



Het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland

Literatuuronderzoek en kwantitatief onderzoek

Begeleiders

L. Fransen

M. Pertijs

Opdrachtgever

E. de Haan

Plaats en datum

Utrecht, 10 juni 2013

Auteurs

S. Leenen, 1501252

A. Noppers, 1610699

P.J.G Stappers, 1605801

E-mail

imagologopedie@gmail.com



© Utrecht, (juni 2013)¹

De auteur vrijwaart de opleiding Logopedie van de Hogeschool Utrecht voor alle vorderingen van derden betreffende inhoud en vorm van dit verslag en de bijbehorende documenten en producten. Vermenigvuldiging en verspreiding is alleen toegestaan na verleende toestemming van de opleiding Logopedie.

Samenvatting: Het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland

In het artikel “Zorgverzekering is er niet voor de flauwekul” zegt huisarts Arjen Göbel dat de premiestijgingen in de zorg aangepakt dienen te worden door terug te gaan naar de basis in plaats van de “betaalde premie jaarlijks op te maken aan andere, in feite overbodige zaken (Göbel, 2012).” Logopedie wordt hierbij in één adem genoemd met antirimpelbehandeling. Dit artikel heeft tot onrust geleid onder logopedisten in Nederland, want betreft het hier de mening van één individu, namelijk Arjan Göbel? Of kampt de logopedie met een imagoprobleem onder de huisartsen in Nederland?

Het hier beschreven onderzoek vormt de afronding van de bacheloropleiding Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland. Aan de hand van dit doel is de volgende hoofdvraag geformuleerd: *“Kampt de logopedie met een imagoprobleem onder huisartsen in Nederland?”*

Het onderzoek bestaat uit een theoretisch gedeelte (literatuuronderzoek) en een kwantitatief onderzoek (pilotstudy en enquête). In het theoretische gedeelte zijn verschillende marketingtermen uitgediept, die de basis vormen voor het concept imago. Er is gekozen om de theorie van Mastenbroek et al. (2004) toe te passen op de logopedie en daarmee logopedie als een organisatie te beschouwen, met een identiteit en imago. Volgens deze theorie bestaat imago uit 4 dimensies, te weten een visuele, cognitieve en affectieve dimensie en de dimensie oordeel. Ook het belang van een positief imago voor de logopedie is toegelicht. Door een goed imago zal iemand eerder een product of dienst afnemen en ook eerder terugkomen voor producten of diensten.

Door middel van het kwantitatief onderzoek is inzicht verkregen in het huidige imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland. Het kwantitatief onderzoek geeft tevens inzicht in wat mogelijke verbeterpunten zouden kunnen zijn. De onderzoeksgroep bestond uit 72 huisartsen, responspercentage 22,9 %. Uit het kwantitatief onderzoek kwam naar voren dat de logopedie een goed imago heeft onder de huisartsen in Nederland. De respondenten beoordeelden de logopedie met een gemiddeld rapportcijfer 7,5. Een belangrijke uitkomst van de enquête is dat de huisartsen in Nederland niet goed op de hoogte zijn van de werkgebieden waarin een logopedist werkzaam is. Op basis van deze uitkomst is het aan te bevelen dat logopedische werkgebieden beter onder de aandacht worden gebracht bij de huisartsen in Nederland.

Door het kleine aantal respondenten die deelnamen aan dit onderzoek, kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden naar de totale doelgroep huisartsen. Deze bevindingen geven echter weer wat de mening van de 72 huisartsen is, die deelnamen aan het onderzoek. Nader onderzoek is geboden met een grotere steekproef, waarbij de steekproef wel representatief is voor de doelgroep huisartsen. Daarnaast beperkt de cliënteel van de logopedist zich niet tot mensen die doorverwezen

worden door de huisarts. In de toekomst zou een imago-onderzoek onder andere belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars en cliënten, een beter en totaler beeld geven van het imago van de logopedie in Nederland.

Steekwoorden: imago, identiteit, logopedie, logopedist, huisarts

Summary: The Image of Speech-Language Pathology among General Practitioners in The Netherlands

General practitioner Arjen Göbel states in the article “Zorgverzekering is er niet voor de flauwekul” that the increase in insurance premium needs to be tackled by getting back to the basics instead of wasting insurance premium on other, redundant matters (Göbel, 2012). In the article, speech-language pathology and anti-wrinkle treatment are put in the same category. The article caused unrest among speech-language pathologists in The Netherlands. The question at hand is: Is the article an expression of the opinion of a single individual? Or does speech-language pathology have a negative image among general practitioners in The Netherlands?

This thesis is part of the completion of the bachelor Speech-language Pathology, Hogeschool Utrecht. The purpose of this research is to gain insight into the image of speech-language pathology among general practitioners (GP's) in The Netherlands. This purpose leads to the following research question: *“Does speech-language pathology has a negative image among GP's in The Netherlands?”*

The research is divided in a theoretical framework (literary study) and a quantitative research (pilot study and survey). The theoretical framework includes the explanation of various marketing terms that serve as a base for the concept of image. The theory of Mastenbroek et al. (2004) has been applied to speech-language pathology. Accordingly, speech-language pathology is regarded as an organization, with an identity and an image. According to Mastenbroek et al., image has 4 dimensions, namely a visual, a cognitive and an affective dimension, and the dimension judgment. Also, the importance of a positive image has been explained. A positive image will ensure the purchase of a product or service, and will ensure that a customer returns for the product or service.

The current image of speech-language pathology among GP's in The Netherlands, as well as possible improvements, has been assessed by means of a quantitative research. The research group consisted of 72 GP's, response rate 22.9%. The results of the quantitative research showed that speech-language pathology has a positive image among the GP's in the research group. The respondents gave speech-language pathology an average score of 7.5. An important result of the survey was that the GP's in the research group were not well informed about the area's in which speech-language pathologists are operating. Therefore, it is recommended to bring attention to the specific areas in which speech-language pathologists are operating.

It is not possible to draw substantiated conclusions about the image of speech-language pathologists among GP's in The Netherlands, since the sample size is too small to be representative. Further research is needed with a larger sample size. Even so, the results of the survey represent the opinion of the 72 GP's that were included in the research group. In addition, the clientele of a speech-language pathologist is not restricted to clients that are referred by their GP. Future research

could include a quantitative evaluation of the image of speech-language pathology among other parties concerned, for example health insurance companies and clients. Such research would give a better and more complete representation of the image of speech-language pathology in The Netherlands.

Keywords: Image, identity, speech-language pathology, speech-language pathologist, general practitioner, GP

Voorwoord

Deze scriptie vormt de afronding van onze Bacheloropleiding Logopedie aan de Hogeschool Utrecht en gaat over het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland. Deze scriptie is tot stand gekomen in de periode van februari 2013 tot en met juni 2013, in opdracht van E. de Haan, docent aan de Hogeschool Utrecht. Onze dank gaat uit naar onze begeleiders L. Fransen en M. Petrijs die ons gestructureerd door dit proces hebben geleid. Zij gaven steun waar nodig en dit heeft tot positieve ontwikkelingen geleid. Tijdens het onderzoek hebben we bepaalde praktische problemen ervaren, waaronder het invoeren van een enquête en het interpreteren van de enquête. Voor raad en advies hierover willen we bij deze E. Stutterheim bedanken.

Tot slot willen wij M. Assem, N.M. Wubs en S.H. Segijn bedanken voor de positieve feedback en steun tijdens de soms moeizame periodes van onze scriptie.

Utrecht, Juni 2013

Sanne Leenen

Annebet Noppers

Pleun Stappers

Inhoudsopgave

1	Inleiding	11
	1.1 Aanleiding	11
	1.2 Doelstelling	12
	1.3 Relevantie	12
	1.4 Onderzoeksaanpak en vraagstelling	12
2	Theoretisch kader	14
	2.1 Marktwerving en marketingprincipes	14
	2.2 Identiteit	15
	2.3 Imago	16
	2.4 Relatie identiteit en imago	18
	2.5 Beoogde imago logopedie	18
	2.6 Marktwerving en logopedie	20
	2.6.1 Zorgverzekeringswet	21
	2.6.2 DBC-zorgproducten	22
	2.6.3 Directe Toegankelijkheid Logopedie	22
	2.7 Huisarts op de logopediemarkt	23
	2.8 Verschuivingen in de zorg	23
3	Methode	24
	3.1 Literatuuronderzoek	24
	3.1.1 Zoekplan	24
	3.2 Kwantitatief onderzoek	24
	3.2.1 Participanten	25
	3.2.2. Onderzoeksdesign en dataverzameling	25
	3.2.3 Pilotstudy	26
	3.2.3.1. Participanten pilotstudy	26
	3.2.3.2. Procedure pilotstudy	26
	3.2.4. Procedure	27
	3.2.5. Enquête	27
	3.2.6. Data-analyse	28
4	Resultaten	30
	4.1 Resultaten literatuuronderzoek	30
	4.2 Resultaten pilotstudy	30
	4.3 Resultaten enquête	31
	4.3.1 Face-to-face contact en verwijfscontact	32

4.3.2 Bekendheid logopedische werkgebieden	32
4.3.3 Tevredenheid en terugkoppeling	33
4.3.4 Gemiddelde behandelperiode	34
4.3.5 Effectiviteit logopedische behandelingen per werkgebied	34
4.3.6 Stellingen	36
4.3.7 Verbeterpunten	38
4.3.8 Eindoordeel	39
5 Conclusie	40
5.1 Visuele dimensie	40
5.2 Cognitieve dimensie	41
5.3 Affectieve dimensie	41
5.4 Oordeel	42
5.5 Imago van de logopedie	43
5.6 Aanbevelingen	44
6 Discussie	45
6.1 Beperkingen	45
6.2 Vervolgonderzoek	46
Literatuurlijst	47
Bijlage 1: Zoekplan literatuuronderzoek	49
Beschrijving zoektocht	50
Bijlage 2: Enquête definitieve versie	52
Bijlage 3: Verantwoording projectleden	55

1 Inleiding

De zorg verandert voortdurend. Marktwerking in de zorg wordt in toenemende mate gestimuleerd door de overheid en imago is belangrijker dan ooit. Ben je niet te vinden op het internet? Dan tel je niet mee. Wordt er niet over je gesproken? Dan besta je niet. Steek je niet met kop en schouders uit boven de rest? Dan kun je er net zo goed mee stoppen.

Organisaties kunnen slechts bestaan en functioneren wanneer zij medewerking krijgen van derden. Deze medewerking ligt in lijn der verwachting als de organisatie een positief en correct imago bezit. Imago is het beeld dat iemand heeft van een organisatie. Het imago roept beelden of associaties op en weerspiegelt idealiter de identiteit van de organisatie. Mastenbroek, van Persie, Rijnja & de Vries (2004) schrijven dat mensen aan organisaties waar ze een negatief beeld of geen beeld van hebben, uitzonderingen daar gelaten, geen medewerking geven. Het is dus van belang dat een organisatie een goed imago heeft dat de identiteit van de organisatie weerspiegelt.

Vanaf 2006 zijn er verschillende verschuivingen in de zorg opgetreden, waardoor het voor logopedisten van groot belang is geworden om zich op de markt te zetten en te gaan concurreren. Het imago is hierbij een grote speler. Het is nog onduidelijk in hoeverre logopedisten zich al goed hebben gepositioneerd en wat het imago van de logopedie is.

1.1 Aanleiding

Door een artikel van huisarts Arjen Göbel in de Volkskrant van 15 november 2012 is er onder de logopedisten in Nederland onrust ontstaan. In het artikel “Zorgverzekering is er niet voor de flauwekul” zegt Göbel dat de premiestijgingen in de zorg aangepakt dienen te worden door terug te gaan naar de basis in plaats van de “betaalde premie jaarlijks op te maken aan andere, in feite overbodige zaken.”(Göbel, 2012). Logopedie wordt hierbij in één adem genoemd met antirimpelbehandeling. In een reactie geeft NVLF-voorzitter Theo de Koning aan dat je van een huisarts die zijn patiënten zorgvuldig moet kunnen voorlichten over klachten met een ernstige beperking ten aanzien van taal, spraak of stemgebruik op zijn minst een zinnigere mening mag verwachten.

Naar aanleiding van de hierboven besproken gebeurtenissen, rijst de vraag: betreft het hier de mening van één individu, namelijk Arjan Göbel? Of kampt de logopedie met een imagoprobleem onder de huisartsen in Nederland? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, moet er eerst dieper in gegaan worden op het begrip imago. Welke factoren beïnvloeden imago? Hoe zijn deze factoren toepasbaar op de logopedie? Met dit onderzoek wordt niet getracht te bewijzen dat logopedie een

plek in de basisverzekering verdient. Er wordt louter onderzocht of de logopedie kampt met een imagoprobleem onder huisartsen in Nederland.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland. Hierop worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van mogelijke veranderpunten betreffende het imago.

1.3 Relevantie

Dit onderzoek is voornamelijk maatschappelijk relevant. Het imago van logopedie is nooit eerder onderzocht onder huisartsen in Nederland. Het onderzoek geeft inzicht in het imago van de logopedie. Deze informatie kan gebruikt worden om het imago, indien nodig, te verbeteren en de positie van de logopedie in de markt te versterken.

Mocht er sprake zijn van een positief imago dan kan de onrust onder logopedisten verminderd worden. Is het imago echter negatief, dan kan er naar oplossingen gezocht worden om het imago te veranderen. Met het oog op de mogelijke bezuinigingen van de overheid speelt het imago een belangrijke rol om een plek in de basiszorgverzekering te behouden. Als niemand in de logopedie ‘geloofd’ waarom zou men er dan geld voor betalen?

1.4 Onderzoeksaanpak en vraagstelling

Het onderzoek bestaat uit een theoretisch gedeelte en een kwantitatief onderzoek. In het hoofdstuk ‘methode’ staat de specifieke aanpak per onderdeel beschreven. In het hoofdstuk ‘theoretisch kader’ staat het literatuuronderzoek beschreven dat is uitgevoerd om de volgende subvragen te beantwoorden:

1. Wat is imago?
 - Wat is het belang van een positief imago?
 - Wat zijn de factoren die imago beïnvloeden?

Tevens worden deze vragen gespecificeerd naar de logopedie, dus:

2. Wat is het belang van een positief imago voor de logopedie?
3. Wat zijn de factoren die het imago van de logopedie beïnvloeden?

Door middel van een kwantitatief onderzoek (enquête) wordt inzicht verkregen in het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland. De enquête beantwoordt hiermee de volgende vraag:

4. Wat is momenteel het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland?

Door de uitkomsten van bovenstaande vragen samen te voegen is antwoord te geven op de laatste subvraag:

5. Wat is er nodig om het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland te veranderen?

In de conclusie en discussie komen de bevindingen uit het onderzoek samen en wordt het antwoord op de hoofdvraag gegeven:

“Kampt de logopedie met een imagoprobleem onder huisartsen in Nederland?”

Naar aanleiding van het artikel van Arjen Göbel is de verwachting dat de logopedie een negatief imago heeft onder de huisartsen in Nederland.

2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt een theoretisch kader geschetst, dat zal dienen als basis voor het uitvoeren van het veldonderzoek. Meerdere theorieën worden gebruikt om het imago te definiëren en om op basis van deze theorieën een enquête te ontwerpen die het imago in kaart brengt.

Imago is een term afkomstig uit de marketing. Daarom zal er eerst aandacht besteed worden aan marktwerking en de algemene marketingprincipes. Daaropvolgend worden de termen identiteit en imago uitgelicht. Naast het onderbouwen van de term imago wordt tevens het belang van een positief imago omschreven. De termen identiteit en imago hangen in grote mate samen en deze relatie zal worden uitgelegd aan de hand van een model. Als laatste worden deze termen en principes toegepast op de logopedie, wordt er uitgelegd wat het belang is van een positief imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland en wordt er uitgelegd wat het beoogde imago is van de logopedie.

2.1 Marktwerking en marketingprincipes

Imago heeft een centrale plek in marktwerking en de marketingprincipes.

Otte (2013) definieert marktwerking als:

“Het in een vrije economie elkaar ontmoeten van vraag en aanbod, met vrije prijsvorming die wordt bepaald door de omvang van het aanbod afgezet tegen de omvang van de vraag, wat normaliter ook, maar niet altijd, tot competitie tussen marktspelers leidt.”

Wanneer de marktwerking toeneemt, en daarmee de concurrentie, is het van belang dat aanbieders zich bewust zijn van hun marktpositie en deze indien nodig versterken dan wel verbeteren. Om deze goede positie in de markt te verkrijgen, kunnen marketingprincipes dienen als richtlijn. In figuur 1 zijn de vier principes van marketing, te weten analyseren, positioneren, vormgeven en profileren weergegeven.



Figuur 1. Marketingprincipes (gebaseerd op het hoorcollege Zet jezelf in de markt door Brigitte DeCuyper)

Het eerste principe is de analyse van de markt en de behoeften. Uit deze analyse komt naar voren of er behoefte is aan een bepaalde dienst die, of een product dat, door de organisatie wordt aangeboden. Deze analyse maakt duidelijk wat de vraag is en wat het aanbod is. Vervolgens vindt er een analyse plaats om de kernpropositie te bepalen, de positionering. “Positioneren duidt op het verwerven van voorkeur, de beste positie om door de doelgroep overwogen te worden.” (Mastenbroek et al., 2004). Wanneer een organisatie bewust aan het positioneren is, stelt zij zich de vraag welke positie zij wil innemen in het brein van de doelgroep. Daaropvolgend wordt de dienst of het product vormgegeven door het beschrijven en vastleggen van waar de beoogde dienst of het product aan moet voldoen om een zo hoog mogelijk niveau van kwaliteit te behalen. Profileren betreft de communicatie van een organisatie naar klanten en is het laatste principe van de marktwerking.

Deze vier principes van marketing vormen een groot deel van de identiteit van een organisatie en zoals later uitgelegd ook van het imago.

2.2 Identiteit

Om te komen tot de factoren die het imago van een organisatie beïnvloeden, moet er gekeken worden naar de identiteit van de betreffende organisatie. Imago, ofwel het beeld dat de buitenwereld van een organisatie heeft, is geworteld in de identiteit van een organisatie. In de literatuur zijn er veel verschillende perspectieven op identiteit. De reden voor deze verschillende perspectieven ligt in het feit dat organisaties meerdere identiteiten kennen en dat er veel verschillende theoretische perspectieven zijn op het concept identiteit (Kok & Barendrecht, 2011). Hieronder zijn een aantal definities van identiteit geformuleerd:

“Eigen karakter.” (Van Dale, 2013)

“Identiteit is de zelfpresentatie van de organisatie naar buiten, het komt tot uiting in gedrag, symboliek en communicatie en kan door het management anders omschreven worden dan door de medewerkers.” (Van der Grinten, 2004)

“De identiteit bestaat uit een mixture van elementen die gezamenlijk op de waarnemers in de buitenwereld een indruk maken die daar leidt tot een imago. Die elementen worden gesymboliseerd door de begrippen ‘persoonlijkheid’, ‘gedrag’, ‘symbolen’ en ‘communicatie’.” (Birkigt & Stadler, zoals geciteerd in Hogendoorn, 2011)

Van der Grinten, Birkigt & Stadler gebruiken overeenkomstige begrippen die identiteit kenmerken, te weten gedrag, communicatie en symbolen. Birkigt & Stadler (1986) voegen hier de term persoonlijkheid aan toe als overkoepelend begrip, waarin gedrag, symbolen en communicatie terugkomen.

Gedrag: Gedrag staat voor alles wat een organisatie doet, waaronder de diensten die zij verleent. Het gedrag omvat de handelingen van een organisatie die de buitenwereld een bepaald beeld geven. Op het gedrag van de organisatie wordt deze uiteindelijk beoordeeld dan wel afgerekend (Mastenbroek et al., 2004).

Communicatie: Dit is het meest flexibele instrument van identiteit. Door middel van communicatie worden bepaalde kenmerken van de organisatie naar buiten gebracht. Als men deze kenmerken alleen via gedrag toont, verandert het imago veel moeizamer. De communicatie dient tevens het gedrag te ondersteunen.

Symbolen: Dit instrument moet de andere instrumenten volgen en geeft alleen extra aan waar een organisatie voor staat. Symbolen behelzen de fysieke verschijningen van een organisatie, waaronder de werkruimte, de verzorgdheid van de werknemer en het logo van een organisatie.

Persoonlijkheid: De persoonlijkheid is de kern van de organisatie en bevat wat de organisatie in het verleden heeft bereikt en de wensen voor de toekomst. Hierin liggen de kernwaarden en kerndoelen die een organisatie volgt.

2.3 Imago

Ondanks het feit dat er steeds meer aandacht wordt besteed aan imago zijn er geen alomvattende definities in omloop. Hieronder volgen een paar definities:

“Indruk die de buitenwereld heeft van iemand of iets.” (Van Dale, 2013)

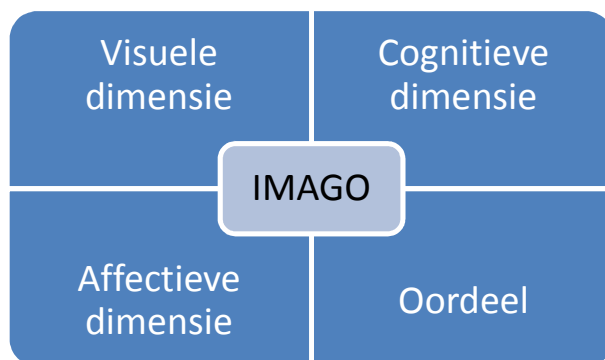
“Image en imago lijken te verwijzen naar het bestaan van een soort plaatje dat een persoon in het hoofd heeft en waarvan men alleen nog maar via onderzoek een afdruk hoeft te maken.” (Hogendoorn, 2011)

“Imago is het resultaat van alle zintuiglijke waarnemingen en gedachteassociaties die een entiteit bij een individu oproept.” (Pruyn, 1999)

“Imago is een denkbeeld, een beeld dat in het denken een rol speelt, een beeld met behulp waarvan we denken.” (Mastenbroek et al., 2004)

Bovenstaande definities geven weer dat er een overlap is in de terminologie van imago. Het imago is extern geworteld en is het beeld dat de buitenwereld heeft van de organisatie. Het imago ligt in het brein van mensen opgeslagen. Van Riel (1992) zegt dat een positief imago belangrijk is voor zowel de organisatie als de consument. Heeft de organisatie een positief imago, dan zal de consument eerder een product of dienst afnemen bij de organisatie en ook eerder terugkomen. Voor een consument schept een goed imago een zekere vorm van zekerheid, een bepaalde mate van tevredenheid, betrouwbaarheid, klantvriendelijkheid en deskundigheid.

In dit onderzoek is gekozen om de theorie van Mastenbroek et al. (2004) toe te passen op de logopedie en daarmee logopedie als een organisatie te beschouwen, met een identiteit en imago. Door de vercommercialisering van de gezondheidszorg en de daarbij horende marktwerking is de theorie van Mastenbroek et al. uitermate werkbaar voor de logopedie. Er is gekozen deze theorie toe te passen, omdat deze vaak terugkwam in de zoektocht naar literatuur. Ten tweede staat Mastenbroek in Nederland bekend om zijn kennis over marketing en imagovorming. Mastenbroek et al. (2004) stelt dat het imago bestaat uit een viertal dimensies, zie figuur 2. Deze vier dimensies zijn toepasbaar op organisaties en bedrijven.



Figuur 2. De vier dimensies van imago (Mastenbroek et al., 2004)

De visuele dimensie bestaat uit dat wat men letterlijk ziet van de organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan de verzorgdheid van het personeel, het gedrag van het personeel, de werkruimte, de werkkleding en de huisstijl. De cognitieve dimensie bestaat uit de kennis die men heeft van de organisatie, zoals het soort product en/of dienst. Deze dimensie betreft feitelijke informatie over een bedrijf. De affectieve dimensie bestaat uit emoties jegens de organisatie. De laatste dimensie bestaat uit het totale oordeel over de organisatie. Deze dimensie omvat de mening over de organisatie op basis van gevoelens en ervaringen. Het oordeel zorgt ervoor dat er bepaalde associaties worden opgeroepen die present zijn in het denken van de doelgroep.

Mastenbroek et al. (2004) stelt zich aan de hand van deze dimensies de volgende vragen:

Wat zie ik? (visueel)

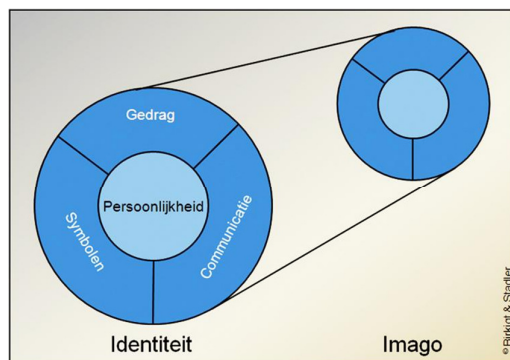
Wat weet ik? (cognitief)

Wat voel ik? (affectief)

Wat vind ik? (oordeel)

2.4 Relatie identiteit en imago

Identiteit vormt de basis voor imago (Mastenbroek et al., 2004). Birkigt en Stadler hebben in 1986 een model ontwikkelt waarin de structuur van identiteit en de relatie tussen identiteit en imago worden weergegeven, zie figuur 3. Het model laat zien dat identiteit en imago onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en dat het imago een afspiegeling is van de identiteit van een organisatie. Het gedrag, de symbolen en de communicatie vormen samen de identiteit en bevatten de werkelijke eigenschappen van de organisatie. Als mensen een mening vormen over het gedrag, de symbolen en de communicatie, vormt deze mening het imago. Het imago is een waarneming van de identiteit. Deze waarneming kan positief, negatief of neutraal zijn.



Figuur 3. De relatie tussen identiteit en imago (Birkigt & Stadler, 1986)

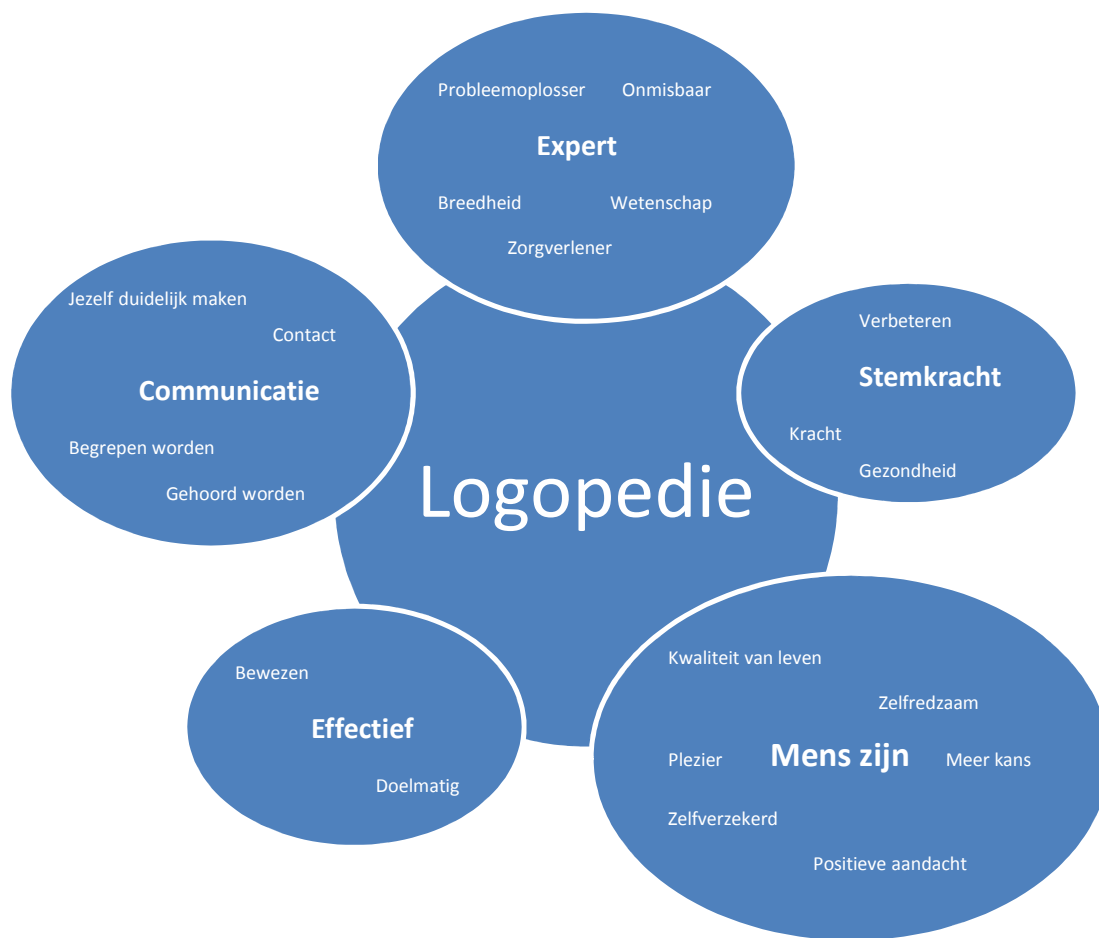
2.5 Beoogde imago logopedie

Zoals hierboven beschreven staat, is het imago van de logopedie geworteld in de identiteit van de logopedie. Mastenbroek et al. (2004) zegt:

“[...] identiteit (wordt) gevormd door de doelstellingen van de organisatie, het beleid dat zij voert, de wijze waarop zij zich in sociaal-maatschappelijk opzicht manifesteert, haar positie in en betekenis voor de samenleving en nog andere karakteristieken waaraan zij herkenbaar is – zoals ook mensen herkenbaar zijn aan hun (karakter)eigenschappen.”

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) is de beroepsvereniging van en voor logopedisten. De NVLF speelt een overkoepelende rol bij het concretiseren en bewaken van de identiteit van de logopedie. In 2003 heeft de NVLF een beroepsprofiel opgesteld. Dit beroepsprofiel fungeert als “belangrijk hulpmiddel bij de positionering van het beroep en bij de voorlichting over het beroep” (NVLF 2003). In dit beroepsprofiel komen de beroepscompetenties uitvoerig aan bod. Een beroepscompetentie wordt gedefinieerd als “het vermogen en de wil van een persoon om effectief en efficiënt te handelen in een werksituatie, uitgedrukt in een samenhangend geheel van vereiste kennis, vaardigheden en attitudes”. De beroepscompetenties vallen onder de doelstellingen van de logopedie en vormen de identiteit van de logopedie: “Elke logopedist moet [...] in staat zijn om alle [...] genoemde competenties in de praktijk te [...] brengen wanneer zijn specifieke werksituatie er om vraagt” (NVLF 2003).

Sinds 2007 lanceert de NVLF jaarlijks minstens één campagne om logopedische onderwerpen onder de aandacht te brengen bij leden, samenwerkende beroepsgroepen en cliënten. Deze campagnes zijn mede bedacht door en inhoudelijk uitgewerkt met logopedisten. De onderwerpen lopen uiteen van logopedie en neurologie tot preverbaal logopedie. In april 2013 heeft de NVLF de campagne *Communiceren is alles* gelanceerd. Met deze campagne brengt de NVLF de essentie van logopedie over en tracht zij een overkoepelend beeld van de logopedie neer te zetten. Voorafgaand aan deze campagne is bewust stilgestaan bij de kenmerken van de logopedie als geheel. Ruud Nannes, communicatieadviseur bij de NVLF, zegt over deze kenmerken: “Dat zijn de kenmerken die door logopedisten belangrijk werden gevonden, zeg maar de associatiewaarden die we eigenlijk willen horen als we het merk logopedie laten zien”. Nannes geeft aan dat deze kenmerken en de campagne *Communiceren is alles* aan de basis van de identiteit van logopedie staan en tevens het beoogde imago omvatten: dat wat de beroepsgroep logopedisten en het merk logopedie willen uitstralen naar de buitenwereld. In onderstaand schema (figuur 4) zijn de kenmerken van logopedie weergegeven, die het beoogde imago van de logopedie vormen.

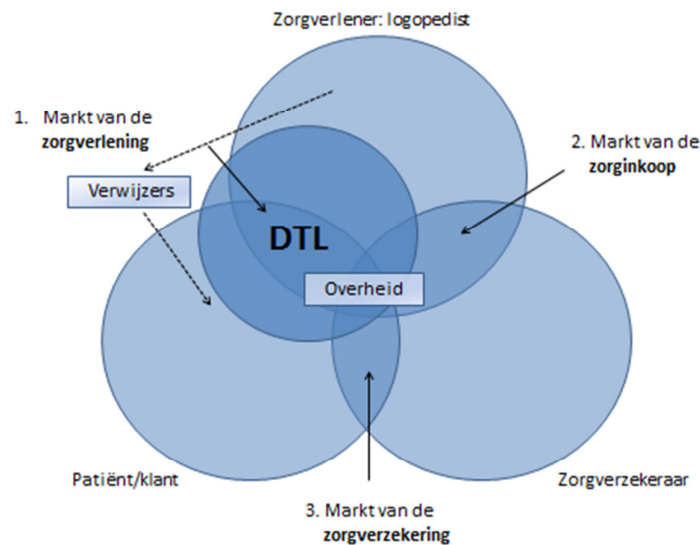


Figuur 4. De kenmerken van de identiteit van de logopedie, volgens logopedisten (NVL, 2013)

2.6 Marktwerking en logopedie

Anno 2013 is het van belang dat logopedie een goed imago bezit. Door de vercommercialisering van de gezondheidszorg en de hierdoor toenemende marktwerking krijgen logopedisten steeds vaker te maken met zorgverzekeraars en concurrerende collega's.

De eerder beschreven marketingprincipes (analyseren, positioneren, vormgeven en profileren) kunnen worden toegepast op de huidige logopediemarkt. Deze marketingprincipes vormen een wezenlijk onderdeel van de identiteit en daarmee ook het imago van de logopedie. Identiteit en imago komen vooral terug in de marketingprincipes positioneren en profileren, waarbij positioneren draait om identiteit en profileren om imago. De actualiteit eist van de logopedist dat zij zich in marketing verdiept en het belang van een goed imago inziet. Zo zijn er in een paar jaar tijd een aantal zaken veranderd op de logopediemarkt. Om in kaart te brengen waarom imago belangrijk is voor een logopedist, is het ook nuttig om te weten wie de belanghebbenden zijn op de logopediemarkt. De spelers op deze markt staan weergegeven in figuur 5.



Figuur 5. De spelers op de logopediemarkt (gebaseerd op het hoorcollege *Zet jezelf in de markt* door Brigitte DeCuyper)

2.6.1 Zorgverzekeringswet

Een belangrijke ontwikkeling in de zorgmarkt is de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006. De vernieuwingen in het zorgstelsel, waaronder de zorgverzekeringswet, hebben tot doel de marktwerking in de zorg te bevorderen. Het nieuwe zorgstelsel biedt verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid om eigen keuzes te maken. Vanaf de invoering in 2006 is het verplicht voor iedereen die Nederlands ingezetene is of in het buitenland woont maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangt, om een zorgverzekering (basisverzekering) af te sluiten. Bovendien vervalt het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier: iedereen heeft dezelfde basisverzekering en daardoor betaalt iedereen ongeveer dezelfde premie. De overheid beslist wat er in de basisverzekering wordt vergoed. De consument is vrij om te kiezen bij welke zorgverzekeraar hij of zij deze basisverzekering en mogelijke aanvullende verzekeringen afsluit. Voor de minder draagkrachtigen is de zorgtoeslag ingevoerd.

Voor zorgverzekeraars is in de zorgverzekeringswet vastgelegd dat zij een zorgplicht hebben. Hiermee wordt bedoeld dat zorgverzekeraars zorg moeten leveren aan verzekerden en de kosten voor deze zorg moeten vergoeden. Daarnaast zijn zorgverzekeraars verplicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht leeftijd of gezondheidssituatie. “De zorgverzekeraar heeft voor alle vormen van zorg afspraken gemaakt met specifieke zorgaanbieders (deze zijn *gecontracteerd*)” (NZA, 2013). Dit betekent dat wanneer de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder waarmee zijn of haar zorgverzekeraar geen afspraak heeft, de verzekerde mogelijk (een deel van) de kosten zelf moet betalen.

Voor de logopedist als zorgaanbieder betekent de zorgverzekeringswet dat zij sinds 2006 niet alleen te maken heeft met patiënten en concurrerende collega's, maar ook met de zorgverzekeraars. De wet behelst onder andere "wat er onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden ze geleverd worden (bijvoorbeeld logopedische zorg na verwijzing door een arts)" (NVLF, 2009). De zorgverzekeraars krijgen meer mogelijkheden om te sturen door de eisen die ze stellen bij de zorginkoop (contractering).

De hierboven beschreven aspecten van de zorgverzekeringswet van 2006 hebben als gevolg dat er een groeiende vraag is naar transparantie in de zorg. De verzekerde wil op basis van betrouwbare informatie kiezen voor de beste zorg tegen de laagste prijs. De zorgverzekeraar wil kwalitatief hoogwaardige zorg inkopen tegen een zo laag mogelijke prijs. In dit verhaal is het de logopedist als zorgaanbieder die zich moet profileren bij de zorgverzekeraar als zijnde de juiste partij waar de zorgverzekeraar zorg moet inkopen. Dit vraagt een marketinggerichte aanpak van logopedisten (in de vrije vestiging), waarbij er transparantie is op het gebied van behandelingen per diagnosestelling, kwaliteit en doelmatigheid. Door deze transparantie kan de logopedist duidelijk laten zien wat zijn of haar gedrag (werkwijze) is. Zodoende positioneert en profileert de logopedist zijn of haar identiteit en daarmee het imago.

2.6.2 DBC-zorgproducten

In 2010 heeft er een wijziging plaatsgevonden in de zorgverzekeringswet en zijn er in de eerstelijnszorg DBC-zorgproducten (diagnose-behandelcombinatie) ingevoerd. "Een DBC-zorgproduct bekostigt een volledig zorgtraject en is niet afhankelijk van het aantal keren dat een patiënt door een zorgverlener wordt gezien". (NVLF, 2009). Dit betekent dat een cliënt een vast aantal behandelingen vergoed krijgt. Het aantal behandelingen is gebaseerd op de diagnose van een aandoening. De logopedist moet daarom naar de zorgverzekeraar transparant kunnen zijn in haar werkwijze, zodat deze vervolgens passende zorgpakketten kan inkopen. Een transparante, gestructureerde werkwijze bevordert de kwaliteit en valt onder het marketingprincipe vormgeven.

2.6.3 Directe Toegankelijkheid Logopedie

Een andere, niet onbelangrijke, ontwikkeling is de op 1 augustus 2011 ingevoerde Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL). DTL houdt in dat een logopedist zonder tussenkomst van een arts kan worden geconsulteerd. Een verwijfsbrief is niet meer noodzakelijk. Cliënten krijgen hierdoor meer keuzevrijheid en bepalen zelf voor welke zorgaanbieder zij kiezen. Logopedisten moeten zich sterker profileren om verzekerd te zijn van voldoende cliënten en zorgproductie. Vermeulen (2007) vindt dat het ontwikkelen en handhaven van een positief imago daarbij een kritieke succesfactor is.

Logopedisten kunnen zich door middel van een eigen, sterke identiteit onderscheiden van andere logopedisten en een voorkeurspositie creëren in de hoofden van cliënten (Vermeulen, 2007).

2.7 Huisarts op de logopediemarkt

Van Leeuwen (2008) beschrijft dat huisartsen een grote invloed hebben op de keuze van klanten voor een zorgaanbieder, zoals logopedie. De logopedist moet zich daarom profileren en transparant opstellen naar de huisarts. Uit onderzoek van Plas, de Boer, Hofhuis, Dorgelo & van den Ende (2002) komt naar voren dat bij navraag onder 204 logopedisten meer dan de helft van de logopedisten aangeeft dat 97% van de doorverwezen cliënten van de huisartsen afkomstig zijn. De logopedisten hebben met 82% van de huisartsen een samenwerkingsverband. De samenwerking met de huisartsen bestaat uit meerdere aspecten, zoals afstemming van de behandeling en advisering aan andere zorgverleners en aan collega's. Deze cijfers bevestigen dat het van belang is om het imago van logopedie onder huisartsen in Nederland te onderzoeken. In het onderzoek van Verheij et al. (2010) wordt beschreven dat gemiddeld 4 per 1000 ingeschreven patiënten worden verwezen naar de logopedie. Er zijn geen recente cijfers bekend na de invoering van de DTL over het verwijzingspercentage via de huisarts. De invoering van de DTL kan namelijk een negatieve invloed hebben op dit verwijzingspercentage, aangezien cliënten nu rechtstreeks bij de logopedist terecht kunnen en geen verwijfsbrief nodig hebben.

2.8 Verschuivingen in de zorg

Door de verschuivingen in de zorg en de huidige economie zijn de behoeften van de belanghebbenden veranderd. De patiënt is klant geworden en gaat op zoek naar de beste zorg tegen de laagste prijs. Hieruit ontstaat een grotere behoefte naar informatie om de juiste keuzes te maken. Door als logopedist open te zijn over de werkwijze, wordt het voor de patiënt makkelijker om een keuze te maken die bij de patiënt past.

De kans bestaat dat bezuinigingen dit jaar de logopedie gaan treffen en dat de logopedie uit de basisverzekering wordt verwijderd. De veranderingen in de gezondheidszorg en de mogelijke bezuinigingen eisen van de logopedist dat ze zich bewust op de markt moet zetten en dat de clientèle niet vanzelfsprekend is.

3 Methode

3.1 Literatuuronderzoek

Hoofdstuk 2 het ‘theoretisch kader’ van dit onderzoek is gebaseerd op een literatuurstudie. Er is gekozen voor een literatuuronderzoek om kennis over het onderwerp te vergaren en de enquête te onderbouwen met deze kennis. In dit theoretisch kader werden aan de hand van een literatuuronderzoek de termen geoperationaliseerd die een centrale plaats innamen in dit onderzoek, te weten imago, identiteit, marketing, marktwerking, positioneren en profileren. Daarnaast is het model van Mastenbroek et al. (2004) beschreven, waarin dimensies worden genoemd waar imago uit is opgebouwd, te weten de visuele, de cognitieve, de affectieve dimensie en de dimensie oordeel. Deze dimensies vormden de basis voor de enquête. Het was dus van belang dat er een consensus was over de terminologie. De volgende vragen werden door middel van het literatuuronderzoek beantwoord:

1. *Wat is imago?*
 - *Wat is het belang van een positief imago?*
 - *Wat zijn de factoren die imago beïnvloeden?*
2. *Wat is het belang van een positief imago voor de logopedie?*
3. *Wat zijn de factoren die het imago van de logopedie beïnvloeden?*

3.1.1 Zoekplan

De literatuur werd aan de hand van een zoekplan verkregen. In het zoekplan werd omschreven met welke termen er werd gezocht, via welke database of bibliotheek, of deze termen artikelen opleverden en of dit bruikbare artikelen waren. Dit zoekplan is te vinden in bijlage 1.

3.2 Kwantitatief onderzoek

Om het imago van de logopedie onder huisartsen te onderzoeken werd er een enquête uitgevoerd. Met deze enquête wordt de onderzoeksvraag: ‘Wat is momenteel het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland?’ beantwoord. Bij het meten van het bestaande imago van een organisatie heeft kwantitatief onderzoek de voorkeur, vanwege de mogelijkheid om op termijn (bij herhalingsmetingen) veranderingen op het spoor te komen (Hogendoorn, 2011). Een enquête is een gestructureerd opgezette vragenlijst, waarvan de vragen vooraf bepaald worden. De vragen staan vast, waardoor het minder tijd kost om de enquête bij een groot aantal respondenten af te nemen (Baarda et al., 2007). Doordat de enquête bij een groot aantal respondenten afgenomen wordt, verdient een enquête hier de voorkeur en is de steekproef representatief voor de doelgroep

(huisartsen). Kwalitatief onderzoek, zoals een interview, zou te veel tijd in beslag nemen om het vooraf bepaald aantal respondenten te bereiken. Het onderzoek zou dan ook niet reproduceerbaar zijn, waardoor in vervolgonderzoek niet na te gaan is of er mogelijke veranderingen zijn geboekt in het imago van de logopedie onder huisartsen. Tevens zou de steekproef minder representatief zijn, door een kleinere groep participanten.

Er is gekozen voor een digitale enquête, omdat op deze manier een grote groep huisartsen makkelijk en snel bereikt kan worden. Bovendien is het een eenvoudige en voordelige manier om informatie te verkrijgen over meningen. De gegevens worden direct verwerkt en kunnen vervolgens geanalyseerd worden (Baarda & de Goede, 2007).

3.2.1 Participanten

De grootte van de onderzoeksgroep is berekend met de volgende formule (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2010):

$$n \geq N \times z^2 \times p(1-p) \\ z^2 \times p(1-p) + (N-1) \times F^2$$

Volgens cijfers van Nivel uit 2010 bestaat de totale populatie van huisartsen in Nederland uit 8921 personen. De uitkomst van de formule geeft aan dat er minimaal 377 respondenten nodig zijn voor een betrouwbaarheidsniveau van 95%. De e-mailgegevens van de huisartsen werden verkregen via een reeds beschikbare lijst. De inclusiecriteria voor deelname aan de enquête waren: werkzaam als huisarts, gevestigd in Nederland, verwijscontact met de logopedist, Nederlandstalig en beschikkend over een e-mailadres.

3.2.2. Onderzoeksdesign en dataverzameling

De informatie die werd verzameld via de enquête is beschreven en verwerkt in diagrammen (Baarda, de Goede & Kalmijn, 2007). Door de gestructureerde manier van informatie verzamelen en beschrijven van de vragen in de enquête is het onderzoek reproduceerbaar. Dit betekent dat mogelijke veranderingen in het imago van de logopedie in vervolgonderzoek gemeten kunnen worden.

De data werd verzameld door middel van een online enquête via de site Formdesk.nl. Dit online programma verwerkt de data direct. De antwoorden van de enquête werden gecategoriseerd, waardoor de antwoorden in Excel geanalyseerd konden worden.

3.2.3 Pilotstudy

Na het formuleren van de vragen voor de enquête, is er een pilotstudy uitgevoerd. De enquête is geëvalueerd aan de hand van deze pilotstudy. De pilot werd uitgevoerd om de validiteit en betrouwbaarheid van de vragen van de enquête te bepalen en om eventuele fouten en problemen op te kunnen sporen (Baarda & De Goede, 2007). Met deze pilot werd voorkomen dat er een groot aantal huisartsen werd benaderd met een onvolledige en incorrecte enquête en dat de hieruit verkregen resultaten nutteloos zouden zijn. Voordat de eindversie van de enquête is opgestuurd, zijn er een aantal enquêtes afgenomen.

3.2.3.1. Participanten pilotstudy

Er is gekozen om de enquête aan een aantal huisartsen ($n = 4$) voor te leggen om na te gaan of de enquête inhoudelijk overeenkomt met het werkveld van de huisarts. De huisartsen zijn allen werkzaam in Utrecht en zijn van het mannelijk geslacht.

3.2.3.2. Procedure pilotstudy

De participanten zijn telefonisch benaderd voor een face-to-face afspraak, echter twee huisartsen hadden geen gelegenheid om binnen kort tijdsbestek in persoon af te spreken. Bij deze twee participanten is de pilot telefonisch afgenomen. Tijdens de afspraak werd de digitale versie van de enquête voorgelegd aan de participant. Zodoende is ook getest of de website naar behoren werkt.

De participant heeft de enquête zelfstandig ingevuld en schreef op een blaadje het nummer van de enquêtevraag op waar hij een vraag over had. De afnemer zat tijdens de afname naast de participant en keek mee, zodat zij kon noteren of de participant aarzeling of andere opvallendheden vertoonde, zoals zuchten of brommen. Bij de telefonische afname was dit niet het geval. Na afname van de enquête zijn de vragen en onduidelijkheden besproken. Dit gesprek is opgenomen om de verkregen feedback vast te leggen en op een ander moment eventueel nog te kunnen terughalen. Deze feedback op de pilotstudy heeft geleid tot de definitieve versie van de enquête.

Tijdens het afnemen van de enquête bij de huisartsen zijn enkele vragen gesteld over de geschiktheid van de enquête, namelijk:

- Zijn de vragen begrijpelijk?
- Wat vindt u van de moeilijkheidsgraad?
- Zijn de instructies van de enquête begrijpelijk?
- Kunt u alles kwijt over het onderwerp of mist u nog iets?
- Wat vindt u van de opbouw van de enquête?
- Wat vindt u van de duur van het invullen van de enquête?

- Zijn de vragen op u van toepassing?
- Komen de antwoordmogelijkheden overeen met de werkelijkheid?

3.2.4. Procedure

Er was geen e-mailadressenlijst beschikbaar, waardoor de e-mailadressen van de huisartsen handmatig verkregen zijn via internet. De e-mailadressen van de huisartsen werden per provincie gezocht. Er werd gestart met zoeken op de website: www.huisarts-gids.com. Handmatig is er een provincie gekozen en werd iedere plaats uit die provincie aangeklikt. Er verscheen dan een lijst met huisartsen uit die plaats. Indien er niet direct een e-mailadres stond bij een bepaalde huisarts dan werd de naam gegoogled en werd de website van de betreffende huisarts bezocht op zoek naar een e-mailadres. Daarnaast werd per plaats in google naar e-mailadressen van huisartsen gezocht. Hieruit zijn 214 e-mailadressen verkregen.

Er is sprake van een selecte steekproef, omdat niet alle huisartsen uit de populatie dezelfde kans hadden om in de steekproef opgenomen te worden en de respondenten niet per toeval uit een populatie genomen werden. De huisartsen moesten namelijk beschikken over een e-mailadres en deze op internet openbaar hebben gezet. Tevens is de steekproef selectief, omdat een huisarts die deelnam aan de pilotstudy de enquête naar huisartsen ($n = 100$) binnen Utrecht heeft verstuurd. Uiteindelijk is de enquête verstuurd naar 314 huisartsen in Nederland. De consequentie van deze selectiviteit is dat de resultaten die uit dit onderzoek naar voren komen niet generaliseerbaar zijn naar de totale populatie van huisartsen in Nederland.

De participanten hebben een e-mail toegestuurd gekregen met daarin een link naar de enquête. In deze e-mail werd vermeld wat het onderwerp was van de enquête, hoe lang het invullen van de enquête zou duren en hoe de participanten contact zouden kunnen opnemen met de onderzoekers voor eventuele vragen of informatie. Daarnaast werd gevraagd of de participanten de vragenlijst binnen twee weken wilden invullen. In deze e-mail werd uitgelegd dat de resultaten van de enquête, bij interesse, naar de participanten zouden kunnen worden teruggekoppeld. Dit leidt wellicht tot meer motivatie voor het invullen van de enquête. Een week na de versturing van de eerste e-mail werd er een tweede e-mail gestuurd met nogmaals de vraag tot deelname. Als de reactie na twee weken uitbleef, werd dit gerekend als non-respons en werden de gegevens niet meegenomen in de resultaten en conclusies.

3.2.5. Enquête

In het theoretisch kader (hoofdstuk 2) is de conceptuele definitie van de term imago geschetst. Nu volgt de operationele definitie van de term imago. In het theoretisch kader staat beschreven dat

imago uit vier dimensies bestaat (Mastenbroek et al., 2004). De enquête is op basis van deze dimensies opgebouwd, te weten de visuele dimensie, cognitieve dimensie, affectieve dimensie en het oordeel, zie bijlage 2. Onder de visuele dimensie vallen de items 10, 11, 12, 24 en 25. Dit zijn vragen betreffende zichtbare zaken van de logopedie, zoals de terugkoppeling van de behandelingen, de kwaliteit van de verslaglegging (product) en de verzorgdheid van de logopedist zelf en haar werkruimte. De items 7, 8, 13 en 29 vallen onder de cognitieve dimensie. De cognitieve dimensie bestaat uit de kennis die men heeft van de organisatie, zoals kennis over de werkgebieden van de logopedist, het aantal verwijzingen naar de logopedist, de duur van de behandelperiode en de effectiviteit van logopedie. Het gaat hierbij om feitelijke informatie van een organisatie.

Onder de affectieve dimensie vallen de items 9 en 27. Hierbij gaat het om de emoties jegens een organisatie. Het betreft hier de tevredenheid over de samenwerking en het vertrouwen in de logopedist. De laatste items 14 tot en met 23, 26, 28 en 30 vallen onder de dimensie oordeel. Dit oordeel omvat de mening over de organisatie op basis van gevoelens en ervaringen. Het betreft hier het oordeel over de deskundigheid van de logopedist en de beoordeling over de logopedie in zijn geheel. Tevens werd er gevraagd op welk gebied van de logopedie verbetering kan plaatsvinden en of een beter imago leidt tot meer verwijzingen.

De uiteindelijke enquête bestond uit 30 vragen die het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland meet. De enquête bevatte enkele vragen over demografische kenmerken van de huisarts en daarnaast 24 open en gesloten vragen, meerkeuzevragen en stellingen om het imago te meten. Als laatste werd gevraagd of de participant de resultaten zou willen ontvangen. De gesloten vragen werden beantwoord aan de hand van een ja/nee keuze, een meerkeuze of volgens een 5-puntschaal. De stellingen werden beantwoord volgens een 5-puntschaal. De antwoordmogelijkheden op de 5-puntschaal waren voornamelijk 'nooit, meestal niet, neutraal, meestal, altijd' en 'helemaal niet mee eens, mee oneens, neutraal, mee eens, zeer mee eens'. De antwoorden werden gecategoriseerd in scores van 1, 2, 3, 4, 5. De score 1 werd toegekend aan 'nooit/helemaal mee oneens', de 2 aan 'meestal niet/meet oneens', 3 aan neutraal, 4 aan 'meestal/meet eens' en de score 5 werd toegekend aan 'altijd/zeer mee eens'. Een enkele keer is er de antwoordmogelijkheid 'niet van toepassing', dit antwoord werd gescoord met het cijfer 0. Zie voor het uiteindelijke ontwerp van de enquête bijlage 3. De digitale versie van de enquête is te vinden op www.formdesk.nl/fg/imago_logopedie.

3.2.6. Data-analyse

De data werd verkregen aan de hand van het onlineprogramma www.formdesk.nl. Deze data werden in Excel verwerkt tot één diagram per vraag. De diagrammen geven op overzichtelijke wijze de

percentages weer bij de gegeven antwoorden. De standaarddeviaties passend bij de gemiddelde leeftijd en het cijfer die de respondenten toekennen aan de logopedie zijn berekend met behulp van SPSS, Statistical Package for the Social Sciences.

4 Resultaten

De term 'huisarts(en)' verwijst in dit hoofdstuk naar de huisartsen die deelnamen aan het onderzoek.

4.1 Resultaten literatuuronderzoek

De resultaten uit het literatuuronderzoek staan beschreven in het theoretisch kader.

4.2 Resultaten pilotstudy

De pilot is afgenomen bij huisartsen ($n = 4$) in de regio Utrecht. Hier zal worden beschreven wat de gekozen proefpersonen voor de pilotstudy op- en aan te merken hebben op de eerste versie van de enquête.

Een opvallende reactie die het merendeel van de huisartsen gaf, was dat de enquête erg kort is. Dit werd als positief ervaren, maar er werd een paar keer benoemd dat het niet storend zou zijn als er nog enkele vragen toegevoegd zouden worden. Alle proefpersonen vonden de vragen en instructies van de enquête begrijpelijk en goed opgebouwd. De antwoordmogelijkheden komen overeen met het werkveld van de huisarts.

Bij de vraag: *Bent u onderdeel van een gezondheidscentrum waar ook een logopedist werkzaam is?*, gaven twee huisartsen aan dat er meer opties zijn dan wel of niet in een gezondheidscentrum werken. Als iemand voor antwoordmogelijkheid 'nee' kiest, weet men nog niets over de setting. Er is voor gekozen om alle soorten huisartsenpraktijken toe te voegen als optie, te weten: Solopraktijk, duopraktijk, gezondheidscentrum met logopedist, gezondheidscentrum zonder logopedist, groepspraktijk en overig. De vraag is veranderd in: *In welke setting bent u werkzaam?*

Bij de vraag: *Met hoeveel verschillende logopedisten heeft u een verwijscontact?*, viel op dat alle proefpersonen lang moesten nadenken. Bij navraag bleek dat ze de vraag op verschillende manieren konden interpreteren. Het was niet duidelijk of ze ook daadwerkelijk naar het genoemde aantal logopedisten verwezen moesten hebben, of dat ze er alleen contact mee hebben gehad. De vraag is als volgt aangepast: *Naar hoeveel verschillende logopedisten verwijst u uw patiënten?*

Drie van de vier proefpersonen gaf als tip een verdiepende vraag toe te voegen na de vraag: *Bent u tevreden over de kwaliteit van de (schriftelijke) verslaglegging van de logopedist over uw cliënt?* Er is gekozen om bij iedere vraag over de tevredenheid een verdiepende vraag toe te voegen zodra de huisarts kiest voor een negatief antwoord (nooit of meestal niet). Er komt dan een nieuwe vraag in beeld: *Kunt u toelichten waar u ontevreden over bent betreffende de kwaliteit van de verslaglegging van de logopedist?* De toelichting wordt ook gevraagd bij de vraag over tevredenheid omtrent de samenwerking met de logopedist.

Eén proefpersoon gaf aan het lastig te vinden om een antwoord te geven op vragen over de logopedie in het algemeen, terwijl de logopedie uit veel verschillende werkgebieden bestaat. Naar aanleiding van deze opmerking is er voor gekozen om naar de effectiviteit per werkgebied te vragen. Op deze manier kan worden bekeken of de meningen verschillen per werkgebied.

Een proefpersoon miste uitleg bij de antwoordmogelijkheid 'ondersteunde communicatie'. Er is voor gekozen hier geen uitleg bij te vermelden omdat er van kan worden uitgegaan dat als iemand niet weet wat ondersteunde communicatie inhoudt, er ook niet naar zal worden verwezen. Dit is juist een interessant gegeven voor het onderzoek.

Bij de vraag: *Hoe vaak heeft u de afgelopen maand een cliënt doorverwezen naar de logopedist?*, noemde een proefpersoon dat een kwartaal misschien een beter beeld kan geven, omdat de verwijzingen per maand nogal schommelen. De vraag is minimaal aangepast: *Hoe vaak verwijst u gemiddeld per maand een patiënt naar de logopedie?* Dit geeft iets meer ruimte omdat er een gemiddelde genomen kan worden, maar de maand is blijven staan om een concreter antwoord uit te lokken.

Aan de hand van de verkregen feedback is een definitieve versie van de enquête gemaakt, die vervolgens is verspreid onder de huisartsen.

4.3 Resultaten enquête

4.3.1 Participanten

Er werd getracht de huisartsen via een reeds beschikbare lijst te benaderen die via het lectoraat zou kunnen worden aangeschaft. Dit bleek echter niet mogelijk, waardoor de e-mailgegevens op een andere manier verkregen moesten worden. De emailadressen zijn uiteindelijk handmatig verkregen via het internet. Dit zorgde voor aanzienlijk minder e-mailadressen, doordat veel huisartsen hun e-mailadres niet openbaar stellen op websites en huisartsen enkel indirect bereikbaar waren via een algemeen e-mailadres of via de assistente. Uiteindelijk werden er in totaal 314 huisartsen via de e-mail benaderd. Er was sprake van laag responspercentage, namelijk 22,9% van de participanten. Uiteindelijk bleef er een groep over van 72 participanten, waarvan 32 man en 40 vrouw. De leeftijd van de participanten varieerde van 26 tot 63 jaar met een gemiddelde leeftijd van 46,9 (SD = 9,7). Uit de hele respondentengroep is het grootste deel werkzaam in een duopraktijk (27,8%) en een groepspraktijk (26,4%). Daaropvolgend is een deel werkzaam in een gezondheidscentrum met logopedist (13,9%), gezondheidscentrum zonder logopedist (12,5%) en solopraktijk (11,1%). Het kleinste deel (8,3%) gaf aan in een andere setting te werken dan hierboven aangegeven is. De respondenten zijn werkzaam in verschillende provincies in Nederland. Het merendeel van de

participanten is werkzaam in de provincie Utrecht (n = 35) en er waren geen respondenten uit Zeeland. Uit de overige provincies varieerde het aantal respondenten van één tot acht.

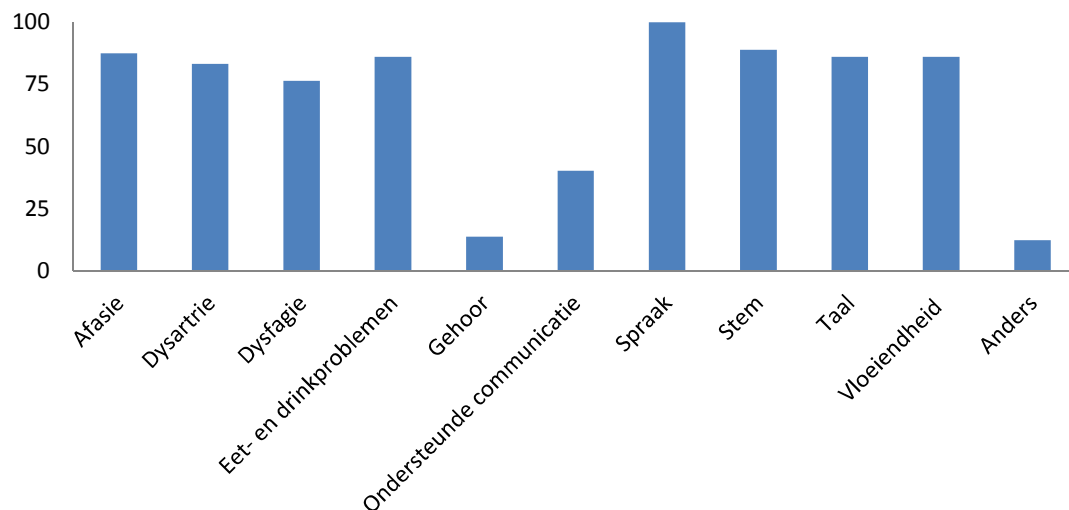
4.3.1 Face-to-face contact en verwijscontact

Uit de resultaten kwam naar voren dat 28,2% van de respondenten een face-to-face contact heeft met een logopedist. Gemiddeld verwijzen de huisartsen naar 3 verschillende logopedisten. Het grootste deel van de respondenten (45,8%) zei tussen één keer en drie keer per maand naar een logopedist te verwijzen. Daarnaast zei 44,5% van de huisartsen minder dan één keer per maand naar de logopedist te verwijzen en 9,7% tussen de vier en zes keer per maand.

4.3.2 Bekendheid logopedische werkgebieden

De respondenten konden per werkgebied aangeven of zij hiermee bekend waren en konden eventueel een andere optie geven. Alle respondenten gaven aan bekend te zijn met het werkgebied 'spraak'. Het werkgebied dat het minste bekend is bij de huisartsen betreft het werkgebied 'gehoor' (12,5%). In figuur 6 wordt aangegeven hoeveel huisartsen (in percentages) met een werkgebied bekend zijn.

"Welke werkgebieden van de logopedie zijn bekend bij u?"



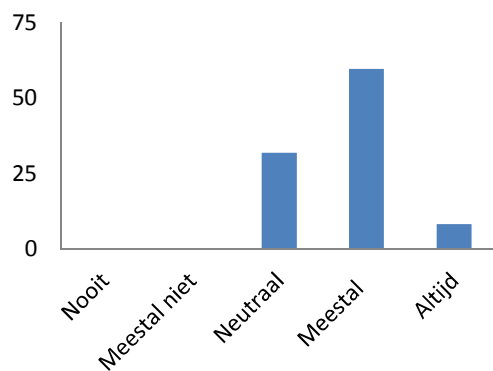
Figuur 6. Aantal huisartsen (in percentages, op de y-as) die bekend zijn met een logopedisch werkgebied (x-as) (n = 72).

4.3.3 Tevredenheid en terugkoppeling

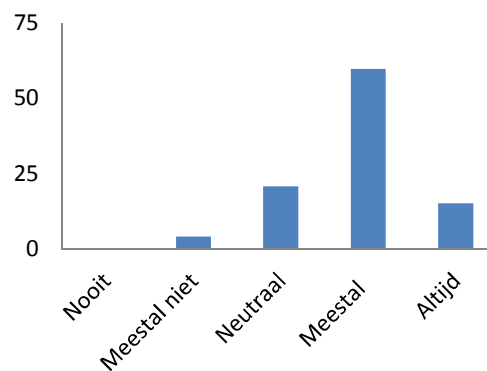
Het grootste deel (68%) van de respondenten is tevreden met de samenwerking met de logopedist, waarbij niemand aangaf ontevreden te zijn over de samenwerking en 32% neutraal is over de samenwerking. De responderende huisartsen zijn tevens tevreden over de (schriftelijke) verslaglegging van de logopedist (75%). Een kleine groep (4,2%) is niet tevreden over de verslaglegging en 20,8% is hierover neutraal. De groep van 4,2% die meestal niet tevreden is over de kwaliteit van de verslaglegging gaf aan dat de verslagen te lang zijn en jargon en testresultaten bevatten die voor huisartsen onbekend zijn.

De voortgang van de patiënt wordt volgens de huisartsen meestal tot altijd teruggekoppeld (58,3%), 19,4 % van de huisartsen is hierover neutraal. Volgens 22,3% van de huisartsen wordt de voortgang van de cliënt nooit tot meestal niet teruggekoppeld. De terugkoppeling van het eindresultaat van de patiënt gebeurt volgens 84,7% huisartsen meestal tot altijd. Tevens zijn enkele huisartsen (8,3%) hierover neutraal en een kleine groep (6,9%) gaf aan dat het eindresultaat meestal niet wordt teruggekoppeld. De percentages die hierboven genoemd zijn, worden in figuur 7 weergegeven per enquêtevraag.

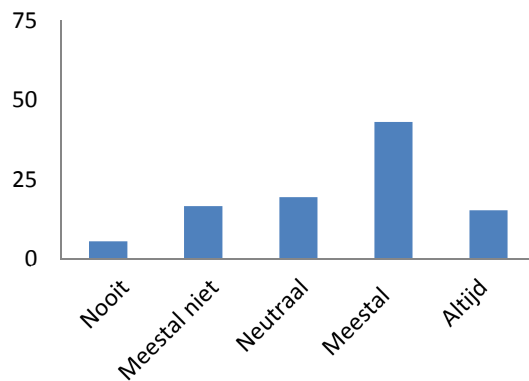
“Bent u tevreden over de samenwerking met de logopedist?”



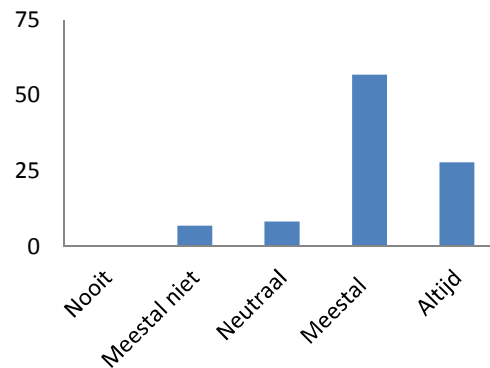
“Bent u tevreden over kwaliteit van de (schriftelijke) verslaglegging van de logopedist over uw patiënt?”



“Wordt de voortgang van de logopedische behandeling [...] aan uw teruggekoppeld?”



“Wordt het eindresultaat van de logopedische behandeling [...] aan uw teruggekoppeld?”

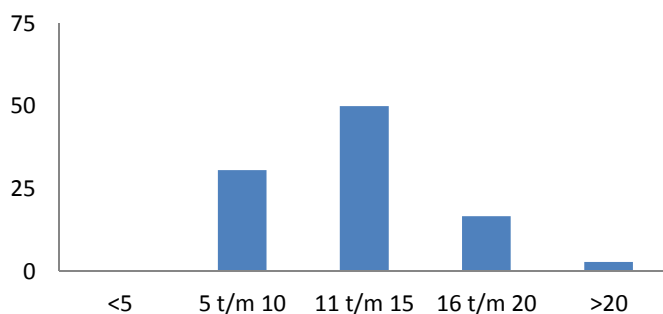


Figuur 7. Resultaten per antwoordcategorie (x-as) weergegeven in percentages (y-as) (n = 72):

4.3.4 Gemiddelde behandelperiode

De helft van de huisartsen denkt dat een gemiddelde behandelperiode 11 tot en met 15 behandelingen bedraagt. Een kleiner deel (30,6%) denkt dat een behandelperiode 5 tot en met 10 behandelingen bedraagt. 16,7% gelooft dat een behandelperiode 16 tot en met 20 behandelingen bedraagt en het kleinste deel (2,8%) denkt dat het meer dan 20 behandelingen bedraagt, zie figuur 8.

“Hoe lang denkt u dat een gemiddelde behandelperiode, gemeten in aantal behandelingen, bij een logopedist duurt?”



Figuur 8. Gemiddeld aantal behandelingen per behandelperiode (x-as) volgens de huisartsen (n = 72) weergegeven in percentages (y-as).

4.3.5 Effectiviteit logopedische behandelingen per werkgebied

Het oordeel van de huisarts over de effectiviteit van de behandeling van de logopedie werd per werkgebied bevraagd. Een bevestigend antwoord op de vraag over de bekendheid met de

logopedische werkgebieden, was de voorwaarde voor de vraag over de effectiviteit betreffende dit werkgebied. Dit zorgt ervoor dat er per vraag een ander aantal respondenten geantwoord heeft.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied afasie (n = 63) gaven aan de logopedische behandeling van afasie meestal tot altijd effectief te vinden (49,2%), 46,2% is hier neutraal over en 4,8% vindt logopedische behandeling meestal niet effectief bij afasie.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied dysartrie (n = 60) gaven aan de logopedische behandeling van dysartrie meestal tot altijd effectief te vinden (61,6%), 38,3% is hier neutraal over.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied dysfagie (n = 55) gaven aan de logopedische behandeling van dysfagie meestal tot altijd effectief te vinden (45,5%), 50,9% is hier neutraal over en 3,6% vindt logopedische behandeling meestal niet effectief bij dysfagie.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied eet- en drinkproblemen (n = 62) gaven aan de logopedische behandeling van eet- en drinkproblemen meestal tot altijd effectief te vinden (62,9%), 32,3% is hier neutraal over en 4,8% vindt logopedische behandeling meestal niet effectief bij eet- en drinkproblemen.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied gehoor (n = 10) gaven aan de logopedische behandeling voor gehoor meestal tot altijd effectief te vinden (60%), 40,0% is hier neutraal over.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied ondersteunde communicatie (n = 29) gaven aan de logopedische behandeling van ondersteunde communicatie meestal tot altijd effectief te vinden (69%), 27,6% is hier neutraal over en 3,5% vindt logopedische behandeling meestal niet effectief bij ondersteunde communicatie.

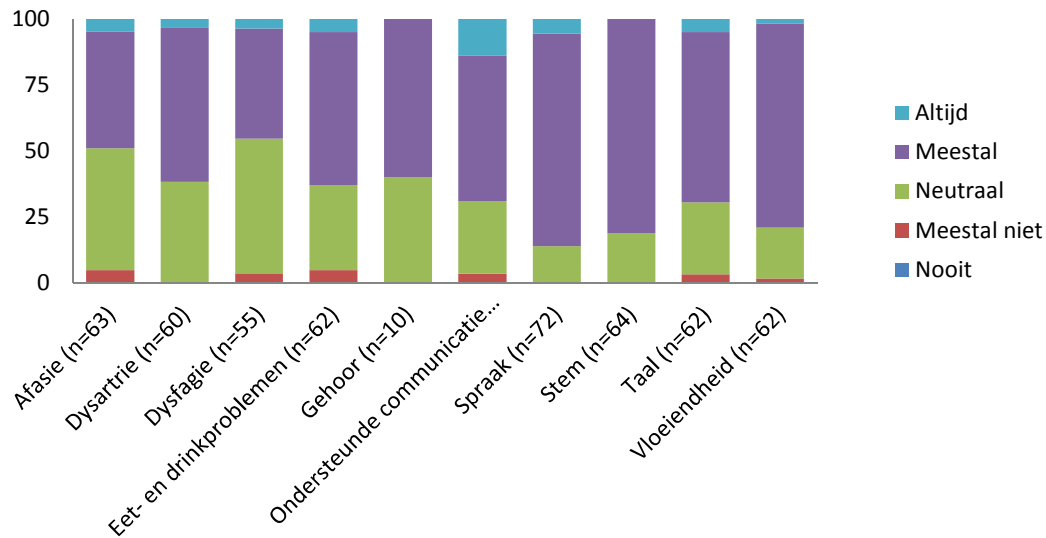
De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied spraak (n = 72) gaven aan de logopedische behandeling van spraak meestal tot altijd effectief te vinden (86,1%), 13,9% is hier neutraal over.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied stem (n = 64) gaven aan de logopedische behandeling van stem meestal tot altijd effectief te vinden (81,3%), 18,8% is hier neutraal over.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied taal (n = 62) gaven aan de logopedische behandeling van taal meestal tot altijd effectief te vinden (69,4%), 27,4% is hier neutraal over en 3,2% vindt logopedische behandeling meestal niet effectief bij taal.

De huisartsen die bekend zijn met het werkgebied vloeiendheid (n = 62) gaven aan de logopedische behandeling van vloeiendheid meestal tot altijd effectief te vinden (79%), 19,4% is hier neutraal over en 1,6% vindt logopedische behandeling meestal niet effectief bij vloeiendheid. De resultaten uit deze vragen zijn samengevoegd in figuur 9.

"Vindt u de logopedische behandelingen effectief?"

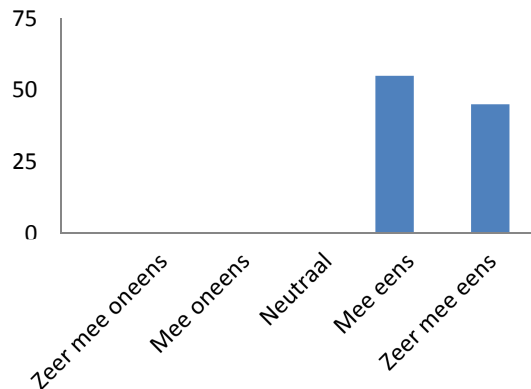


Figuur 9. Beoordeling van de huisarts, aantal weergegeven in percentages (y-as), over de effectiviteit van logopedische behandelingen per werkgebied (x-as).

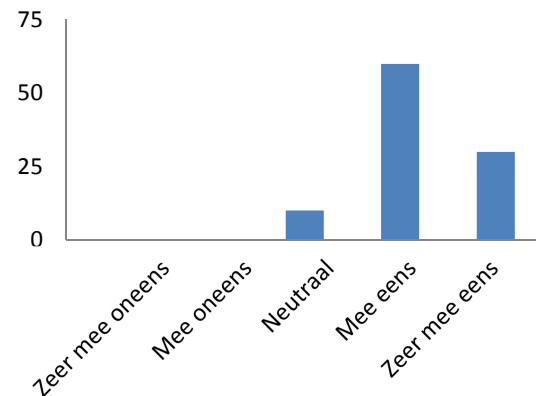
4.3.6 Stellingen

Wanneer een huisarts aan het begin van de enquête aangaf face-to-face contact te hebben met de logopedist, werden er twee stellingen aan de enquête toegevoegd over het visuele aspect. Onder de groep respondenten die deze stellingen heeft beantwoord ($n = 20$) is 100% het eens tot zeer eens met de veronderstelling dat de logopedist er verzorgd uitziet. Het grootste deel van de groep respondenten (90%) vindt de werkruimte van de logopedist er geordend uitzien. 10% van de respondenten reageerde neutraal op deze stelling. Zie figuur 10.

“De logopedist ziet verzorgd uit”



“De werkruimte van de logopedist ziet er geordend uit”



Figuur 10. Mening over de verzorgdheid en de werkruimte van de logopedist (x-as), weergegeven in aantal huisartsen in percentages (y-as) (n = 20).

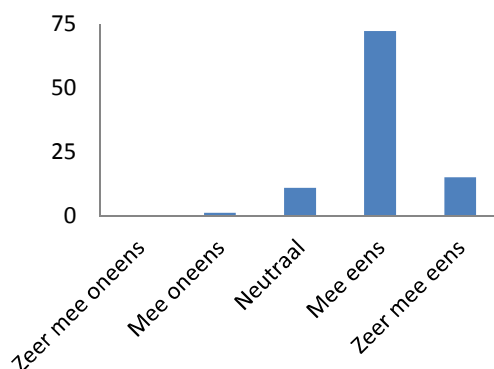
Bij de volgende beschreven resultaten over de stellingen heeft de totale respondentengroep deelgenomen (n = 72).

87,5 % van de respondenten vindt dat de logopedist deskundig op hen overkomt. 1,4% is het niet eens met deze stelling. Het overige deel van respondenten (11,1%) reageerde neutraal.

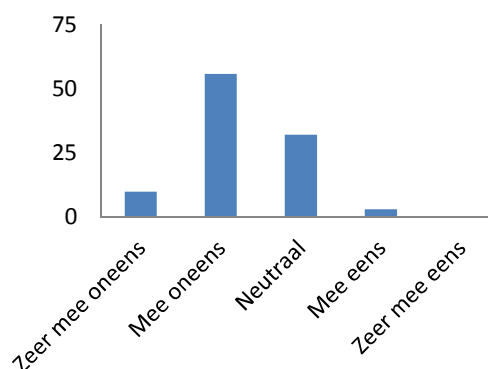
Een groot deel van de respondenten (65,3%) is het oneens tot zeer oneens met de stelling dat de logopedisten niet kunnen waarmaken wat ze aan de patiënt beloven. 2,8% is het hier wel mee eens. 31,9% reageerde neutraal.

Een beter imago van de logopedie leidt tot meer verwijzingen naar de logopedie vonden. 27,9% van de respondenten. Een bijna even groot aantal (26,4%) is het hier mee oneens tot zeer mee oneens. De grootste groep (45,8%) reageerde neutraal. Zie figuur 11.

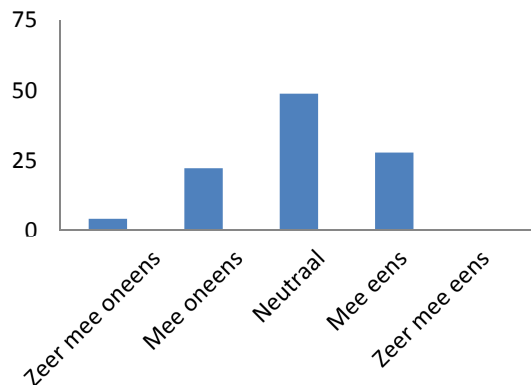
“De logopedist komt deskundig op mij over”



“Logopedisten kunnen niet waarmaken wat zij beloven aan een patiënt”



“Een beter imago van de logopedie leidt tot meer verwijzingen naar de logopedie”

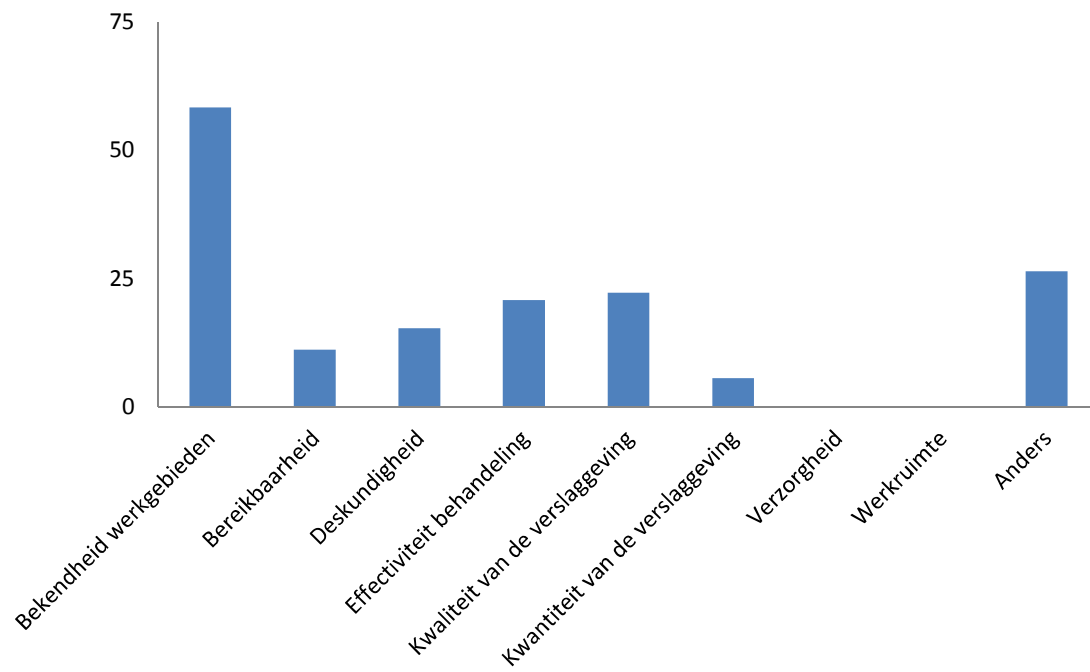


Figuur 11. Mening over stellingen (x-as), aantal huisartsen weergegeven in percentages (y-as) (n = 72).

4.3.7 Verbeterpunten

De volgende staafdiagram, figuur 12, is een weergave van de gebieden waarvan de respondenten hebben aangegeven dat de logopedie op zou kunnen verbeteren. Een grote groep huisartsen (57,5%) gaf aan dat de bekendheid van de logopedische werkgebieden verbeterd kan worden. Daaropvolgend gaf 22,2% aan dat de kwaliteit van verslaggeving verbeterd dient te worden. Van de respondenten ziet 20,8% graag een verbetering in de effectiviteit van de behandeling, 15,3% in de deskundigheid, 11,1% in de bereikbaarheid en 5,6% in de kwantiteit van de verslaggeving. 26,4% had 'anders' geantwoord. Uit opmerkingen bij deze vraag in de enquête kwam voornamelijk naar voren dat ze de logopedist graag persoonlijk wilden leren kennen en dat de logopedist meer zichtbaar moet zijn.

"Op welk gebied kan de logopedie verbeterd worden?"



Figuur 12. Verbetergebieden voor de logopedie (x-as) naar de mening van de huisartsen (aantal weergegeven in percentages) (y-as) (n = 72).

4.3.8 Eindoordeel

Het gemiddelde cijfer dat de huisartsen toekenden aan de logopedie is een 7,5 (SD = 0,73).

5 Conclusie

In dit hoofdstuk zullen eerst de resultaten uit de enquête worden geïnterpreteerd. Deze interpretaties geven een antwoord op de onderzoeksvraag: wat is momenteel het imago van de logopedie onder huisartsen in Nederland? De resultaten zullen worden geïnterpreteerd aan de hand van het model van Mastenbroek et al. (2004) zoals in hoofdstuk 2 'Theoretisch kader' en hoofdstuk 3 'Methode' is beschreven. De resultaten worden per dimensie besproken, te weten de visuele dimensie, de cognitieve dimensie, de affectieve dimensie en de dimensie oordeel. Vervolgens zullen de conclusies uit het theoretisch kader samengevoegd worden met de resultaten uit de enquête. Dit vormt samen een antwoord op de hoofdvraag: "Kampt de logopedie met een imagoprobleem onder huisartsen in Nederland?" De term 'huisarts(en)' verwijst in dit hoofdstuk naar de huisartsen die deelnamen aan het onderzoek.

5.1 Visuele dimensie

Een groot percentage van de huisartsen gaf aan dat de voortgang (58,3%) en het eindresultaat (84,7%) van de logopedische behandeling van de doorverwezen patiënt wordt teruggekoppeld naar de huisarts. Dit betekent dat de logopedist de resultaten van de doorverwezen patiënt visueel zichtbaar maakt voor de huisarts. Echter gaf een kleine groep van respondenten aan dat zij meestal niet of nooit een terugkoppeling ontvangen van de voortgang (22,2%) en het eindresultaat (6,9%) van de doorverwezen patiënt van de logopedist. Driekwart van de huisartsen gaf aan tevreden te zijn over de kwaliteit van de (schriftelijke) verslaglegging van de logopedist over hun patiënt. De groep van 4,2% die meestal niet tevreden is over de kwaliteit van de verslaglegging gaf aan dat de verslagen te lang zijn en jargon en testresultaten bevatten die voor huisartsen onbekend zijn. Deze bewezen zichtbaarheid van de werkwijze van de logopedist, in de vorm van terugkoppeling en verslaglegging, duidt op transparantie van de werkwijze van de logopedist. In het theoretisch kader is beschreven dat dit van belang is bij de profilering van de logopedist naar de huisarts toe.

De stellingen over verzorgdheid en de werkruimte werden beide grotendeels met mee eens en zeer mee eens beantwoord (100% en 90%). De respondentengroep vindt de logopedist er verzorgd uitzien en vindt tevens de werkruimte geordend. Als huisartsen face-to-face contact hebben met logopedisten zijn de verzorgdheid van de logopedist en de werkruimte van de logopedist de eerste visuele aspecten die de huisarts ziet. Het is dus belangrijk dat dit positief beoordeeld wordt. Huisartsen hebben niets aan te merken op deze twee aspecten van de visuele dimensie.

5.2 Cognitieve dimensie

De werkgebieden van de logopedie waar huisartsen minder bekend mee zijn, zijn gehoor (13,9%) en ondersteunde communicatie (40,3%). De overige werkgebieden zijn bij het merendeel van de huisartsen bekend, waarbij werkgebied spraak als enige de 100% bereikt. Deze cijfers geven aan dat de twee werkgebieden gehoor en ondersteunde communicatie onderbelichte werkgebieden zijn onder de huisartsen. Mogelijk komt dit doordat huisartsen geen rechtstreekse verwijzers zijn in deze problematiek, maar dat patiënten via de audioloog, KNO-arts, het consultatiebureau of anders, bij de logopedist terecht komen.

Opvallend is dat er bij ieder werkgebied, op spraak na, huisartsen zijn die niet weten dat het een werkgebied van de logopedist betreft. Als een werkgebied niet bekend is bij de huisarts, zal de huisarts voor een probleem in dit werkgebied ook niet naar de logopedist verwijzen. Het is dus van belang dat deze werkgebieden onder de aandacht worden gebracht bij de huisartsen.

Over de verbetering voor de logopedie is er uit de resultaten een duidelijke consensus naar voren gekomen. Maar liefst 60% van de huisartsen vindt dat er meer bekendheid moet komen over de logopedische werkgebieden. In een verdiepend interview voor de pilotstudy werd al aangegeven dat het onduidelijk is wat een logopedist precies doet, wat zij kan en op welk gebieden zij werkzaam is.

5.3 Affectieve dimensie

Het merendeel van de huisartsen is meestal tot altijd tevreden over de samenwerking met de logopedist (68,3%). Een goede samenwerking draagt bij aan een goed verwijscontact. Dat niemand ontevreden is over de samenwerking is dan ook een goed teken. Een kleiner deel van de huisartsen (31,9%) reageerde neutraal op deze vraag.

De stelling dat logopedisten niet kunnen waarmaken wat ze beloven aan de patiënt valt ook onder de affectieve dimensie. Het merendeel van de huisartsen (65,3%) verwierp deze stelling. Dit betekent dat de huisartsen het gevoel hebben dat wat de logopedist communiceert naar de patiënt ook wordt waargemaakt. Toch is 2,8% het eens met deze stelling. Een klein aantal huisartsen heeft het gevoel dat beloftes van de logopedist aan de patiënt niet altijd worden waargemaakt. Dit aantal is zo klein dat dit verwaarloosbaar is.

Uit de respons op deze twee vragen kan geconcludeerd worden dat er weinig tot niets aan te merken is op de affectieve dimensie van het imago van de logopedie.

5.4 Oordeel

Een groot deel van enquête betrof vragen over de effectiviteit van de logopedische behandeling. Het oordeel dat een huisarts hierover heeft, is gebaseerd op gevoelens ten aanzien van en ervaringen met logopedie. Het is belangrijk dat een huisarts de effectiviteit van een logopedische behandeling inziet, anders verwijst hij of zij niet naar de logopedist, maar mogelijk naar een andere hulpverlener of helemaal niet.

De effectiviteit van de logopedische behandeling werd het meest positief beoordeeld op de werkgebieden spraak, stem, taal en vloeiendheid. Bij deze werkgebieden valt op dat de bekendheid over deze gebieden ook groot is onder de huisartsen. Wanneer er gekeken wordt naar het oordeel over de effectiviteit van de logopedische werkgebieden, valt op dat de cijfers uiteenlopen. De uiteenlopende cijfers zijn mogelijk te verklaren door de mate waarin een huisarts zelf met deze gebieden te maken heeft. Bijvoorbeeld, de gebieden Spraak, Stem, Taal en Vloeiendheid scoren goed in de mate van bekendheid ($n = 62-72$) en het positieve oordeel over de effectiviteit ($> 60\%$). Gedacht wordt dat er meer patiënten met problematiek in deze logopedische gebieden naar de huisarts gaan voor een advies of verwijzing dan patiënten uit andere logopedische werkgebieden. Er zijn geen recente cijfers die deze veronderstelling ondersteunen.

Toch valt bekendheid niet perse samen met de ervaren effectiviteit. Zo is in de resultaten af te lezen dat hoewel afasie bekend is als logopedisch werkgebied ($n = 63$), er toch door een aantal huisartsen werd aangegeven (4,8%) dat zij de logopedische behandeling meestal niet effectief vinden. Bovendien is de minderheid van de huisartsen er van overtuigd dat de logopedische behandeling effectief is op het gebied van afasie. Dit zelfde geldt voor dysfagie. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat dysfagie als logopedisch werkgebied ook minder bekend is onder de huisartsen ($n = 55$).

In vergelijking met de andere werkgebieden werd bij het werkgebied eet- en drinkproblemen het meest aangegeven de logopedische behandeling meestal niet effectief te vinden (4,8%). Echter, het merendeel van de huisartsen (62,9%) vindt logopedische behandeling effectief op dit gebied. De aanname is dat de patiënten met eet- en drinkproblemen vaak niet via de huisarts bij de logopedist terecht komen, maar via het consultatiebureau of het ziekenhuis. Hierdoor is niet bekend voor een huisarts wat een logopedist kan betekenen voor de patiënt.

De stelling over deskundigheid gaat specifiek over de deskundigheid van de logopedist waarmee de huisarts contact heeft. De stelling gaat dus niet over de deskundigheid van logopedisten in het algemeen. De deskundigheid van de logopedist is positief beoordeeld door een groot deel van de huisartsen (87,5%). De logopedisten waar de huisartsen mee in aanraking komen, komen dus over als beroepsbeoefenaars die kennis van zaken hebben.

Op de stelling: 'een beter imago van de logopedie leidt tot meer verwijzingen naar de logopedie' is wisselend gereageerd. Het aantal huisartsen dat het eens is met deze stelling is bijna even groot als het aantal huisartsen dat het oneens is met de stelling. Een deel van de huisartsen gaat er dus niet van uit dat het imago van de logopedie in verband staat met het verwijsgedrag van de huisartsen. Dit is een verrassende uitkomst, aangezien deze resultaten inconsistent zijn met de informatie verkregen uit het literatuuronderzoek. Uit de literatuur bleek namelijk dat een goed imago gelijk staat aan klantbinding en keuze voor een bepaald product of bepaalde dienst.

De huisartsen beoordeelden de algehele logopedie met een gemiddeld rapportcijfer van een 7,5. Dit is een ruime voldoende, waar de logopedist tevreden over mag zijn. De cijfers liepen uiteen van een vijf tot enkele negens.

5.5 Imago van de logopedie

In dit onderzoek werd het imago van de logopedie onderzocht onder de huisartsen in Nederland. Uit het literatuuronderzoek is gebleken wat imago precies inhoudt en waarom een positief imago van belang is.

Imago is het denkbeeld over de logopedie dat geworteld is in het brein van de huisarts. Als de logopedie een goed imago heeft, zal de huisarts eerder logopedische diensten invoeren. Het imago van de logopedie bestaat uit verschillende aspecten, waaronder vertrouwen in de logopedie, transparantie, deskundigheid van de logopedist, bekendheid van de werkgebieden, kwaliteit van de verslaglegging, kwantiteit van verslaglegging en effectiviteit van de behandeling. Deze termen zijn in te delen in de vier dimensies van Mastenbroek et al. (2004) waar deze studie op is gebaseerd. Transparantie, kwaliteit van de verslaglegging en kwantiteit van de verslaglegging vallen onder de visuele dimensie. Bekendheid van werkgebieden valt onder de cognitieve dimensie. Onder de dimensie oordeel vallen de aspecten deskundigheid en effectiviteit van de behandeling. Vertrouwen in de logopedie valt onder de affectieve dimensie.

Door middel van het kwantitatief onderzoek is onderzocht wat het huidige imago van de logopedie onder huisartsen is. Hieruit is gebleken dat de logopedie momenteel een goed imago heeft onder huisartsen in Nederland. Dit is af te leiden uit de overwegend positieve uitkomsten op vragen en stellingen over vertrouwen in de logopedie, transparantie, deskundigheid, bekendheid van de werkgebieden, kwaliteit van de verslaglegging, kwantiteit van verslaglegging en effectiviteit van de behandeling. De respondenten gaven de logopedie gemiddeld een 7,5. Uit de resultaten kwam naar voren dat veel huisartsen niet op de hoogte zijn van de verscheidene werkgebieden waarin een logopedist werkzaam is. De aanname is dat huisartsen patiënten met problemen in deze onderbelichte logopedische werkgebieden dan ook niet verwijzen naar de logopedie. Dit betekent

dat de patiënten mogelijk niet de hulp krijgen die ze behoeven. De beperkte kennis over de logopedische werkgebieden onder huisartsen in Nederlands betekent een gemis in de cognitieve dimensie van het imago van de logopedie.

Aan de hand van het theoretisch kader en het kwantitatief onderzoek kunnen wij antwoord geven op onze hoofdvraag:

“Kampt de logopedie met een imagoprobleem onder huisartsen in Nederland?”

Een groot deel van de huisartsen weet niet op welke gebieden de logopedist werkzaam is. Daarnaast gaf een aantal huisartsen aan bepaalde logopedische behandelingen niet effectief te vinden. Hoewel een klein percentage huisartsen er zo over denkt, is het interessant om te weten waar deze mening op gebaseerd is. Op ervaring of op een aanname? Dit kan in vervolgonderzoek verder verkend worden.

Kan er worden gesproken van een imagoprobleem? Het antwoord is nee. Wanneer er gekeken wordt naar de verschillende dimensies van imago, zijn de deelnemende huisartsen overwegend positief over de logopedie.

5.6 Aanbevelingen

Om de juiste aanbevelingen te kunnen doen, is het interessant om het beoogde imago naast het huidige imago te leggen. Het beoogde imago van de logopedie/logopedist is beschreven door NVLF en omvat begrippen als: expert, communicatie, stemkracht, mens zijn, effectief.

De meningen van de deelnemende huisartsen zijn te verbinden aan deze termen en komen behoorlijk overeen: De huisartsen vinden de logopedist deskundig, de communicatie via verslaglegging voldoet, de samenwerking is positief beoordeeld en de logopedische behandelingen wordt door de meeste huisartsen als effectief gezien.

De logopedische werkgebieden die onbekend zijn bij de responderende huisartsen dienen beter onder de aandacht worden gebracht bij de huisartsen in Nederland. Er zijn verschillende methodes beschikbaar om dit doel te bereiken. De NVLF heeft hier al een start mee gemaakt door middel van de campagne ‘Communiceren is alles’. Deze campagne richt zich vooralsnog tot de logopedisten zelf. Als het bereik van deze campagne wordt uitgebreid naar andere doelgroepen, waaronder professioneel betrokkenen (zoals verwijzers) en de cliënt zelf, zal de NVLF een duidelijke kernboodschap uitdragen.

6 Discussie

In dit hoofdstuk worden de beperkingen van het onderzoek aangegeven en wat voor invloed deze hebben gehad op de resultaten van dit onderzoek en op het onderzoeksproces. Tevens worden er aanbevelingen gedaan omtrent vervolgonderzoek.

6.1 Beperkingen

Tijdens het literatuuronderzoek kwam naar voren dat imago niet los te zien is van een markt, marketing en marktwerking. Dit zijn onderwerpen waar een logopediestudent nauwelijks tot niet mee in aanmerking komt tijdens de opleiding. Toch is er kennis over deze onderwerpen nodig om te begrijpen hoe het onderzoek kan worden gedaan naar imago. Het kan dus zijn dat er in de theoretische onderbouwing van het onderzoek specialistische kennis mist, omdat een logopediestudent niet over de kennis beschikt om te bepalen welke literatuur het beste beschrijft wat imago inhoudt. Een marketing- of economiestudent zou hier geschikter voor zijn geweest.

De resultaten uit de vraag over de duur van de behandelperiode bleken niet van belang te zijn voor het beantwoorden van onze onderzoeksvragen, omdat deze vraag niet onder een dimensie kan worden geschaard. Om die reden is er voor gekozen om deze resultaten niet te verwerken in hoofdstuk 5 'Conclusie'.

Een andere hindernis was het vinden van recente cijfers over het verwijsgedrag van huisartsen in Nederland. De theoretische onderbouwing van het belang van een positief imago van de logopedie onder de huisartsen in Nederland is voor een groot deel gebaseerd op een onderzoek van Van Plas et al. (2002). Ondertussen is het 2013 en is het verwijsgedrag van huisartsen niet opnieuw onderzocht. Naar verwachting zullen deze cijfers zijn veranderd door de nieuwe zorgverzekeringswet van 2006 en de ingevoerde DTL in 2011. Het verwijsgedrag is dus niet goed te beoordelen en het is onduidelijk of de huisartsen nog steeds een grote rol spelen in het klantenbestand van de logopedist.

Het verkrijgen van de e-mailadressen bleek een grote uitdaging te zijn. Allereerst zijn verschillende bedrijven, zoals B2B, Cegedim en NedSoft, benaderd die beschikken over adressenbestanden van huisartsen in Nederland. De aangevraagde offertes liepen uiteen van €160 tot €2400. De Hogeschool Utrecht kon hier helaas geen budget voor vrijmaken. Hierna zijn de NVLF en het Lectoraat Vraaggestuurde Zorg benaderd als mogelijke sponsors. Opnieuw bleek er geen budget voor en/of interesse in een adressenbestand te zijn. Hieropvolgend zijn de e-mailadressen handmatig gezocht en ingevoerd in een adressenbestand. Bij het zoeken bleek dat het merendeel van de huisartsen hun e-mailadres niet publiceren op de website en praktijken uitsluitend telefonisch

bereikbaar zijn. De gevonden e-mailadressen zijn over het algemeen indirecte e-mailadressen. Hierdoor kon de huisarts niet rechtstreeks worden benaderd, maar bijvoorbeeld via een assistente. Dit kan een reden zijn dat een groot aantal reacties uitbleef. Er is gebleken dat het handmatig niet mogelijk is om alle e-mailadressen van huisartsen in Nederland te verkrijgen. Voor dit onderzoek was dit echter de enige werkwijze om aan e-mailadressen te komen, daar er geen budget was voor het inkopen van een compleet adressenbestand. Door de hierboven beschreven beperkingen kon het aantal respondenten niet voldoen aan de eis van een betrouwbaarheidsinterval van 95%, die van tevoren is gemeten met behulp van een powerberekening. De steekproef is door de te kleine groep respondenten niet representatief voor de totale populatie van huisartsen in Nederland. De enquête is gebaseerd op het literatuuronderzoek. Door deze theoretische onderbouwing kan er van worden uitgegaan dat de verkregen resultaten betrouwbaar en valide zijn.

6.2 Vervolgonderzoek

Uit de resultaten van de enquête kunnen geen goed onderbouwde conclusies worden getrokken, daar er een te kleine steekproef is uitgevoerd waardoor de respondentengroep niet representatief is. Nader onderzoek is geboden met een grotere steekproef om uitspraak te kunnen doen over de gehele populatie huisartsen in Nederland.

Bovendien beslaat dit onderzoek een klein deel van het onderzoek naar het imago van de logopedie. De clientèle van de logopedist is niet beperkt tot patiënten die doorverwezen worden door huisartsen. Met dit in het achterhoofd kan er in de toekomst een imago-onderzoek uitgevoerd worden onder andere belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars en de cliënt. Hierdoor zal het totale imago van de logopedie in kaart worden gebracht, omdat de zorgverzekeraars en cliënten ook deel uitmaken van de logopediemarkt.

Literatuurlijst

- Berden, C. en Kok, L. (2012). *De waarde van logopedie: De kosten en baten van logopedie bij kinderen met spraak-/taalstoornissen* (SEO-rapport nr. 2012-69). Geraadpleegd op 8 april 2013, op http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/documentatiecentrum/voor_de_media/De_waarde_van_logopedie_september_2012.pdf
- De Joode, D. (2002). *De communicatie van de gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Göbel, A. (2012). Zorgverzekering is er niet voor flauwekul. *Volkskrant*, november 2012.
- Hogendoorn, M. (2011). *Communicatieonderzoek: Een strategisch instrument*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Kok, M. & Barendrecht, H. (2011). *De zes kernen van een organisatie: Een integrale visie op identiteitmanagement*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Koning de, T. (2012). Logopedie is geen flauwekul. *Volkskrant*, november 2012.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling: Handleiding voor werkgroepleden*. Geraadpleegd op 8 april 2013, op www.cbo.nl/Downloads/1250/EBRO_handleiding.pdf
- Leeuwen, S. (2008). *Zorgmarketing in de praktijk: Succesvol invoeren van marketing in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Mastenbroek, J., Persie van, M., Rijnja, G. & Vries de, B. (2004). *Public relations: De communicatie van organisaties*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- NVLF (2009). Verschuivingen in de Zorg. *Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*, 1-4.
- NZA (2013). Zorgverzekeringswet (Zvw). Geraadpleegd op 28 mei 2013, op <http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/>
- Oliver, S.M. (2004). *Handbook of Corporate Communication and Public Relations: Pure and Applied*. London: Routledge.
- Otte, R. (2013). De (on)zin van marktwerking en kwantificering in de rechtstraak. *Ars Aequi*, 62(4), 326-331.
- Plas, M. et al. (2002). *Logopedie in de extramurale gezondheidszorg: Stand van zaken in 2002*. Geraadpleegd op 10 april 2013, op <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/logopedie-extramurale-gezondheidszorg.pdf>
- Pruyn, A.T.H. (1999). Imago: een analytische benadering van het begrip en de implicaties daarvan voor onderzoek. In C.B.M. van Riel (red.), *Handboek Corporate Communication*:

- Geselecteerde artikelen voor het hoger onderwijs* (139-176). Alphen aan den Rijn: Samsom bv.
- Van der Grinten, J. (2010) *Mind the Gap: Stappenplan identiteit en imago*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Verheij, R.A., van Dijk, C.E., Abrahamse, H., Davids, R., Wennekes, L., van den Hoogen, H., ... van Althuis, T. (2010). Landelijke informatie netwerk huisartsenzorg, kerncijfers 2008.
- Vermeulen, A. (2007). *Rapportage Onderzoek Campagne Verwijzers*. Geraadpleegd op 10 april 2013, op Revalidatie Nederland:
http://www.revalidatienederland.nl/download_file/60_downloadpublicaties/RNRapportCampagneVerwijzers07.pdf
- Vos, M.F. (1997). *The Corporate Image Concept: A Strategic Approach*. Utrecht: Lemma

Bijlage 1: Zoekplan literatuuronderzoek

Om bruikbare literatuur te vinden over imago is er gekozen om artikelen te zoeken via Pubmed en Google Scholar, om boeken te raadplegen in de bibliotheek van de Hogeschool Utrecht en om artikelen en boeken te raadplegen die in de literatuurlijsten van de reeds gevonden literatuur stonden. Om de literatuur te begrenzen, zijn er vijf criteria gehanteerd:

1. De artikelen zijn Engelstalig of Nederlandstalig
2. De artikelen zijn gepubliceerd na 1997
3. De artikelen zijn relevant voor de vraagstelling
4. De artikelen zijn gepubliceerd/verschenen in een betrouwbare bron, zoals een wetenschappelijk tijdschrift, een vakblad of een boek.
5. De onderzoeken hebben een zo hoog mogelijk niveau van evidentie (evidence-based).

In tabel 1 staat beschreven welke zoektermen er zijn gebruikt bij het literatuuronderzoek via Pubmed, Google Scholar en de bibliotheek van de Hogeschool Utrecht.

Wat	Waar	Zoektermen
Literatuur gericht op imago	Bibliotheek	Mastenbroek Public Relations Corporate Image Image Imago Identity Identiteit Marketing
Literatuur gericht op imago gezondheidszorg in Nederland	Pubmed Google Scholar	Marketing Marktwerving Marketing in de zorg Attitude Image Imago Identity Identiteit Health care Gezondheidszorg Paramedic Paramedisch Speech pathology Speech and language pathology Speech therapy Logopedie General practitioner Huisartsen

		Referral method Referral services Verwijzen
Literatuur gericht op marketing en imago	Google Scholar Pubmed SEO	Marketing Image Imago Identity Identiteit Corporate Influence Reputation Reputatie Consumer Consumer evaluation
Literatuur gericht op definities	Google Scholar	Profileren Positioneren Analyseren Vormgeven Imago Identiteit Marktwerking Marketing

Tabel 1: Zoekplan literatuur imago

Een aantal bronnen zijn verkregen vanuit een hoorcollege over marketing en logopedie. Dit hoorcollege werd gegeven door Brigitte DeCuyper, logopedist en gastdocent aan de HU. Ook is er op de website van Stichting Economisch Onderzoek gericht gezocht naar een onderzoek waarvan bekend was dat dit bestond, namelijk het onderzoek *De waarde van logopedie: De kosten en baten van logopedie bij kinderen met spraak-/taalstoornissen*.

Beschrijving zoektocht

In onderstaande tabel staat beschreven hoe de verschillende zoektermen zijn gecombineerd en in welke zoekmachines/bibliotheken.

Waar gezocht	Combinatie zoektermen	Hits	Over na toepassing criteria
Google Scholar	"Image" AND "Marketing"	1870000	0 (te breed)
Google Scholar	"Consumer" AND "Speech-language therapy"	411	1 (Dodd, B.)
Pubmed	"General practitioner" AND "Referral method"	2	0
Pubmed	"General practitioner" AND "Referral services"	2	0
Pubmed	"General practitioner" AND "Referral method"	0	0

AND "Referral services"			
PubMed	"Image" AND "Paramedic"	6	0
PubMed	"Image" AND "Health care" AND "Attitude"	333	0
PubMed	"Healthcare" AND "Attitude" AND "Image" AND "Marketing"	3	1 (Chahal, H. & Bala, M.)
PubMed	"Image" AND "Healthcare" AND "Attitude" AND "Speech pathology" OR "Speech and language pathology" OR "Speech therapy"	0	0
Google Scholar	"Huisartsen" AND "Verwijzen" AND "Logopedie"	130	2 (Plas, M. et al. en Leemrijse, C. et al.)
Google Scholar	"Gezondheidszorg" AND "Marketing" AND "Imago" AND "Identiteit" AND "Huisartsen"	57	2 (De Joode, D. en Leeuwen, S.)
Bibliotheek	"Mastenbroek" en "2004"	2	1 (Mastenbroek, J.)
Catalogus HU	"Imago" AND "Identiteit"	29	1 (Van der Grinten, J.)
Catalogus HU	"Corporate" AND "Identity"	57	3 (Kok, M. & Barendrecht, H. en Oliver, S. M. en Vos, M. F.)

Tabel 2: Zoektocht literatuur imago

Bijlage 2: Enquête definitieve versie

1. Geslacht:

2. Leeftijd:

3. Werkzaam in provincie:

4. In welke setting bent u werkzaam?

5. Heeft u face-to-face contact met een logopedist? Ja/nee

6. Naar hoeveel verschillende logopedisten verwijst u uw patiënten?

7. Welke werkgebieden van de logopedie zijn bekend bij u? Meerdere antwoorden mogelijk.

☐ Afasie

☐ Dysartrie

☐ Dysfagie

☐ Eet- en drinkproblemen

☐ Gehoor

☐ Ondersteunende communicatie

☐ Spraak

☐ Stem

☐ Taal

☐ Vloeiendheid (o.a. stotteren)

☐ Anders, namelijk

8. Hoe vaak heeft u de afgelopen maand een patiënt doorverwezen naar de logopedist?

☐ < 1

☐ 1 – 3

☐ 4 – 6

☐ 7 – 9

☐ > 9

9. Bent u tevreden over de samenwerking met de logopedist?

☐ Nooit

☐ Meestal niet

☐ Neutraal

☐ Meestal

☐ Altijd

10. Wordt de voortgang van de logopedische behandeling van de doorverwezen patiënt aan u teruggekoppeld?

☐ Nooit

☐ Meestal niet

☐ Neutraal

☐ Meestal

☐ Altijd

11. Wordt het eindresultaat van de logopedische behandeling van de doorverwezen patiënt aan u teruggekoppeld?

☐ Nooit

☐ Meestal niet

☐ Neutraal

☐ Meestal

☐ Altijd

12. Bent u tevreden over de kwaliteit van de (schriftelijke) verslaglegging van de logopedist over uw patiënt?

☐ Nooit

☐ Meestal niet

☐ Neutraal

☐ Meestal

☐ Altijd

13. Hoe lang denkt u dat een gemiddelde behandelperiode, gemeten in aantal behandelingen, bij een logopedist duurt?

☐ < 6 ☐ 6 – 10 ☐ 11 – 15 ☐ 16 – 20 ☐ > 20

14. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van afasie?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

15. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van dysartrie?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

16. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van dysfagie?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

17. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van eet- en drinkproblemen?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

18. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van gehoor?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

19. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van ondersteunde communicatie?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

20. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van spraak?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

21. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van stem?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

22. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van taal?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

23. Vindt u logopedische behandelingen effectief op het gebied van vloeiendheid?

☐ Nooit ☐ Meestal niet ☐ Neutraal ☐ Meestal ☐ Altijd

Stellingen:

24. De logopedist ziet er verzorgd uit.

☐ Zeer mee oneens ☐ Mee oneens ☐ Neutraal ☐ Mee eens ☐ Zeer mee eens

25. De werkruimte van de logopedist ziet er geordend uit.

☐ Zeer mee oneens ☐ Mee oneens ☐ Neutraal ☐ Mee eens ☐ Zeer mee eens

26. De logopedist komt deskundig op mij over.

☐ Zeer mee oneens ☐ Mee oneens ☐ Neutraal ☐ Mee eens ☐ Zeer mee eens

27. Logopedisten kunnen niet waarmaken wat ze beloven aan de cliënt.

☐ Zeer mee oneens ☐ Mee oneens ☐ Neutraal ☐ Mee eens ☐ Zeer mee eens

28. Een beter imago van de logopedie leidt tot meer verwijzingen naar de logopedie.

☐ Zeer mee oneens ☐ Mee oneens ☐ Neutraal ☐ Mee eens ☐ Zeer mee eens

29. Op welk gebied kan de logopedie verbeterd worden? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|--|
| ☐ Bekendheid van de logopedische werkgebieden | ☐ Bereikbaarheid logopedist |
| ☐ Deskundigheid logopedist | ☐ Effectiviteit van behandeling |
| ☐ Kwaliteit verslaggeving | ☐ Kwantiteit verslaggeving |
| ☐ Verzorgdheid logopedist | ☐ Werkruimte |
| ☐ Anders, namelijk | |

30. Welk cijfer kent u toe aan de logopedie? (1-10)

...

Bijlage 3: Verantwoording projectleden

Taak	Wie
Inleiding	Sanne
Theoretisch kader	Annebet
Methode	Pleun
Resultaten	Pleun
Conclusie	Sanne
Discussie	Annebet
Bijhouden Mijn site	Annebet
Bijhouden e-mail en contacten	Sanne
Bijhouden Formdesk	Pleun
Coördinerende rol tijdens start- en definitiefase	Annebet
Coördinerende rol tijdens ontwerp- en voorbereidingsfase	Pleun
Coördinerende rol tijdens realisatiefase	Sanne
Voorzittersrol tijdens bijeenkomsten	Om de beurt
Notulist	Om de beurt
