Dysfagie op de intensive care: een optimale samenwerking tussen de logopedist en de verpleegkundige

Auteurs: *Işıl Düdükçü, Carlijn de Hilster & Hélène Leijtens*

HOGESCHOOL UTRECHT

Begeleiders: Karlijn van der Zwart & Lizet van Ewijk

Diakonessenhuis

Opdrachtgevers: Mirjam Floor & Sanne Ondersteijn

© Utrecht, (juli, 2015)

Publicatie van dit verslag en de bijbehorende documenten en producten is slechts toegestaan na voorafgaande schriftelijke instemming van de opleiding Logopedie van de Hogeschool, de opdrachtgever en de begeleider.

Correspondentie: ic.logodedie@gmail.com

Foto voorblad: Işıl Düdükçü

Voorwoord

Met veel plezier hebben wij in het kader van ons afstudeerproject onderzoek gedaan in het Diakonessenhuis te Utrecht. Het doel van het project is om de vroegtijdige signalering van dysfagie door de verpleging te faciliteren, waardoor ernstige complicaties kunnen worden voorkomen.

Nadat wij in de afgelopen jaren vaak met plezier hebben samengewerkt was het voor ons een logische beslissing om ook deze uitdaging samen aan te gaan. Wij hebben de samenwerking als zeer prettig ervaren.

Allereerst willen wij Karlijn van der Zwart, onze eerste begeleider, ontzettend bedanken voor haar inzet, tijd en feedback gedurende de gehele periode. Ook willen wij Lizet van Ewijk, onze tweede beoordelaar, bedanken voor haar tijd, inzet en feedback. Wij hebben de begeleiding als zeer prettig ervaren.

Ook willen wij onze opdrachtgevers Mirjam Floor en Sanne Ondersteijn bedanken.
Dankzij hun vertrouwen in ons, hebben wij dit onderzoek kunnen uitvoeren. Ook hier konden wij altijd terecht met vragen.

Tot slot willen wij Marjolein van Zanten, de intensivisten en alle verpleegkundigen bedanken die ons te woord hebben gestaan tijdens de observatie dagen en de interviews. Wij zijn allen heel warm ontvangen op de intensive care afdeling van het Diakonessenhuis, wat ons nog meer heeft gemotiveerd.

Wij wensen iedereen veel plezier met het lezen van ons eindverslag!

Işıl Düdükçü
Carlijn de Hilster
Hélène Leijtens

Hogeschool Utrecht, juni 2015

Samenvatting

Doel: In dit project wordt onderzoek gedaan naar logopedie op de intensive care van het Diakonessenhuis. Er werd bekeken hoe de vroegtijdige signalering van dysfagie door de verpleging kon worden gefaciliteerd, zodat de logopedist op het juiste moment in consult wordt gevraagd. Het doel was om een goede samenwerking tussen verpleegkundigen en logopedisten te creëren waardoor het zorgtraject rondom dysfagie werd geoptimaliseerd. Om dit doel te bereiken is een screeningsinstrument ontwikkeld waarmee de verpleging kan bepalen of de logopedist in consult dient te komen. Ten slotte werd onderzocht wat de beste manier van implementeren was.

Methode: De inhoud en vormgeving van het screeningsinstrument werden (deels) bepaald op basis van een literatuurstudie. Tevens werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de wensen en eisen van de verpleegkundigen en de huidige gang van zaken rondom dysfagie, middels semigestructureerde interviews en participerende observatie. Veertien verpleegkundigen werden doelgericht geïncludeerd voor de interviews. Deze interviews werden geanalyseerd in drie stappen: data opdelen, categoriseren en verbanden leggen.

Resultaten: Uit de data kwam naar voren dat het instrument kort, simpel, praktisch en digitaal moest zijn. Op basis hiervan bleek een beslisboom de beste vorm. Thema's die naar voren kwamen waren de behoefte aan een eenduidig beleid en het opvolgen van logopedische adviezen in het weekend.

Conclusie: Er bestond een grote behoefte aan een screeningsinstrument voor dysfagie op de intensive care. Door de combinatie van wetenschappelijke literatuur en kwalitatief onderzoek is een evidence-based en gebruiksvriendelijke beslisboom ontwikkeld.

Trefwoorden: Intensive care, verpleegkundigen, screening en dysfagie

Abstract

Purpose: In this project, research has been done on speech language therapy on the intensive care unit at the Diakonessenhuis. There has been examined how the early signaling of dysphagia could be facilitated so that the health care project around this disorder could be optimized. To achieve this goal, a screening tool was developed which helps the nurses to decide whether the speech language therapy needed to be consulted. Finally, it has been investigated how the instrument should be implemented.

Method: The content and design of the instrument was (partly) based on a literature review. There was also a qualitative research conducted by semi-structured interviewing and participating observation to investigate the needs and requirements of the nurses and the current way of dealing with dysphagia. Fourteen nurses were purposefully sampled for interviewing. The process of analyzing contained three steps; splitting, categorizing and relating.

Results: The data indicated that the instrument had to be short, practical, simple and digital. On base of this elements a decision tree appeared to be the best design. Themes emerged from the interviews were the need for an univocal policy and the experiencing of difficulties with handling the food and drink advises in the weekends.

Conclusion: There was a clear need for a screening stool for dysphagia on the intensive care. The combination of the use of scientific literature and qualitative research resulted in an evidence-based and easy to use decision tree.

Keywords: Intensive care, nurses, screening and dysphagia

Inhoud

1. Inleidend hoofdstuk 7
1.1 Titel **7**
1.2 Aanleiding **7**
1.3 Vraagstelling **9**
1.4 Doelstelling **9**
1.4.1 Projectproduct 1 9
1.4.2 Projectproduct 2 10
1.4.3 Projectproduct 3 10
1.4.4 Projectproduct 4 10
1.5 Ethische aspecten **11**
2. Methode 12
2.1 Inleiding **12**
2.2 Methode literatuuronderzoek **12**
2.2.1 Werkwijze 12
2.2.2 Begrenzing 12
2.2.3 Selectiecriteria 13
2.2.4 Methodologische kwaliteit 13
2.2.5 Bestaande protocollen en screeningsinstrumenten 13
2.3 Kwalitatief onderzoek **14**
2.3.1 Inleiding 14
2.3.2 Kwalitatieve interviews 14
2.3.3 Participerende observatie 18
2.3.4 Validiteit en betrouwbaarheid 18
3. Resultaten 20
3.1 De signalen en risicofactoren van dysfagie bij intensive care patiënten **20**
3.1.1 Inleiding 20
3.1.2 Slikstoornissen tijdens de verschillende fasen in het slikproces 20
3.1.3 Mechanismen voor het ontwikkelen van dysfagie op de intensive care 21
3.1.4 Pre-existente ziektebeelden 24
3.1.5 Conclusie 25
3.2 Bestaande protocollen en screeningsinstrumenten **27**
3.2.1 Inleiding 27
3.2.2 Literatuurstudie 27
3.2.3 Bestaande protocollen en screeningsinstrumenten in het Diakonessenhuis 28

3.2.4 Eisen en wensen van de verpleegkundigen 29
3.2.5 Conclusie 29
3.3 Het huidige beleid rondom dysfagie op de intensive care **31**
3.3.1 Inleiding 31
3.3.2 De huidige gang van zaken 31
3.3.3 Het opvolgen van logopedische adviezen 33
3.3.4 Conclusie 34
3.4 De implementatie van de beslisboom **36**
3.4.1 Inleiding 36
3.4.2 Een goede implementatie: uitdagingen en obstakels 36
3.4.3 Implementatiestrategieën 37
4. Discussie 39
5. Conclusie 42
6. Literatuur 44
Bijlage 1: De beslisboom 47
Bijlage 2: Poster voor op de intensive care 49
Bijlage 3: Zoekplannen literatuuronderzoek 50
Bijlage 4: Guss 52
Bijlage 5: Standardised Swallowing Assessment 54
Bijlage 6: Categorieën data-analyse 55

1. Inleidend hoofdstuk

1.1 Titel

Dysfagie op de intensive care: een optimale samenwerking tussen de logopedist en de verpleegkundige

1.2 Aanleiding

Eten en drinken is een alledaagse bezigheid. Voor sommige mensen is het echter minder vanzelfsprekend om dit te doen. Kauw- en slikstoornissen, ook wel dysfagie genoemd, kunnen hiervan de oorzaak zijn. Dysfagie wordt omschreven als 'moeite om voedsel van de mond naar de maag te verplaatsen' (Logemann, 2006, p. 25).

Het proces van kauwen, slikken en verplaatsen naar de maag, kan worden opgedeeld in vier fasen, waarvan de eerste drie onder het vakgebied van de logopedist vallen (Chii, J., Pao-Ying, S., Ching-Min, C., Su-Ru, C., Ing-Gy, T., 2001; Kalf & Dicke, 2014). Iedere belemmering in het proces van het vervoeren van de bolus van de mond naar de slokdarm kan resulteren in dysfagie (Eisenstadt, 2008). Dysfagie is een veel voorkomende aandoening bij patiënten in ziekenhuizen en verpleeghuizen. In de literatuur loopt de prevalentie van dysfagie bij ziekenhuispatiënten uiteen van 12-30% (Padovani, Moraes, Sassi, & Andrade, 2013). Deze aandoening kan ernstige complicaties tot gevolg hebben zoals intubatie, pneumonie en een verlengde ziekenhuisopname (Macht, Wimbish, Bodine & Moss, 2013; Perry, 2001). Verschillende bronnen benoemen dat dysfagie kan leiden tot een hoger sterftecijfer (Chichero, Heaton & Bassett 2009; Eisenstadt, 2008; Kalf, 2008; Medeiros, Sassi, Mangilli, Zilberstein & Andrade, 2014; Padovani et al., 2013). Door bovengenoemde complicaties hangt dysfagie samen met meer medicatiegebruik en extra aanvullend onderzoek, wat leidt tot hogere financiële kosten (Martino et al., 2009; Padovani et al., 2013).

Om bovenstaande redenen is het belangrijk dat dysfagie op tijd wordt gesignaleerd. Verpleegkundigen spelen hierin een belangrijke rol, aangezien zij vaak de eersten zijn die de signalen van dysfagie kunnen observeren (Park, Bang, Han & Chang, 2015; Travers, 1999). Het is daarom belangrijk dat verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis over dysfagie en de mogelijke complicaties zodat dysfagie vroegtijdig gesignaleerd wordt en voorzorgsmaatregelen kunnen worden genomen (Eisenstadt, 2008). Wanneer bij een patiënt mogelijk sprake is van dysfagie, dient de logopedist in consult te worden gevraagd. Logopedisten beschikken over de beste kwalificaties om de slikfunctie te testen (Travers, 1999). Logopedisten kunnen de aard van een slikstoornis diagnosticeren, een behandeling instellen, het herstel van het slikken begeleiden en adviezen geven aan andere professionals (Medeiros et al., 2014; Kalf, 1998).

De vraag naar dit project komt uit de klinische praktijk van het Diakonessenhuis te Utrecht. In dit ziekenhuis zijn vier logopedisten werkzaam op zestien verschillende afdelingen, waar zij in consult worden gevraagd in verband met slik-, spraak- of taalstoornissen. De intensive care is een afdeling waar de logopedist vaak in consult wordt gevraagd met betrekking tot dysfagie. In de literatuur wordt beschreven dat het risico op dysfagie toeneemt wanneer patiënten op de intensive care worden opgenomen. Hier worden verschillende oorzaken voor genoemd, waaronder een verlaagd bewustzijn, een gedwongen liggende houding en intubatie (Padovani et al., 2013).
Hoewel een algemene richtlijn voor het screenen op dysfagie wel bestaat voor CVA-patiënten, is deze tot op heden nog niet beschikbaar voor de patiënten op de intensive care (Macht et al., 2013). Het is voor de verpleegkundigen op deze afdeling daarom lastiger om te bepalen wanneer de logopedist al dan niet in consult gevraagd dient te worden bij patiënten. Dit belemmert de vroegtijdige signalering van dysfagie, wat zeer belangrijk is om ernstige complicaties te voorkomen (Martino et al., 2009). Het komt daardoor regelmatig voor dat de logopedist te vroeg of te laat in consult wordt gevraagd.
Hinchey et al. (2005) benoemen het belang van een standaard screeningsinstrument voor dysfagie voor de verpleegkundigen. Zij toonden in hun onderzoek aan dat een standaard dysfagiescreening ervoor zorgt dat de screening vaker wordt afgenomen en dat het risico op complicaties hierdoor significant afneemt. Hierdoor hangt het afnemen van een standaard screening samen met een beter welzijn van de patiënten dan geen screening.
In het Diakonssenhuis bemerken zowel de logopedisten als de verpleegkundigen dat er soms misverstanden bestaan tussen deze twee professionals. Het lijkt erop dat de mogelijkheden van de verpleegkundigen niet altijd toereikend zijn om de logopedische adviezen op te volgen, waardoor deze adviezen niet altijd goed worden opgevolgd. Hierdoor is het risico aanwezig dat patiënten eten en/of drinken aangeboden krijgen dat zij niet veilig kunnen slikken. De logopedisten uit het Diakonessenhuis geven aan dat dit probleem zich vooral lijkt voor te doen bij afwezigheid van de logopedisten in het weekend en op feestdagen. Dat er soms misverstanden bestaan tussen behandelaars op de intensive care en logopedisten wordt tevens beschreven in de literatuur (Kalf, 2004).
Om deze redenen hebben de logopedisten uit het Diakonessenhuis drie studenten gevraagd om, in het kader van hun onderzoeksproject, hier nader onderzoek naar te doen. Het primaire doel van dit project is om de vroegtijdige signalering van dysfagie op de intensive care te faciliteren, zodat de eerder beschreven complicaties worden voorkomen. Middels onderzoek naar risicofactoren en signalen van dysfagie en bestaande screeningsmethoden bij dysfagie, zal een screeningsinstrument worden ontwikkeld waarmee de verpleging gemakkelijk kan bepalen of er een verhoogd risico is op dysfagie. Op basis hiervan kan worden bepaald of logopedie geïndiceerd is. Uit eerder beschreven

informatie kan worden geconcludeerd dat zowel de patiënten, de logopedisten, de verpleegkundigen als het ziekenhuis profijt hebben van vroegtijdige signalering van dysfagie.

1.3 Vraagstelling

Het project 'Dysfagie op de intensive care: een optimale samenwerking tussen de logopedist en de verpleegkundige´ beoogt de volgende vragen te beantwoorden:

Hoofdvraag
Hoe kan het zorgtraject rondom dysfagie bij patiënten op de intensive care van het Diakonessenhuis worden geoptimaliseerd?

Deelvragen

1. Wat zijn de signalen en risicofactoren van dysfagie bij patiënten op de intensive care?

2. Hoe kan het screeningsinstrument het beste worden opgezet op basis van de screeningsinstrumenten en protocollen die er al zijn?

3. Wat is het huidige beleid rondom dysfagie op de intensive care van het Diakonessenhuis?

4. Hoe kan het screeningsinstrument het beste worden geïmplementeerd zodat de verpleging het gaat gebruiken in de praktijk?

1.4 Doelstelling

Het doel van het project 'Dysfagie op de intensive care: een optimale samenwerking tussen de logopedist en de verpleegkundige' is om de vroegtijdige signalering van dysfagie door de verpleging te faciliteren, waardoor ernstige complicaties worden voorkomen. Om dit doel te bereiken wordt een screeningsinstrument ontwikkeld voor dysfagie. Op deze manier kan de verpleging bepalen of er een risico is op dysfagie en of de logopedist in consult moet komen. Dit onderzoek beoogt uiteindelijk vier projectproducten te leveren. Deze projectproducten worden hieronder afzonderlijk beschreven.

1.4.1 Projectproduct 1: Het projectverslag

In het projectverslag wordt het uitgevoerde onderzoek uitgebreid beschreven. Het doel van dit verslag is om buitenstaanders inzicht te geven in de uitvoering van het project. Dit verslag is beschikbaar voor alle geïnteresseerden, maar richt zich specifiek op intensive care verpleegkundigen, intensivisten, logopedisten en logopediedocenten en -studenten.
In het projectverslag zijn de volgende onderdelen opgenomen:
- de inleiding: In dit onderdeel wordt beschreven door wie het onderzoek is uitgevoerd, wat de

aanleiding is voor dit onderzoek, wat reeds bekend is over het onderwerp en welke vragen er gesteld en beantwoord worden.
- de methode: Dit onderdeel beschrijft de onderzoekspopulatie, de manieren van dataverzameling en de toegepaste analysetechnieken.
- de resultaten: Hier worden de resultaten gepresenteerd en overzichtelijk weergegeven met behulp van tabellen en figuren.
- de discussie: In dit onderdeel worden de resultaten gerelateerd aan de reeds bekende gegevens over het onderwerp. Hier wordt beschreven wat de uitkomsten van het onderzoek betekenen. Hiernaast worden er suggesties gedaan voor vervolgonderzoek en wordt het onderzoeksproces geëvalueerd.
- de conclusie: In de conclusie wordt de onderzoeksvraag beantwoord.

1.4.2 Projectproduct 2: De eindpresentatie

Tijdens de eindpresentatie, die wordt gegeven op de Hogeschool Utrecht, wordt het onderzoek gepresenteerd en worden eventuele vragen over het onderzoek beantwoord. Het doel van deze presentatie is het bekend maken van de bevindingen en de eindproducten. Dit draagt bij aan de bevordering van de bekendheid van het beroep en de ontwikkeling van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Alle geïnteresseerden zijn welkom bij de eindpresentatie, maar de presentatie richt zich specifiek op logopedisten, logopediedocenten en -studenten.

1.4.3 Projectproduct 3: Het screeningsinstrument om de vroegtijdige signalering van dysfagie te faciliteren

Middels onderzoek naar risicofactoren en signalen van dysfagie en bestaande screeningsmethoden bij dysfagie, zal worden gezocht naar een manier waarop de verpleging gemakkelijk kan bepalen of er een verhoogd risico is op dysfagie. Op basis hiervan kan worden bepaald of een beoordeling door de logopedist geïndiceerd is. Tevens zal gebruik worden gemaakt van kwalitatief interviewen en participerende observatie om de wensen en mogelijkheden van de verpleegkundigen in kaart te brengen. Afhankelijk van de mogelijkheden en wensen van de verpleging en het ziekenhuis zal worden bepaald op welke manier dit screeningsinstrument wordt vormgegeven.

1.4.4 Projectproduct 4: De presentatie over het screeningsinstrument in het ziekenhuis

Om ervoor te zorgen dat de implementatie van het screeningsinstrument zo effectief mogelijk gebeurt, wordt een presentatie gegeven in het ziekenhuis. Tijdens de presentatie wordt het screeningsinstrument gepresenteerd aan de intensive care verpleegkundigen, intensivisten en de logopedisten van het Diakonessenhuis. Het doel van deze presentatie is om het

screeningsinstrument te introduceren, toelichting te geven over het gebruik ervan en vragen hierover te beantwoorden. Op deze manier zijn de verpleegkundigen op de hoogte van het doel van het screeningsinstrument en hoe deze gebruikt dient te worden. Dit zorgt ervoor dat direct adequaat gebruik kan worden gemaakt van het screeningsinstrument.

1.5 Ethische aspecten

Dit onderzoek valt niet onder de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), opgesteld in 1998, omdat het niet aan de twee voorwaarden voor WMO plichtig onderzoek voldoet. Een toetsing door de medisch ethische toetsingscommissie (METC) was daarom niet vereist. De onderzoekers hebben zich gedurende het onderzoek gehouden aan de gedragscode hbo (2010). Om de privacy van de betrokkenen bij het onderzoek te waarborgen, zijn alle gegevens tijdens het onderzoek geanonimiseerd.

2. Methode

2.1 Inleiding

Om de vier deelvragen te beantwoorden, zijn verschillende onderzoekstechnieken gebruikt. De onderzoeksvragen zijn deels beantwoord middels literatuuronderzoek. Hiernaast is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. De methode van het literatuuronderzoek en de methode van het kwalitatieve onderzoek worden in dit hoofdstuk afzonderlijk besproken.

2.2 Methode literatuuronderzoek

De volgende deelvragen zijn (deels) beantwoord middels literatuuronderzoek:

- Deelvraag 1: *Wat zijn de signalen en risicofactoren van dysfagie bij patiënten op de intensive care?*
- Deelvraag 2: *Hoe kan het screeningsinstrument het beste worden op gezet op basis van de screeningsinstrumenten en protocollen die er al zijn?*
- Deelvraag 4: *Hoe kan het screeningsinstrument het beste worden geïmplementeerd zodat de verpleging het gaat gebruiken in de praktijk?*

2.2.1 Werkwijze

Voor iedere deelvraag werd een afzonderlijke literatuurstudie uitgevoerd. Voorafgaand aan de literatuurstudie werd een zoekplan opgesteld. De zoekplannen voor de verschillende hoofdstukken zijn opgenomen in bijlage 3. De volgende wetenschappelijke databanken werden geraadpleegd: Cochrane, ERIC, Pubmed, SpringerLink HBO Collectie en Google Scholar. Er werd gezocht via een account bij de universiteitsbibliotheek zodat toegang kon worden verkregen tot meer artikelen. De drie onderzoekers zochten ieder afzonderlijk in verschillende databanken volgens het vooraf opgestelde zoekplan. De gevonden artikelen werden vervolgens gescreend op relevantie. Indien het artikel relevant was voor de beantwoording van de onderzoeksvraag, werd deze gelezen en werden de belangrijke delen geselecteerd. Vervolgens zijn de belangrijke bevindingen gezamenlijk doorgenomen, vergeleken en samengevat zodat de onderzoeksvraag kon worden beantwoord.

2.2.2 Begrenzing

- Artikelen niet ouder dan 20 jaar
- Engels- of Nederlandstalige artikelen
- Volledige tekst beschikbaar

2.2.3 Selectiecriteria

- Relevant voor vraagstelling
- Betrouwbare bron

2.2.4 Methodologische kwaliteit

Om de methodologische kwaliteit van de artikelen te waarborgen, is alleen gezocht op wetenschappelijke databanken. Het is belangrijk dat de informatie up-to-date is; er zijn daarom alleen artikelen gebruikt die in de afgelopen twintig jaar gepubliceerd zijn. Tevens is gekeken naar de bron; enkel artikelen uit betrouwbare bronnen zijn geselecteerd.

2.2.5 Bestaande protocollen en screeningsinstrumenten

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de bestaande protocollen en screeningsinstrumenten uit het Diakonessenhuis opgevraagd bij de opdrachtgevers. Deze protocollen en screeningsinstrumenten zijn doorgenomen en vervolgens samengevat door de onderzoekers. Op deze manier hadden de onderzoekers een compleet beeld van de reeds bestaande protocollen en screeningsinstrumenten in het ziekenhuis. Deze bestaande documenten boden een richtlijn voor het opstellen van het nieuwe screeningsinstrument.

2.3 Kwalitatief onderzoek

2.3.1 Inleiding

Het eindproduct van dit project, het screeningsinstrument om de vroegtijdige signalering van dysfagie te faciliteren, dient uiteindelijk te worden gebruikt door de intensive care verpleegkundigen. Het instrument moet dus passen in de dagelijkse routine op de intensive care. Om dit te bereiken is kennis nodig over de huidige gang van zaken op de intensive care.

Hiernaast moet het instrument gemakkelijk te gebruiken zijn voor de verpleegkundigen. Daarom is het zeer belangrijk dat deze voldoet aan hun wensen en mogelijkheden. Om dit te bewerkstelligen is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in hun ervaringen en belevingen. Ook voor het juist implementeren van het instrument is dit inzicht nodig. Dit deel van het onderzoek leent zich daarom voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Kwalitatief onderzoek heeft een beschrijvende en verkennende focus, waarbij de intentie niet is om resultaten te genereren, maar om een beter inzicht te krijgen in de leefwereld van de participanten vanuit hun perspectief (Maykut & Morehouse, 1994). Binnen het kwalitatieve onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende onderzoeksmethoden. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee kwalitatieve onderzoeksmethoden, namelijk kwalitatief interviewen en participerende observatie. Deze twee onderzoekmethoden worden hieronder afzonderlijk toegelicht.

2.3.2 Kwalitatieve interviews

Middels kwalitatieve interviews werd onderzoek gedaan naar de wensen en mogelijkheden van de verpleegkundigen. Kwalitatief interviewen is een geschikte manier om inzicht te verkrijgen in de ervaringen en belevingen van de respondenten (Boeije, 2005).

Opstellen van de interviews

De interviews beoogden inzicht te geven in het huidige beleid rondom dysfagie, wat er gebeurt met de logopedische adviezen en wat de wensen en verwachtingen zijn ten opzichte van het screeningsinstrument. Op basis van deze doelen werden de interviewvragen opgesteld door de onderzoekers. Hierbij werd gebruik gemaakt van de tips om een interview guide op te stellen, beschreven door Bryman (2008). De interviews waren semigestructureerd. Dit wil zeggen dat het interview bestond uit een aantal vooraf opgestelde open hoofdvragen met daarnaast een aantal andere vragen die voortkwamen uit de dialoog tussen de interviewer en de geïnterviewde (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Voor deze manier is gekozen omdat de interviews door verschillende onderzoekers werden afgenomen. De vooraf opgestelde interviewguide zorgde ervoor dat bepaalde belangrijke elementen in ieder geval bevraagd werden. Het open karakter van deze manier van interviewen zorgde ervoor dat de geïnterviewde de zaken die in zijn/haar belevingswereld van

belang zijn, ter sprake kon brengen.

Nadat er een eerste versie van de interviewvragen was gemaakt, werden de interviews proefgedraaid. Iedere onderzoeker heeft een proefinterview afgenomen bij een verpleegkundige die in zijn/haar werkveld in aanraking komt met dysfagiepatiënten. Het proefdraaien had twee doelen. Ten eerste zorgde het ervoor dat de onderzoekers bekend waren met het interview en de mogelijkheid kregen om te oefenen met het succesvol afnemen hiervan. Om een goede kwaliteit van de interviewer te bereiken werd beoogd te voldoen aan de criteria van een succesvolle interviewer (Kvale, 1996). Deze criteria worden later in dit hoofdstuk beschreven. Het tweede doel van het proefdraaien was te evalueren of de vragen aansloten bij de voorkennis van de participanten. De proefinterviews werden na afloop getranscribeerd. De interviewguide werd waar nodig aangepast. Hier kwam de definitieve interviewguide uit voort. Deze interviewguide is opgenomen in figuur 1.

Interviewguide

1. Kunt u mij iets vertellen over het huidige beleid rondom slikstoornissen?

2. Wat bepaalt of u een logopedist in consult vraagt?

3. Hoe gaat het met het opvolgen van de adviezen?

4. Welke functie moet de beslisboom volgens u hebben?

5. Hoe kan de beslisboom volgens u het beste worden vormgegeven?

Figuur 1: de interviewguide

Populatie en steekproef

Voor dit onderzoek werden verpleegkundigen geïnterviewd die werkzaam zijn op de intensive care afdeling van het Diakonessenhuis. De participanten voor deze studie werden geïncludeerd door middel van een doelgerichte steekproef, ook wel “purposive sampling” genoemd. Een doelgerichte steekproef wil zeggen dat de participanten zijn geselecteerd op basis van de doelen van het onderzoek, zodat de onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord (Bryman, 2008). De sampling is dus niet ad random gebeurd. Hierdoor is de generaliseerbaarheid beperkt.

Tijdens de selectie van de participanten werd gestreefd naar maximale variatie. Bij maximale variatie wordt een zo breed mogelijke onderzoeksgroep geselecteerd, zodat er snel een inzicht kan worden verkregen in de huidige gang van zaken in het onderzoeksveld. Om dit te bereiken werd beoogd om verpleegkundigen te selecteren die varieerden wat betreft leeftijd, geslacht en jaren werkervaring, omdat deze factoren mogelijk van invloed zijn op de ervaringen en belevingen van de respondenten. De onderzoekers zijn vijf dagen achter elkaar op de intensive care afdeling geweest om de interviews af te nemen. De verpleegkundigen werden benaderd om mee te doen aan het onderzoek indien ze

op dat moment aan het werk waren en tijd hadden om mee te werken aan het onderzoek. Tabel 1 laat de leeftijd, het geslacht en de jaren werkervaring van de respondenten (n=14) zien. Tabel 2 laat de verdeling en het gemiddelde van de factoren leeftijd en ervaring zien.

Participant	Geslacht	Leeftijd	Ervaring
1	vrouw	44	18
2	vrouw	27	1
3	vrouw	42	15
4	vrouw	55	24
5	vrouw	31	7
6	vrouw	31	5
7	vrouw	26	3
8	vrouw	49	21
9	vrouw	52	16
10	vrouw	35	4
11	vrouw	47	20
12	vrouw	57	33
13	Man	56	13
14	vrouw	34	5
Totaal (N)	14	14	14

Tabel 1: Geslacht, leeftijd (in jaren) en ervaring (in jaren) van de participanten

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard Deviatie
Leeftijd	14	26	57	41,9	11,1
Ervaring	14	1	33	13,2	9,5
Totaal (N)	14				

Tabel 2: Spreiding, gemiddeldes en bijbehorende standaarddeviaties van de factoren leeftijd en ervaring

De dataverzameling werd gestopt op het moment dat saturatie was bereikt. Dat wil zeggen dat nieuwe interviews geen nieuwe informatie meer opleverden. Doordat de interviews pas achteraf werden geanalyseerd, werd het moment van saturatie bepaald door de onderzoekers. Na iedere dag werd overlegd hoe de interviews waren gegaan en of er nog nieuwe informatie verkregen was. In totaal werden veertien verpleegkundigen geïnterviewd.

Afname

De interviews werden afgenomen in het Diakonessenhuis in een afgezonderde ruimte. Voorafgaand aan het interview werd mondeling toestemming gevraagd om de informatie te gebruiken voor het onderzoek. Er is gekozen voor mondeling informed consent omdat dit in verband met de tijdsdruk de meest praktische manier was. Van alle interviews werd een audio-opname gemaakt, zodat deze

achteraf konden worden geanalyseerd.
Tijdens de afname van het interview werd beoogd een positieve relatie op te bouwen met de geïnterviewde. Vertrouwen en respect zijn essentieel voor een goede dialoog tussen de interviewer en de geïnterviewde (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Om dit te bereiken werd gestreefd om te voldoen aan de criteria van een succesvolle interviewer beschreven door Kvale (1996). Volgens Kvale is een interviewer kwalitatief goed wanneer hij/zij voldoet aan de volgende criteria:

- Knowledgeable: heeft kennis van zaken en is bekend met het interview.
- Structuring: structureert het interview, geeft de mogelijkheid tot vragen stellen.
- Clear: gebruikt heldere taal, geen jargon, stelt makkelijke vragen.
- Gentle: blijf aardig, geeft tijd om uit te praten.
- Sensitive: blijf gevoelig voor wat de respondent zegt, toont empathie.
- Open: is flexibel en gaat in op wat de respondent zegt.
- Steering: stuurt het gesprek naar wat hij/zij wil weten.
- Critical: neem niet alles zomaar aan, durft door te vragen.
- Remembering: relateert wat er gezegd wordt aan wat er eerder gezegd is.
- Interpreting: vat samen wat de respondent heeft gezegd.

Analyse

De interviews werden na afloop getranscribeerd en geanalyseerd. De analysetechniek is gebaseerd op de 'onderzoeksslang' beschreven door Boeije (2005) en kent drie basisstappen: data opdelen, categoriseren en verbanden leggen.

1. Data opdelen: Na afloop van het interview werd het interview volledig uitgeschreven. Vervolgens werden de gegevens uiteen gerafeld en werden de fragmenten die van betekenis zijn voor de onderzoeksvraag geselecteerd. Op basis hiervan ontstond een lijst met belangrijke data waaraan codes werden gekoppeld.
2. Categoriseren: In deze fase werden de codes gecombineerd tot grotere categorieën.
Eerst werd bekeken of alles onder de goede code stond en werden eventuele synoniemen samengevoegd. Ten slotte werden er clusters gemaakt van de codes die bij elkaar horen door hoofdcodes van subcodes te onderscheiden. Hierdoor ontstonden zeven hoofdcategorieën en werd er een onderscheid gemaakt tussen belangrijke en minder belangrijke delen van het interview. De zeven hoofdcategorieën en de bijbehorende data zijn opgenomen in bijlage 6.
3. Verbanden leggen: In deze fase werden relaties aangebracht tussen de categorieën en werd er gezocht naar verklaringen. Er werd gezocht naar patronen en samenhang in het materiaal. Vervolgens werden de verbanden geïnterpreteerd en werden er conclusies getrokken. Op basis hiervan is antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

2.3.3 Participerende observatie

Om deelvraag 3 “Wat is het huidige beleid rondom dysfagie op de intensive care van het Diakonessenhuis?” te beantwoorden, is onder andere gebruik gemaakt van participerende observatie. Één van de eindproducten, het screeningsinstrument ter facilitatie van vroegtijdige signalering van dysfagie, dient uiteindelijk te worden gebruikt op de intensive care afdeling van het Diakonessenhuis. Het dient dus aan te sluiten bij de mogelijkheden van deze afdeling. Voordat het screeningsinstrument kan worden opgesteld, dient er eerst inzicht te worden verkregen in de huidige gang van zaken op de intensive care van het Diakonessenhuis. Om hier een goed beeld van te krijgen, is gebruik gemaakt van participerende observatie. Participerende observatie is een manier van onderzoeken, waarbij de onderzoekers zich voor een bepaalde tijd mengen in de onderzoekspopulatie om gedrag te observeren, te luisteren naar gesprekken in het onderzoeksveld en vragen te stellen (Bryman, 2012). Deze vorm van onderzoek is een ideale manier om mensen vanaf dichtbij in hun natuurlijke situatie te onderzoeken (Neuman, 2014). De onderzoekers hebben daarom een dag meegelopen met een intensive care verpleegkundige. Tijdens deze meeloopdagen hebben de onderzoekers meegekeken met de werkzaamheden van de verpleegkundigen, vergaderingen en gesprekken tussen verpleegkundigen en/of andere professionals bijgewoond en vragen gesteld aan de verpleegkundigen. De rol van de onderzoekers was bekend bij de verpleegkundigen. Tijdens deze meeloopdagen werden notities gemaakt van aspecten die van belang waren voor het onderzoek. Deze notities en ervaringen werden na afloop gezamenlijk besproken en uitgewerkt. In figuur 2 is het onderzoeksproces van het kwalitatieve deel van dit onderzoek schematisch weergeven.

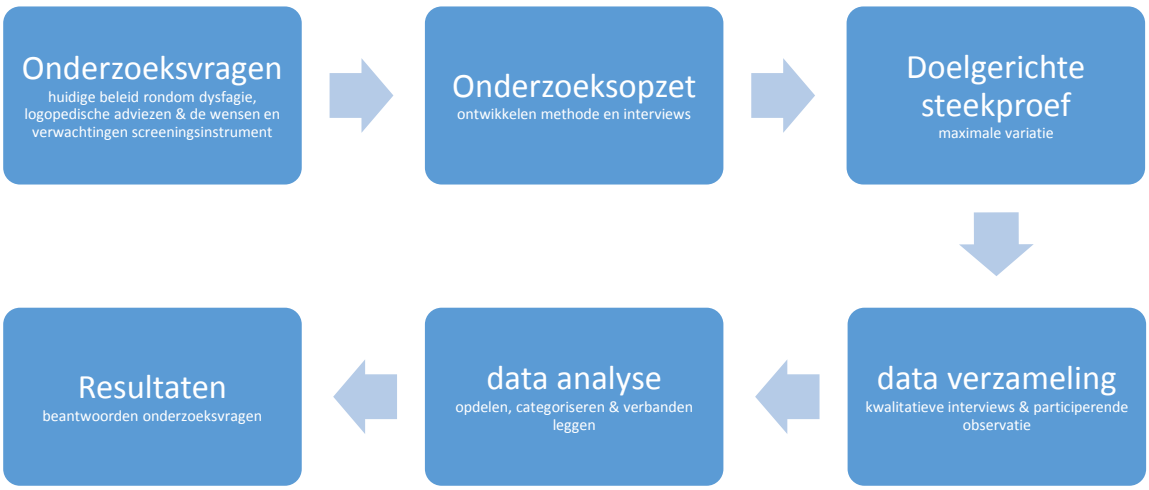
2.3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

De aspecten die bijdragen aan een goede betrouwbaarheid en validiteit van het kwalitatieve onderdeel van dit onderzoek worden beschreven aan de hand van het boek van Maso & Smaling (1998). Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen interne betrouwbaarheid, externe betrouwbaarheid, interne validiteit en externe validiteit.

- De interne betrouwbaarheid is de betrouwbaarheid binnen het onderzoek. Deze betrouwbaarheid is bevorderd door middel van de mechanisering en de automatisering van de verzameling van de gegevens (door middel van audio-opnames), onderzoekerstriangulatie en methodetriangulatie. Triangulatie van de onderzoekers en methode wil zeggen dat er meerdere onderzoeksmethoden en onderzoekers gebruikt zijn. Ook het regelmatig bij elkaar komen van de leden van het onderzoeksteam, waarin op basis van goede argumenten gediscussieerd werd over de stand van zaken van het onderzoek, heeft de interne betrouwbaarheid bevorderd.

- De externe betrouwbaarheid, ook wel de herhaalbaarheid van het onderzoek, wordt bevorderd doordat het onderzoek op een dusdanige wijze is uitgevoerd dat een precieze omschrijving van het gehele onderzoek mogelijk is zodat andere onderzoekers het onderzoek precies kunnen nagaan.
- De interne validiteit is de validiteit binnen het onderzoek en betreft vooral de deugdelijkheid van de argumenten en de redenering die tot het onderzoeksresultaat geleid hebben. De interne validiteit is bewaakt middels het volgen van een reeds opgezette onderzoeksopzet, het maken van notities tijdens de participerende observatie, het streven naar een dialogische relatie tijdens de interviews, de toegepaste vormen van triangulatie en het gebruik van vooraf opgestelde hoofdvragen voor het interview.
- De externe validiteit is de mate waarin de resultaten van dit onderzoek kunnen worden gegeneraliseerd. Een goede externe kwaliteit is binnen kwalitatief onderzoek geen doel op zich. Dit betekent dat er op basis van dit onderzoek alleen betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan over de onderzochte groep. Dit is geen beperking in dit onderzoek, aangezien het ontwikkelde instrument speciaal gericht is op de verpleegkundigen van de intensive care afdeling van het Diakonessenhuis. Het is echter goed mogelijk dat binnen andere ziekenhuizen eveneens de behoefte aan een dergelijk instrument bestaat. Indien dit het geval is, kan het instrument door het betreffende ziekenhuis worden aangepast aan de wensen en eisen van de intensive care daar.

Figuur 2: Schematische weergave kwalitatief onderzoeksproces



3. Resultaten

3.1 De signalen en risicofactoren van dysfagie bij intensive care patiënten

3.1.1 Inleiding

Op de intensive care van het Diakonessenhuis zijn veel patiënten die mogelijk moeite hebben met eten en drinken. Het is aan de verpleging om tijdig de risicofactoren en de signalen te herkennen, zodat de logopedist in consult kan worden gevraagd.

Dysfagie kan zich op verschillende manieren uiten. De problemen kunnen zich tijdens verschillende fasen van het kauwen en slikken voordoen, als ook een andere oorzaak hebben en in ernst verschillen. De oorzaken van dysfagie zijn onder te verdelen in twee categorieën: slikstoornissen die worden ontwikkeld door mechanismen op de intensive care en slikstoornissen die worden veroorzaakt door (pre-existente) ziektebeelden (Macht et al., 2013).

Op basis van een literatuurstudie is beschreven wat de risicofactoren zijn van dysfagie en welke signalen er kunnen worden waargenomen. Eerst wordt per fase van het slikproces beschreven welke signalen kunnen worden waargenomen wanneer zich problemen voordoen. Vervolgens worden de mechanismen genoemd op basis waarvan patiënten op de intensive care een slikstoornis kunnen ontwikkelen. Ten slotte worden een aantal (pre-existente) ziektebeelden genoemd die regelmatig op de intensive care voorkomen, die dysfagie kunnen veroorzaken.

3.1.2 Slikstoornissen tijdens de verschillende fasen in het slikproces

Zoals eerder is aangegeven in hoofdstuk 1, bestaat kauwen en slikken uit verschillende fasen. Wanneer er sprake is van dysfagie, kunnen de signalen hiervan in één of meerdere fasen tot uiting komen. De klachten en signalen van dysfagie worden per slikfase besproken.

1. De orale voorbereidende fase.

Problemen in deze fase kunnen worden veroorzaakt door krachtverlies of vertraagde ontspanning van de kauwspieren, gebitsproblemen, onvoldoende speeksel (bijvoorbeeld als bijwerking van medicatie), hyposensibiliteit of pijn. Ook het manipuleren van voedsel (het voedsel in de mond kunnen houden) kan een probleem zijn in deze fase. Dit kan veroorzaakt worden door tong- en wangparesen. Een probleem in deze fase wordt gekenmerkt door de volgende signalen: moeite met kauwen, achterblijven van voedsel in de wang en voedselverlies uit de mond (Kalf & Dicke, 2008).

2. De orale transport fase

In deze fase gaat het voedsel met behulp van de tong van de mond naar de keel. Wanneer er in deze fase iets niet goed gaat, is dat terug te zien aan onder andere het uitblijven van het slikken door

hypokinesie of door slikapraxie, ernstige pijn bij het slikken of het niet willen slikken (Kalf & Dicke, 2008).

3. De faryngeale transport fase

In deze fase wordt het slikreflex ingezet. Op dit reflex volgen een aantal stappen: de neusholte wordt afgesloten door het verhemelte; het voedsel wordt naar de slokdarmmond verplaatst door samentrekking van de keelspieren; de bovenste slokdarmsfincter ontspant en de larynx beweegt omhoog, waardoor de slokdarm opengaat; de luchtweg wordt op drie niveaus afgesloten (de epiglottis sluit de ingang naar de larynx af en de valse en ware stemplooien worden gesloten). De laatste stap zorgt ervoor dat het voedsel niet kan worden ingeademd, zodat je je niet verslikt (Kalf & Dicke, 2014). Wanneer er in deze fase een probleem optreedt, kunnen de volgende signalen worden waargenomen: een late slikreflex, afwezigheid van het slikreflex, regurgitatie van voedsel door de neus of mond, onvoldoende heffing van de larynx, het achterblijven van voedsel in de keel, hoesten en verslikken (Boreas, 2006; Kalf & Dicke, 2008). Ook het slikken in meerdere slikacts is een signaal dat er een probleem is (Medeiros et al., 2014).

4. De oesofageale fase

In deze fase verplaatst het voedsel zich van de slokdarm naar de maag (Kalf & Dicke, 2008). Problemen in deze fase worden verder niet besproken. De problematiek valt niet onder het vakgebied van de logopedist.

5. Signalen na het slikken

Naast de signalen die wijzen op dysfagie tijdens één van de van het slikproces, zijn er tevens signalen die wijzen op dysfagie die kunnen optreden na afloop van het slikken. Meerdere bronnen noemen hoesten en een veranderde stemkwaliteit na het slikken als signaal voor dysfagie (Macht et al., 2013; Medeiros et al., 2014; Padovani et al., 2013). Onder een veranderde stemkwaliteit wordt een gorgelende, een natte of een hese stem verstaan (Macht et al., 2013).

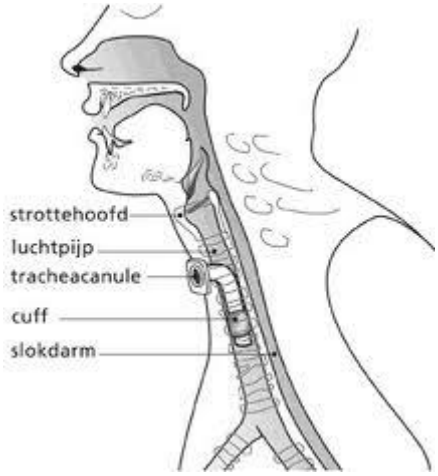
3.1.3 Mechanismen voor het ontwikkelen van dysfagie op de intensive care

Macht et al. (2013) beschrijven zes potentiële mechanismen op basis waarvan patiënten op de intensive care een slikstoornis kunnen ontwikkelen:

1. Intubatie en tracheacanules:

Orofaryngeaal en laryngeaal trauma als gevolg van langdurige beademing (door middel van intubatie) of een tracheacanule, kan leiden tot schade aan de anatomische structuren in het mond- en keelgebied. Wanneer de stembanden, de arytenoïden, de tongbasis of de epiglottis beschadigd zijn,

kan de luchtpijp tijdens het slikken minder goed worden afgesloten. Hierdoor neemt de kans op aspiratie toe (Macht et al., 2013; Medeiros et al., 2014). Van langdurige beademing wordt gesproken wanneer een patiënt 48 uur of langer beademd is geweest (Medeiros et al., 2014).
Wanneer een patiënt een tracheacanule heeft, is er een buisje vanaf de buitenkant van de keel ingebracht in de trachea. Dit buisje wordt geplaatst onder de larynx (zie figuur 3). Het merendeel van de canules heeft een cuff. Dit is een soort ballonnetje dat in de luchtpijp om het buisje heen zit en kan worden opgeblazen. Op deze manier kan de luchtpijp volledig afgesloten worden. Een nadeel van het opblazen van de cuff is dat dit het slikken moeilijker maakt. Dit komt doordat de opgeblazen cuff de larynx kan fixeren. Hierdoor is het moeilijker om de larynx te heffen, waardoor de luchtpijp niet goed wordt afgesloten en de slokdarmsfincter minder goed opengaat. Ook zorgt het niet meer in- en uitademen door larynx voor desensitisatie van larynx en verminderde adductie van de stemplooien tijdens het slikken. Zowel door het fixeren van de larynx als de desensitisatie kan voedsel geaspireerd worden. We spreken in dit geval van laryngeale aspiratie, omdat het voedsel voorbij de larynx is gekomen. Er is echter geen sprake van tracheale aspiratie, omdat het voedsel de opgeblazen cuff niet kan passeren en dus niet verder de trachea in komt. Wanneer er voedsel achterblijft op de cuff, moet dit worden uitgezogen (Kalf, 1998; Kalf & Dicke, 2008).



Figuur 3: Tracheacanule, ontleend aan http://www.geldersevallei.nl/informatie/607/tracheostoma

Daarnaast zal langdurige beademing de hoestreflex doen afnemen, wat de kans op stille aspiratie vergroot (Kalf, 1998). Verder vonden Medeiros et al. (2014) dat oraal verlies, meerdere slikacts, afwijkende bevindingen bij cervicale ausculatie, veranderde stemkwaliteit, hoesten en stikken mogelijke indicatoren zijn voor een vergroot risico op dysfagie na langdurige beademing.

2. Neuromusculaire zwakte:

Patiënten op de intensive care lopen het risico om critical illnes polyneuropathie te ontwikkelen wat kan resulteren in spierzwakte. Wanneer de spieren die betrokken zijn bij het slikken verzwakt zijn, verloopt het slikken minder effectief en is de kans op aspiratie groter (Kalf, 1998; Macht et al., 2013).

3. Verminderde sensibiliteit:

Door neuropathie of oedeem kan de sensibiliteit in het oro-faryngeale en het laryngeale gebied verstoord raken. De timing en sterkte van het slikreflex en de laryngeale afsluiting hangen af van de afferente input. Smith, Logemann, Colangelo, Rademaker & Pauloski (1999) beschrijven in hun onderzoek dat bij sensibiliteitsverslies de incidentie van stille aspiratie verhoogd is.

4. Verminderd bewustzijn:

Veel patiënten op de intensive care hebben een verminderd bewustzijn ten gevolge van sederende medicatie, onderliggende psychopathologie of een intensive care gerelateerd delier. Eerder onderzoek van Leder, Suiter en Warner (geciteerd in Macht. et al., 2013) heeft uitgewezen dat het risico op aspiratie in vloeibare consistenties 31% groter is bij personen die gedesoriënteerd zijn in persoon, plaats en tijd. Een verminderd bewustzijn zorgt bovendien voor minder therapeutische mogelijkheden op het gebied van slikrevalidatie (Macht et al., 2013).

5. Gastro-oesofageale reflux:

Een gedwongen liggende positie en sederende medicatie kan het risico op gastro-oesofageale reflux vergroten, met aspiratie tot gevolg bij geïntubeerde intensive care patiënten. Ook een verminderde beweging van de maag en het voeden via een sonde verhogen het risico op gastro-oesofageale reflux (Metheny, geciteerd in Macht et al., 2013).

6. Respiratorische problemen:

Ook respiratorische problemen kunnen invloed hebben op de slikfunctie. Bij patiënten met een respiratorische stoornis of tachypnoe, ook wel een versnelde ademhaling, is de coördinatie tussen slikken en ademhalen verstoord. Een goede coördinatie tussen laryngeale sluiting en de opening van de bovenste slokdarmsfincter is nodig om aspiratie te voorkomen. Bij een verstoorde ademhaling is de kans op aspiratie daardoor groter (Macht et al., 2013). Bovendien kunnen respiratorische problemen ervoor zorgen dat de patiënt inademt na het slikken, wat het risico op het inslikken van voedselresten vergroot (Kalf, 1998).

3.1.4 Pre-existente ziektebeelden

Op de intensive care worden patiënten opgenomen met veel uiteenlopende ziektebeelden. Sommige (pre-existente) ziektebeelden hangen samen met een verhoogde kans op dysfagie. Wanneer deze slikstoornissen voor opname reeds aanwezig waren, kunnen deze bij ziekte verergeren. Deze slikstoornissen kunnen echter ook latent aanwezig zijn en weer optreden bij opname op de intensive care door algehele verzwakking (Kalf, 1998; Macht et al., 2013).

1. Cerebrovasculaire accident (CVA)

Een CVA, ofwel beroerte, is de meest voorkomende vorm van acute hersenbeschadiging (Kalf & Dicke, 2008). In de literatuur wordt de prevalentie van dysfagie na een CVA geschat op 50% in de acute fase (Daniels & Huckabee in Kalf & Dicke, 2014). Na 2-4 maanden is dat nog 17% (Boreas, 2006).

Door een herseninfarct (afsluiting van een bloedvat) of hersenbloeding (scheuren van een bloedvat) ontstaat uitval van hersenfuncties (Kalf & Dicke, 2008). Hierdoor kan de motoriek van de mond, keel, larynx en slokdarm beïnvloed worden, zowel wat betreft de kracht als de coördinatie. Ook de sensibiliteit in dit gebied kan aangedaan zijn (Kalf & Dicke, 2014). Ook gedragsproblemen als gevolg van een CVA kunnen slikproblemen veroorzaken. Een voorbeeld hiervan is het blijven proppen van voedsel in de mond, veroorzaakt door een slecht ziekte-inzicht (Kalf & Dicke, 2008).

2. Ziekte van Parkinson

Deze neurodegeneratieve ziekte (progressieve aandoening van het centrale zenuwstelsel) kenmerkt zich door spierstijfheid, traagheid en hypokinesie (kleine bewegingen). Naast deze motorische stoornissen kan er ook sprake zijn van cognitieve stoornissen (Kalf & Dicke, 2008). De ernst van de dysfagie neemt toe met de ernst van de ziekte (Boreas, 2006). Kalf et al. (geciteerd in Kalf & Dicke, 2014) stellen dat ongeveer een derde van de patiëntengroep last heeft van een slikstoornis. Patiënten met deze ziekte hebben vaak problemen met het gebit (Boreas, 2006). Naast gebitsproblemen is het voor deze patiënten moeilijk om het voedsel weg te slikken, als gevolg van moeizame ontspanning van de slokdarmopening en een verminderde coördinatie van de keelspieren (Boreas, 2006). Ook het uitblijven van de slikinzet kan een probleem zijn (Kalf & Dicke, 2008).

3. Ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie

Tijdens het verloop van deze neurodegeneratieve ziekte, krijgen patiënten met toenemende mate problemen met slikken. Acht jaar na het stellen van de diagnose Alzheimer, kan 50% van de patiënten niet meer zelfstandig eten (Volicer et. at., geciteerd in Boreas, 2006). Een oorzaak van

slikstoornissen is een progressief vertraagd/verlengd slikproces. Daarnaast is er bij deze groep patiënten vaak sprake van veranderd eetgedrag. Een aspiratiepneumonie in de eindfase van deze ziekte is daardoor de meest voorkomende doodsoorzaak (Boreas, 2006).

4. Spierziektes (zoals ALS, Guillain-Barré, myasthenia gravis en oculofaryngelae spierdystrofie)
Door toenemend krachtsverlies van de mond-, tong- en keelspieren, kost het steeds meer moeite om goed te kauwen en slikken (Miller & Britton, geciteerd in Kalf & Dicke, 2014). De voedselconsistentie moet aangepast worden, maar bij veel spierziektes is slikken uiteindelijk bijna niet meer mogelijk en is sondevoeding noodzakelijk (Kalf & Dicke, 2008).

5. Ontstekingen en tumoren in het mond- en keelgebied; radiotherapie, chemotherapie en operaties in het mond- en keelgebied
Deze niet-neurologische oorzaken kunnen ook kauw- en slikproblemen veroorzaken. Kanker in de mond- en keelholte veroorzaakt vrijwel altijd slik- en kauwproblemen (Kalf & Dicke, 2008). De behandelmethodes van tumoren in het mond- en keelgebied, kunnen op zichzelf ook slikstoornissen veroorzaken. Het is afhankelijk van de plaats van de tumor, in welke fase van het slikken er zich problemen voordoen. De problemen kunnen daarnaast verschillen in ernst en de stoornis kan tijdelijk of blijvend zijn. Vaak herstelt de slikstoornis zich in het begin, maar later kunnen de klachten door verlittekening toch weer toenemen. Door bestraling kunnen de speekselklieren beschadigd raken of gaan ontsteken, waardoor minder, en soms zelfs geen speeksel aangemaakt wordt. Ook kan slikken pijn doen, als gevolg van ontsteking van het slijmvlies (Kalf & Dicke, 2008; Kalf & Dicke, 2014; Macht et al., 2013).

3.1.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de signalen en risicofactoren van dysfagie bij patiënten op de intensive care besproken. De belangrijkste hiervan worden weergegeven in tabel 3. De selectie van deze signalen en risicofactoren is gedaan met het oog op de signalen en risicofactoren die in het screeningsinstrument worden opgenomen. Dit is gedaan op basis van verschillende factoren. Voor de signalen geldt dat ze duidelijk waarneembaar moeten zijn en aan moeten sluiten bij de kennis van de verpleegkundigen op de intensive care. Zo is bijvoorbeeld het letten op larynxheffing tijdens het slikken, niet opgenomen in deze lijst. Dit signaal is voor de verpleegkundigen niet voldoende waarneembaar. De risicofactoren moeten volledig zijn, maar hoeven niet gedetailleerd beschreven te worden. Een voorbeeld hiervan is ‘spierziektes’: hieronder vallen verschillende ziektebeelden, die niet ieder afzonderlijk zijn genoemd in de tabel. Daarnaast is er met het oog op

gebruiksvriendelijkheid, rekening gehouden met de grootte van de tabel. Voor meer informatie hierover, wordt verwezen naar hoofdstuk 3.4.

Tabel 3: Signalen en risicofactoren beslisboom

Signalen	**Risicofactoren**
Hoesten Veranderde stemkwaliteit Uit de mond/neus lopen vocht Achterblijven vocht in mond/keel Geen/vertraagd slikreflex Meerdere slikbewegingen nodig	Pre-existente dysfagie CVA Intubatie-tracheacanule Ziekte van Parkinson Critical illnes polyneuropathie Alzheimer/andere vormen dementie Spierziektes Verminderd bewustzijn Respiratoire problemen Gedwongen liggende houding Tumoren en ontstekingen in mond- en keelgebied (en of behandeling hiervan)

3.2 Bestaande protocollen en screeningsinstrumenten

3.2.1 Inleiding

Deze studie beoogt een screeningsinstrument te ontwikkelen waarmee de verpleging kan bepalen of er een risico is op dysfagie en zij de logopedist in consult moeten vragen. Om te bepalen hoe dit screeningsinstrument het best kan worden vormgegeven is een literatuurstudie gedaan naar bestaande instrumenten en protocollen voor dysfagie. Hiernaast zijn de bestaande protocollen en screeningsinstrumenten in het Diakonessenhuis opgevraagd en bestudeerd. Tot slot is bekeken hoe deze bevindingen konden worden aangepast aan de eisen en wensen van de verpleging die zijn aangegeven tijdens de interviews.

3.2.2 Literatuurstudie

De literatuurstudie is uitgevoerd volgens het vooraf opgestelde zoekplan (zie bijlage 3). Meerdere bronnen geven aan dat Videofluroscopic swallowing study (VFSS) en Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) “de gouden standaard” zijn voor het identificeren van dysfagie (Eisenstadt, 2008; Hiss & Postma, 2003; Macht et al., 2013; Perry, 2001). Hierbij wordt vermeld dat het om verschillende redenen vaak niet mogelijk is om deze onderzoeken af te nemen. Beide onderzoeken hebben ook nadelen; een VFSS is een zeer duur onderzoek en bevat radiologische straling en een FEES onderzoek kan alleen worden afgenomen door KNO-artsen. Hiernaast is voor beide onderzoeken ook een zekere mate van coöperatie van de patiënt vereist, wat niet altijd mogelijk is (Medeiros et al., 2014; Park et al., 2015). Dit is ook in het Diakonessenhuis het geval. Daarom is het belangrijk dat er een alternatief screeninginstrument komt voor de verpleegkundigen dat makkelijk af te nemen is. Overigens wordt in de internationale richtlijnen aanbevolen dat ook de verpleegkundigen en andere personeelsleden dan de logopedisten en dokters, een screening voor dysfagie moeten kunnen afnemen.

In het artikel van Park et al. (2015), een systematic review, werd bekeken wat het beste screeningsinstrument zou zijn voor verpleegkundigen om dysfagie te detecteren. In deze studie werden 29 screeningsinstrumenten uit 31 studies beoordeeld op psychometrische kwaliteit en toepasbaarheid in de praktijk. Dit werd gedaan middels een checklist. Verder werd er gekeken of deze screeninginstrumenten voldeden aan de mogelijkheden van de verpleegkundigen in de dagelijkse routine. Van de 29 onderzochte screeningsinstrumenten kwamen de “Gugging Swallowing Screen” en de “Standardised Swallowing Assessment” (ook wel bekend als de “Standardised Swallowing Screen”) als beste naar voren (zie bijlagen 4 en 5). Deze twee instrumenten bleken een hoge psychometrische kwaliteit te hebben en de verpleegkundigen konden deze makkelijk afnemen. Dit artikel is bij het beantwoorden van deze deelvraag als leidraad gebruikt omdat het een zeer hoge methodologische kwaliteit heeft en beschikt over de meest recente informatie over dit onderwerp.

De informatie uit deze studie was echter niet voldoende om onze onderzoeksvraag volledig te beantwoorden, aangezien de auteurs gericht waren op een screeningsinstrument voor oudere volwassenen en voor verpleegkundigen in verpleeghuizen. De inhoud van deze twee bestaande instrumenten en het screeningsinstrument voor de intensive care zou daarom niet precies overeenkomen, omdat de patiëntengroepen verschillende ethologiën hebben. De factoren die bijdragen aan een goede bruikbaarheid van een meetinstrument zijn echter wel van toepassing in beide situaties. Daarom is bestudeerd hoe deze twee instrumenten eruit zien en hoe de positieve kenmerken hiervan ook kunnen worden toegepast in het screeningsinstrument voor de intensive care. Hieruit kan het volgende worden geconcludeerd:

- de instrumenten bevatten weinig tekst
- de vragen zijn kort en duidelijk
- er zijn slechts twee antwoord mogelijkheden: ja en nee
- de screeningen zijn makkelijk en snel af te nemen
- de vormgeving van de instrumenten is zeer overzichtelijk.

Hinchey et al. (2005) benoemen in hun artikel dat een screening het beste is wanneer het een checklist en een watersliktest bevat. Zowel de GUSS en de SSA voldoen aan dit criterium.
Een ander belangrijk aspect dat wordt benoemd in het artikel van Park et al. (2015), is dat het voor verpleegkundigen belangrijk is dat er geen lange training nodig is voor het gebruik van een screeninginstrument. Dit wil zeggen dat het instrument “makkelijk” moet zijn. Het belang van een simpel screeningsinstrument wordt tevens benoemd in andere onderzoeken (Hinchey, 2005; Perry, 2001). Een kanttekening hierbij is dat tijdens het ontwikkelen van een meetinstrument de kwaliteit van het instrument niet mag leiden onder de simpelheid (Edmiaston, Connor, Steger-May & Ford, 2014). Park et al. (2015) benoemen dat een simpelere methode voor een betere implementatie van het screeningsinstrument zal zorgen en dat dit het zorgtraject rondom dysfagie effectief verbeterd. In het hoofdstuk implementatie van dit onderzoek wordt hier verder op ingegaan.

3.2.3 Bestaande protocollen en screeningsinstrumenten in het Diakonessenhuis

In het artikel van Park et al. (2015) wordt genoemd dat er veel dysfagie screeningstrumenten ontwikkeld zijn. Ook wanneer er gekeken wordt naar de protocollen/screeninginstrumenten die in het Diakonessenhuis aanwezig zijn, is te zien dat binnen het ziekenhuis veel verschillende protocollen/screeninginstrumenten bestaan voor dysfagie. Er is één afdeling (de afdeling neurologie) waar reeds een dysfagiescreening voor verpleegkundigen beschikbaar is. Protocollen voor dysfagie zijn beschikbaar op de afdelingen neurologie, geriatrie en de intensive care. Opvallend is dat van de veertien geïnterviewde verpleegkundigen geen enkele verpleegkundige op de hoogte was van het protocol op de intensive care. Dit benadrukt nogmaals het belang van de goede implementatie van

een instrument.
Na het bestuderen van de bestaande protocollen/screeningsinstrumenten kan worden geconcludeerd dat de documenten te veel informatie bevatten (zoals bijvoorbeeld doelen, definities en indicaties). Deze informatie is voor de verpleegkundigen niet altijd van belang. Daarnaast valt op dat wanneer de bestaande documenten uit het Diakonessenhuis worden vergeleken met de instrumenten die werden aanbevolen door Park et al. (2015), de eersten veel meer tekst bevatten. Dit maakt deze documenten minder overzichtelijk.

3.2.4 Eisen en wensen van de verpleegkundigen

Naast de literatuurstudie werd middels interviews onderzocht wat de eisen en wensen zijn van de verpleegkundigen. De geanalyseerde data van de interviews is per categorie terug te vinden in bijlage 6. In de uitgewerkte interviews zijn een aantal onderwerpen zichtbaar die door bijna iedere verpleegkundige benoemd wordt wanneer er gevraagd werd naar de gewenste vormgeving van het instrument. Deze onderwerpen waren:
- Tijd: De afname van de screening mag maximaal 5 minuten tijd vergen.
- Lengte: Het instrument moet geen “lappen tekst” bevatten
- Gebruiksvriendelijkheid: Het instrument moet gedigitaliseerd worden in het softwareprogramma Metavison.

Verder kwam uit de interviews naar voren dat veel verpleegkundigen een instrument wensten waarmee direct bepaald kan worden wat het dieetadvies is. Echter, vanwege de complexiteit en de diversiteit van de patiëntengroep is het onmogelijk om een instrument te ontwikkelen waarin alle mogelijke aangepaste dieetadviezen zijn opgenomen. Het instrument kan tenslotte niet het werk van de logopedist, die hierin uitgebreid geschoold is, geheel vervangen. Om deze reden is deze wens bij de verdere ontwikkeling van het instrument niet in acht genomen.
De bovenstaande informatie laat zien dat de huidige documenten niet voldoen aan de wensen van de verpleegkundigen. Dit kan mogelijk verklaren waarom de bestaande documenten niet gebruikt worden. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het zeer belangrijk is dat de wensen en eisen van de verpleegkundigen in acht worden genomen tijdens de ontwikkeling van het nieuwe screeningsinstrument.

3.2.5 Conclusie

Op basis van de literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat er veel screeningsinstrumenten voor dysfagie beschikbaar zijn. Onderzoek naar de bruikbaarheid van deze instrumenten heeft aangetoond dat de “Gugging Swallowing Screen” en de “Standardised Swallowing Assessment” het beste aansluiten bij de mogelijkheden van verpleegkundigen.

Onderzoek naar bestaande protocollen/screeningen voor dysfagie in het Diakonessenhuis, heeft laten zien dat er meerdere instrumenten beschikbaar zijn. Echter lijken deze instrumenten niet op de juiste manier geïmplementeerd.

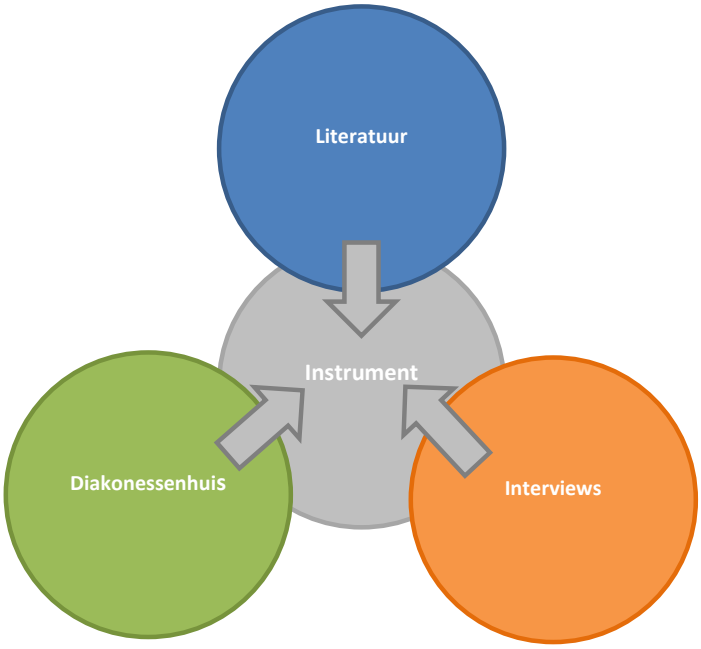
Uit de kwalitatieve interviews kwam naar voren dat het instrument kort, simpel en digitaal moest zijn.

Deze drie bronnen tezamen genomen, kan geconcludeerd worden dat het screeningsinstrument aan de volgende eisen moet voldoen:

- Het moet weinig tekst bevatten.
- Het mag maximaal 5 minuten tijd innemen.
- Het moet in het softwareprogramma Metavision worden opgenomen.
- De implementatie moet goed verlopen.

Tijdens de interviews gaven veel verpleegkundigen aan dat ze aan de hand van een soort beslisboom met een aantal korte ja/nee vragen tot een conclusie willen komen. Het onderzoek van Park et al. (2015) heeft laten zien dat een dergelijk screeningsinstrument het meest gebruiksvriendelijk is voor verpleegkundigen. Op basis van de literatuurstudie, het onderzoek naar de bestaande instrumenten in het Diakonessenhuis en de interviews kan worden geconcludeerd dat een beslisboom met enkel ja/nee vragen de beste manier is om het screeningsinstrument vorm te geven. In figuur 4 wordt schematisch weergegeven hoe de beslisboom tot stand is gekomen.

Figuur 4: De totstandkoming van de beslisboom



3.3 Het huidige beleid rondom dysfagie op de intensive care

3.3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat het huidige beleid rondom dysfagie op de intensive care van het Diakonessenhuis is. Deze vraag wordt beantwoord op basis van twee kwalitatieve onderzoeksmethoden: er zijn semigestructureerde interviews afgenomen met de verpleegkundigen en er is een participerende observatie gedaan door alle projectleden op de intensive care. Zoals beschreven in de methode, is de analysetechniek 'de onderzoeksslang' van Boeije (2005) gebruikt voor het uitwerken van de interviews. Deze kent drie basisstappen: data opdelen; data categoriseren; verbanden leggen. Na het uitwerken van de interviews kwamen twee hoofdthema's naar voren: het ontbreken van een eenduidigheid in het huidige beleid en problemen met het volgen van de logopedische adviezen bij afwezigheid van de logopedist. De resultaten uit de interviews en observaties worden hieronder aan de hand van deze twee thema's besproken.

3.3.2 De huidige gang van zaken

Zoals beschreven in hoofdstuk 3.2 bestaat er reeds een protocol voor dysfagie voor patiënten op de intensive care. Uit de interviews met de verpleegkundigen kwam naar voren dat zij niet op de hoogte zijn van het bestaan van dit protocol; de vraag of er een protocol over dysfagie op de intensive care aanwezig is, beantwoordden ze nooit bevestigend. Enkele voorbeelden hiervan:

> *'Nee dat dacht ik niet. Tenminste, ik ken het niet.'; 'Nou als dat er is, dan doen we d'r eigenlijk niks mee.'; 'Volgens mij niet. Kan ook zijn dat ik niet op de hoogte ben hoor.'; 'Ik zou dat niet zo kunnen reproduceren.'; 'Intensive care weet ik niet, maar wel van de neurologie weet ik wel dat die er is.'*

Naast dat er momenteel geen protocol op de intensive care aanwezig is waarmee gewerkt wordt, bestaan er ook geen duidelijke onderlinge afspraken bij de verpleegkundigen over wanneer de logopedist in consult moet worden gevraagd. In het huidige beleid bepaalt de verpleging naar eigen inzicht en met eigen kennis, of er een logopedist in consult moet worden gevraagd. Dit wordt via de arts gedaan, omdat de arts de enige is die hiertoe bevoegd is. Gezegd kan worden dat in het algemeen de volgende stappen worden doorlopen wanneer een verpleegkundige merkt dat het slikken niet goed gaat: de patiënt wordt op niets per os (NPO) gezet; via de dienstdoende arts wordt de logopedist in consult gevraagd; de adviezen van de logopedist worden afgewacht. Tijdens de participerende observatie is door alle drie de projectleden waargenomen dat wanneer een patiënt op NPO staat, de mondzorg uitstekend wordt uitgevoerd.

De gang van zaken op dit moment houdt in dat de verpleegkundigen met hun klinische blik bekijken

of het slikken goed gaat of dat er logopedie aangevraagd moet worden. Zo geven ze aan op de volgende zaken te letten:

> *'Je kijkt natuurlijk wel echt naar die patiënt. Iemand die niet alert is, ga je niks geven bijvoorbeeld.'; 'Ik denk wel dat ik echt naar de slikfunctie kijk, van: maakt iemand een actieve slikbeweging?'; 'Vaak als wij de mond verzorgen, dan spoelen we met water en dan kan je ondertussen ook heel mooi kijken: slikt iemand überhaupt en slikt iemand adequaat?'; 'We weten ook wel dat de patiënt goed rechtop moet zitten, dat koud water het beste werkt enzovoort.'*

Ook geven ze aan dat ze na detubatie wachten met het geven van water, omdat het keelgebied dan gevoelig is.

> *'Als je bijvoorbeeld een patiënt detubeert, dan wacht je eventjes, paar uur, en dan begin je met een slokje water.'*

Wanneer gevraagd wordt op welke factoren en/of signalen ze letten wanneer ze een logopedist in consult vragen, komen de volgenden punten naar voren:

- hoesten
- slikt de patiënt
- alertheid /sufheid
- heeft de patiënt lang aan de beademing gelegen
- medische geschiedenis
- indicatie van de arts
- hese stem
- residu bij uitzuigen
- reden van opname
- neurologische problemen
- halfzijdige verlamming
- klinkt iemand continu vol
- laat iemand het achterin z'n keel lopen
- patiënten met een tracheastoma
- algehele spierzwakte

De meeste verpleegkundigen geven tijdens het interview aan dat ze beginnen met het geven van een slokje water. Als ze zien dat de patiënt dan moet hoesten en/of één van de andere bovengenoemde factoren laat zien, dan schakelen ze de logopedist in. Ook wordt er door een paar verpleegkundigen aangegeven dat ze 'altijd' een logopedist inschakelen bij patiënten die lang aan de beademing hebben gelegen. Anderen geven aan dat dit per collega verschilt.

3.3.3 Het opvolgen van logopedische adviezen

Het opvolgen van logopedische adviezen wordt op doordeweekse dagen door geen enkele verpleegkundige als lastig ervaren. Het opvolgen van deze adviezen in de weekenden wordt daarentegen wel als lastig ervaren. In de weekenden zijn er geen logopedisten aanwezig en de meeste verpleegkundigen vinden het moeilijk om tegen een patiënt te zeggen dat ze dan twee dagen moeten wachten tot ze weer iets mogen eten, mocht een patiënt op NPO zijn gezet. Hetzelfde geldt voor het uitbreiden van aangepaste voeding; ook dan zou een patiënt twee dagen moeten wachten totdat de logopedist aangeeft dat de consistentie eventueel veranderd mag worden. De verpleegkundigen vinden dit lastig, omdat in de weekenden vaak te zien is dat een patiënt verbetert of juist verslechtert. Ze vinden het niet patiëntvriendelijk dat ze de patiënten zo lang moeten laten wachten. Ook wordt aangegeven dat ze de adviezen soms voorzichtig vinden, waardoor ze in het weekend sneller zelf iets proberen.

Ondanks dat de logopedische adviezen niet als lastig worden ervaren, geven de verpleegkundigen eerlijk aan dat ze ook doordeweeks niet altijd de adviezen opvolgen. Ze geven hiervoor de volgende verklaringen:

> *'Stel, ik heb het in consult gevraagd en de logopedist komt in mijn dienst. Die geeft mij advies of die wijst mij erop van: er staat een advies in het systeem. Dan gaat het bij mij goed, maar ik merk wel dat dan de volgende collega daarna, niet snel ook in dat systeem gaat kijken van: o, wat heeft de logopedist eigenlijk opgeschreven?'; 'Het gebeurt ook wel eens dat de logopedist wel haar bevindingen erin heeft gezet, maar dat dat dan niet goed wordt overgedragen.'*

Wel geven er een paar verpleegkundigen aan dat ze, ook in het weekend, echt wachten tot de logopedist er weer is en dat ze niet zelf uitbreiden.

> *'Ik kijk wat ze mogen en ik zal niet bedenken om toch iets wel te gaan geven als ze het niet mogen bijvoorbeeld.'; 'Ik denk dat ik wat meer aan de voorzichtige kant blijf zitten en niet verder verdere stappen onderneem.'; 'We wachten keurig tot maandag.'; 'Er zijn ook mensen die vrijdag zien 'NPO' en die dan denken: het wordt vanzelf maandag en iemand mag in die tussenliggende twee dagen niet drinken.'*

De antwoorden lopen dus uiteen (zie ook bijlage 6). Enerzijds zijn er verpleegkundigen die aangeven erg voorzichtig te zijn en niks zelf proberen, anderzijds geven enkele van hun collega's aan wel zelf iets te proberen. Opmerkelijk is dat door deze laatste groep wordt aangegeven dat ze alleen wat

proberen met water. Toch worden er door een aantal verpleegkundigen ook voorbeelden genoemd van collega's die andere consistenties geven:

> *'Water kan op zich niet heel erg kwaad, daarmee oefenen jullie ook als eerst, dus daarmee zullen wij dan ook beginnen, of ik persoonlijk. Maar goed, ik zie dus ook wel eens dat dat anders gaat, dat er toch ook andere dingen worden gegeven, yoghurt of zo, of vla of warme dranken of zo... Maar goed, ook niet bij iedereen, maar soms gebeurt dat wel eens heb ik het idee.'; 'Ik weet wel dat dat wel per collega verschillend is. De één zal wel denken: o nou, dit gaat goed, dus dan gaan we ook door naar een bakje vla of zo,'; 'Als je bijvoorbeeld een patiënt hebt die delirant is of heel erg dorst heeft, die dus eigenlijk niet goed luistert naar het advies van ons, dat er toch nog vaak, of best wel snel, aan toe wordt gegeven. Dat er dan bijvoorbeeld toch even een toetje naar binnen wordt geholpen zeg maar of... Dat er dan misschien toch wel dingen gebeuren die jullie niet zouden adviseren, laat ik het zo zeggen.'*

3.3.4 Conclusie

Het huidige beleid rondom dysfagie op de intensive care van het Diakonessenhuis wordt niet bepaald door een vast protocol. Alhoewel er wel een protocol bestaat, is geen enkele verpleegkundige hiervan op de hoogte en wordt dit niet gebruikt op de intensive care. De gebruiksvriendelijkheid van het reeds bestaande protocol kan hiervoor geen verklaring zijn: in dat geval zouden de verpleegkundige immers wel op de hoogte zijn van het bestaan hiervan. Een meer plausibele verklaring voor het niet kennen van dit protocol is waarschijnlijk dat het instrument niet goed geïmplementeerd is.

De verpleegkundigen beoordelen de slikfunctie nu op basis van hun eigen kennis en observaties. De meeste verpleegkundigen geven aan in ieder geval het hoesten in de gaten te houden bij de patiënten. Ook een aantal andere signalen worden genoemd. Hierdoor zijn er verschillen onderling; waar de ene verpleegkundige meteen een logopedist in consult vraagt, wacht een andere verpleegkundige nog even af en probeert zelf met een slokje water de slikfunctie te beoordelen. Wanneer de logopedist in consult is geweest, verloopt het opvolgen van de adviezen wisselend. Als het bij de verpleegkundige bekend is dat de logopedist betrokken is bij een patiënt, bijvoorbeeld doordat hij/zij zelf het consult heeft aangevraagd of wanneer de logopedist in zijn/haar dienst komt, wordt het advies besproken of verwijst de logopedist naar het computersysteem. De verpleging kijkt dan zelf naar de adviezen. Echter, bij het wisselen van diensten wordt het logopedische advies niet altijd opgevolgd door de volgende verpleegkundige. Dit kan komen doordat er bij de overdracht iets mis gaat, maar het kan ook zijn dat de volgende verpleegkundige niet zelf in het computersysteem op zoek gaat naar de adviezen van de logopedist. Daarnaast geeft de verpleging aan dat er zich

problemen voordoen bij afwezigheid van de logopedist in het weekend. Sommige verpleegkundigen houden zich aan het laatst gegeven advies, terwijl anderen toch graag zelf iets proberen en het logopedische advies daarbij loslaten. Dit gebeurt met name wanneer de verpleging algehele verbetering waarneemt bij de patiënt en daardoor ook verbetering wat betreft de slikfunctie verwacht.

3.4 De implementatie van de beslisboom

3.4.1 Inleiding

Op basis van de beschreven resultaten uit de vorige drie hoofdstukken, is de beslisboom opgesteld (zie bijlage 1). Het ontwikkelen van de beslisboom was de eerste stap richting een optimaal zorgtraject rondom dysfagie. De volgende stap is dat de beslisboom op de juiste manier wordt geïmplementeerd. Dit wil zeggen dat de doelgroep, de intensive care verpleegkundigen, kennisneemt van dit instrument en deze kennis vertaalt naar acties in de praktijk. Deze stap vindt meestal niet automatisch plaats. Een gericht implementatieplan kan hierbij behulpzaam zijn (Schouten, Hulscher & Dijkstra, 2014).

Dat deze stap vaak niet automatisch plaatsvindt, kwam ook uit het kwalitatieve deel van dit onderzoek naar voren. Een voorbeeld hiervan is dat geen enkele verpleegkundige op de hoogte was van het reeds beschikbare protocol voor slikproblemen op de intensive care. Een goede implementatie blijkt van zeer groot belang. In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven welke obstakels mogelijk een rol spelen bij de implementatie van een nieuw instrument en hoe in dit onderzoek rekening is gehouden met deze obstakels. Vervolgens worden verschillende implementatiestrategieën beschreven. Tenslotte wordt uitgelegd hoe deze bevindingen in combinatie met de bevindingen uit het kwalitatieve deel van dit onderzoek hebben geleid tot een implementatieplan.

3.4.2 Een goede implementatie: uitdagingen en obstakels

Uit de praktijk blijkt dat er bij patiëntenzorg niet altijd gebruik wordt gemaakt van de best beschikbare middelen. Een nieuw instrument vraagt om een verandering van de reeds bestaande patronen. Grol en Grimshaw (2003) benoemen dat zelfs wanneer professionals willen veranderen, het doorbreken van reeds bestaande patronen zeer moeilijk is. Bij deze verandering kunnen obstakels ontstaan op verschillende niveaus: het niveau van de patiënt, de professional, het behandelend team, de zorginstelling of een hoger beleid. De meeste theorieën over implementatie benadrukken het belang om deze problemen te voorzien en mee te nemen in de ontwikkeling van het implementatieplan (Grol, 1997; Grol & Grimshaw, 2003).

Ook van Eijken et al. (2008) benadrukken dat het testen en evalueren van het implementatieplan en het hebben van goed inzicht in de doelgroep, hun setting en obstakels, zeer belangrijk is wanneer er een verandering wordt beoogd van de huidige manier van werken. Grol en Grimshaw (2003) benoemen tevens de vorm en lay-out van het instrument als mogelijk obstakel voor de implementatie ervan. Volgens Park et al. (2015) zorgt een simpel screeningsinstrument voor een betere implementatie en wordt hierdoor het zorgtraject rondom dysfagie effectief verbeterd.

Om bovenstaande redenen is het belangrijk dat er een goed implementatieplan wordt opgesteld. Schouten, Hulscher & Dijkstra (2014) beschrijven dat het implementatieplan, net zoals richtlijnen en methoden, evidence-based dient te zijn.
Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de volgende punten in acht moeten worden genomen bij het opstellen van een implementatieplan:
- Er dient een goed inzicht in de doelgroep, hun setting en de mogelijke obstakels te zijn. Er dient tevens inzicht te zijn in het niveau waarop de obstakels zich voordoen.
- De vorm en de lay-out dienen gebruiksvriendelijk te zijn voor de doelgroep. Het instrument dient simpel te zijn.
- Het implementatieplan dient evidence-based te zijn en te worden getest en geëvalueerd.
De eerste twee punten worden nu afzonderlijk besproken; voor het derde punt wordt verwezen naar hoofdstuk 3.4.3.
Als eerste is door middel van de participerende observatie en de interviews, een goed inzicht verkregen in de doelgroep en hun setting. Ook zijn de mogelijke obstakels hiermee in kaart gebracht. Het grootste obstakel bleek dat er onvoldoende kennis was over de beschikbare instrumenten en protocollen. Daarom was in dit onderzoek het streven om alle verpleegkundigen vanaf het begin zo veel mogelijk kennis te laten nemen van het nieuwe instrument. Het betrekken van de verpleegkundigen in dit onderzoek zorgde ervoor dat een groot deel van de verpleging vanaf het begin op de hoogte was van de ontwikkeling van dit instrument. Om de overige verpleegkundigen op de hoogte te stellen werd een poster opgehangen op de afdeling (zie bijlage 2).
In dit onderzoek is tevens rekening gehouden met het tweede punt: de lay-out en de vorm van het instrument. Uit de participerende observatie en de interviews bleken de beperkte tijd, de beperkte mogelijkheden van de omgeving en de complexiteit van de instrumenten hierbij mogelijke obstakels te zijn. Doordat in dit project onderzoek is gedaan naar de wensen en eisen van de verpleegkundigen, sluit het ontwikkelde instrument goed aan bij de mogelijkheden van de verpleging. Het ontwikkelde instrument is kort, simpel en makkelijk bruikbaar doordat het is opgenomen in het elektronische systeem Metavision.

3.4.3 Implementatiestrategieën

Er zijn veel studies gedaan naar de effectiviteit van verschillende implementatiestrategieën. Samenvattend kan worden geconcludeerd dat er geen superieure implementatiestrategie bestaat die in iedere context effectief is (Schouten, Hulscher & Dijkstra, 2014). Uit meerdere bronnen blijkt dat een combinatie van verschillende strategieën, gericht op het wegnemen van de belangrijkste knelpunten, het meest effectief is (Grol & Grimshaw, 2003; Gross et al., 2001; Schouten, Hulscher &

Dijkstra, 2014). Voor de implementatie van de beslisboom zijn drie strategieën geselecteerd. Hieronder wordt kort beschreven wat iedere strategie inhoudt en waarom deze zijn geselecteerd.

1. Educatieve strategieën:

Educatieve interventies, zoals bijvoorbeeld klinische lessen en presentaties, zijn de meest gebruikte manieren van medisch onderwijs. Wanneer voor deze vorm wordt gekozen, is het belangrijk dat de interventie interactief is. Interactieve educatieve interventies blijken effectief in het veranderen van gedrag (Gross et al., 2001). Onderzoek naar het veranderen van gedrag van artsen heeft uitgewezen dat een passieve educatie niet effectief is (Davis et al., 1999).

Er zal een klinische les worden gegeven aan de verpleegkundigen van de intensive care. Het doel van deze les is om uitleg te geven over de totstandkoming, het belang en het gebruik van de beslisboom. Deze les zal door middel van vragen, het afnemen van de beslisboom op een simulatiepatiënt en het gebruik van hyperlinks een interactief karakter hebben. Voor deze strategie is gekozen omdat het op deze manier mogelijk is om veel verpleegkundigen in weinig tijd te bereiken. Deze strategie gaat daardoor niet gepaard met hoge financiële kosten.

2. Audit en feedback:

Deze strategie houdt in dat de professionals feedback ontvangen over hun manier van handelen, afkomstig uit data verzameld uit hun dagelijks handelen. De effectiviteit van deze strategie hangt af van het type feedback, de bron van de feedback en de frequentie van de feedback. Er wordt daarom aangeraden om deze strategie alleen te gebruiken in combinatie met een andere strategie (Grol & Grimshaw, 2003).

De onderzoekers zullen een aantal ochtenden op de intensive care meelopen met de verpleegkundigen. Op deze manier kan worden bekeken of de beslisboom op de juiste manier wordt toegepast. Vervolgens zal er feedback worden gegeven over de afname en is er ruimte voor de verpleging om hier vragen over te stellen.

3. Herinneringen en computers:

Grol en Grimshaw (2003) geven aan dat het gebruik van herinneringen vooral effectief blijkt voor preventieve doeleinden. Daarnaast beschrijven zij dat meerdere systematic reviews laten zien dat ondersteuning van de computer een positief effect heeft op het gebruik van een nieuw middel.

De beslisboom wordt opgenomen in het computerprogramma Metavision. Op deze manier komt de screening automatisch in de takenlijst te staan, waardoor de verpleegkundigen bij aanvang van iedere dienst aan deze screening worden herinnerd.

Het implementatieplan is dus als volgt:

1. Educatieve strategie: Een klinische les aan de verpleegkundigen van de intensive care.
2. Audit en feedback: een meeloopdag op de intensive care om de afname te evalueren.
3. Herinneringen en computers: De opname in Metavision.

4. Discussie

In deze studie werd beoogd om de vroegtijdige signalering van dysfagie op de intensive care van het Diakonessenhuis te faciliteren. Om dit doel te bereiken werd een beslisboom ontwikkeld, die door de verpleging kan worden gebruikt als screeningsinstrument om te bepalen of de logopedist in consult dient te komen. Uit de literatuur kwam naar voren dat een dergelijk instrument tot op heden niet beschikbaar is (Macht et. al., 2013), terwijl het vroegtijdig signaleren van dysfagie wel zeer belangrijk is om ernstige complicaties te voorkomen (Hinchey et al., 2005; Martino et al., 2009).

De vraag naar dit project kwam vanuit de logopedisten in het Diakonessenhuis. Tijdens het kwalitatieve onderzoek werd duidelijk dat er momenteel geen eenduidig beleid is rondom dysfagie op de intensive care van het Diakonessenhuis, terwijl de verpleging daar wel behoefte aan heeft. De beslisboom is daarom een waardevolle toevoeging. Opvallend hierbij is dat in het Diakonessenhuis reeds een protocol voor dysfagie op de intensive care bestond, maar dat de verpleegkundigen hier niet van op de hoogte waren. Dit laat zien dat enkel de behoefte aan een instrument geen garantie is voor het gebruik ervan en dat het zeer belangrijk is dat een instrument op de juiste wijze wordt geïmplementeerd.

Uit de literatuur kwam naar voren dat verpleegkundigen een belangrijke rol spelen bij het signaleren van dysfagie (Park et al., 2015; Travers, 1999) en dat het daarom belangrijk is dat verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis over dysfagie en de mogelijke complicaties (Eisenstadt, 2008). De signalen die kunnen wijzen op dysfagie die werden gevonden in de literatuur kwamen voor een groot deel overeen met de signalen die de verpleegkundigen noemden in de interviews. De verschillen tussen de verpleegkundigen onderling zijn hierin echter groot. Om de kwaliteit van de zorg rondom dysfagie te waarborgen, is het belangrijk dat de beslissing om de logopedist in te schakelen, niet gebaseerd is op de kennis van de betrokken verpleegkundige, maar op onderbouwde keuzes. De beslisboom biedt deze mogelijkheid.

Dit onderzoek onderscheidt zich van andere onderzoeken doordat informatie uit drie verschillende bronnen is samengevoegd. De beslisboom is opgesteld op basis van literatuuronderzoek, onderzoek naar bestaande instrumenten in het Diakonessenhuis en een kwalitatief onderzoek. De inhoud van de beslisboom is bepaald op basis van wetenschappelijke literatuur. Hierdoor is de beslisboom opgebouwd op basis van de best beschikbare recente kennis. Middels het onderzoeken van bestaande instrumenten in het Diakonessenhuis werd inzicht verkregen in welke instrumenten reeds beschikbaar waren en wat hier de sterke en zwakke punten van waren. Het kwalitatieve onderzoek is gebruikt om zowel de huidige gang van zaken op de intensive care als de wensen en eisen van de verpleegkundigen in kaart te brengen. De combinatie van deze drie bronnen heeft geresulteerd in een evidence-based screeningsinstrument met een hoge kwaliteit dat volledig is aangepast aan de

wensen en mogelijkheden van de intensive care verpleegkundigen, zowel wat betreft inhoud als vorm en gebruiksvriendelijkheid. Dit laatste is zeer belangrijk omdat een goede lay-out zorgt voor een betere implementatie (Grol & Grimshaw, 2003).

De hulpvraag van de verpleging om de vroegtijdige signalering van dysfagie te faciliteren is door de ontwikkelde beslisboom opgelost. De wensen van de verpleegkundigen ten opzichte van de lay-out zijn hierbij in acht genomen. De beslisboom is kort, simpel, praktisch en digitaal. Echter is er één wens waaraan de beslisboom niet tegemoetkomt: het opnemen van aangepaste dieetadviezen in de beslisboom. Dit zou bij de verpleegkundigen mogelijk tot ontevredenheid kunnen leiden over de beslisboom. Om dit te voorkomen, zal tijdens de klinische les uitgebreid worden uitgelegd waarom deze keuze is gemaakt.

Uit de resultaten van de interviews bleek dat meerdere verpleegkundigen op eigen initiatief het geadviseerde aangepaste voedingsadvies uitbreiden, ondanks dat ze bewust zijn van de gevaren hiervan. Dit gebeurt vooral tijdens de afwezigheid van de logopedisten in het weekend of op feestdagen, omdat de overbruggingstijd dan te lang is. Een mogelijke manier om dit probleem op te lossen, is het instellen van een beleid waarbij de logopedisten ook in het weekend aanwezig zijn in het ziekenhuis. Op basis van dit onderzoek wordt daarom aanbevolen om het invoeren van weekenddiensten voor de logopedisten te overwegen. Dit vanwege de belangrijke taak van logopedisten bij dysfagie.

Het is echter onduidelijk in hoeverre het invoeren van weekenddiensten voor logopedisten haalbaar is. Bij de keuze voor een dergelijk beleid, zijn meer mensen betrokken dan de intensive care verpleegkundigen, aangezien hierbij ook andere kwesties een rol spelen. Een beperking van deze studie is dat beslisboom op zichzelf, geen oplossing biedt voor de problemen die zich momenteel voordoen in de weekenden. Indien het invoeren van weekenddiensten niet mogelijk blijkt, blijft dit probleem bestaan en zou hier een andere oplossing voor moeten worden gezocht.

Het huidige beleid rondom dysfagie op de intensive care en de visie van de verpleegkundigen op logopedie en het screeningsinstrument, is beschreven op basis van kwalitatieve interviews met veertien verpleegkundigen. Ondanks dat dit een relatief kleine onderzoeksgroep is, werd toch saturatie bereikt. Bij de selectie van de respondenten werd gestreefd naar maximale variatie. Om praktische redenen werd echter maar één man geselecteerd. Het is onduidelijk of dit de resultaten heeft beïnvloed.

Tijdens de afname van de interviews viel op dat veel verpleegkundigen voornamelijk spraken over het handelen van collega's. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat de vertrouwensrelatie, ondanks de in acht genomen kwaliteitscriteria voor een succesvolle interviewer beschreven door Kvale (1996), niet voldoende was om volledig vrijuit over het eigen handelen te spreken.

Het doel van de participerende observatie was om inzicht te krijgen in de werkzaamheden van de

verpleging op deze afdeling. Omdat de tijd van de verpleging gelimiteerd is, was het niet mogelijk om meerdere dagen mee te lopen. Hierdoor is de duur van de observatie te kort om hier betrouwbare conclusies aan te verbinden. Om dit deels te ondervangen is er door de projectleden voor gekozen om ieder op een andere dag mee te lopen. Desalniettemin heeft de korte duur van de participerende observatie mogelijk toch geresulteerd in een minder compleet beeld van de huidige gang van zaken op de intensive care.

Na de ontwikkeling van de beslisboom is onderzocht wat de beste manier was om de beslisboom te implementeren. Schouten, Hulscher & Dijkstra (2014) benoemen dat een implementatieplan, net zoals richtlijnen en methoden, evidence-based dient te zijn. Het implementatieplan is daarom opgesteld op basis van wetenschappelijke literatuur. Het gebruik van een wetenschappelijk onderbouwd implementatieplan vergroot de kans dat de beslisboom daadwerkelijk gebruikt zal worden. Of dit ook daadwerkelijk het geval is, zal moeten worden uitgewezen in een vervolgonderzoek.

Uit de literatuur bleek dat het belangrijk is om voldoende inzicht te hebben in de doelgroep, de setting en de mogelijke obstakels. Dit inzicht is verkregen doordat voor het onderzoek direct contact met de doelgroep vereist was. Van Eijken et al. (2008) benoemen tevens dat het belangrijk is om het implementatieplan te testen en te evalueren. Dit is een zeer complex proces, waar veel tijd en kennis voor nodig is. Wegens gebrek hieraan was dit in dit project niet mogelijk. Dit kan resulteren in een verminderde kwaliteit van het implementatieplan.

5. Conclusie

Na afronding van dit project kan antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag: *Hoe kan het zorgtraject rondom dysfagie bij patiënten op de intensive care van het Diakonessenhuis worden geoptimaliseerd?*

Bovenstaande vraag is beantwoord door middel van literatuuronderzoek, onderzoek naar bestaande instrumenten in het Diakonessenhuis en een kwalitatief onderzoek middels semigestructureerde interviews en participerende observatie. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in de ontwikkeling van een nieuw screeningsinstrument: de beslisboom (zie bijlage 1). Deze beslisboom zorgt ervoor dat de vroegtijdige signalering van dysfagie gefaciliteerd wordt, zodat het zorgtraject rondom dysfagie wordt geoptimaliseerd.

De beslisboom is tot stand gekomen door de resultaten uit het literatuuronderzoek, het onderzoek naar de bestaande instrumenten in het Diakonessenhuis en het kwalitatieve onderzoek te integreren. Het literatuuronderzoek en het onderzoek naar de bestaande instrumenten hebben de inhoud en de vorm van de beslisboom bepaald. Middels het kwalitatieve onderzoek zijn de wensen en eisen van de verpleegkundigen in kaart gebracht. Deze eisen en wensen zijn in acht genomen bij het ontwikkelen van de beslisboom. Het combineren van de resultaten uit deze drie verschillende bronnen heeft geresulteerd in een evidence-based beslisboom die goed aansluit bij de wensen en eisen van de verpleegkundigen. Het integreren van wetenschappelijke literatuur, bestaande documenten en kwalitatief onderzoek, verhoogt de kwaliteit van het onderzoek en vergroot de kans op een effectieve implementatie.

De beslisboom is een toevoeging op de huidige kennis op het gebied van dysfagie, aangezien uit de literatuur is gebleken dat een dergelijk instrument tot op heden niet beschikbaar was. Ook is de beslisboom een waardevolle toevoeging voor de praktijk, aangezien het bijdraagt aan een eenduidiger beleid. Dit is belangrijk omdat uit het kwalitatieve onderzoek is gebleken dat het huidige beleid rondom dysfagie niet eenduidig was. Hieruit bleek tevens dat geen enkele verpleegkundige op de hoogte was van het protocol rondom dysfagie op de intensive care, wat beschikbaar bleek tijdens het onderzoek naar bestaande instrumenten in het Diakonessenhuis. Dit laat zien dat het van wezenlijk belang is dat een instrument op de juiste wijze wordt geïmplementeerd.

Verpleegkundigen spelen een zeer belangrijke rol bij het signaleren van dysfagie. Door de beslisboom te gebruiken kunnen ze nu op een korte en simpele manier beslissen of de logopedist al dan niet in consult dient te komen. Indien bij afname van de beslisboom geen bijzonderheden worden gesignaleerd, mag de patiënt starten met orale intake. De ontwikkelde beslisboom is naar aanleiding van de wensen van de verpleging, verwerkt in het softwareprogramma Metavision.

De beslisboom beoogt het volgende toe te voegen op de intensive care:

1. De vroegtijdige signalering van dysfagie wordt gefaciliteerd voor de verpleegkundigen.
2. De logopedisten worden op het juiste moment in consult gevraagd.
3. Door de vroegtijdige signalering van dysfagie kunnen ernstige complicaties worden voorkomen.

De beslisboom is geïmplementeerd op de intensive care. Hierbij is een implementatieplan gebruikt, dat is opgesteld op basis van wetenschappelijke literatuur. In dit implementatieplan zijn drie verschillende strategieën verwerkt. Het gebruik van een wetenschappelijk onderbouwd implementatieplan vergroot de kans dat de beslisboom daadwerkelijk gebruikt zal worden. Tenslotte heeft dit onderzoek geleid tot een belangrijke aanbeveling: het instellen van weekenddiensten voor de logopedisten. De afwezigheid van de logopedisten tijdens deze dagen blijkt namelijk een belangrijke oorzaak voor het niet-opvolgen van logopedische adviezen.

6. Literatuur

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Boreas, A.M.H.P. (2006). Wat is de diagnose en behandeling van slikstoornissen (dysfagie) bij een patiënt met een CVA, ziekte van Parkinson of dementie? *Vademecum permanente nascholing huisartsen, 2006,* 2786-2789. doi:10.1007/978-90-313-8808-0.

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford: Oxford university press.

Chichero, J.A.Y., Heaton, S. & Bassett, L. (2009). Triaging dysphagia: Nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1649-1659.

Chii, J., Pao-Ying, S., Ching-Min, C., Su-Ru, C., Ing-Gy, T. (2001). Clinical validation of the related factors and defining characteristics of impaired swallowing for patients with stroke. *Journal of Nursing Research*,*9*(4), 106-114.

Dais, D., Thomson-Obrien, M.A., Freemantle, N., Wolf, F.M., Mazmanian, P. & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *The Journal of American Medical Association, 282*(9), 867-874.

DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education, 40,* 314-321.

Edmiaston, J., Connor, L.T., Steger-May, K. & Fort, A.L. (2014). A simple bedside stroke dysphagia screen, validated against videofluoroscopy, detects dysphagia and aspiration with high sensitivity. *Stoke; a Journal of Cerebral Circulation, 23*(4), 712-716.

Eijken, M. van, Melis, R., Wensing, M., Rikkert, M.O. & Achterberg, T. van (2008). Feasibility of a new community-based geriatric intervention programme. An exploration of experiences of GPs, nurses, geriatricians, patients and caregivers. *Disability and Rehabilitation, 30*(9), 696-708.

Eisenstadt, E.S. (2008). Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *22*, 17-22.

Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal, 315,* 418-421.

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From the best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet, 362*, 1225-1230.

Gross, P.A., Greenfield, S., Cretin, S., Ferguson, J., Grimshaw, J., Grol, R., Klazinga, N., Lorenz, W., Meyer, G.S., Riccobono, C., Schoenbaum, S.C., Schyve, P. & Shaw, C. (2001). Optimal methods for guideline implementation: Conclusions from leeds castle meeting. *Medical Care, 39*(8), 85-92.

Hinchey, J.A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D. & Tonn, S. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stoke; a journal of cerebral circulation. 36*(9), 1972-1976.

Hiss, S.G. & Postma, G.N. (2003). Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. *The Laryngoscope, 113*(8), 1386-1393.

Kalf, J.G. (1998). Slikstoornissen na beademing: Mogelijkheden voor logopedische interventie. *Logopedie en Foniatrie, 70,* 97-107.

Kalf J.G. (2004). *Slikstoornissen op IC: 3 misverstanden opgehelderd*. Capita Selecta Intensive Care 2004. Utrecht: Stichting Venticare.

Kalf, J.G. & Dicke, H. (2008). Slikstoornissen en ziektegerelateerde voeding. *Slikstoornissen bij volwassenen,* 27-48. doi:10.1007/978-90-313-6555-5_3.

Kalf, J.G. & Dicke, H. (2014). Orale voeding met een aangepaste consistentie. *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek,* 79-93. doi:10.1007/978-90-368-0645-9_4.

Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Logemann, J.A. (2006). *Slikstoornissen*. Amsterdam: Harcourt.

Macht, M.D., Wimbish, M.S., Bodine, P.H.D. & Moss, M.D. (2013). ICU-Aqcuired Swallowing Disorders. *Critical Care Medicine journal, 41*(10), 2396-2405.

Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D.L. & Diamant, N.E. (2009). The Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST): Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation, 40,* 555-561.

Maso, J. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en theorie.* Amsterdam: Boom.

Maykut, P. & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical Guide.* Londen: The Falmer Press.

Medeiros, G.C. de, Sassi, F.C., Mangilli, L.D., Zilberstein, B. & Andrade, C.R.F. de (2014). Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. *Clinics, 69*(1), 8-14.

Neuman, W.L. (2014). *Understanding Research*. Edinburgh: Pearson Education Limited.

Padovani, A.R., Moraes, D.P., Sassi, F.C. & Andrade, C.R.F., 2013. Clinical swallowing assessment in intensive care unit. *Communication Disorders, Audiology and Swallowing, 25*(1), 1-7.

Park, Y.H., Bang, H.L., Han, H.R. & Chang, H.K. (2015). Dysphagia screening measures for use in nursing homes: A Systematic Review. *Journal of Korean Academy of Nursing, 45*(1), 1-13.

Perry, L.(2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing 10*, 463-473.

Schouten, L.M.T., Hulscher, M.J.E.L. & Dijkstra, R.F. (2014). Implementatie van richtlijnen. In J.J.E. van Everdingen (Red.), *Handboek evidence based richtlijn ontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk* (p. 215-224). Doi: 10.1007/978-90-368-0267-3_10.

Smith, C.H., Logemann, J.A.,Colangelo, L.A., Rademaker, A.W. & Pauloski, B.R. (1999). Incidence and Patient Characteristics Associated with Silent Aspiration in the Acute Care Setting. *Dysphagia, 14*, 1-7.

Travers, P.L. (1999). Poststroke Dysphagia: Implications for Nurses. *Rehabilitation Nursing, 24*(2), 69-73.

Bijlage 1: De beslisboom

Is de patiënt aanspreekbaar en kan de patiënt goed rechtop worden gezet?

Nee ➔ N.P.O. + later opnieuw testen

Ja
↓

Is de patiënt langer dan 2 dagen geïntubeerd geweest?

Ja ➔ N.P.O + beoordeling logopedist

Nee
↓

Is er sprake van een verhoogd risico o.b.v. huidige aandoeningen of aandoeningen in de voorgeschiedenis?
doorklik functie naar lijst met aandoeningen

Ja ➔ N.P.O + beoordeling logopedist

Nee
↓

Start sliktest: geef de patiënt een slokje koud water. *Let op: patiënt moet goed rechtop zitten.*

Is één van de volgende signalen aanwezig voor, tijdens of na het slikken?

Signalen:
-hoesten
-veranderde stemkwaliteit
-uit de mond/neus lopen van vocht
-achter blijven vocht in mond/keel
-geen/vertraagd slikreflex
-meerdere slikbewegingen nodig

Ja ➔ N.P.O + beoordeling logopedist

Nee
↓

Geef de patiënt een glas water.
Is één van de bovenstaande signalen aanwezig voor, tijdens of na het slikken?

Ja ➔ N.P.O + beoordeling logopedist

Nee
↓

Start oraal dieet. Raadpleeg de logopedist bij bijzonderheden/vragen.

Lijst na doorklikfunctie

Aandoeningen waarbij het risico op dysfagie verhoogd is:
- Pre-existente dysfagie
- CVA
- Ziekte van Parkinson
- Critical illnes polyneuropathie
- Alzheimer/andere vormen dementie
- Spierziektes
- Respiratoire problemen
- Tumoren en ontstekingen in mond- en keelgebied (en of behandeling hiervan)

Bijlage 2: Poster voor op de intensive care

Onderzoeksproject
‘logopedie op de intensive care’

Beste verpleegkundigen van de intensive care,

Als eerste willen wij jullie allemaal alvast heel erg bedanken voor de samenwerking voor de komende tijd. Wij zijn drie vierdejaars studenten logopedie, die momenteel bezig zijn met ons onderzoeksproject. Het doel van dit project is om het voor jullie makkelijker te maken om slikproblemen vroegtijdig te signaleren, zodat de logopedist tijdig in consult kan worden gevraagd. Op deze manier willen we complicaties voorkomen en het zorgtraject te optimaliseren.

Wij zullen allemaal een dag met een van jullie meelopen op de intensive care. Een van ons hebben jullie misschien al gezien (Işıl Düdükçü). Zij heeft een paar van jullie al gesproken en vragen gesteld. Dit was erg leerzaam en heeft ons al veel op weg geholpen. Bedankt!
Wij, Carlijn de Hilster en Hélène Leijtens, zullen deze week ook een dag met jullie meelopen om ook een beeld te krijgen van jullie werkzaamheden.

Voor vragen en/of aanmerkingen kunnen jullie ons bereiken via ic.logopedie@gmail.com.

Işıl Düdükçü, Carlijn de Hilster en Hélène Leijtens

Bijlage 3: Zoekplannen literatuuronderzoek

Tabel 5: Zoekplan deelvraag 1

Informatiebronnen	Pubmed, Google Scholar, Cochrane, ERIC, SpringerLink HBO Collectie
Zoektermen/trefwoorden	1. Intensive care unit 2. Swallowing disorders 3. Risk factors of dysphagia nurses 4. Dysphagia 5. Risk factors 6.Deglutition disorder 7. Predictor 8. Pneumonia 9. Diagnosis
Combineren	Alle relevante combinaties van bovenstaande termen en synoniemen.
Begrenzing	1. Engelstalig of Nederlandstalig 2. Niet ouder dan 20 jaar 3. Full text available
Selectiecriteria	1. Informatie moet relevant zijn voor de vraagstelling. 2. Betrouwbare bron.

Tabel 6: Zoekplan deelvraag 2

Informatiebronnen	Pubmed, Google Scholar, Cochrane, ERIC, SpringerLink HBO Collectie
Zoektermen/trefwoorden	1. Intensive care unit 2. Screening 3. Protocol 4. Speech language therapist 5. Dysphagia 6. Deglutition disorder

	7. Diagnose
Combineren	Alle relevante combinaties van bovenstaande termen en synoniemen.
Begrenzing	1. Engelstalig of Nederlandstalig 2. Niet ouder dan 20 jaar 3. Full tekst available
Selectiecriteria	Informatie moet relevant zijn voor de vraagstelling.

Tabel 7: zoekplan deelvraag 4

Informatiebronnen	Pubmed, Google Scholar, Cochrane, ERIC, SpringerLink HBO Collectie
Zoektermen/trefwoorden	1. implementation 2. screeningsinstrument 3. protocol 4. hospital 5. health care
Combineren	Alle relevante combinaties van bovenstaande termen en synoniemen.
Begrenzing	1. Engelstalig of Nederlandstalig 2. Full tekst available
Selectiecriteria	Informatie moet relevant zijn voor de vraagstelling.

Bijlage 4: Guss

Name:_____
Date:_____
Time:_____

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

1. Preliminary Investigation /Indirect Swallowing Test

	YES	*NO*
Vigilance *(The patient must be alert for at least for 15 minutes)*	1 ☐	0 ☐
Cough and/or throat clearing *(voluntary cough)* *(Patient should cough or clear his or her throat twice)*	1 ☐	0 ☐
Saliva Swallow: • Swallowing successful	1 ☐	0 ☐
• Drooling	0 ☐	1 ☐
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	
	1 - 4= Investigate further[1] 5= Continue with part 2	

2. Direct Swallowing Test (Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)

In the following order:	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	**LIQUID****	**SOLID *** **
DEGLUTITION:			
▪ Swallowing not possible	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Swallowing successful	2 ☐	2 ☐	2 ☐
COUGH (involuntary): *(before, during or after swallowing – until 3 minutes later)*			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
DROOLING:			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
VOICE CHANGE: *(listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O")*			
▪ Yes	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further[1] 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further[1] 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further[1] 5= Normal

SUM: **(Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test)** _____ (20)

*	First administer ⅓ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5th spoonful.
**	3, 5, 10, 20 ml Aqua bi - if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed!
***	Clinical: dry bread; FEES: dry bread which is dipped in coloured liquid
[1]	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) , Fiberoptic Endoscopic Evalutation of Swallowing (FEES)

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

GUSS-EVALUATION

RESULTS		SEVERITY CODE	*RECOMMENDATIONS*
20	Semisolid / liquid and solid texture successful	Slight / No Dysphagia minimal risk of aspiration	• Normal Diet • Regular Liquids (First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse!)
15-19	Semisolid and liquid texture successful and Solid unsuccessful	Slight Dysphagia with a low risk of aspiration	• Dysphagia Diet (pureed and soft food) • Liquids very slowly – one sip at a time • Funcional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT)
10-14	Semisolid swallow success sful and Liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	Dysphagia diet beginning with : • Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding. • All liquids must be thickened! • Pills must be crushed and mixed with thick liquid. • No liquid medication! • Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT) *Supplementation with nasogastric tube or parenteral*
0-9	Preliminary investigation unsuccessful or Semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	• NPO (non per os = nothing by mouth) • Further functional swallowing assessment (FEES, VFES) • Refer to Speech and Language Therapist (SLT) *Supplementation with nasogastric tube or parenteral*

Bijlage 5: Standardised Swallowing Assessment

APPENDIX ONE:

Standardised Swallowing Screen

Pre - Swallow Screening Checklist: complete within 24 hours of admission.

Name: **Ward:**

1. Is the patient awake and alert, or responding to speech? **YES** ☐ **NO** ☐

2. Is the patient able to be positioned upright, with some head control? **YES** ☐ **NO** ☐

If your answer is **NO** to either of the above questions -

GO NO FURTHER AND DO NOT SCREEN.

Reassess every 24 hours and if the patient remains inappropriate for screening or referral to SLT, discuss hydration and nutrition with medical team.

3. Can the patient cough when asked to? **YES** ☐ **NO** ☐

4. Is the patient able to maintain some control of their saliva? **YES** ☐ **NO** ☐

5. Is the patient able to lick top and bottom lip? **YES** ☐ **NO** ☐

6. Is the patient able to breathe freely?
(ie no difficulty breathing or problems maintaining SaO_2) **YES** ☐ **NO** ☐

If answers to questions 3 - 6 are **YES - PROCEED WITH SCREEN**
If any answer is **NO - STOP & REFER TO SLT**

Finally -

7. Does the patient have a 'WET' or HOARSE -sounding voice?

NO ☐ **PROCEED WITH SCREEN**
YES ☐ **STOP & REFER TO SLT**

If in doubt, discuss with SLT or medical team.

Pre-screen -
Date &
Sign:.....

© 2001 Blackwell Science Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 10, 465–473

Bijlage 6: Categorieën data-analyse

Categorieën:
Huidig beleid, protocol, signalen, adviezen doordeweeks, adviezen in het weekend, ziektebeelden, eisen en wensen.

Huidig beleid

- "Nu is het zo dat wij gewoon vaak toch zelf maar een beetje kijken of iemand kan slikken, ja of nee."
- "Volgens mij is er nu geen specifiek beleid."
- "Naja dat hebben we niet zo goed afgesproken dus geen beleid."
- "Meestal hebben we dan patiënten, en als je dan zelf al een beetje doorhebt, water drinken dat gaat niet, hij begint te hoesten of na een tijdje, dan schakel ik vaak zelf, nou ja eigenlijk de arts in. Tot die tijd geven we hem verder niks, wachten tot de logopedie er is."
- "Op het moment dat wij denken dat een patiënt niet goed slikt, schakelen wij eigenlijk logopedie in. Eigenlijk op het moment dat je denkt dat mensen niet goed slikken doordat ze zich verslikken, dat je ziet dat ze niet goed slikken."
- "Ik denk dat wij als verpleegkundigen slikstoornissen wel kunnen signaleren en dan wordt er vrij snel een logopedist bij gehaald."
- "Ja, meestal is het zo dat wij zelf gaan beginnen met patiënten iets te geven, altijd, begint altijd met water en als wij dan merken of denken van nou dat gaat niet, of bijvoorbeeld mensen die heel lang aan de beademing hebben gelegen, dan ja, dan vragen we daarbij de logopedie in consult."
- "Soms wordt er eerst gekeken, zelf gekeken, kan een patiënt slikken, ja of nee en dat je denkt, nou gaat, gaat wel, totdat er dan een probleem ontstaat of een arts zegt, nou ik wil toch dat de logopedie bij betrokken wordt en dat zodra de logopedie en dan bij betrokken is, dan nou ja, dan is het in eerste instantie niets per os en dan, dan bepaal je samen, of de logopedie bepaalt dan, nou ja, welke stappen gaan we nemen."
- "Nu melden we dat bij de arts als we denken dat iemand niet veilig kan slikken en uhm dan stoppen we de orale intake en dan wordt de logopedie erbij gevraagd om ja een formele sliktesten te doen en om de slik goed te beoordelen zeg maar."
- "Je kijkt in ieder geval of de patiënt gaat hoesten als hij slikt, want dat is een van de tekenen van verslikken. Nou merk je dat ie hoest dan is het natuurlijk NPO en zeg je dat de patiënt even niks mag eten en vervolgens meld je het bij de arts."
- "Dat we zelf een klein slokje water geven om te kijken van hoe land het wij zijn eigenwijze intensive care verpleegkundige."

Protocol

- "Nee" (3 keer)
- "Nou, niet dat ik weet, nee volgens mij niet hoor."
- "Nou volgens mij niet. Kan ook zijn dat ik niet op de hoogte ben hoor."
- "Ik geloof niet dat er een protocol is, in ieder geval mij niet bekend."
- "Nou als dat er is dan doen we, dan doen we d'r eigenlijk niks mee. Er zal vast wel iets van een protocol van zijn, maar, nee dat is meer naar ons inzicht dat we die in consult vragen."

- “Specifiek voor slik? Ja, volgens mij niet. Dat nee, dat dacht ik niet. Tenminste, ik ken het niet.”
- “Nou niet specifiek voor de intensive care voor zover ik weet, er is wel een voedingsprotocol over de sondevoeding maar daar is volgens mij naar mijn weten niks opgenomen over slikstoornissen.”

Signalen

Signaal	Frequentie genoemd
Slikken / verslikken	12
Hoesten	10
Saturatie daling	1
Rood aanlopen	1
Heesheid	1
Hangende mondhoek	3
Slijm wegslikken	2
Sputum	1
Vol klinkt	1
Iets achter in z’n mond	5
Voedsel in mond	2
Uitzuigen	3
Benauwder	1
Vertraagd slikken	1

Risicofactoren

Ziektebeelden	Hoe vaak
Alertheid / sufheid	1
Reden van opname	1
Algehele spierzwakte	5
Operatie aan het mond- en keelgebied	1
Spraakstoornis	1
Detubatie	3
Tracheacanule	5
Lang aan de beademing hebben gelegen	7
Halfzijdige verlamming	1
CVA	1
Langliggers	1

Adviezen doordeweeks

- “Nou ik vind het meestal wel vrij duidelijk, ik weet wel dat het niet altijd opgevolgd wordt.”
- “Nou op zich gaat dat wel goed, alleen ik merk wel, nou stel nou dat ik het in consult heb gevraagd en de logopedist komt in mijn dienst, die geeft mij advies of die wijst mij erop van, nou er staat een advies in het systeem, nou dan gaat het bij mij goed, maar ik merk wel dat dan de volgende collega daarna, dan niet snel ook in dat systeem gaat kijken.”
- “Ja het is vaak wel duidelijk, over het algemeen volg ik wel op wat er als advies staat.”
- “Ja, ik vind soms wel dat er voorzichtige adviezen komen. Pas bij iemand, die mocht echt niks drinken, nou ja toen heb ik dat ’s avonds nog een keer geprobeerd omdat je dan natuurlijk, je kan niet te allen tijde logopedie, ’s avonds ’s nachts is iemand er niet, toen dacht ik probeer het nog weer eens met ijswater.”
- “Als het ergens goed staat, dan wel.”
- “Ik denk beter dan een jaar geleden, omdat er vanuit de logopedie ook wat meer samengewerkt wordt nu hier op de intensive care. Ze zijn hier wat meer te vinden.”
- “Ik merk wel dat de laatste tijd wel een trend aan het ontstaan is dat dat minder wordt dat wij meer gaan luisteren naar adviezen van logopedie.”
- “Ik denk dat we ook daarin een flinke stap gemaakt hebben. Dit komt ook doordat jullie meer zichtbaar zijn op de afdeling.”
- “Het opvolgen daarvan is heel wisselend denk ik.”
- “Dat blijft soms moeilijk.”
- “Soms vind ik het lastig om de adviezen op te volgen omdat mensen heel dorstig kunnen zijn doordat ze vochtonttrekkende medicatie krijgen. Maar goed meestal probeer je om dan lekker een gaasje door de mond te halen dan is dat wel weer opgelost. Maar dat is soms lastig.”
- “Dat doe ik keurig en dat doen we keurig denk ik. We hebben er wel aan moeten wennen.”
- “Want het is pas sinds de laatste twee jaar denk ik dat ze heel frequent langskomen.”

Adviezen weekend

- “Dan is natuurlijk het weekend ertussen en dan een advies van de donderdag, ja dan ben je twee of drie dagen verder, en dan denkt de verpleegkundige, nou het kan eigenlijk best wel meer, dat kan misschien ook best wel, dan zou je toch die patiënt die dagen op een slokje water of zo houden weet je wel. Dat is natuurlijk dan wel soms op eigen inzicht wordt er dan toch uitgebreid. Ja, de vraag is natuurlijk, hebben verpleegkundigen echt daadwerkelijk voldoende kennis om het goed zeg maar te zien, of patiënt nu wel of niet slikt, goed slikt.”
- “Ik heb zelf het idee dat daar wisselend mee om kan worden gegaan. Dat de ene collega denk van nou, je mag geen slok water en de andere denkt, die is misschien iets voortvarender, en die denkt, nou ik ga eens een slokje water proberen en dan ga ik eens kijken hoe het zaterdag en zondag gaat. Ik denk dat het wel verschillend wordt opgevolgd. Dat er ook mensen zijn die vrijdag zien NPO en die dan denken, het wordt vanzelf maandag en iemand mag in die tussenliggend twee dagen niet drinken. Dus dat is... Ik denk dat het wisselend is.”
- “Ik kijk daar altijd dan wel naar, ik kijk wat ze mogen en ik zal niet bedenken om toch iets wel te gaan geven als ze het niet mogen bijvoorbeeld.”
- “Ja dat vind ik lastig (...) Ja, ik denk dat ik wat meer aan de voorzichtige kant blijf zitten, en niet verder verdere stappen onderneem, maar ik weet wel dat dat wel per collega verschillend is.”

- “Het ligt een beetje aan wat voor patiënte dat is of het een patiënt is die al 6 weken hier ligt en heel langzaam herstel heeft of een patiënt bij wie het een kwestie van enkele dagen is geweest en waarbij het herstel veel sneller verloopt dan zou ik veel eerder zelf ook wel een beetje gaan uitbreiden.”
- “Dat je in weekend geen logopediste hebt en dan zou iemand dus de hele weekend niks mogen eten of drinken. Dat vindt ik patiënt onvriendelijk. Een slokje water in principe zou je dat niet mogen doen dan maar een heel weekend lang vind ik dus te lang duren dat zou voor mij een beweegreden kunnen zijn om te zeggen ik ga toch een slokje water geven.”
- “Ik denk dat dat minder is.”
- “Je probeert je toch een beetje aan het advies te houden. Als dat bijvoorbeeld alleen water is dan houd ik me daar wel aan. Kijk dat is lastig want doordeweeks kun je zeggen het mag niet morgen weer een dag maar in het weekend is dat anders.”
- “Ja dan worden de adviezen wel opgevolgd maar als er echt duidelijk verbetering inzit dan kijken we voorzichtig weleens zelf of het uitgebreid kan worden en gaat het niet dan blijven we daarbij natuurlijk totdat we een nieuw advies krijgen.”
- “Dan wachten we keurig tot maandag.”

<u>Eisen en wensen</u>

- “Een duidelijk stappenplan dat aangeeft of de logopedist wel of niet in consult moet komen. Misschien een handig hulpmiddel om te kijken wat we zelf kunnen doen en wanneer het specialistischer gaat worden en we dus de logopedist in consult moeten vragen.”
- “Ja elektronisch bijvoorbeeld dat er een protocol van komt op DBS dat je het altijd kunt raadplegen. Ja gewoon duidelijk stappenplan inderdaad ja of nee een bepaalde kant op in duidelijke taal dat er ook geen twijfel kan bestaan.”
- “Een aantal vragen en alleen ja en nee mogelijk heden erachter en dan uiteindelijk het advies wat jullie geven.”
- “Het moet makkelijk toepasbaar zijn en makkelijk te pakken zijn. Het moet ook blijven hangen. En het moet makkelijk te behappen zijn, als je een protocol hebt dat heel lang is dan denk je al snel dat doe ik morgen wel.”
- “Korte testjes die we kunnen uitvoeren 3 a 4 op basis we een besluit kunnen nemen van wel of niet wat per os en wat dan? Dat stel ik mij erbij voor. Zodat we dat beter onderbouwd doen.”
- “Ik denk dat het zeker handig is als het in Metavision wordt opgenomen. Dat je dat we het gewoon ’s ochtends invullen en dat we het zelf kunnen starten en dat je het zelf invult na de zorg om 10 uur ‘s ochtends ofzo bijvoorbeeld.”
- “In ons systeem in Metavision dan hebben wij en digitaal bij elk bed en dan is die ook makkelijk hanteerbaar.”
- “Ja ik denk gewoon in een protocol in Metavision dat je het heel makkelijk naar voren haalt en ja met blokkenschema zeg maar uh is dit dan dat zo niet dan dit.”
- “Ik denk het zou heel mooi zijn als het op 1 a4tje komt zeg maar en ja dat je binnen 5 minuten wel weet of misschien wel korter of je iemand wel wat mag laten drinken of uuh niet. Of dat de slik echt in gevaar is of dat het veilig is.”
- “Als het maar gewoon kort is dat vind ik dan belangrijk.”