zich er wel bewust van te zijn dat doelen tussentijds veranderd behoren te worden.

Hulpmiddelen en materialen

Bij het doelen stellen maken de logopedisten geen gebruik van hulpmiddelen of materialen. Het ICF schema en de methode SMART gebruiken zij om de doelen te formuleren. Logopedist A gebruikt regelmatig het schema spontane taalanalyse van de AAT als een soort richtlijn om de inhoud van een doel op te stellen.

3.2 Resultaten uit vragenlijsten

Topics	Resultaat interview	Resultaat vragenlijst
Werkwijze doelen stellen	Werkwijze om een doel op te stellen verloopt via: - Intake, observatie en klinimetrie - Overleg tussen de logopedisten - Uitgaan van hulpvraag cliënt	Werkwijze om een doel op te stellen verloopt via: - Gebruik van onderzoeksgegevens - Gesprek met PMA en omgeving - Hulpvraag PMA is leidraad; daarna hulpvraag omgeving
Betrokkenen doelen stellen	- De logopedisten stellen onderling het einddoel op - Geen andere betrokkenen - Eventueel overleg met andere disciplines (diëtist en psycholoog)	- PMA - Familie PMA - Andere disciplines
Formulering doelen	- Algemene formulering van het einddoel (niet specifiek) - Einddoel vaak op activiteiten- en participatieniveau - Er wordt getracht een SMART formulering toe te passen - Doelen worden in begrijpelijke taal opgesteld voor andere disciplines - Subdoelen worden enkel besproken en niet opgesteld in PlanCare	- ICF is het kader bij de formulering - Meestal opstellen van een einddoel op participatieniveau - SMART formulering - Begrijpelijke taal voor cliënt
Hulpmiddelen en materialen	- ICF en SMART schema worden toegepast - Soms gebruik van schema spontane taalanalyse AAT als richtlijn voor inhoud van een doel	- Testmateriaal - Vragenlijsten SAGOL-39 - Schema Ellis & Young - Boeken met betrekking tot afasiebehandeling

Tabel 3. Vergelijking resultaten groepsinterview en vragenlijsten

3.3 Resultaten uit dossieronderzoek – voormeting

4 dossiers van PMA die afasie hebben opgelopen als gevolg van een CVA en verblijven op de revalidatieafdeling in X, zijn geanalyseerd. Uit de dossieranalyse blijkt dat er bij drie van de vier dossiers geen sprake is van een specifieke en meetbare formulering. Bij één van de vier doelen uit de dossiers is dit dus wel het geval. Één van de vier doelen uit de dossiers is niet tijdgebonden en afasietoegankelijk beschreven. De andere drie doelen zijn wel op deze wijze beschreven. Geen van de doelen is op participatieniveau beschreven. In de dossiers staat bij elk doel de hulpvraag van de cliënt genoemd. Bij drie van de vier doelen zijn er geen tussen- en eind evaluatiemomenten gepland. Bij één van de vier doelen is dit wel weergegeven in het dossier.

	Specifiek	Meetbaar	Tijdgebonden	Afasie toegankelijk beschreven	Participatie niveau	Hulpvraag	Evaluatie
Clïënt 1	-	-	+	+	-	+	-
Clïënt 2	+	+	+	+	-	+	-
Clïënt 3	-	-	-	+	-	+	-
Clïënt 4	-	-	+	-	-	+	+

Tabel 4. Overzicht dossieranalyse voormeting

3.4 Resultaten uit dossieranalyse – nameting

De doelen die zijn besproken en door de logopedisten aangepast tijdens de cliëntbesprekingen zijn op een aantal punten veranderd ten aanzien van de doelen die als voormeting zijn beoordeeld. In onderstaande tabel is de analyse van de doelen weergegeven. Voorbeelddoelen zijn weergegeven in bijlage 8.

	Specifiek	Meetbaar	Tijdgebonden	Afasie toegankelijk beschreven	Participatie niveau	Hulpvraag	Evaluatie
Clïënt 5	+	-	+	-	-	-	+
Clïënt 6	-	-	+	-	-	+	+
Clïënt 7	+	+	+	-	-	+	-
Clïënt 8	+	+	+	+	-	+	+

Tabel 5. Overzicht dossieranalyse nameting

Er is een vergelijking gemaakt tussen de resultaten uit de voor- en nameting. Deze vergelijking is weergegeven in onderstaande tabel.

Beoordelingspunten	Voormeting	Nameting
Specificiteit	25%	75%
Meetbaarheid	25%	50%
Tijd	75%	100%
Afasietoegankelijke beschrijving	75%	25%
Participatieniveau	0%	0%
Hulpvraag	100%	75%
Evaluatiemomenten	25%	75%

Tabel 6. Vergelijking in procenten van mate van voorkomen van beoordelingspunten

3.5 Resultaten uit evaluatie-interview

Door middel van een groepsinterview met de logopedisten A en B na afloop van de workshop 'doelen stellen' en cliëntbesprekingen is er geëvalueerd op de volgende vier punten: efficiëntie/effectiviteit, consistentie, coherentie en adequaatheid.

Uit het interview blijkt dat de logopedisten effect merken van de veranderde formulering zoals hieronder in tabel 7 is weergegeven. De kwaliteit van de behandeling vinden ze positief veranderd door de veranderde formulering, maar ze merken geen effect op wat betreft de duur van de behandeling. De werkwijze om tot doelen stellen te komen is niet veranderd volgens de logopedisten. Dit heeft vooral te maken met tijdsdruk en het feit dat de veranderde werkwijze in deze korte periode nog niet is opgenomen in het systeem.

<i>Evaluatiepunt</i>	<i>Antwoord logopedisten</i>
Efficiëntie en effectiviteit	Andere formulering levert gerichtheid in therapie, bewustwording van doelstelling en transparantie van logopedische zorg op
Consistentie	Veranderde formulering gaat niet ten koste van andere zaken. Het kost nu enkel meer tijd, maar de benodigde extra tijd voor het opstellen van doelen wordt gebruikt tijdens het MDO. Op dat moment worden er geen cliënten besproken die relevant zijn voor de logopedisten
Coherentie	Verbeterde SMART formulering en doelbeschrijving in PlanCare komt overeen met het beleid van de Crabbehoff
Adequaatheid	De workshop en cliëntbesprekingen sloten aan op de vraag

Tabel 7. Resultaten uit evaluatie-interview

4. Discussie

Resultaat

Groepsinterview met logopedisten A en B

Uit het interview met de logopedisten A en B blijkt dat zij geen gesprek voeren met PMA en dat er weinig overleg is met de omgeving over de inhoud van doelen. Volgens Wade (2009), Dalemans (2009) en Sherratt, Worrall, Pearson, Howe, Hersh en Davidson (2011) vraagt een participatiegerichte benadering om gelijkwaardig overleg tussen cliënt en therapeut en is overleg met de omgeving belangrijk.

De logopedisten gaan uit van de hulpvraag van de cliënt bij het opstellen van een doel. Dit is in overeenstemming met wat beschreven staat in het Beroepsprofiel Logopedist; een behandelplan wordt opgesteld op basis van de hulpvraag van de cliënt (NVLF, 2013). De opgestelde doelen proberen de logopedisten SMART op te stellen en dit is in overeenstemming met Kuiper (2004) die aangeeft dat doelen SMART geformuleerd behoren te zijn.

De doelen worden door de logopedisten soms tussentijds aangepast. Dit is niet volgens de beschrijving van de werkwijze van doelen stellen door Hersh, Worrall, Howe, Sherratt en Davidson (2012). Zij geven aan dat doelen continu geëvalueerd en bijgesteld behoren te worden.

Vragenlijsten

Uit de resultaten van de vragenlijsten blijkt dat de werkwijze van de logopedisten X en Y en A en B om doelen op te stellen enigszins overeenkomt. Logopedist X en Y betrekken echter PMA en de omgeving meer bij het doelen stellen. Dat komt overeen met de visie van Wade (2009) die aangeeft dat doelen in samenspraak moeten worden opgesteld met PMA, familie en het team.

De logopedisten X en Y geven net als de logopedisten A en B aan dat zij doelen op participatieniveau proberen te stellen. Logopedist X en Y doen dit echter niet blijkt uit dossieronderzoek. Volgens Leach, Cornwell, Fleming en Haines (2010) behoort een einddoel op participatieniveau gesteld te worden.

Ook de logopedisten X en Y stellen doelen SMART op en passen daarnaast een begrijpelijke formulering toe.

Dossieronderzoek voor- en nameting

Uit de vergelijking met resultaten uit de voor- en nameting kan geconcludeerd worden dat de doelen uit de nameting op de meeste beoordelingspunten verbeterd zijn ten opzichte van de voormeting. Desondanks zijn er nog enkele punten waarop de huidige doelen verbeterd kunnen worden blijkt uit vergelijking met de literatuur.

Volgens Kuiper (2004) behoren doelen SMART geformuleerd te zijn. Deze aspecten komen echter niet altijd terug in de geformuleerde doelen; de specificiteit en meetbaarheid zijn niet volledig. Logopedist B gaf al aan dat er geen specifieke beschrijving wordt toegepast. Wel geven ze tijdens het interview aan dat ze doelen SMART proberen te formuleren.

Volgens Hersh, Worrall, Howe, Sherratt en Davidson (2012) behoort een doel voor PMA toegankelijk beschreven te worden. Deze afasievriendelijke beschrijving wordt wisselend toegepast door de logopedisten.

De logopedisten A en B gaven aan dat zij de doelen begrijpelijk opstellen. Dit komt niet met elkaar overeen.

Interview met logopedisten A en B – evaluatie

De formulering van doelen is verbeterd blijkt uit het evaluatie-interview. Dit blijkt ook uit het dossieronderzoek (zie bovenstaande informatie). De logopedisten A en B geven aan dat de veranderde formulering van doelen gerichtheid in therapie, bewustwording van de doelstelling en transparantie van therapie oplevert. Dit komt overeen met de visie van Doig, Fleming, Cornwell en Kuipers (2009) dat het formuleren van doelen zorgt voor structuur in therapie.

Effect in duur van behandeling wordt niet opgemerkt, maar vanwege de beperkte onderzoekstijd is dit moeilijk te evalueren en beoordelen.

In het jaarplan van X staat beschreven dat dossiervorming compleet en begrijpelijk behoort te zijn. Daarnaast behoort er sprake te zijn van actuele en volledige doelen (Sternal & Zevenbergen, 2015). Dit is in lijn met het idee van de logopedisten dat de SMART formulering en uitgebreide beschrijving in PlanCare overeen komt met het beleid van X.

Uit het interview blijkt dat de werkwijze van de logopedisten om doelen op te stellen niet veranderd is. Dit lijkt wel uit de dossieranalyse te volgen waarin bij de nameting meer evaluatiemomenten afgesproken staan. De hulpvraag van de cliënt staat minder vaak genoemd bij de voormeting dan bij de nameting. Dit lijkt aan te geven dat na de workshop en cliëntbesprekingen de hulpvraag van de cliënt minder betrokken wordt in het doelen stellen.

Proces

Tijdens dit onderzoek zijn de drie aspecten van het Evidence Based Practice belicht door de expertise van de professional, de mening van de cliënt en de wetenschappelijke evidentie te onderzoeken. Deze drie invalshoeken hebben geleid tot een hogere mate van betrouwbaarheid en compleetheid van onderzoek. Als kanttekening hierbij kan opgemerkt worden dat het onderzoek naar de expertise van de professional beperkt was. Twee logopedisten binnen X en twee buiten X hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Dit beperkte aantal zorgt voor een verminderde generaliseerbaarheid van de mening van de professional. De vragenlijsten die zijn gebruikt om de mening en expertise van de professional in kaart te brengen waren niet gevalideerd, omdat er een zelfontworpen vragenlijst is gebruikt. Dat zorgt voor een verminderde betrouwbaarheid van de hieruit verkregen resultaten.

De huidige werkwijze van de logopedisten in X wat betreft het doelen stellen is onderzocht door middel van interviews en dossieronderzoek. Op deze manier is niet enkel van de eigen beoordeling uitgegaan over het opstellen van doelen. De beoordeling is vergeleken met de daadwerkelijke formulering van doelen. Dit verhoogt de objectiviteit en betrouwbaarheid van de verkregen resultaten. Het dossieronderzoek betrof echter 8 dossiers waardoor er sprake is van een kleine steekproef. Dit gaf wellicht geen volledig representatief beeld van de huidige formulering van doelen door de logopedisten. De interviews zijn afgenomen in de vorm van een groepsinterview. De groepsdynamiek zorgde voor interactie waardoor opvattingen en perspectieven over doelen stellen door de deelnemers werden gedeeld. Dit leidde tot meer inzichten.

Dit resultaten uit dit onderzoek zijn beperkt generaliseerbaar vanwege de gerichtheid op één setting; de revalidatieafdeling binnen X.

5. Conclusie

Uit het interview met de logopedisten van X kan geconcludeerd worden dat doelen door hen opgesteld worden zonder of met weinig overleg van PMA en omgeving. De logopedisten passen gedeeltelijk een cliëntgerichte aanpak toe door uit te gaan van de hulpvraag van de cliënt. Daarnaast blijkt dat zij de principes uit het SMARTER FRAMEWORK niet geheel toepassen. Doelen worden onvoldoende in samenspraak opgesteld, transparant weergegeven, geëvalueerd en aangepast. Verder blijkt uit het interview dat de logopedisten de doelen niet geheel SMART opstellen.

Dit kan ook geconcludeerd worden uit de dossieranalyse. Uit deze analyse blijkt dat de doelen niet volledig SMART weergegeven worden en een afasievriendelijke formulering wisselend wordt toegepast. Ook blijkt dat het einddoel niet op participatieniveau gesteld wordt.

Uit de vragenlijst kan geconcludeerd worden dat volgens professionals cliëntgericht werken staat voor een goede werkwijze van doelen stellen. Dit komt overeen met de visie van de logopedisten van X, maar niet met hun daadwerkelijke uitvoering omtrent het doelen stellen en een gemaakte opmerking tijdens het interview:

"Nee, niet inhoudelijk. Niet zo van bent u het daar mee eens? Nee. Ik vind ook niet dat dit de doelgroep is". (Logopedist B)

Tenslotte kan geconcludeerd worden dat de workshop en cliëntbesprekingen effect hebben gehad op de formulering van doelen door de logopedisten van X wat betreft specificiteit, meetbaarheid, tijdsfactor en participatieniveau. Deze aspecten komen meer terug in de opgestelde doelen. Er is echter weinig effect merkbaar wat betreft de werkwijze van doelen stellen blijkt uit het evaluatie-interview. Er worden enkel meer evaluatiemomenten opgenomen in PlanCare. Tijdsdruk en de moeite met het veranderen van de eigen werkwijze in een kort tijdsbestek lijkt hierin een rol te spelen.

De conclusie kan getrokken worden dat er nog verbetering te behalen valt wat betreft de formulering van doelen en de werkwijze om doelen op te stellen.

6. Aanbevelingen

Onderzoek

Vervolgonderzoek wordt aanbevolen voor een betrouwbaarder en volledig beeld van het proces van doelen stellen bij PMA. Vervolgonderzoek zou meer deelnemers kunnen betrekken. Logopedisten uit een bepaalde regio die werkzaam zijn in een verpleeghuis- en revalidatiesetting zouden in dat onderzoek meegenomen kunnen worden. Om een volledig beeld te verkrijgen van de visie van alle professionals in Nederland zou er een landelijk onderzoek verricht kunnen worden waarin de visie over het proces van doelen stellen in kaart wordt gebracht.

Aanbevolen wordt om bij vervolgonderzoek gebruik te maken van meer dossiers dan in dit onderzoek zijn geanalyseerd. Dit schept een betrouwbaarder beeld van de huidige formulering door logopedisten. Ook wordt aanbevolen om de werkwijze van doelen stellen te observeren voor een betrouwbaar beeld.

Daarnaast zou het vervolgonderzoek gericht kunnen worden op het verbeteren van de werkwijze om tot een doel te komen. Dat aspect heeft wel aandacht gekregen tijdens dit onderzoek, maar is nog niet verbeterd.

Opdrachtgever

Uit het onderzoek komen een aantal aanbevelingen naar voren ten aanzien van de werkwijze van doelen stellen en formulering van doelen.

Werkwijze doelen stellen

Allereerst wordt er aanbevolen PMA, familie en de omgeving van PMA te betrekken bij de inhoud en formulering van doelen. Deze betrokkenheid kan vormgegeven worden in een gesprek waarin de hulpvraag en problemen op participatieniveau van de betrokkenen besproken worden. Tijdens dit gesprek wordt er een gezamenlijk doel opgesteld. PMA zijn juist een doelgroep waarin overleg belangrijk is. Omdat dit overleg bemoeilijkt kan worden door communicatieproblemen is het tweede advies om gebruik te maken van hulpmiddelen. Gedacht kan worden aan de vragenlijsten SAQOL-39, CIQ of Talking Mats en IPID. Daarnaast wordt aanbevolen om gebruik te maken van het SMARTER FRAMEWORK om het proces van doelen stellen te verbeteren. Geadviseerd wordt om doelen tussentijds te evalueren met PMA. Tenslotte wordt aanbevolen om literatuur te gebruiken als basis van het doelen stellen. Daarbij kan gedacht worden aan de Richtlijn Afasie.

Formulering doelen

Geadviseerd wordt de doelen volledig SMART te formuleren. Gelet moet worden op een specifieke en meetbare formulering. Eventueel kan een format van de NVLF daarbij gebruikt worden. Daarnaast wordt geadviseerd om de NAIS te gebruiken en de voorbeelddoelen hiervan als basis te nemen voor de eigen doelen. Om een transparante werkwijze te bevorderen wordt aanbevolen om de therapiebeschrijving uitgebreid weer te geven. Ook het opnemen van subdoelen in PlanCare en deze te evalueren en wijzigen bevordert transparantie. Neem in deze subdoelen de niveaus van ICF op. Ook wordt aanbevolen om het einddoel op participatieniveau te stellen. Tenslotte is het belangrijk om doelen afasietoegankelijk op te stellen.

Als er nog onzekerheid bestaat over een correcte werkwijze van doelen stellen en formulering van doelen kan er een scholing gevolgd worden.

7. Literatuurlijst

Berns, P.E.G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., Staaïj, M. G. van der, Wessel, S. van, Dun, W. van, Lonkhuijzen, J.G. van, & CBO (2015). *Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Dalemans, R. (2009). Denken voorbij de stoornis, een participatiegerichte benadering. *Logopedie en foniatrie*, 12, 380-382.

Dijkers, M. (2000). The Community Integration Questionnaire. Op 21 april 2016 ontleend aan <http://www.tbims.org/combi/ciq>

Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P. & Kuipers, P. (2009). Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 559-568.

Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Heerkens, Y. & Beer, J. de (2007). International Classification of Functioning Disability and Health. Gebruik van de ICF in de logopedie. *Logopedie en Foniatrie*, 4, 112-119.

Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S. & Davdison, B. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26, 2, 220-233.

Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity. *Stroke*, 34, 1944-1950.

Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T. & Sharp, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22, 3, 258-280.

Kuiper, H. (2004). *Methodisch handelen in de logopedie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J. & Haines, T. (2010). Patient centred goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Rehabilitation in Practice*, 32, 159-172.

Levack, W. M., Dean, S. G., McPherson, K. M. & Siegert, R. J. (2006). How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for people with brain injury: Variable interpretations of value and purpose. *Brain Injury*, 20, 1439-1449.

Meer, van der & Wielen, van de (2007). Behoeft-Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve behoeften. Op 24 mei 2016 ontleend aan <http://www.diagnoseis.com/download/DigiMManuals/HandleidingBipac.pdf>

Murphy, J. & Boa, S. (2012). Using the WHO-ICF with Talking Mats to Enable Adults with Long-term Communication Difficulties to Participate in Goal Setting. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, 1, 52-60.

Nederlandse Vereniging Afasie Therapeuten, 2012. Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten [NVAT]. Op 15 april 2016 ontleend aan www.afasietherapie.info/NAIS

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2009. Instrumenten. Op 14 april 2016 ontleend aan <http://nvlf.logopedie.nl/site/instrumenten>

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2009. NVLF – Richtlijn logopedische Verslaglegging. Op 21 april 2016 ontleend aan http://www.logopedie.nl/bestanden/ikbenlogopedist/kwaliteit/Kwaliteitsdocumenten/richtlijnen/Richtlijn_logopedische_verslaglegging_2009.pdf

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2013. Beroepsprofiel Logopedist. Op 24 mei 2016 ontleend aan http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/kwaliteit/beroepscode_en_beroepsprofiel/beroepsprofiel_2013_201014.pdf

Playford, E. D., Dawson, L. K., Limbert, V., Smith, M. C., Ward, C. D. & Wells, R. (2000). Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. *Clinical Rehabilitation*, 14, 491–496.

Post, 2010. Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-Participatie). Op 21 april 2016 ontleend aan www.dehoogstraat.nl/images/products/221/USER-Participatie.pdf

Sherratt, S., Worrall, L., Pearson, C., Howe, T., Hersch, D. & Davidson, B. (2011). Well it has to be language-related': Speech-language pathologists' goals for people with aphasia and their families. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 4, 317-328.

Sternal, M. & Zevenbergen, A. (2015). *Jaarplan* (interne publicatie).

The Catholic University of America (2016). CUA EBP. Op 22 april 2016 ontleend aan <http://online.cua.edu/resource/social-work/EBP>

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C. & Rosendal, H. (2015). *Zorgbasics. Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

Wade, D. (2009). Goal setting in rehabilitation: An overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23, 291–295.

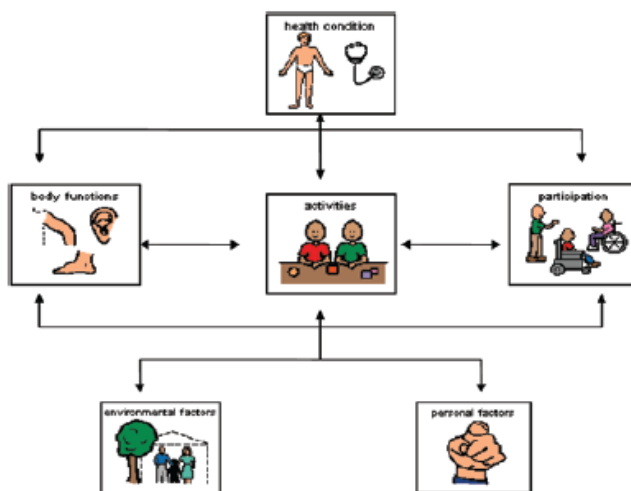
Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A. & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25, 3, 309-322.

8. Bijlagen

8.1 Hulpmiddelen

Talking Mats

Het ICF wordt vooral gebruikt door professionals in plaats van de cliënt. De taal uit het ICF is voor cliënten moeilijk te begrijpen. Het ICF kan daarom aangepast worden door gebruik te maken van grafische symbolen. Talking Mats is een low-tech communicatie kader die volwassenen kan helpen bij deelname aan het stellen van doelen. Door middel van afbeeldingen kunnen zij aangeven waar ze aan willen werken. De afbeeldingen kunnen geplaatst worden onder kopjes (smileys) op een mat. Dit hulpmiddel ondersteunt bij het organiseren van gedachten en het uiten van standpunten. Dit hulpmiddel is geschikt voor een ernstige globale afasie.



SAQOL-39-NL

De SAQOL-39-NL is een vrij brede vragenlijst en een nieuwe methode. Via deze vragenlijst is de kwaliteit van leven uit te vragen van afasici en er staan ook aspecten op die te maken hebben met communicatie. Zicht krijgen op de hulpvraag is mogelijk via deze vragenlijst. De SAQOL-39-NL geeft een duidelijk beeld van de specifieke behoefte van de afasicus. Logopedisten die werken met mensen met chronische afasie kunnen de zorg op deze behoefte afstemmen zodat optimaal gewerkt wordt aan het verhogen van de kwaliteit van leven.

GEDURENDE DE AFGELOPEN WEEK									
Item ID	Heeft u: (Herhaal voor elk item indien nodig)	Zeker ja	Meestal ja	Niet zeker	Meestal nee	Zeker nee	Fysiek	Comm	Psycho-sociaal
D1.	dingen moeten opschrijven om ze te onthouden? (of iemand gevraagd om dingen voor u op te schrijven om te onthouden?)	1	2	3	4	5			
D2.	moeite gehad met beslissingen nemen?	1	2	3	4	5			
P1.	zich prikkelbaar gevoeld?	1	2	3	4	5			
P2.	het gevoel dat uw persoonlijkheid is veranderd?	1	2	3	4	5			
S1.	zich ontmoedigd gevoeld over uw toekomst?	1	2	3	4	5			
S2.	geen interesse in andere mensen of activiteiten gehad?	1	2	3	4	5			
S3.	zich teruggetrokken van andere mensen?	1	2	3	4	5			
S4.	weinig vertrouwen gehad in uzelf?	1	2	3	4	5			
E1.	zich de meeste tijd moe gevoeld?	1	2	3	4	5			
E2.	vaak moeten stoppen en rusten gedurende de dag?	1	2	3	4	5			
E3.	zich te moe gevoeld om te doen wat u wilde doen?	1	2	3	4	5			
GL1.	het gevoel gehad dat u tot last was voor uw familie?	1	2	3	4	5			
GL2.	het gevoel dat uw taalproblemen uw gezinsleven verstoren?	1	2	3	4	5			
SL1.	minder vaak dan u zou willen iets buitenshuis gedaan?	1	2	3	4	5			
SL2.	uw hobby's en vrije tijdsbesteding minder vaak gedaan dan u zou willen?	1	2	3	4	5			
SL3.	uw vrienden minder vaak gezien dan u zou willen?	1	2	3	4	5			
SL4.	het gevoel dat uw lichamelijke conditie uw sociale leven verstoort?	1	2	3	4	5			
SL5.	het gevoel dat uw taalproblemen uw sociale leven verstoren?	1	2	3	4	5			
SAQOL-39-NL Gemiddelde score		Tel alle items bij elkaar op en deel door 39							
Fysieke score		(Z items + M items + W items + AH items) /16							
Communicatie score		(T items + GL2 + SL5) /7							
Psychosociale score		(D items + P items + S items + E items + GL1 + SL1+SL2+SL3+SL4) /16							

1. Tijdens het noteren: Voor elk item, omcirkel het door de correspondent gekozen cijfer.

2. Om domeinnamen scores te berekenen: Verander de items in de codenamen en bereken per kolom de domeinscores.

CIQ

Deze vragenlijst is voor mensen met een beperkt taalbegrip. Door middel van deze vragenlijst wordt er een beeld verkregen van de sociale participatie van een PMA. Dit instrument kan gebruikt worden als de logopedist in de rol van coach werkt aan participatietraining. Door middel van deze vragenlijst kan de hulpvraag in kaart gebracht worden.

USER-P

Geschikt voor PMA met een beter taalbegrip dan voor gebruik met CIQ. Een vragenlijst zonder afbeeldingen die gaat over het dagelijks leven. Het is een meetinstrument om het effect van poliklinische revalidatie voor volwassenen te evalueren. In de polikliniek liggen doelen namelijk vaak op participatieniveau. De vragenlijst kan gebruikt worden als voor- en nameting van de therapie.

Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-Participatie)

Definitieve versie, augustus 2010

Deze vragenlijst gaat over uw dagelijks leven en bestaat uit vier onderdelen: (1) hoeveel tijd u besteedt aan werk, studie en huishouden, (2) hoe vaak u bepaalde activiteiten doet, (3) of u beperkingen in uw dagelijks leven ervaart en (4) hoe tevreden u over uw dagelijks leven bent.

U kunt alle vragen beantwoorden door het antwoord te omcirkelen dat het beste bij uw situatie past.

1A. Hoeveel uur per week bent u bezig met de volgende activiteiten?

Toelichting:

- Het gaat om een normale week, waarbij vakantie niet meetelt.
- Eventuele reistijd telt u niet mee.

Let op: Het gaat om het aantal uren per week.

Betaald werk Alle vormen van betaald werk, ook werken in eigen bedrijf	Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
Onbetaald werk Actief zijn in een vereniging, buurthuis, op school en ander vrijwilligerswerk	Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
Opleiding Alleen opleidingen of cursussen voor betaald werk of om betaald werk te krijgen	Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
Huishoudelijke taken Zoals: koken, schoonmaken, boodschappen doen, kinderen verzorgen of begeleiden, klusjes in huis doen, tuinieren en dergelijke	Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer

© M.W.M. Post, De Hoogstraat, Utrecht

1B. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 4 weken de volgende activiteiten gedaan?

Toelichting:

- Als u bijvoorbeeld ongeveer twee keer per week een wandeling maakt is dat 8 keer in 4 weken en kiest u de categorie 6-10 keer.
- Tel elke activiteit maar in één categorie mee.
- Activiteiten voor werk, school of huishouden tellen hier niet mee.

Let op: het gaat om het aantal keren in de afgelopen 4 weken.

Sporten of andere lichaamsbeweging Zoals: tennissen, fietsen, fitnessen, een stuk wandelen Let op: fietsen naar bijv. werk telt niet mee	Helemaal niet	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	19 keer of meer
Uitgaan Zoals: uit eten gaan, bezoeken van café, bioscoop, concert, alleen of met anderen	Helemaal niet	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	19 keer of meer
Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis Zoals: winkelen, evenementen bijwonen, naar strand, kerk- of moskeebezoek	Helemaal niet	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	19 keer of meer
Vrijtijdsbesteding thuis Zoals: knutselen, handwerken, lezen, puzzelen, computerspelletjes doen	Helemaal niet	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	19 keer of meer
Op bezoek gaan bij familie of vrienden	Helemaal niet	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	19 keer of meer
Bezoek krijgen van familie of vrienden	Helemaal niet	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	19 keer of meer
Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen Zoals: bellen, chatten, e-mailen	Helemaal niet	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	19 keer of meer

© M.W.M. Post, De Hoogstraat, Utrecht

2. Wordt u, vanwege uw ziekte of aandoening, beperkt in uw huidige dagelijks leven?

Toelichting:

NVT (niet van toepassing): U doet deze activiteit niet, maar dat is niet vanwege uw aandoening.
Niet mogelijk: U doet deze activiteit niet, en dat is wel vanwege uw aandoening.

Met hulp: U doet deze activiteit gedeeltelijk zelf, maar krijgt daar hulp bij vanwege uw aandoening.
Zoals: een hulp doet het zware huishoudelijk werk, u krijgt hulp van familie bij vervoer ergens naar toe en dergelijke. Het gaat zowel om betaalde hulp, als om onbetaalde hulp van familie of vrienden.

Moeite: Als u vanwege uw aandoening aanzienlijk meer moeite hebt met deze activiteit.

Zoals: het kost u aanzienlijk meer tijd, u moet tussendooritrusten, u doet dit nu minder vaak, of minder lang of u doet dit nu in een minder belastende vorm.

Betaald werk, onbetaald werk of opleiding	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Huishoudelijke taken Zoals: koken, schoonmaken, boodschappen doen, kinderen verzorgen of begeleiden, klusjes in huis doen, tuinieren	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Verplaatsen buitenshuis Zoals: autorijden, met de bus of trein reizen, fietsen naar werk of om boodschappen te doen, en dergelijke	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Sporten of andere lichaamsbeweging Zoals: tennissen, fietsen, fitnessen, een stuk wandelen	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Uitgaan Zoals: uit eten gaan, bezoeken van café, bioscoop, concert, alleen of met anderen	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis Zoals: winkelen, evenementen bijwonen, naar strand, kerk- of moskeebezoek	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Vrijtijdsbesteding thuis Zoals: knutselen, handwerken, lezen, puzzelen, computerspelletjes doen	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Uw relatie met uw partner Zoals: communicatie, seksualiteit	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Op bezoek gaan bij familie of vrienden	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Bezoek krijgen van familie of vrienden	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet
Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen Zoals: bellen, chatten, e-mailen	NVT	Niet mogelijk	Met hulp	Met moeite	Zonk moet

3. Hoe tevreden bent u met uw huidige dagelijks leven?

Toelichting:

- **NVT** (niet van toepassing): vul dit alleen in als u helemaal geen werk of studie heeft of als u geen partner heeft.

Betaald werk, onbetaald werk of opleiding Let op: vul in voor de belangrijkste activiteit	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	NVT
Huishoudelijke taken Zoals: koken, schoonmaken, boodschappen doen, kinderen verzorgen of begeleiden, klusjes in huis doen, tuinieren	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	
Verplaatsen buitenshuis Zoals: autorijden, met de bus of trein reizen, fietsen naar werk of om boodschappen te doen, en dergelijke	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	
Sporten of andere lichaamsbeweging Zoals: tennissen, fietsen, fitnessen, een stuk wandelen	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	
Uitgaan Zoals: uit eten gaan, bezoeken van café, bioscoop, concert, alleen of met anderen	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	
Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis Zoals: winkelen, evenementen bijwonen, naar strand, kerk- of moskeebezoek	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	
Uw vrijetijdsbesteding thuis Zoals: knutselen, lezen, computer	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	
Uw relatie met uw partner	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	NVT
Uw relatie met uw gezin of familie	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	
Uw contacten met vrienden en bekenden	Zeet ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeet tevreden	

BIPAC/BEBA

De BIPAC is een interview met een afasiepatiënt. Vragen naar verschillende activiteiten; deed iemand het voor het CVA, doet die persoon het nog steeds? De hulpvraag wordt in kaart gebracht. Op basis van de inventarisatie kunnen activiteiten geselecteerd worden voor therapie.

Bij de BEBA maak je gebruik van een praktische activiteit. Activiteit observeren en cliënt geeft aan hoe hij het vond gaan en eventueel omgeving vragen naar ervaring. BIPAC activiteit uitkiezen en evalueren door middel van de BEBA. Na afloop kan door middel van de BEBA de uitvoering beoordeeld worden.

8.2 Onderzoeksprotocol

Protocol interview

Inleiding

Tijdens het onderzoek naar de doelstellingen voor Personen Met Afasie (PMA) zullen de logopedisten van X die ervaring hebben met het doelen stellen bij PMA geïnterviewd worden. Dit protocol is gericht op het verhogen van de kwaliteit van het onderzoek. De reproduceerbaarheid van dit onderzoek is door middel van dit onderzoeksprotocol gewaarborgd.

Vorbereiding

Ter voorbereiding op het interview worden de deelnemende logopedisten bevraagd op hun ervaring met PMA. Voorwaarde voor deelname aan het interview is minimaal 1 jaar ervaring met het doelen stellen bij PMA en ervaring met PMA in de onderzoeksfase. Deelnemende logopedisten zullen geselecteerd worden op deze inclusiecriteria. Vervolgens zullen zij uitgenodigd worden voor een interview en zal er een afspraak gemaakt worden. Op dit moment staat het interview gepland op 21 maart van 09.30-10.30 uur. Ter voorbereiding op het interview zal de onderzoeker zich inlezen in het onderwerp en een topiclijst opstellen (bijlage 5).

De volgende zaken zullen ter voorbereiding op het interview geregeld worden:

- De beschikking over een rustige ruimte;
- Het klaarleggen van dit onderzoeksprotocol;
- Het klaarleggen van de interviewvragen;
- Het klaarleggen van de informed consentformulieren;
- De beschikking over goed werkend opnameapparatuur

Afname interview

Het interview zal geïntroduceerd worden. Het doel van het onderzoek en van dit interview zal aangegeven worden. Er zal worden gevraagd naar toestemming voor opname van het interview en er zal gevraagd worden om de informed consentformulieren in te vullen. Er zal vooraf de mogelijkheid worden gegeven om vragen te stellen of opmerkingen te plaatsen.

Het interview zal afgenomen worden zoals beschreven staat in bijlage 6. Tijdens het interview is er de mogelijkheid om door te vragen.

Na afloop van het interview zal aangegeven worden dat de gegevens anoniem zullen worden verwerkt en dat de logopedisten op de hoogte zullen worden gehouden van de resultaten van het onderzoek.

Analyse interview

Tijdens de analyse van de interviewgegevens zullen de persoonsgegevens van de logopedisten geanonimiseerd worden. De audio-opname van het interview zal worden uitgeschreven als verbatim. Vervolgens zullen thema's bedacht worden en daaraan zullen interviewfragmenten gekoppeld worden. De fragmenten zullen worden gecodeerd en de codes zullen gesorteerd worden. Uiteindelijk zal dit leiden tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Protocol vragenlijst

Inleiding

Tijdens het onderzoek naar de doelstellingen voor Personen Met Afasie (PMA) zullen logopedisten uit verpleeghuizen die ervaring hebben met het doelen stellen bij PMA gevraagd worden een vragenlijst in te vullen. Dit protocol is gericht op het verhogen van de kwaliteit van het onderzoek. De reproduceerbaarheid van dit onderzoek is door middel van dit onderzoeksprotocol gewaarborgd.

Vorbereiding

Ter voorbereiding op het afnemen van de vragenlijsten zullen logopedisten geselecteerd worden die in aanmerking komen voor deelname aan het onderzoek. De logopedisten zullen geselecteerd worden uit de logopedisten van de kwaliteitskring waaraan de logopedisten van X deelnemen. Er zal gevraagd worden naar een lijst met gegevens van de deelnemers van de kwaliteitskring. Er zal bekeken worden welke logopedisten werkzaam zijn in een verpleeghuissetting en zij zullen benaderd worden via de mail. In de mail zal een uitleg van het onderzoek staan met de vraag of de logopedisten willen deelnemen aan het onderzoek. In dat geval wordt gevraagd of zij een informed consentformulier willen invullen. In de bijlage van de mail zal de vragenlijst (bijlage 7) en een informed consentformulier (bijlage 9) toegevoegd worden. De mails zullen verstuurd worden in de periode tussen het interview (21 maart) en de workshop 'doelen stellen' (4 april).

Afname vragenlijst

De logopedisten kunnen de toegestuurde vragenlijst invullen en terug sturen naar mijn mailadres.

Analyse vragenlijst

Persoonsgegevens van de logopedisten zullen niet opgenomen worden in de analyse. De logopedisten zullen aangeduid worden met een code, bijvoorbeeld: D1, D2, D3 enz. Er zullen thema's bedacht worden en daaraan fragmenten van de antwoorden gekoppeld worden. De fragmenten zullen worden gecodeerd en de codes zullen gesorteerd worden. Uiteindelijk zal dit leiden tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

8.3 Informed consent interview

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

Mijn afstudeeronderzoek is gericht op het verbeteren van logopedische doelstellingen bij mensen met afasie. Daarvoor is het nodig om in kaart te brengen hoe de huidige werkwijze is om tot doelstellingen te komen en hoe de huidige doelen worden geformuleerd. Door middel van dit interview werkt u mee om de huidige situatie in X in kaart te brengen.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat opnameapparatuur of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. Ik geef toestemming tot opname van dit interview.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

8.4 Interviewvragen

Huidige werkwijze doelen stellen

1. Hoe is de huidige werkwijze om tot het doelen stellen te komen bij een cliënt met afasie?
2. Wie zijn er betrokken bij het doelen stellen?
 - a. Doorvragen naar cliënt: Hoe betrekken jullie de cliënt bij het doelen stellen?
 - b. Doorvragen naar omgeving cliënt: Hoe betrekken jullie de omgeving van de cliënt bij het doelen stellen?
 - c. Doorvragen naar multidisciplinair team: Hoe multidisciplinair worden de huidige doelen opgesteld?
3. Hoe zorgen jullie ervoor dat de regie bij het doelen stellen bij de cliënt ligt?
4. Van welke hulpmiddelen of materialen maken jullie gebruik bij het doelen stellen?
5. Van welke literatuur maken jullie gebruik bij het doelen stellen?
6. Wat staat bij jullie centraal bij het doelen stellen?
 - a. Doorvragen naar visie: Vanuit welke visie stellen jullie doelen op?
 - b. Doorvragen naar kernbegrippen: Welke kernbegrippen horen daarbij?
7. Komt het voor dat er cliënten zijn met afasie waarvoor geen doelen gesteld kunnen worden?
 - a. Zo ja: Hoe komt het dat er cliënten zijn waarvoor er geen doelen gesteld kunnen worden?
8. Hoe monitoren jullie de doelen die zijn opgesteld?
9. Wat vinden jullie het voordeel van doelen stellen?
10. Wat vinden jullie het nadeel van doelen stellen?
11. Tegen welke knelpunten lopen jullie aan bij het doelen stellen?
12. Hoe tevreden zijn jullie over de huidige werkwijze?
13. Wat zouden jullie anders willen zien aan de werkwijze om tot het stellen van doelen te komen?

Huidige formulering doelen

1. Hoe formuleren jullie de huidige doelen voor cliënten met afasie?
2. Van welke principes gaan jullie uit bij het formuleren van doelen?
 - a. Doorvragen naar SMART formulering;
 - b. Doorvragen naar SMARTER FRAMEWORK;
 - c. Doorvragen naar kwaliteit van leven
3. Hoe betrekken jullie het ICF of de AFROM in de doelstellingen?
4. Op welk niveau van het ICF stellen jullie het einddoel op?
5. Tegen welke knelpunten lopen jullie aan bij het formuleren van doelen?
6. Hoe tevreden zijn jullie over de huidige formulering van doelen?
7. Wat zouden jullie anders willen zien aan de formulering van doelen?

8.5 Informed consent vragenlijst

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Verantwoordelijke onderzoeker: Neline Heijns

Het doel van dit afstudeeronderzoek is het verbeteren van het doelen stellen bij personen met afasie. Een gedeelte van dit onderzoek is gericht op het onderzoeken van de ervaring en mening van professionals rondom doelen stellen. Door middel van deze vragenlijst zal de ervaring en mening van professionals in kaart worden gebracht. Uw antwoorden zullen anoniem worden verwerkt.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

☐ Ja, ik wil op de hoogte gehouden worden over de uitkomsten van dit onderzoek. Mijn e-mailadres is:

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Neline Heijns.....

Datum: 14-03-2015... Handtekening onderzoeker:



8.6 Vragenlijst

Vraag 1 Hoe komt u tot het stellen van een logopedisch doel bij een cliënt met afasie (werkwijze)?

Vraag 2 Welke middelen of instrumenten gebruikt u om tot een logopedisch doel te komen?

Vraag 3 In welke mate en op welke wijze betreft u de cliënt met afasie en de omgeving bij het stellen van doelen?

Vraag 4 Welke literatuur gebruikt u om doelen voor mensen met afasie op te stellen?

Vraag 5 Op welk niveau van ICF stelt u het einddoel op?

Vraag 6 Wat is volgens u de meest geschikte werkwijze om doelen te stellen en te formuleren bij mensen met afasie?

Vraag 7 Wat is volgens u de belangrijkste uitkomstmaat van de logopedische therapie?

8.7 Analyse dossieronderzoek

Beoordelingspunten:

- SMART formulering
 - Specifiek*: wat willen ze bereikt hebben
 - Meetbaar*: hoeveelheid, gebruik van nulmeting, procedure om te bepalen of het doel op een bepaald moment bereikt is
 - Acceptabel*: voldoende draagvlak door cliënt
 - Realistisch*: haalbaar doel, voldoende capaciteiten en middelen, zijn de gevraagde resultaten te beïnvloeden
 - Tijdgebonden*: tijdstip van afsluiting doel (einddatum)
- Formulering doel
 - Zijn de doelen afasietoegankelijk beschreven
- Einddoel op participatieniveau
 - Participatie*: deelname aan het maatschappelijk leven
- Betrokkenen bij het opgestelde doel
 - Cliënt
 - Omgeving
- Aansluiting bij hulpvraag cliënt
- Transparantie van de doelen
 - Voor wie zijn de doelen inzichtelijk
 - Relatie tussen doelen en therapie is transparant
- Evaluatie van doelen
 - Frequentie van evaluatie
 - Momenten van evaluatie
 - Bijstelling van de doelen

8.8 Workshop

[illegible]

8.9 Voorbeelddoelen

Doel cliënt 1

Dhr. kan na 3 maanden zijn gedachten verwoorden in eenvoudige korte zinnen.

	Specifiek	Meetbaar	Tijdgebonden	Afasie toegankelijk beschreven	Participatie niveau
Cliënt 1	-	-	+	+	-

Doel cliënt 8

Dhr. kan aan het eind van de opname informatie in de vorm van eenlettergrepige gesproken en geschreven woorden begrijpen en overbrengen door middel van spreken of met hulp van gesprekspartner en ondersteunend communicatiemiddel.

	Specifiek	Meetbaar	Tijdgebonden	Afasie toegankelijk beschreven	Participatie niveau
Cliënt 8	+	+	+	+	-

8.10 Interviewvragen evaluatie

Evaluatie van efficiëntie en effectiviteit

1. Wat zijn de effecten van de veranderde werkwijze van doelen stellen op de kwaliteit en duur van de behandeling?
2. Wat zijn de effecten van de veranderde formulering van doelen op de kwaliteit en duur van de behandeling?
3. Wat levert de veranderde werkwijze van doelen stellen en de veranderde formulering van de doelen op?

Evaluatie van consistentie

4. Gaat de veranderde werkwijze van doelen stellen ten koste van andere zaken?
5. Gaat de veranderde formulering van de doelen ten koste van andere zaken?

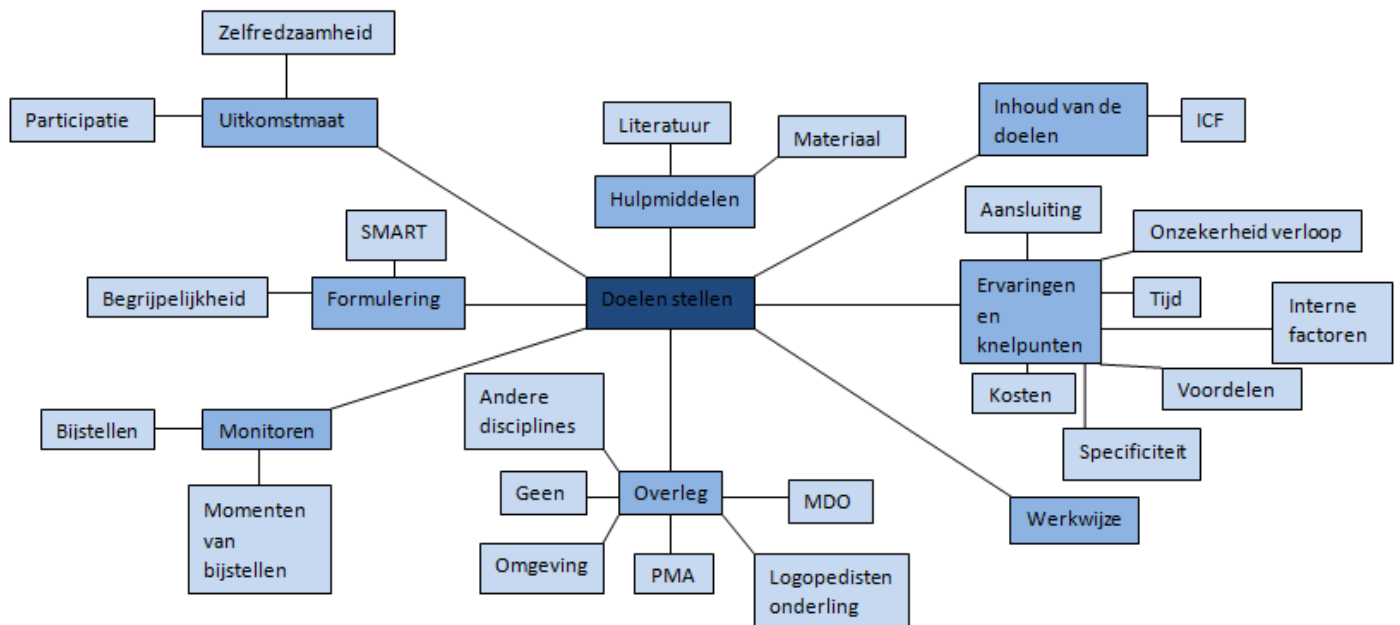
Evaluatie van coherentie

6. Komt de andere werkwijze van doelen stellen overeen met het beleid van X?
7. Komt de andere formulering van doelen overeen met het beleid van X?

Evaluatie van adequaatheid

8. Sloten de workshop en de patiëntbesprekingen aan op jullie vraag?

8.11 Codeboom interview



8.12 Codeboom interview evaluatie

