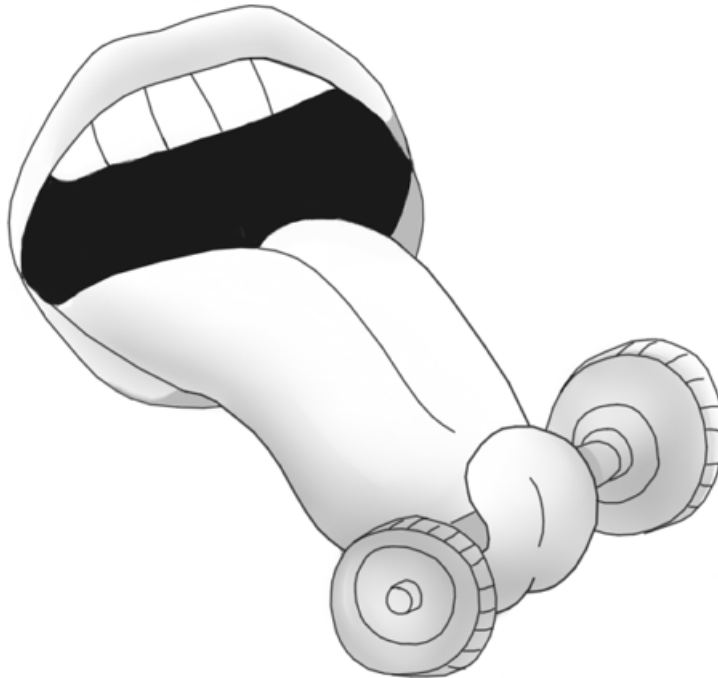


McNeill Dysphagia Therapy Program: Een optie voor de Nederlandse logopedist?

Een onderzoek naar beweegredenen voor de toepassing van het McNeill Dysphagia Therapy Program



Naam	Tamar van den Berg
Studentnummer	0861034
Klas	LOG-4C
Onderwijsinstelling	Hogeschool Rotterdam
Instituut	Instituut voor gezondheid
Opleiding	Logopedie
Datum	29-05-2016
Kwartaal	4

Inhoudsopgave

Voorwoord	blz. 3
Samenvatting	blz. 4
Abstract	blz. 6
Inleiding	blz. 8
Methode	blz. 11
Resultaten	blz. 13
Discussie	blz. 18
Conclusie	blz. 19
Aanbevelingen	blz. 20
Literatuurlijst	blz. 21
Bijlagen	blz. 23
Bijlage 1 - Interviewprotocol	blz. 23
Bijlage 2 - Toestemmingsformulier	blz. 25
Bijlage 3 - Codeboom	blz. 26
Bijlage 4 - Functionele Orale Intake Schaal	blz. 27

Voorwoord

De behandeling van slikproblemen, ook wel dysfagie genoemd, is een groeiend vakgebied voor de logopedist. Als vakgroep zijn logopedisten steeds op zoek naar innovatieve behandelmethoden om hun cliënten zo goed mogelijk te kunnen behandelen. In 2014 is er een cursus georganiseerd over het McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP), wat in Nederland een relatief onbekende behandelmethode is. De vraag is daarom ook: "Wordt deze behandelmethode nog toegepast door logopedisten die deze cursus hebben gevolgd?"

In opdracht van het xxx Ziekenhuis heb ik de afgelopen maanden een onderzoek naar de MDTP uitgevoerd. Hierbij heb ik ondersteuning gekregen van zowel mijn opdrachtgever als een aantal andere logopedisten, die bereid waren met mij mee te denken. Uiteindelijk is deze bachelorscriptie hieruit voortgekomen.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken, die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze bachelorscriptie. Ten eerste wil ik mijn opdrachtgever, O. de xxx, bedanken voor zijn begeleiding en adviezen betreffende de uitvoering van het onderzoek. Ten tweede wil ik mijn afstudeerbegeleidster vanuit de Hogeschool Rotterdam bedanken voor haar kritische blik, feedback en sturing tijdens het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van het onderzoeksvoorstel en de eindschrijft. Ten derde wil ik alle geïnterviewden bedanken voor hun tijd en het delen van hun kennis en expertise betreffende het McNeill Dysphagia Therapy Program. Ten slotte wil ik uit mijn persoonlijke omgeving L. xxx. bedanken voor het ter beschikking stellen van haar taalkundige en logopedische kennis. Deze mensen hebben allen bijgedragen tot het proces om dit onderzoek te brengen tot het gewenste eindresultaat.

Tamar van den Berg

Rotterdam, mei 2016.

Samenvatting

Inleiding

Dysfagie is veel voorkomend probleem bij de ouderen populatie. Dysfagie kan meerdere gevolgen hebben, waaronder pneumonieën en ondervoeding. De logopedische behandeling van dysfagie is daarom noodzakelijk en kan vormgegeven worden door revalidatiestrategieën en/of compensatiestrategieën. Het McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) heeft als doel om de kracht en coördinatie van het slikken te verbeteren door middel van het inzetten van de slikbeweging als functionele slikbeweging gecombineerd met een hiërarchische voedingsopbouw en 'krachtig slikken'. De behandelintensiteit van de MDTP is vijf behandelsessies in de week, gedurende drie weken. Er zijn meerdere beweegredenen die invloed kunnen hebben op de keuze van logopedisten om de MDTP wel of niet toe te passen. Dit onderzoek heeft als doel om deze beweegredenen in kaart te brengen om het programma af te stemmen op de behoeften van logopedisten.

Methode

Er is kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van interviews. Er zijn vijf MDTP-gecertificeerde logopedisten geïnterviewd, die minimaal één jaar ervaring hadden met het behandelen van dysfagie-cliënten. De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een interviewprotocol en er zijn vragen gesteld over de behandeling van dysfagie-cliënten en de toepassing van MDTP en de beweegredenen hiervoor. De interviews zijn getranscribeerd, gecodeerd en aan de hand hiervan geanalyseerd.

Resultaten

Tijdens de interviews beschrijven de logopedisten dat zij een enkele keer of nooit de MDTP hebben toegepast. Zij passen allen wel elementen uit de MDTP toe, waaronder de hiërarchische voedingsopbouw of het inzetten van de slikbeweging als oefening. De prognose van de dysfagie en de hoge behandel frequentie van de MDTP zijn de voornaamste beweegredenen waarom logopedisten de MDTP niet (geheel) toepassen. Andere beweegredenen zijn de ernst van de dysfagie en de eigen expertise van de logopedist in de toepassing van de MDTP. Hierover zijn de meningen verdeeld. Wanneer de MDTP niet geschikt is voor cliënten worden er vaak compensatiestrategieën in de houding of de consistentie van de voeding toepassen. Ook worden slikmanoeuvres toegepast maar in mindere mate.

Conclusie

De geïnterviewde logopedisten noemen meerdere beweegredenen waarom zij de MDTP wel of niet (gedeeltelijk) toepassen. Zo noemden zij de oorzaak van de dysfagie als beïnvloedende factor op hun keuze om de MDTP wel of niet toe te passen. De cliëntengroep die zij als niet geschikt achten voor de MDTP, zoals dementerenden en cliënten met een progressief ziektebeeld, komen overeen met de inclusiecriteria die door de ontwikkelaars van de MDTP zijn opgesteld.

Daarnaast wordt de hoge behandelrequentie, van vijf dagen per week gedurende drie weken, als beïnvloedende factor genoemd. Vaak is dit organisatorisch niet mogelijk of zijn de cliënten niet belastbaar genoeg om deze behandelintensiteit aan te houden.

De evidence achter de MDTP heeft voor vier logopedisten geen invloed op het toepassen van de MDTP of een andere behandelmethode. Een van de principes waar de MDTP vanuit gaat is gebaseerd op de sliktechniek 'krachtig slikken' die ook onafhankelijk wordt gebruikt en zijn effect heeft bewezen.

Ten slotte hebben veel logopedisten het idee dat de vordering naar een volgend niveau van de MDTP soms te vlot gaat en vinden het daarom moeilijk om de veiligheid van de cliënt te bewaken. Vaak blijven ze daarom op een lager niveau dan wat wordt voorgeschreven of ze kiezen (deels) van een andere behandelmethode, zoals compensatiestrategieën of slikmanoeuvres.

Abstract

Background

Dysphagia is a common problem in the elderly population. Dysphagia can have multiple consequences, including pneumonia en malnutrition. The therapy of speech-language pathologists of swallowing disorders is necessary and can consist of compensatory and/or rehabilitation strategies. The McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) aims to improve the strength and coordination of the swallowing process by using the swallowing movement as an exercise, combined with a food hierarchy and the act of effortful swallowing. The intensity of the therapy consists of five therapy sessions a week, during three weeks. There are multiple motives that influence the choices of speech-language pathologists to apply MDTP or another therapy method. This study aims to describe these motives to adjust the program to needs of speech-language pathologists.

Method

This study consists of qualitative research in the form of interviews. Five speech-language pathologists, who are MDTP-certified and have a minimum of one year experience in treating people with dysphagia, were interviewed. The interviews were executed on the basis of an interview-protocol. The questions focused on the therapy of people with dysphagia and the practise of the MDTP and the motives behind the practise. The interviews were transcribed, coded and analysed.

Results

During the interviews the speech-language pathologists claimed to have never applied the MDTP or only a single time. They do apply certain aspects of the MDTP, including the hierarchy of food and the use of the swallowing movement as an exercise. The prognosis of the dysphagia and the intense frequency of the therapy are primary motives to refrain from applying the MDTP (in its entirety). Other motives are the severity of the dysphagia and the expertise of the speech-language pathologist in the practise of the MDTP. However, the opinions of the speech-language pathologists are divided regarding these motives. When the MDTP is deemed not suited for a certain person with dysphagia, the speech-language pathologists often use compensatory strategies in posture or food consistency. Swallowing manoeuvres are also applied but to a lesser extent.

Conclusion

The speech-language pathologists name multiple motives why they (partially) apply MDTP or not. They mention the cause of the dysphagia as a motive that influences their choice to apply MDTP or another therapy method. Patients that are deemed unsuitable for MDTP are patients with dementia or a progressive illness. This corresponds with the criteria for candidacy which are described by the developers of the MDTP.

Furthermore, the intense frequency of the therapy is mentioned as motive. It's often organizational not possible or patients are too weak to follow this frequency of the therapy.

The evidence behind the MDTP doesn't influence the choice of most speech-language pathologists to apply MDTP or another therapy method. One of the principles of the MDTP is based on the

swallowing technique "effortful swallowing", which has proven its effect when applied independently.

Lastly, a lot of speech-language pathologists experience the progression on the food hierarchy as too fast and have trouble guarding the safety of the patient. They often stay on a lower level than what's prescribed by the developers of the program or they choose to incorporate other therapy methods, such as compensatory strategies or swallowing manoeuvres.

Inleiding

Dysfagie is een slikstoornis waarbij er problemen optreden tijdens één of meerdere fases van het slikproces. De problemen kunnen optreden bij het voorbereiden van de voeding of vloeistof voor een veilige slik, bij het transport van de bolus van de mond naar de pharynx, op pharyngeaal niveau waar de slikreflex wordt geactiveerd en bolus van de pharynx naar de oesophagus wordt verplaatst en ten slotte in de oesophagus waar de peristaltiek de bolus naar de maag beweegt (Dalton, Caples & Marsh, 2011; Lancaster, 2015). De oorzaken van dysfagie kunnen anatomisch of neurologisch zijn (Jani & Gore, 2014). De prevalentie van dysfagie is afhankelijk van de ziekte of de stoornis waardoor deze wordt veroorzaakt. Eén op de negen gezonde ouderen geven zelf aan symptomen te signaleren van dysfagie. In verpleeghuizen komt dysfagie bij 52,7% van de ouderen (leeftijdsspreiding van 65-103 jaar) voor. Bij mensen die een CVA hebben doorgemaakt komt dysfagie bij 78% van de gevallen voor, bij m. Parkinson is de prevalentie 32%, bij multiple sclerose 31,1% en bij personen met dementie komt dysfagie bij 13%-57% voor, afhankelijk van het type dementie (Lancaster, 2012).

Dysfagie kan vele gevolgen hebben. Er kan een pneumonie ontstaan, door aspiratie in de trachea (Aldridge & Taylor, 2012; Dalton, Caples & Marsh, 2011; Eisenstadt, 2010; Lancaster, 2015; Sura, Madhaven, Carnaby & Crary, 2012), het kan ondervoeding of uitdroging tot gevolg hebben en de kans op sterfte neemt toe (Aldridge & Taylor, 2012; Ekberg et al., 2002; Lancaster, 2015; Sura et al., 2012). Daarnaast heeft het een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van personen met dysfagie (Ekberg et al., 2002; Lancaster, 2015). Ekberg et al. (2002) heeft personen met dysfagie geïnterviewd uit vier Europese landen: het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Duitsland en Frankrijk. 42% tot 60% van de geïnterviewden, afhankelijk van het land van herkomst, gaven aan dat zij minder aten ten gevolge van de discomfort bij het eten door de dysfagie en 46%-65% van de geïnterviewden gaven aan dat eten voor hen geen aangename ervaring meer is. Gemiddeld gaven 36% van de respondenten (52% in Frankrijk) aan dat zij het eten in het bijzijn van anderen vermijden en 37% van de respondenten (68% in het Verenigd Koninkrijk) gaven aan dat zij zich gegeneerd voelen tijdens het eten. 41% van de respondenten gaf aan dat zij angst of paniek ervaren tijdens het eten en 55% van de respondenten gaf dat ze het leven door de dysfagie minder plezierig vinden. Daarnaast kan niet kunnen eten met vrienden en familie leiden tot isolatie en depressie (Lancaster, 2015).

Zoals gebleken uit bovenstaande gegevens heeft dysfagie een grote impact op het leven van een persoon met dysfagie. De logopedist heeft daarom een belangrijke rol om interventie aan te bieden bij dysfagiecliënten. De logopedische behandeling van dysfagie kan op meerdere manieren worden vormgegeven. Ten eerste kunnen er compensatietechnieken worden toegepast, die als doel hebben om aanpassingen te bieden om het slikproces veiliger te laten verlopen. Voorbeelden hiervan zijn het aanpassen van consistenties of de zithouding bij het slikken. Ten tweede kunnen er revalidatietechnieken worden ingezet, waarbij ernaar gestreefd wordt om de gestoorde slikbeweging te verbeteren, door middel van het trainen van de spieren die betrokken zijn bij het slikproces (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary, Carnaby, LaGorio & Carvajal, 2012; Kalf, Rood, Dicke & Van Keeken, 2006; Lancaster, 2015; Sura et al., 2012). In het systematische review van Speyer, Baijens, Heijnen & Zwijnenberg (2010) wordt er beschreven dat de meeste verbetering optrad bij bolusmodificatie en -controle, als compensatietechniek, bij facilitatietechnieken, slikhoudingen en -

manoeuvres, als revalidatie- en compensatietechniek, en bij alternatieve technieken, zoals de Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), die door spraakoefeningen zorgde voor een betere tongfunctie en sluiting van de stemplooien. De verschillende compensatie- en revalidatietechnieken kunnen ook gecombineerd aangeboden worden. Deze technieken worden gedurende dit onderzoek de 'traditionele dysfagietherapieën' genoemd.

Carnaby & Harenberg (2013) stellen dat er een ontwikkeling plaatsvindt op het gebied van dysfagie en dat de nadruk bij dysfagiebehandelingen steeds meer komt te liggen op therapie die focust op de verbetering van de slikbeweging door middel van slikoefeningen. Het McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) is een raamwerk voor het behandelen van dysfagie bij volwassenen en werkt middels functionele slikbewegingen. Het doel hiervan is het verbeteren van de kracht en de coördinatie van het slikken, en het ontwikkelen en verfijnen van bewegingspatronen, die gebruikt worden bij het slikproces, om op deze manier het slikproces te normaliseren (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary et al., 2012). Hierbij wordt de sliktechniek 'krachtig slikken' ingezet, wat zorgt voor een verhoogde linguale druk en hierdoor een betere verplaatsing van de bolus in de oropharyngeale fases van het slikproces (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary et al., 2012; Nekl, Lintzenich, Leng, Lever & Butler, 2012; Robbins, Gangnon, Theis, Kays, Hewitt & Hind, 2005). Er wordt een hiërarchische opbouw gebruikt, waardoor de moeilijkheidsgraad van het slikken stapsgewijs wordt opgebouwd. Dit creëert een systematisch kader, dat vijf dagen per week gedurende drie weken (15 behandelsessies in totaal) wordt aangeboden, om de slik te verbeteren (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary et al., 2012). MDTP wijkt van de traditionele dysfagietherapieën af vanwege zijn systematische kader en afwezigheid van slikmanoeuvres en compensatiestrategieën.

De ontwikkelaars van de MDTP hebben, in samenwerking met andere onderzoekers, meerdere onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van het programma op het slikproces. Uit onderzoek van Crary et al. (2012) blijkt dat er bij het grootste gedeelte van de personen met dysfagie zowel functionele als fysiologische verbetering optrad wat betreft het slikproces. Ook in de follow-up na drie maanden was de functionele verbetering bij de meeste personen nog behouden. De meest opvallende fysiologische verbeteringen waren een hogere larynxheffing bij het slikken van een dun vloeibare consistentie en een krachtigere linguale-palatale druk bij het doorslikken van een dik vloeibare consistentie. Dit wijst op verbeteringen in de orale transportfase en de faryngeale fase, wat zowel voor een beter transport van de bolus als een betere bescherming van de luchtwegen zorgt.

Het onderzoek van Lan, Ohkubo, Berretin-Felix, Sia, Carnaby-Mann & Crary (2012) heeft de timing van het slikproces onderzocht bij het aanbieden van MDTP, waarbij er is gefocust op de timing van de linguale-palatale en de faryngeale manometrische pieken van de slik, bij het aanbieden van dun vloeibaar, dik vloeibaar en pudding-dikte bij een volume van 5ml. De timing van het slikken van personen met dysfagie, die MDTP hebben aangeboden gekregen, is vergeleken met de timing van gezonde personen. Hieruit hebben de onderzoekers kunnen concluderen dat er voor het aanbieden van de MDTP een significant verschil, zowel bij de linguale-palatale als bij de faryngeale timing, kan worden vastgesteld tussen de gezonde proefpersonen en de proefpersonen met dysfagie, terwijl er na het aanbieden van de MDTP geen significant verschil meer was.

Een vereiste voor het aanbieden van MDTP is dat de cliënt alert en interactief moet zijn. Daarnaast moet een Mini-Mental State Examinatie (MMSE) score van 20 of hoger als richtlijn aangehouden worden wat betreft het cognitieve niveau van de cliënt. Dit betekent dat er een milde tot geen cognitieve beperking bij de cliënt aanwezig is (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie [NVLF], 2012). Personen met ernstige tot matige vormen van dementie kunnen daarom niet behandeld worden met MDTP (Crary & Carnaby, 2014), terwijl een groot gedeelte van de dementerenden een dysfagie heeft en daarom een grote doelgroep van de logopedist is (Lancaster, 2012). Ook mensen die laag belastbaar zijn, zullen niet geschikt zijn voor het programma, vanwege de hoge behandelintensiteit van het programma (Crary & Carnaby, 2014). In deze gevallen zullen compensatietechnieken effectiever zijn (Cox & Koolhaas, 2010).

Daarnaast wordt er in de volgende gevallen niet gestart met de MDTP: ten eerste wordt er niet gestart bij personen waarbij de anatomie is aangedaan, bijvoorbeeld een bilaterale paralyse in het larynxgebied door trauma of meerdere CVA's. Ten tweede wordt er niet gestart bij personen waarbij er obstakels bestaan, die de dysfagie veroorzaken, die het beste medisch of chirurgisch kunnen worden behandeld, bijvoorbeeld bij oesophageale passageklachten (Crary & Carnaby, 2014). Ook moet er rekening worden gehouden met de oorzaak van de dysfagische klachten en of sliktraining voldoende effect zal hebben op de dysfagie. Er is echter geen restrictie op de ernst van dysfagie en cliënten van Level 1 tot Level 5 op de Functional Oral Intake Scale (FOIS) kunnen behandeld worden met MDTP. De doelgroepen die tot nu toe zijn onderzocht en waarbij significante verbetering is vastgesteld zijn patiënten met hoofd-halskanker en patiënten die een CVA of traumatisch hoofdtrauma hebben doorgemaakt (Crary & Carnaby, 2014). Dit beperkt de doelgroep voor MDTP waarbij er evidence-based gehandeld kan worden.

Bovenstaande factoren kunnen invloed hebben op de beweegredenen van logopedisten bij het toepassen van de MDTP of andere therapiemogelijkheden bij dysfagie. De gevolgen van dysfagie zorgen ervoor dat de behandeling van dysfagie urgent is en het is noodzakelijk dat er een passende en effectieve behandelmethode voor de cliënt wordt geselecteerd (Carnaby & Harenberg, 2013; Dalton, Caples & Marsh, 2011). Naar aanleiding hiervan is de vraag van de vakgroep Logopedie uit het xxx Ziekenhuis ontstaan of logopedisten, die de cursus voor de MDTP hebben gevolgd, het programma inzetten bij cliënten met dysfagie.

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van beweegredenen van logopedisten met betrekking tot het toepassen van de MDTP in vergelijking met andere therapiemogelijkheden op het gebied van dysfagie. Op deze manier kan er inzichtelijk worden gemaakt welke beweegredenen zij hebben voor het wel of niet inzetten van de MDTP bij dysfagiecliënten en in hoeverre de MDTP of andere dysfagietherapieën als meerwaarde voor de praktijk worden ervaren. De informatie die voort zal komen uit dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan het afstemmen van de MDTP op de behoeften van de logopedisten en is toepasbaar voor logopedisten in alle settings die MDTP-gecertificeerd zijn. Deze informatie zal daarom ook ter beschikking worden gesteld aan de ontwikkelaars van het programma, Michael A. Crary en Giselle D. Carnaby-Mann.

Hieruit is de volgende onderzoeksvraag voortgekomen: "Wat zijn de beweegredenen van McNeill Dysphagia Therapy Program-gecertificeerde logopedisten voor het wel of niet inzetten van het McNeill Dysphagia Therapy Program, bij de behandeling van dysfagiecliënten, in vergelijking met traditionele sliktechnieken?"

Methode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden heeft er kwalitatief onderzoek plaatsgevonden in de vorm van interviews.

Dataverzameling

De beweegredenen van de logopedisten, voor het wel of niet inzetten van het McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP), zijn geïnventariseerd aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Er is voor deze onderzoeksmethode gekozen omdat interviews zeer geschikt zijn voor het verzamelen van gegevens over attitudes, opinies en kennis (Verhoef et al., 2015).

Het onderzoek is kleinschalig uitgevoerd in verband met het korte tijdsbestek. Er zijn in totaal vijf interviews uitgevoerd (Hogeschool Rotterdam, 2016). De interviews zijn met een audio-recorder opgenomen, zodat deze achteraf getranscribeerd en geanalyseerd konden worden. Dit had als doel om de gegevens op objectievere wijze te analyseren en uitspraken van de geïnterviewden achteraf te kunnen controleren. Zo wordt de betrouwbaarheid van de gegevens vergroot (Wouters & Van Zaalen, 2013).

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een vragenlijst, die voorafgaande aan de interviews is beoordeeld door twee andere personen op de volledigheid van het instrument. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van informatie uit het literatuuronderzoek (Verhoef et al., 2015) en wordt beschreven in het interviewprotocol (Bijlage 1). Deze is opgesteld om de objectiviteit van het onderzoeksinstrument te bewaken.

Deelnemers

Voor dit onderzoek zijn er vijf logopedisten geïnterviewd. Voor het selecteren van logopedisten waren er een aantal inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. De logopedisten dienden een cursus te hebben gevolgd voor het McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) en zij dienden een certificaat te hebben behaald om de MDTP toe te kunnen passen tijdens een dysfagie-behandeling. Via de website van de MDTP is een lijst met gecertificeerde logopedisten beschikbaar en deze is gebruikt om logopedisten te selecteren voor de interviews. Logopedisten die wel de cursus van de MDTP hebben gevolgd maar niet het examen hebben gedaan om het certificaat te behalen, zijn geëxcludeerd van het onderzoek, aangezien zij niet bevoegd zijn om de MDTP bij dysfagie-cliënten toe te passen.

Daarnaast dienden de logopedisten minimaal één jaar ervaring te hebben met het behandelen van dysfagiecliënten, zodat zij voldoende ervaring hebben om de MDTP te kunnen vergelijken met het aanbieden van de traditionele dysfagietherapieën, die zijn genoemd in de inleiding. Ten slotte zijn er zowel logopedisten uit de ziekenhuis-setting als de verpleeghuis-setting geïnterviewd om een breder beeld te krijgen bij de ervaringen van logopedisten.

Data-analyse

De audio-opnames van de interviews zijn achteraf getranscribeerd. De getranscribeerde stukken zijn geanalyseerd aan de hand van codes. Deze codes zijn toegekend door de transcripties eerst door te lezen om een globaal overzicht te krijgen van de informatieve data met betrekking tot de onderzoeksvraag (Verhoef et al., 2015). Met deze eerste indruk zijn er codes opgesteld om de informatie te organiseren en uiteindelijk thema's te creëren aan de hand van een codeboom (zie

Bijlage 3). Deze thema's zijn met elkaar in verband gebracht tot een theorie, om op deze manier betekenis te geven aan de verkregen data (Verhoef et al., 2015; Wouters & Van Zaalen, 2013). Uit deze data kan een antwoord op de onderzoeksvraag worden geformuleerd, ondersteund door de relevante literatuur (Verhoef et al., 2015).

Ethische kaders

Het onderzoek is binnen een aantal ethische kaders uitgevoerd. Bij het analyseren van de verkregen data, is er rekening gehouden met de privacy van de geïnterviewden, door de interviews anoniem te verwerken. De geïnterviewden zijn op de hoogte van het doel en de werkwijze van het onderzoek en hebben voorafgaande aan de deelname toestemming gegeven voor het maken van een audio-opname van het interview, door middel van het tekenen van een toestemmingsformulier (Bijlage 2). Ten slotte hebben de geïnterviewden recht op het inzien van de verkregen gegevens en mogen, indien nodig, de onderzoeker aanspreken op correctheid van de gegevens. Dit onderzoek is niet WMO-plichtig (Verhoef et al., 2015).

Resultaten

Respondenten

Voor dit onderzoek zijn er vijf logopedisten geïnterviewd, die voldeden aan de inclusiecriteria voor dit onderzoek. Drie respondenten zijn werkzaam in een ziekenhuis. Twee respondenten zijn werkzaam in de verpleeghuissetting. De ervaring van de geïnterviewde respondenten in hun setting verschilt van 3,5 tot 23 jaar (zie Tabel 1).

Tabel 1: Overzicht respondenten

	Setting	Ervaring
Respondent 1	Ziekenhuis	23 jaar
Respondent 2	Ziekenhuis	9 jaar
Respondent 3	Verpleeghuis	5,5 jaar
Respondent 4	Verpleeghuis	3,5 jaar
Respondent 5	Ziekenhuis	5 jaar

Behandeling van dysfagie-cliënten

Dysfagie-cliënten

Alle respondenten geven aan dat zij dagelijks meerdere cliënten met dysfagie behandelen.

Respondent 1 en respondent 2 behandelen dysfagie-cliënten ten gevolge van niet-aangeboren hersenletsel, longaandoeningen en degeneratieve ziektebeelden. Daarnaast behandelt respondent 1 ook mensen met het hypermobiliteitssyndroom en behandelt respondent 2 cliënten die door algehele malaise een dysfagie hebben.

Respondent 3 en respondent 4 behandelen dysfagie-cliënten op somatische- en psycho-geriatische afdelingen en in de Eerstelij, ten gevolge van de ziekte van Parkinson, dementerenden, algehele malaise en parkinsonisme. Zij behandelen beiden sporadisch CVA-cliënten.

Respondent 5 behandelt dysfagie-cliënten met niet-neurologische aandoeningen, zoals cliënten met critical illness polyneuropathie, algehele malaise en slikproblemen ten gevolge van chirurgische ingrepen.

Alle respondenten zien dysfagie-cliënten met ernstniveau's 1 tot en met 6 op de Functionele Orale Intake Schaal (FOIS) (zie Bijlage 4).

Dysfagie-behandeling

Alle respondenten stemmen hun dysfagie-behandeling af op de cliënt en zijn mogelijkheden. Zo kiezen zij voor compensatiestrategieën wanneer iemand met aanpassingen alle consistenties kan eten of wanneer iemand niet voldoende belastbaar is om het slikken te trainen. Deze compensatiestrategieën zijn onder andere gericht op het aanpassen van de houding en voedingsconsistenties.

Respondent 3:

“Ik doe eigenlijk heel veel in de adviserende functie.” “...ik doe eigenlijk heel veel met aanpassingen in consistentie of als mensen zelf nog iets kunnen aanpassen in kleinere slokjes tegelijk, kin naar de borst, dat soort houdingsadviezen”.

De respondenten, die in het ziekenhuis werkzaam zijn, geven aan ook sliktraining te geven, indien een cliënt voldoende belastbaar is en er wordt verwacht dat er verbetering optreedt. Zij passen soms slikmanoeuvres toe, zoals de Mendelsohn-manoeuvre. Veelal trainen zij het slikken met slikken en passen, indien nodig, compensatiestrategieën toe om de veiligheid tijdens het slikken te bevorderen. De respondenten, werkzaam in verpleeghuizen, geven ook op deze manier sliktraining indien een cliënt trainbaar is. Echter is dit vaak niet zo en heeft compensatie meer effect op de veiligheid van de orale intake.

McNeill Dysphagia Therapy Program

Motivatie voor cursus

De respondenten hebben de cursus van de MDTP gevolgd na aanbeveling van een collega-logopedist of nadat zij erover gelezen hadden. Drie respondenten verwachtten bij deze cursus nieuwe kennis en vaardigheden te verkrijgen. De andere respondenten hadden geen verwachtingen en waren vooral benieuwd hoe het programma verschilde van de bestaande behandelmethoden.

Toepassing

De respondenten hebben de MDTP volgens de exacte richtlijnen nooit of een enkele keer toegepast. De respondenten die het een enkele keer hebben toegepast hebben dit op verzoek van een verwijzer gedaan. Wel gebruiken zij allen elementen uit de MDTP en geven aan dat hun dysfagie-behandelingen op deze manier positief door de MDTP zijn beïnvloed.

Respondent 5:

“Ik volg niet het hele programma want daar lenen eigenlijk mijn patiënten niet voor.” “Wat ik wel doe is dat ik elementen eruit pak en zeker de hiërarchie van het opbouwen en het heel veel oefenen...”

Alle respondenten gebruiken de hiërarchische voedingsopbouw van de MDTP zowel in combinatie met andere principes van de MDTP, als op zichzelf staand, bijvoorbeeld bij het opbouwen van voedingsconsistenties bij slikangst. Daarnaast gebruiken drie respondenten de slikmanoeuvres minder tijdens dysfagie-behandelingen en zetten vanuit het principe van de MDTP de slikbeweging als slikoefening in om de dysfagie te behandelen.

Respondent 2:

“Het is wel veranderd sinds ik die MDTP heb gehad. Dat ik minder vaak neig naar, nou ja, alleen het oefenen met een Mendelsohn-manoeuvre. Ik ben nu wel sneller geneigd om te gaan oefenen met het slikken”

Beweegredenen

Cliëntengroep

Alle respondenten geven aan dat de cliëntengroep invloed heeft op de keuze om de MDTP toe te passen of niet. Vooral de prognose speelt hierbij een grote rol.

Respondent 1:

“Nou op het moment dat er vooruitgang te verwachten is, dan wel denk ik.” “Dus als je verwacht dat die spieren inderdaad te trainen zijn. Waarom niet?”

Wanneer er geen verbetering van de slikfunctie te verwachten is, zouden zij de MDTP niet toepassen. De respondenten geven daarom aan cliënten met progressieve ziektebeelden niet of minder snel te behandelen met MDTP.

De respondenten, die in het verpleeghuis werkzaam zijn, geven aan dat het grootste gedeelte van hun cliëntengroep een cognitieve beperking heeft en niet leerbaar genoeg is, waardoor de verwachting is dat het toepassen van de MDTP onvoldoende effect heeft op het herstel van de dysfagie.

De meningen van de respondenten zijn verdeeld over de invloed van de ernst van de dysfagie op de keuze om de MDTP of een andere behandelmethode toe te passen. Drie van de vijf respondenten geven aan de MDTP eerder toe te passen bij ernstigere vormen van dysfagie, aangezien een lichtere dysfagie behandeld kan worden met adviezen en compensatiestrategieën. De andere respondenten worden niet beïnvloed door de ernst van de dysfagie.

Belastbaarheid en hoge behandelfrequentie

Alle respondenten geven aan dat de hoge behandelfrequentie van de MDTP invloed heeft op het toepassen van de MDTP. De respondenten geven aan dat dit hen weerhoudt om de MDTP volgens de exacte richtlijnen toe te passen maar niet zozeer om aspecten van de MDTP in hun behandeling te verwerken.

Respondent 5:

“...de frequentie, dat weerhoudt mij er wel van om het zodanig te doen. Maar dan denk ik ook, dan ga ik maar elementen pakken en alles wat je oefent is mooi meegenomen.”

De respondenten geven aan dat het lastig te organiseren is om een cliënt vijf dagen in de week te behandelen. Zij werken niet allemaal vijf dagen en hebben ook niet allemaal een MDTP-gecertificeerde collega om de overige dagen op te vullen. Daarnaast moeten cliënten ook openstaan voor de behandelfrequentie en moeten de planning van de cliënt en de logopedist op elkaar worden afgestemd om vijf behandelingen in de week te plannen. Dit is volgens de respondenten in de meeste gevallen niet haalbaar.

Een ander aspect wat hierbij een rol speelt is de belastbaarheid van de cliënt. Zowel de intramurale cliënten in het verpleeghuis als de klinische cliënten in het ziekenhuis zijn vaak niet belastbaar genoeg om intensief te trainen. Deze cliënten zouden organisatorisch gezien het meest geschikt zijn, aangezien er geen reistijd aan verbonden is. In het ziekenhuis worden de cliënten die belastbaar genoeg zijn om intensief te trainen overgeplaatst en in het verpleeghuis speelt er bij de cliënten van de respondenten vaak co-morbiditeit, die een negatieve invloed heeft op de belastbaarheid. Hierbij speelt ook een rol dat de cliënten meerdere therapieën aangeboden krijgen en intensieve logopedie niet haalbaar is.

Dit is een wisselwerking van beide factoren. Wanneer een cliënt belastbaar genoeg is, dan is de voorgeschreven behandelfrequentie organisatorisch niet haalbaar omdat het poli-klinische of eerstelijns cliënten betreffen. Wanneer een cliënt intern wordt behandeld, wat organisatorisch een voordeel is, zijn de cliënten niet belastbaar genoeg om de hoge behandelfrequentie aan te kunnen.

Respondent 3:

“In de eerstelijns zou ik het best kunnen doen maar dan zie ik mensen weer niet vijf dagen in de week naar mij toekomen. Dan zit je met dat probleem weer. Ik denk dat je het intramuraal nog beter zou kunnen regelen want dan hebben zij geen reistijd. Maar ja, dan zijn ze vaak weer niet goed belastbaar.”

Beschikbare evidence

Vier van de vijf respondenten geven aan dat de evidence achter de MDTP geen invloed heeft op hun keuze wat betreft de toepassing van de MDTP en kijken bij het toepassen van een behandelmethode naar eigen ervaringen of ervaringen van collega's.

Respondent 4:

“Ik denk dat ook gelijk al met mijn eerste keer dat er effect was, dat ik er gelijk wel enthousiast over was. Dat zal, dat dan ook wel, als iemand er dan geschikt voor is, dat ik het er dan wel zou bij pakken en het toe zou passen.”

Eén respondent geeft aan dat de bekendheid van een behandelmethode bij een grote groep logopedisten een grote rol speelt. Wanneer veel logopedisten de MDTP zouden toepassen of het programma zou vernoemd staan in een Nederlandse richtlijn als effectieve behandelmethode, dan zou zij eerder gestimuleerd zijn om het programma toe te passen.

Respondent 5 geeft aan dat de evidence achter een behandelmethode wel een beslissende factor is in het toepassen van het programma. Zij vindt het erg belangrijk om kritisch na te denken of jouw logopedisch handelen onderbouwd is. Zij heeft het idee dat er weinig evidence is voor behandelmethodes voor dysfagie en de MDTP trok haar daarom aan, aangezien deze voor haar wel voldoende onderbouwd is.

Eigen expertise en veiligheid van de cliënt

Over de invloed van de eigen expertise in het toepassen van de MDTP zijn de meningen verdeeld.

Twee respondenten geven aan dat wanneer zij vaardiger zouden zijn in het toepassen van het programma, zij de MDTP ook sneller zouden inzetten bij dysfagie-cliënten die voldoen aan de inclusiecriteria. De andere respondenten geven aan niet beïnvloed te worden door hun eigen expertise in de keuze om de MDTP of een andere behandelmethode toe te passen. Drie respondenten hebben wel aangegeven het moeilijk te vinden om in te schatten wanneer het veilig is om binnen de MDTP naar een moeilijker niveau te gaan.

Zij vertellen dat ze de voorwaarden om over te gaan tot het volgende niveau soms te snel vinden gaan. Dit houdt hen echter niet tegen om de MDTP toe te passen maar zij gaan hierdoor minder snel over tot een volgende stap of voegen aspecten van andere behandelmethodes toe om de veiligheid te bevorderen.

Daarnaast geven vier van de vijf respondenten aan dat zij de cursus als erg theoretisch hebben ervaren en een gedeelte praktijk hebben gemist.

Respondent 1:

“...dat was wel een nadeel van die cursusdag, ze gingen in eerste heel veel in op de spieren en een stukje theorie maar eigenlijk vrij weinig op de methode zelf.” “En dan mis je toch wel wat dingetjes.”

De respondenten geven aan behoefte te hebben aan het ophalen van kennis en vaardigheden op dit gebied, bijvoorbeeld middels een terugkomdag of het beschikbaar stellen van de instructievideo's.

Discussie

Resultaten

De respondenten geven aan dat zij nooit tot een enkele keer de MDTP volledig volgens de richtlijnen hebben toegepast maar wel regelmatig elementen uit de MDTP toepassen tijdens hun dysfagie-behandelingen. Aspecten die vaak genoemd worden zijn de hiërarchische voedselopbouw, die zij gebruiken om de moeilijkheidsgraad van het slikken stapgewijs op te bouwen. Dit komt overeen met het doel van de ontwikkelaars van de MDTP (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary et al., 2012). Daarnaast zijn veel respondenten overgegaan op het trainen van de slikbeweging met slikken. Dit komt overeen met stelling van Carnaby & Harenberg (2013), die aangeven dat de focus bij dysfagie-behandelingen steeds meer ligt op de verbetering van de slikfunctie door middel van het slikken zelf.

De respondenten geven tijdens de interviews aan dat hun keuze om de MDTP of een andere behandelmethode toe te passen wordt beïnvloed door de cliëntengroep. Crary en Carnaby (2014) beschrijven bij de criteria voor het toepassen van de MDTP, dat er voorafgaande afgevraagd moet worden of de cliënt voordeel haalt uit het aanbieden van intensieve therapie en of er vooruitgang te verwachten is. Dit komt overeen met het belang van de prognose van de dysfagie, die door alle respondenten als belangrijk gevonden wordt bij de afweging om de MDTP of een andere behandelmethode toe te passen. Een cliëntengroep die zij hierdoor als niet geschikt beoordelen zijn dementerenden, alhoewel 13% tot 57% van de dementerenden een dysfagie heeft, afhankelijk van het type dementie (Lancaster, 2012). Ondanks deze hoge percentages, wordt de MDTP niet ingezet bij deze cliëntengroep. Vaak wordt er bij deze cliëntengroepen gewerkt met compensatiestrategieën, die ernaar streven om het slikproces veiliger te laten verlopen door middel van aanpassingen (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary, Carnaby, LaGorio & Carvajal, 2012; Kalf, Rood, Dicke & Van Keeken, 2006; Lancaster, 2015; Sura et al., 2012), zoals boluscontrole en -modificatie, wat in de systematic review van Speyer et al. (2010) beschreven staat als één van de meest effectieve behandelmethodes voor dysfagie.

Van de geïnterviewde respondenten geeft 40% aan dat de ernst van de dysfagie geen invloed heeft op de keuze om de MDTP toe te passen, terwijl 60% van de respondenten de MDTP eerder toepast bij ernstigere vormen van dysfagie. Crary en Carnaby (2014) geven echter aan dat de ernst van de dysfagie geen restrictie is om de MDTP wel of niet toe te passen. Dit criterium voor het toepassen van de MDTP wordt niet door alle respondenten aangehouden.

De MDTP dient vijf dagen in de week, gedurende drie weken aangeboden te worden (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary et al., 2012; Crary & Carnaby, 2014). De respondenten geven aan dat dit hen weerhoudt om de MDTP volgens de richtlijnen toe te passen, aangezien het organisatorisch vaak niet mogelijk is of omdat de cliënt onvoldoende belastbaar is voor deze behandelintensiteit. Tijdens de behandelsessie wordt aangehouden dat de cliënt acht van de tien slikken succesvol moet uitvoeren om naar het volgende niveau te gaan (Crary & Carnaby, 2014). Veel respondenten vinden het lastig inschatten met dit voorschrift of de volgende stap veilig genoeg is en blijven daarom langer op een niveau om de veiligheid van de cliënt te bewaken. Ook voegen zij elementen van andere behandelmethodes voor dysfagie toe om de veiligheid te bevorderen.

Twee van de vijf respondenten geeft aan dat hun expertise in het toepassen van de MDTP een beweegreden is om de MDTP minder snel toe te passen. Om MDTP-gecertificeerd te zijn, dienen de respondenten naast de cursus een schriftelijk examen uit te voeren, waarbij 20 van de 21 vragen goed beantwoord moeten worden (Crary & Carnaby, 2014). Dit bepaalt echter niet dat de respondent zich vaardig genoeg schat om de MDTP toe te passen.

De meest effectieve behandelingen bij dysfagie zijn boluscontrole en -modificatie, facilitatietechnieken, slikhoudingen en -manoeuvres en alternatieve technieken, zoals de LSVT (Speyer et al., 2010). Relatief gezien zijn er echter weinig randomized-controlled trials die het effect van behandelingen bij een oro-faryngeale dysfagie bewijzen (Lancaster, 2012). Een respondent geeft daarom aan voor de MDTP te kiezen door de evidence die erachter ligt.

Uit onderzoek naar de MDTP is gebleken dat er vooruitgang optreedt op het gebied van de larynxheffing en de kracht van de linguale-palatale druk, wat voor verbetering van de bolustransport zorgt (Crary et al., 2012). De sliktechniek die een grote invloed heeft op deze vooruitgang is de techniek 'krachtig slikken', die individueel toegepast voor hetzelfde effect zorgt (Carnaby-Mann & Crary, 2010; Crary et al., 2012; Neel, Lintzenich, Leng, Lever & Butler, 2012; Robbins, Gangnon, Theis, Kays, Hewitt & Hind, 2005). De andere respondenten hechten ook meer waarde aan eigen ervaringen of ervaringen van collega's, dan aan de evidence van de MDTP.

Proces

De methode voor dit onderzoek heeft zowel sterke als zwakke kanten. Voor dit onderzoek zijn er vijf logopedisten geïnterviewd. Een hoger aantal respondenten zou de betrouwbaarheid van dit onderzoek verhogen maar door de korte onderzoeksduur was dit niet haalbaar. Daarnaast zijn er respondenten uit de verpleeghuissetting en de ziekenhuissetting geïnterviewd, waardoor er een breder beeld is verkregen bij de beweegredenen van de respondenten. Echter kan er aan de hand van deze interviews geen conclusie worden getrokken voor de gehele groep MDTP-gecertificeerde logopedisten (Verhoef et al., 2015). De respondenten, die zijn geïnterviewd, voldeden allen aan de inclusiecriteria die vermeld staan in de methode. Hierdoor was het mogelijk op alle interviews in de resultaten te verwerken.

Voorafgaande aan de afname van de interviews is er een interviewprotocol opgesteld. Dit zorgt ervoor dat alle interviews op dezelfde wijze zijn afgenomen, wat de objectiviteit van de interviews vergroot. Het is echter mogelijk dat de interviewer de geïnterviewde onbewust beïnvloedt in zijn antwoorden. Het interviewprotocol is opgesteld om dit zo veel mogelijk te voorkomen.

Daarnaast zijn de interviews met een audio-recorder opgenomen en achteraf getranscribeerd. Hierdoor is het mogelijk om de data op objectievere wijze te analyseren en alhoewel er wegens tijdgebrek geen membercheck uitgevoerd is, is het op deze manier wel mogelijk om uitspraken van de respondenten te controleren. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Conclusie

De onderzoeksvraag die tijdens dit onderzoek centraal staat is: “Wat zijn de beweegredenen van McNeill Dysphagia Therapy Program-gecertificeerde logopedisten voor het wel of niet inzetten van het McNeill Dysphagia Therapy Program, bij de behandeling van dysfagiecliënten, in vergelijking met traditionele sliktechnieken?”

Ten eerste is de hoge behandel frequentie voor alle respondenten een beweegreden om de MDTP niet in te zetten. Dit is wisselwerking tussen de belastbaarheid van de cliënt en het organisatorische gedeelte van de behandeling. De logopedist en de cliënt moeten namelijk vijf keer in de week, gedurende drie weken lang, een behandelsessie kunnen plannen en de cliënt moet gemotiveerd en voldoende belastbaar zijn om deze hoge behandelintensiteit aan te kunnen.

Daarnaast heeft de prognose van de dysfagie invloed op de keuze van de respondenten om de MDTP of een andere behandelmethode toe te passen. Er moet vooruitgang van de slikfunctie te verwachten zijn om de MDTP toe te passen bij een cliënt.

Andere beweegredenen die in mindere mate genoemd worden zijn de ernst van de dysfagie, de beschikbare evidence achter de MDTP, bekendheid van de MDTP en de eigen expertise van de logopedist in de toepassing van de MDTP. Hierover zijn de meningen echter verdeeld. Zo geven sommige respondenten aan dat zij de MDTP eerder zouden toepassen bij ernstige vormen van dysfagie, terwijl andere respondenten binnen de ernst van de dysfagie niet differentiëren wat betreft de toepassing van de MDTP. Daarnaast zouden sommige respondenten de MDTP vaker toepassen als zij hierin meer expertise zouden hebben, terwijl dit voor de andere respondenten geen invloed heeft. Ten slotte geven vier respondenten aan niet beïnvloed te worden door de evidence die achter de MDTP ligt, terwijl één respondent met deze reden heeft gekozen om de MDTP bij haar cliëntengroep toe te passen.

De toepassing van de MDTP, volgens de exacte richtlijnen, is vaak niet haalbaar omdat de geschikte cliëntengroep niet aanwezig is en/of de hoge behandelintensiteit niet haalbaar is. Hierdoor passen de respondenten elementen van de MDTP toe, die zij als bruikbaar schatten bij hun cliëntengroep, zoals de hiërarchische voedingsopbouw en het inzetten van het slikken als functionele oefening voor de dysfagie. Wanneer één of meerdere van de bovenstaande beweegredenen een rol spelen om de MDTP niet toe te passen wordt er ook vaak gebruik gemaakt van compensatiestrategieën, zoals consistentie- of houdingsaanpassing, en soms van slikmanoeuvres, zoals de Mendelsohn-manoeuvre.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Er wordt aanbevolen nader onderzoek te doen naar de beweegredenen van logopedisten voor de toepassing van MDTP waarbij een hoger aantal respondenten wordt geïnterviewd voor de representativiteit van de onderzoeksresultaten voor de doelgroep.
- Er wordt aanbevolen nader onderzoek te doen naar het effect van MDTP in een lagere behandel frequentie dan de methode voorschrijft, aangezien dit een negatieve invloed heeft op de toepassing van de MDTP.
- Er wordt aanbevolen een casuïstiekdag of werkgroep te organiseren voor de MDTP-gecertificeerde logopedisten, die meer behoefte hebben aan praktijkvoorbeelden.
- Er wordt aanbevolen meer cursussen en nascholingen te bieden in Nederland zodat de MDTP meer bekendheid krijgt onder Nederlandse logopedisten.

Literatuurlijst

- Aldridge, K.J. & Taylor, N.F. (2012). Dysphagia is a common and serious problem for adults with mental illness: A systematic review. *Dysphagia*, 27, 124-137.
- Carnaby, G.D. & Harenberg, L. (2013). What is "Usual Care" in Dysphagia Rehabilitation: A Survey of USA Dysphagia Practice Patterns. *Dysphagia*, 28, 567-574.
- Carnaby-Mann, G.D. & Crary, M.A. (2010). McNeill Dysphagia Therapy Program: A case-control study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 743-749.
- Crary, M.A. & Carnaby, G.D. (2014). *McNeill Dysphagia Therapy Program*. Rotterdam: Maasstad Academy.
- Crary, M.A., Carnaby-Mann, G.D. & Groher, M.E. (2005). Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1516-1520.
- Crary, M. A., Carnaby-Mann, G.D., LaGorio, L.A. & Carvajal, P.J. (2012). Functional and physiological outcomes from an exercise-based dysphagia therapy: A pilot investigation of the McNeill Dysphagia Therapy Program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, 1173-1178.
- Cox, E. & Koolhaas, C. (2010). *Slikproblemen bij verpleeghuisbewoners. Literatuurstudie naar effectiviteit en meerwaarde van logopedische behandeling bij dysfagie*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Dalton, C., Caples, M. & Marsh, L. (2011). Management of dysphagia. *Learning Disability Practice*, 14(9), 32-38.
- Eisenstadt, E.S. (2010). Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 17-22.
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hanig, A. & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17, 139-146.
- Hogeschool Rotterdam (2015). *Studiehandleiding minor 'Meer Taligheid'*. Rotterdam: Author.
- Hogeschool Rotterdam (2016). *Afstudeerhandleiding opleiding logopedie 2015-2016*. Rotterdam: Author
- Jani, M.P. & Gore, G.B. (2014). Occurrence of communication and swallowing problems in neurological disorders: Analysis of forty patients. *NeuroRehabilitation*, 35, 719-727.

Kalf, H., Rood, B., Dicke, H. & Keeken, P. van (2006). *Slikstoornissen bij volwassenen. Een interdisciplinaire benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lan, Y., Ohkubo, M., Berretin-Felix, G., Sia, I., Carnaby-Mann, G.D. & Crary, M.A. (2012). Normalization of temporal aspects of swallowing physiology after the McNeill Dysphagia Therapy Program. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 121(8), 525-532.

Lancaster, J. (2015). Dysphagia: its nature, assessment and management. *British Journal of Community Nursing*, 20, 28-32.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (2012). *Logopedische interventie bij mensen met beginnende dementie*. Op 29 maart ontleend aan:
http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/documentatiecentrum/publicaties/handouts/themabijeenkomst_logopedie_en_dementie/logopedische_interventie_bij_mensen_met_beginnende_dementie.pdf

Nekl, C.G., Lintzenich, C.R., Leng, X., Lever, T. & Butler, S.G. (2012). Effects of effortful swallow on esophageal function in healthy adults. *Neurogastroenterology & Motility*, 24, 252-e108.

Robbins, J., Gangnon, R.E., Theis, S.M., Kays, S.A., Hewitt, A.L. & Hind, J.A. (2005). The effects of lingual exercise on swallowing in adults. *American Geriatrics Society*, 53, 1483-1489.

Speyer, R., Baijens, L., Heijnen, M. & Zwijnenberg, I. (2010). Effect of Therapy in Oropharyngeal Dysphagia by Speech and Language Therapists: A Systematic Review. *Dysphagia*, 25, 40-65.

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. & Crary, M.A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Ageing*, 7, 287-298.

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

Wouters, E. & Zaalen, Y. van (2013). *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Bijlage 1 - Interviewprotocol

Benodigheden

- Rustige kamer met minimale achtergrondgeluiden.
- Voice-recorder
- Vragenlijst
- Toestemmingsformulier
- Pen

Introductie

Het interview zal worden gestart met het voorstellen van de interviewer. Vervolgens wordt er uitleg gegeven over het onderzoek, het interview en het doel van beiden. Er wordt benoemd dat het onderzoek is gericht op het inventariseren van de beweegredenen van logopedisten voor het wel of niet toepassen van het McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) in vergelijking met andere therapiemogelijkheden bij dysfagie. Het interview wordt afgenomen om deze beweegredenen in kaart te brengen. Informatie hieruit zal uiteindelijk ter beschikking worden gesteld aan de ontwikkelaars van het programma, Michael Crary en Giselle Carnaby. Na deze instructie zal de volgende vraag worden gesteld:

“Heeft u voorafgaande aan het interview nog vragen?”

Toestemmingsformulier tekenen (Bijlage 2)

Vervolgens zal er een toestemmingsformulier worden getekend waarin de geïnterviewde toestemming geeft voor het opnemen van het interview en het gebruiken van de informatie voor dit onderzoek.

Algemene vragen

- In welke setting(s) werkt u?
- Hoe lang werkt u al in deze setting(s)?
- Hoe vaak heeft u in deze werksetting(s) te maken met dysfagie-cliënten?
- Welke oorzaken van dysfagie ziet u bij cliënten in uw werksetting(s)?
- Welke ernst van de dysfagie ziet u? (FOIS-schaal)
- Wat was uw motivatie voor het volgen van de cursus van de MDTP?
 - a. Wat waren uw verwachtingen van de cursus?

Vragen gericht op de behandeling bij dysfagie

- Welke behandelmethoden gebruikt u bij dysfagie-cliënten?
 - a. Met welke reden past u deze behandelmethoden toe bij dysfagie-cliënten?
 - b. Welke behandelmethodes past u bewust niet toe bij dysfagie-cliënten?
- Past u MDTP toe of heeft u MDTP toegepast bij dysfagie-cliënten?
- Hoe maakt u de afweging tussen MDTP en andere behandelmethoden?
- Hoe heeft de oorzaak van de dysfagie invloed op de keuze om MDTP of een andere behandelmethode in te zetten?
- Hoe heeft de ernst van de dysfagie invloed op de keuze om MDTP of een andere behandelmethode in te zetten?
- Hoe heeft de hoge behandelfrequentie van de MDTP invloed op de keuze om MDTP of een andere behandelmethode in te zetten?
- Hoe heeft de beschikbare evidence over de MDTP invloed op de keuze om MDTP of een andere behandelmethode in te zetten?

- Hoe heeft uw expertise op het gebied van de MDTP invloed op de keuze om MDTP of een andere behandelmethode in te zetten?
- Welke positieve factoren ervaart u aan de toepassing van de MDTP?
- Welke negatieve factoren ervaart u aan de toepassing van de MDTP?
- Aanvullende redenen voor het wel of niet toepassen van de MDTP?

Afsluitende vraag

- Heeft u nog aanvullende opmerkingen/vragen?

Afsluiting

De geïnterviewde wordt bedankt voor de deelname aan het interview.

Bijlage 2 - Toestemmingsformulier

U zal worden geïnterviewd door een vierdejaars student Logopedie van de Hogeschool Rotterdam in het kader van het afstudeeronderzoek gericht op het McNeill Dysphagia Therapy Program.

Met het ondertekenen van dit toestemmingsformulier verklaart u dat het doel van het interview is uitgelegd en dat u toestemming geeft voor het gebruiken van de informatie voor dit onderzoek.

Daarnaast verklaart u dat u akkoord gaat met het maken van een audio-opname van het interview.

Deze opname zal worden getranscribeerd en anoniem worden verwerkt in het onderzoek. De informatie en de audio-opname worden enkel voor dit doel gebruikt.

Datum: _____

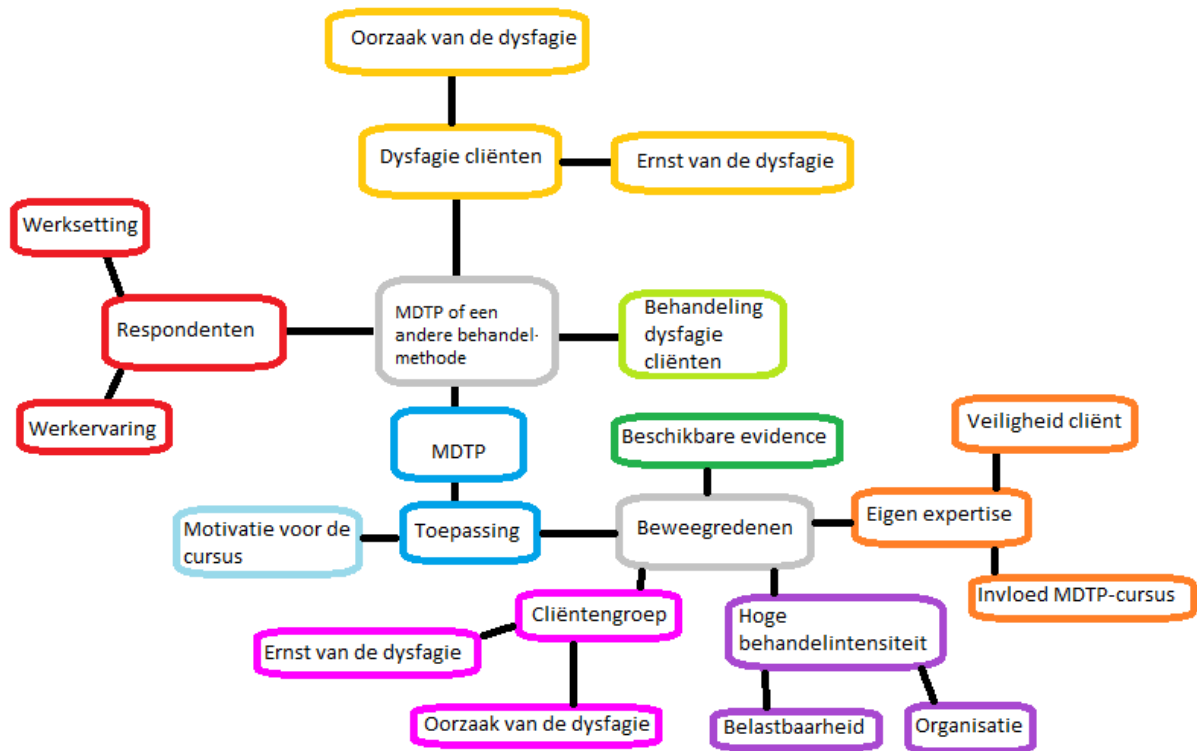
☐ Naam geïnterviewde (logopedist):

Handtekening geïnterviewde (logopedist):

☐ Naam interviewer (student):

Handtekening interviewer (student):

Bijlage 3 - Codeboom



Bijlage 4 - Functionele Orale Intake Schaal

Functionele Orale Intake Schaal (FOIS)	
Ernstniveau	Omschrijving
1	Geen orale intake
2	Afhankelijk van sondevoeding met minimale/inconsequente pogingen tot orale intake
3	Aanvullingen van sondevoeding met consequente orale intake.
4	Totale orale intake van één consistentie.
5	Totale orale intake van meerdere consistentie, bereid met speciale aanpassingen.
6	Totale orale intake zonder speciale aanpassingen met exclusie van specifieke voeding of dranken.
7	Totale orale intake zonder restrictie in consistentie.

Tabel 2: Functionele Orale Intake Schaal (FOIS) (Crary, Carnaby-Mann & Groher, 2005)