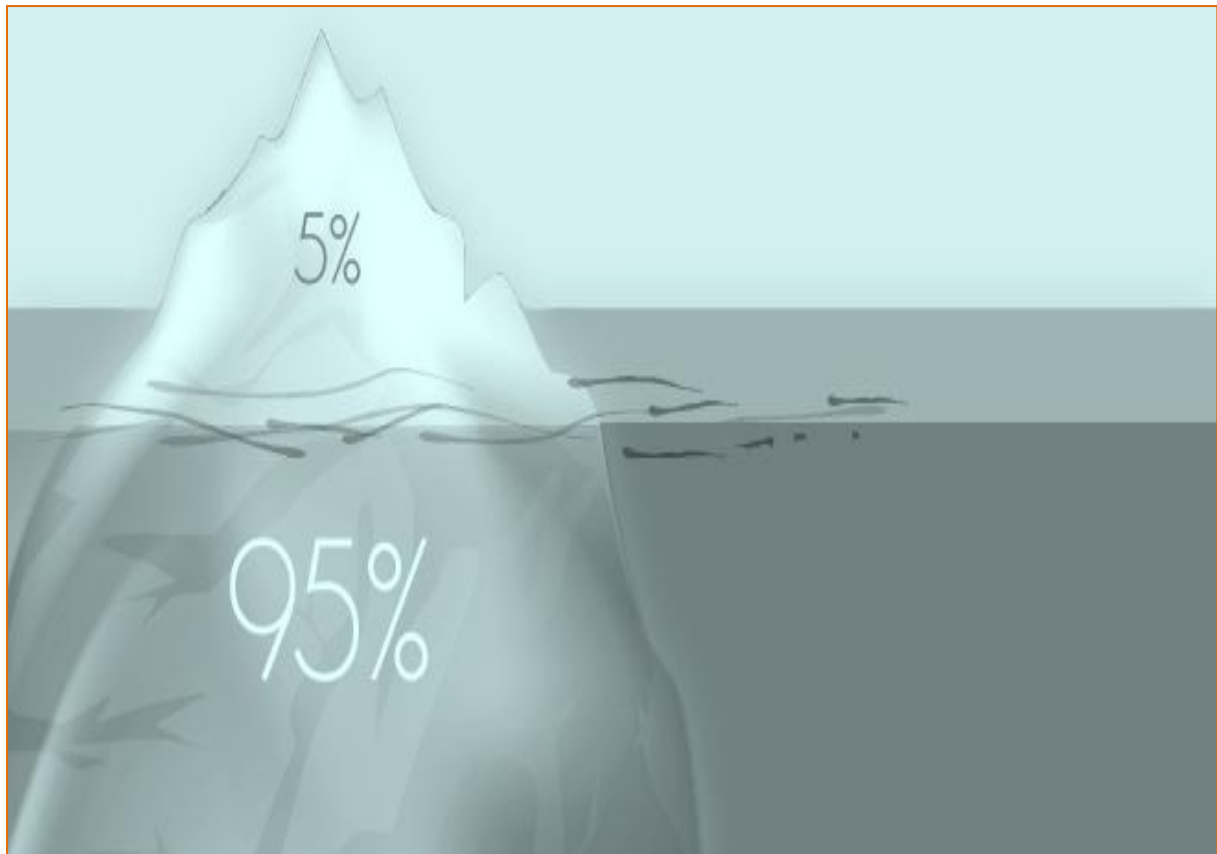




Factoren die een rol spelen bij logopedische interventies rondom dysfagie



Francisca Heuvelsland
Juni 2015

Inhoudsopgave

Personalia	3
Samenvatting.....	4
Inleiding.....	5
Methode.....	7
Resultaten	9
Discussie	13
Conclusie	14
Aanbevelingen.....	15
Literatuur.....	16
Bijlagen	18
Bijlage A. Interviewfragmenten.....	18
Bijlage B. Open coderen	31
Bijlage C. Coderen clusteren.....	33
Bijlage D. Codes ordenen	35
Bijlage E. Selectief coderen	37
Bijlage F. Analyse van het documentenanalyse	38
Bijlage G. Analyse van de observaties	40

Personalia

Gegevens student

Naam: Francisca Heuvelsland
Studentnummer: 0847839

Onderwijsinstelling

Onderwijsinstelling: Hogeschool Rotterdam
Opleiding: Logopedie
Afstudeerbegeleider: D. Verberne - Nuijten

Opdrachtgever

Zorginstelling: Stichting Zorgbeheer De Zellingen
Opdrachtgever 1: I. Spaanderman
Opdrachtgever 2: J. Brink

Samenvatting

Uit de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2012) blijkt dat in Nederland naar schatting 160.000 (nieuwe) patiënten per jaar te maken krijgen met een hersenaandoening of een vorm van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) als gevolg van een cerebro vasculaire accident (CVA) beter bekend onder de term 'beroerte'. Van deze groep patiënten krijgt 50 - 64% te maken met een (tijdelijke) dysfagie. Door deze dysfagie lopen de NAH patiënten die met een CVA te maken krijgen, een groter risico op aspireren en een pneumonie (Jochems & Joosten, 2009). Hierdoor is dysfagie het grootste logopedische behandelgebied binnen deze groep van NAH patiënten, waarbij het van levensbelang is dat de logopedische voedings- en/of slikadviezen worden opgevolgd door zorgverleners en omgeving (Martino et al., 2005; Singh & Hamdy, 2006). Het doel van dit onderzoek is om de positieve en/of negatieve factoren op het naleven van logopedische interventies door zorgverleners en omgeving inzichtelijk te maken.

Om de factoren die een rol spelen bij het naleven van de logopedische interventies door zorgverleners en omgeving inzichtelijk te krijgen is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van semigestructureerde interviews aangevuld met passief participerende observaties. De selectie van de respondenten is gehouden binnen de zorginstelling van de opdrachtgever op de afdeling psychogeriatric en somatische revalidatie. Alle respondenten hebben affiniteit met het overdragen en/of uitvoeren van de logopedische interventies bij de doelgroep. De interviews zijn volgens de stappen van Wouters en Van Zaalen (2012) beschreven en uitgewerkt. Hierbij is zorgvuldig gehandeld conform de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO (2010). Alle respondenten hebben deelgenomen aan de interviews.

Uit dit onderzoek zijn verschillende aanbevelingen voortgekomen die mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg in zorginstellingen. Deze aanbevelingen kunnen worden verdeeld in de volgende categorieën: organisatie, kennis en vaardigheden, zorgverleners en familie en omgeving. Deze categorieën bevatten de volgende kernpunten: opleiding, gedrag en capaciteit.

Deze aanbevelingen geven een mogelijkheid aan de organisatie, de zorgverleners en de familie en omgeving om de beschreven problemen aan te pakken en mogelijk op te lossen.

Inleiding

In Nederland worden jaarlijks de cijfers over patiënten met hersenaandoeningen door de Hersenstichting (2014) en het Centraal Bureau voor Statistiek (2012) bijgehouden. Uit deze cijfers blijkt dat in Nederland naar schatting 160.000 (nieuwe) patiënten per jaar te maken krijgen met een hersenaandoening of een vorm van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) als gevolg van een cerebro vasculaire accident (CVA) beter bekend onder de term 'beroerte'. De Nederlandse Hartstichting (2014) vermeldt in haar cijferboek van 2014 dat een beroerte in 2012 verantwoordelijk is voor 27,2 % van de sterfte binnen de groep hart- en vaatziekten, waarbij de gemiddelde leeftijd bij overlijden bij mannen 79 jaar is en bij vrouwen 83 jaar. Bij vrouwen zijn hart- en vaatziekten doodsoorzaak nummer 1 en vrouwen overlijden vaker aan een beroerte en hartfalen dan mannen. Het hoge sterftepercentage van 27,2% wordt volgens Martino et al. (2005) en Singh & Hamdy (2006) veroorzaakt doordat 50 - 64% van de patiënten die met een CVA te maken krijgen ook een dysfagie hebben. Door deze dysfagie loopt genoemde doelgroep, de NAH patiënten die met een CVA te maken krijgen, een groter risico op aspireren (inademen van voeding/vloeistof in deze betekenis) en een pneumonie (longontsteking) (Jochems & Joosten, 2009). Hierdoor is dysfagie het grootste logopedische behandelgebied binnen de doelgroep van NAH patiënten, waarbij het van levensbelang is dat de logopedische interventies worden opgevolgd door zorgverleners en omgeving (Martino et al., 2005; Singh & Hamdy, 2006). Onder een logopedische interventie wordt verstaan de voeding- en slikadviezen, sliktrainingen aan de hand van compensatietechnieken en/of revalidatietechnieken (Logemann, 2000; Kalf, 2006). De bedoeling van de genoemde adviezen en technieken is om het slikproces zo veilig mogelijk te laten verlopen.

Het slikproces wordt door Matsuo et al. (2008) beschreven aan de hand van het normale en het abnormale slikproces. In dit onderzoek wordt het normale slikproces verdeeld in de volgende vier fasen namelijk de voorbereidende (orale) fase, de orale transportfase, de faryngeale fase en de oesophageale fase. Bij het abnormale slikproces wordt de dysfagie beschreven als een stoornis in het slikvermogen die is ontstaan door een combinatie van stoornissen in de slikspieren, een verminderde gevoeligheid en een afname van reflexen in het mond- en keelgebied. Deze combinatie van stoornissen heeft als gevolg een gestoord transport van vloeibare of vaste voedingsconsistenties via de mond, farynx, oesofagus tot in de maag. In elke fase van het normale slikproces kan zich een stoornis voordoen die risico's met zich meebrengt waardoor complicaties kunnen ontstaan. De complicaties bij dysfagie zijn onder andere verslikpneumonie, 'stille' aspiratie en ondervoeding en zijn daarbij een voorspeller van sterfte onder CVA patiënten (Smithard et al., 1996). Daarnaast heeft dysfagie ook sociale en psychologische beperkingen (Martino et al., 2005; Singh & Hamdy, 2006). Deze sociale en psychologische gevolgen bij dysfagie zijn door Ekberg et al (2002) onderzocht. Uit dit onderzoek komt naar voren dat dysfagie kan leiden tot weerstand bij het eten en drinken en tot een verminderde eetlust en voedselweigering. Eten en drinken worden als onprettig ervaren. Voedselweigering maakt dat een risico op ondervoeding ontstaat.

Ondervoeding beïnvloedt de fysieke conditie, het herstel en de kwaliteit van leven van de patiënt (NVVA, 2001). Om genoemde redenen speelt de logopedist een belangrijke rol bij het onderzoek en de behandeling van de genoemde doelgroep. Maks - van der Veer (1995) beschrijft de logopedist als een expert op het gebied van de functies van de mond- en keelholte. Zij geeft aan dat het behandelen van dysfagie multidisciplinair wordt aangepakt door een slikteam, dat bestaat uit de behandelend arts, een verpleegkundige, de diëtist, de ergotherapeut, de logopedist en de K.N.O. arts. Binnen het slikteam coördineert de logopedist alle onderzoeken en logopedische interventies voor de genoemde doelgroep en geeft daarover adviezen aan de patiënt, de zorgverleners en de omgeving. Op verzoek van de arts onderzoekt en beoordeelt de logopedist de verwerking van de voeding bij diverse consistenties. De logopedist brengt advies uit over de voedingsconsistentie en de

aanpassing (Kalf et al 2008). De aanpassing van de voedingsconsistentie kan worden aangeduid met karnemelkdikte (1), yoghurt dikte (2) of vladikte (3) (Arcares, 2001; Vilente, 2007). De voedingsconsistentie in zorginstelling De Zellingen wordt aangeduid met dikte A (waterdikte tot appelsapdikte), B (karnemelkdikte tot magere yoghurt dikte) en C (vladikte tot kwarkdikte) of met siroopdikte (1 maatschepje), custarddikte (2 maatschepjes) of puddingdikte (3 schepjes), waarbij wordt uitgegaan van een glas van 170ml. Afhankelijk van het merk van het verdikkingsmiddel kan de aanduiding van de voedingsconsistentie per zorginstelling verschillend zijn. Kalf et al. (2008) beschrijft dat bij inventarisatie in 33 instellingen 36 verschillende namen voor de voedingsconsistenties werden gebruikt. Om deze reden is het belangrijk om bij overplaatsing van de patiënt naar een andere instelling alert te zijn op de verschillende benamingen van de voedingsconsistentie.

Op het gebied van dysfagie zijn verschillende logopedische interventies mogelijk zoals aanpassingen in de voedingsconsistenties en de sliktrainingen aan de hand van compensatietechnieken en/of revalidatietechnieken. Deze verschillende logopedische interventies worden door de logopedist gecombineerd toegepast. Foley et al. (2008) concluderen dat een gebrek aan bewijs op basis van evidentie voor veel toegepaste logopedische interventies geen reden is om de huidige interventies niet voort te zetten. Nader onderzoek is nodig naar de betrouwbaarheid van de logopedische interventies bij genoemde doelgroep. Voorlopig moet worden vertrouwd op de kundigheid in de besluiten van de logopedische interventies door logopedisten om het risico op 'stille aspiratie', een verslikpneumonie, ondervoeding en weerstand bij het eten en drinken te verminderen (Logemann, 2000; Kalf, 2006).

Veel patiënten met dysfagie zijn zelf niet in staat om de logopedische interventies op te volgen vanwege een cognitieve en/of lichamelijke beperking. Uit literatuuronderzoek blijkt dat om deze redenen de zorgverleners van de doelgroep, omgeving en familie vaker de verantwoordelijkheid moeten nemen voor het opvolgen van de logopedische interventies van de logopedist (Rosenvinge & Starke, 2005). Naast het nemen van de verantwoordelijkheid voor het opvolgen van de logopedische interventies is de wijze van informatieoverdracht naar de patiënt en/of de omgeving ook belangrijk. Uit een onderzoek van Hoffmann (2006) blijkt dat slechts een klein deel van de patiënten en/of de omgeving de informatie over een beroerte en de gevolgen daarvan op schrift krijgt aangeboden. Uit dit onderzoek blijkt eveneens dat folders de patiënt en/of de omgeving kunnen helpen om bewust te worden van de risico's rondom dysfagie, maar dat het leesniveau van de inhoud van de meeste folders voor verbetering vatbaar is.

Door gerichte kennis en informatie over dysfagie aan de doelgroep en omgeving aan te bieden wordt gewerkt aan de bewustwording over de gevolgen van dysfagie. Deze bewustwording helpt de doelgroep en omgeving om de logopedische interventies na te leven, waardoor het slikken veilig is, de kwaliteit van leven toeneemt en de zorgkosten afnemen (Kalra et al., 2004). Larsen & Uhrenfeldt (2013) beschrijven de verminderde inname van voeding en vocht bij patiënten gedurende de ziekte en de noodzaak van uitbreiding van kennis op het gebied van voeding bij de verzorging. Zij concluderen dat de doelgroep behoefte heeft aan vakbekwame en betrokken professionals op het gebied van toedienen van de geadviseerde voedingen. Een website is een mogelijkheid om in de behoefte aan informatie en kennis bij de doelgroep en/of de omgeving te voorzien. Pierce et al. (2013) beschrijft de ondersteuning via een website van familieleden en mantelzorgers bij mensen met een beroerte in de thuissituatie. De ondersteuning via een website kan ook bij andere ziektes worden toegepast en bestaat uit informatie, training, begeleiding, ondersteuning en evaluatie. De familieleden en mantelzorgers zijn gemiddeld 1 tot 2 uren per week op de website ingelogd en vinden het gebruik van de website nuttig en de trainingen voldoende.

Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is het inzichtelijk maken van de factoren die invloed hebben op het naleven van logopedische interventies rondom cliënten met dysfagie. Dit onderzoek leidt tot inzicht in de redenen en/of oorzaken waarom zorgverleners en mantelzorgers de logopedische interventies wel of niet naleven. De resultaten uit dit onderzoek kunnen helpen bij het vergroten van de bewustwording bij zorgverleners en mantelzorgers omtrent de risico's rondom dysfagie en het vergroten van de kennis over dysfagie. Om deze reden levert dit onderzoek een bijdrage aan de kwaliteit van zorg. De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

“Welke factoren spelen een rol bij het naleven van logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies door zorgverlener en mantelzorger op het gebied van dysfagie bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel”.

De antwoorden op de volgende deelvragen leiden tot een antwoord op de onderzoeksvraag.

1. Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies gegeven?
2. Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies uitgevoerd?
3. Wat zijn de redenen en/of oorzaken om de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies niet op te volgen?
4. Hoe kan worden bereikt dat de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies worden opgevolgd?

Methode

Het praktijkonderzoek is uitgevoerd binnen de zorginstelling in de vorm van een kwalitatief onderzoek met interviews aangevuld met observaties. Deze methode van onderzoek is geschikt om meer te weten te komen over de ervaringen, belevingen, inzichten en opvattingen van mensen in een bepaalde situatie (Wouters & Van Zaalen, 2012). Om de validiteit te vergroten en de betrouwbaarheid te waarborgen is datatriangulatie als mix toegepast (documentenanalyse, interview, observatie). Gezien het tijdvak waarin het onderzoek moet plaatsvinden is het praktijkonderzoek kleinschalig uitgevoerd en zijn de gegevens steekproefsgewijs verzameld. Voorafgaand aan het praktijkonderzoek zijn de volgende handelingen uitgevoerd en beschreven in het onderzoeksvoorstel: een literatuurstudie vanuit wetenschappelijke databanken, boeken, internationale en nationale websites en vaktijdschriften; opstellen van de onderzoeksvraag met deelvragen vanuit de opdrachtgever; dossiers lezen van cliënten met dysfagie (documentanalyse); selecteren van topics uit de literatuurstudie; vragenlijst opstellen met open en gesloten interviewvragen rondom de topics; opstellen van een interviewprotocol; selecteren van vijf respondenten met verschillende functies; opstellen informatiebrief en informed consent; respondenten uitnodigen en afspraken maken.

Respondenten

Respondenten werden geworven bij de zorginstelling van de opdrachtgever op de afdeling somatische revalidatie en psychogeriatric. De onderzoeker benaderde de respondenten persoonlijk. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen sekse. Bij interesse voor deelname ontvingen de respondenten een brief met nadere informatie. Via een informed consent formulier is de toestemming vastgelegd (Vereniging Hogescholen, 2010; Wpb, 2015; WMO, 2015). De vijf respondenten hebben affiniteit met het overdragen en/of uitvoeren van de logopedische interventies bij de doelgroep. Om een duidelijk beeld van het onderwerp te krijgen heeft elke respondent een andere functie (zie tabel 2.). Uiteindelijk stemden de vijf respondenten in met deelname aan het onderzoek en waren alle vijf ook daadwerkelijk daartoe in staat. De demografische

informatie van de respondenten wordt weergegeven in tabel 1. De functies van de respondenten worden weergegeven in tabel 2.

	Zorgverleners
Aantal respondenten	5
Man	1
Vrouw	4
Gemiddeld aantal jaren werkervaring in het huidige beroep	9.3
Gemiddeld aantal uren per week werkzaam in het huidige beroep	28.4

Tabel 1.: Demografische informatie van de respondenten

Functie respondenten	Aantal
Logopedist	1
Verpleegkundige	1
Voedingsassistent	1
EVV (eerste verantwoordelijke verzorgende)	1
Verzorgende	1

Tabel 2.: Functies van de respondenten

Documentenanalyse

De documentenanalyse is uitgevoerd door het lezen van acht dossiers van cliënten met dysfagie, waarvan vijf dossiers voldoen aan de onderstaande criteria.

De volgende inclusiecriteria gelden voor de cliënten:

- 18 jaar of ouder
- Dysfagie als gevolg van een CVA
- Bewoner van de zorginstelling

De volgende exclusiecriteria gelden voor de cliënten:

- Jonger dan 18 jaar
- Progressieve neurodegeneratieve aandoeningen
- Geen bewoner van de zorginstelling

Bij het lezen van de dossiers is gelet op tien onderwerpen van verslaglegging die van belang zijn voor de logopedische interventies (zie figuur 1.)

Interviews

De interviews zijn semigestructureerd afgenomen, waardoor de respondent zijn eigen verhaal kan vertellen. Dit zorgde ervoor dat een duidelijk beeld van het onderwerp werd verkregen. Om deze reden zijn de vragen wisselend open en gesloten gesteld. De vragenlijst omvatte vier vragen die gericht zijn op het geven en het uitvoeren van de logopedische interventies, de oorzaken en redenen om de logopedische interventies niet op te volgen en wat zorgverleners nodig hebben om de logopedische interventies uit te voeren. Per vraag zijn subvragen bedacht om de vraag uit te diepen. De subvragen zijn open gesteld en bieden mogelijkheden voor de eigen interpretatie van de respondent. Onderwerpen die door de respondent waren ingebracht, werden verder uitgediept door middel van doorvragen en samenvatten. Hierdoor kon dus elk interview verschillend verlopen. Alle interviews werden opgenomen met een digitale voicerecorder en na afloop letterlijk getranscribeerd (Wouters & Van Zaalen, 2012).

Observaties

Nadat alle interviews met de zorgverleners waren afgerond, werden aanvullend vijf observaties gedaan. De observaties werden passief participierend uitgevoerd aan de hand van een opgesteld observatieschema. De onderwerpen van observatie kwamen voort uit de interviews en het lezen van de cliëntdossiers. De observaties werden bij dezelfde respondenten uitgevoerd om de informatie uit de interviews te vergelijken met de praktijk. De observaties zijn onaangekondigd gedaan tijdens verschillende eetmomenten. De timing van de observaties is bewust gekozen om te voorkomen dat de respondent zich hierop kon voorbereiden.

Analyse

De vijf dossiers zijn getoetst aan de 10 onderwerpen van verslaglegging over het slikproces, die in de dossiers naar voren kwamen. De bevindingen hieruit zijn als aandachtspunten meegenomen in de interviews. Met de observaties zijn de bevindingen uit de interviews op overeenkomstigheid getoetst.

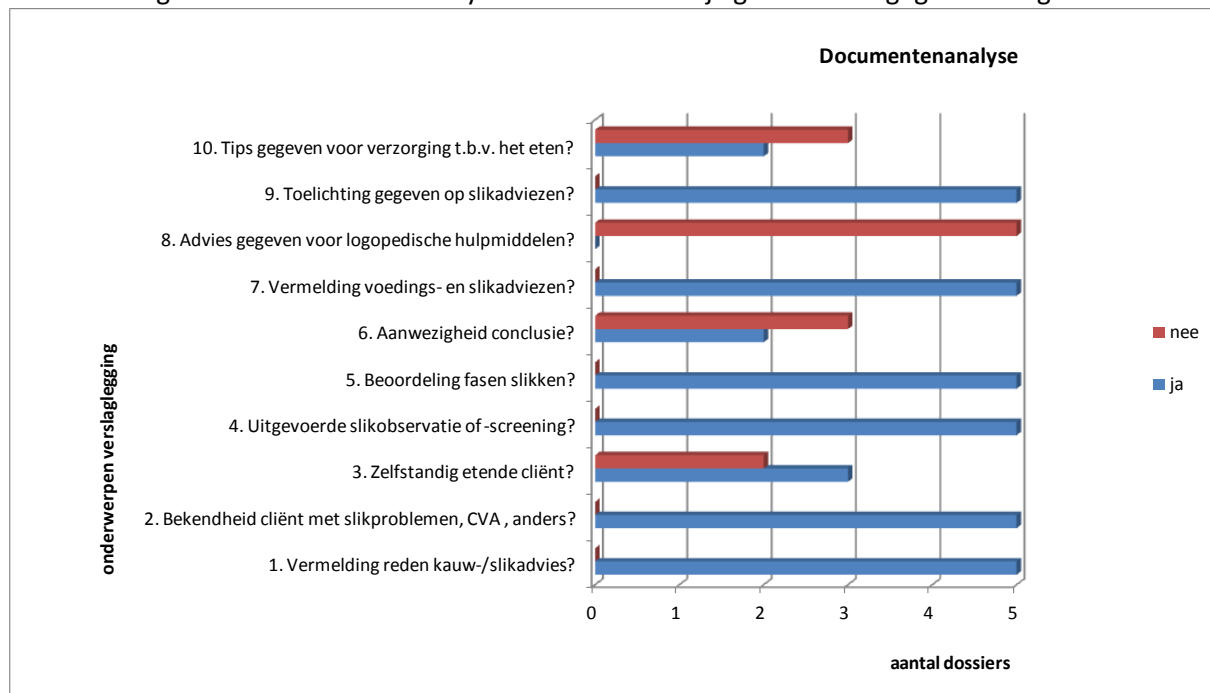
Alle transcripten van de interviews werden volledig handmatig getranscribeerd. Daarna werden de interviewfragmenten geselecteerd en heeft codering plaatsgevonden volgens open-coding, axiaal-coding en selectieve coding (Verhoeven, 2011). De bevindingen van het praktijkonderzoek zijn in een conclusie weergegeven. De conclusies van het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek zijn met elkaar vergeleken op overeenkomsten en verschillen. Deze vergelijking heeft geleid tot een eindconclusie, een advies en aanbevelingen.

Resultaten

De resultaten van de documentenanalyse, de interviews en de observaties zijn geanalyseerd en hier beschreven. Met deze analyses is geprobeerd een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag.

Documentenanalyse

De uitwerking van de documentenanalyse is te vinden in bijlage F en weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Resultaten van het documentenanalyse

Uit de analyse blijkt dat bij elke slikbeoordeling een verslag is gemaakt in het elektronische cliëntendossier (ECD). Van de slikbeoordelingen is 100% uitgevoerd bij cliënten die een CVA hebben gehad. Alle slikbeoordelingen zijn observerend uitgevoerd, waarbij 80% in combinatie met een waterslikttest en 20% met een vaste voedingsconsistentie. In alle relevante verslagen wordt het verloop van het slikproces globaal beschreven en bij 40% worden de fasen apart benoemd. Alle logopedisten vermelden het advies rondom de vocht- en voedingsconsistenties, maar beschrijven geen adviezen voor logopedische hulpmiddelen. Twee logopedisten beschrijven een advies voor mondverzorging bij het eten. De verslagen in het ECD hebben geen vaste structuur omtrent verslaglegging over de beoordeling van het slikken.

Conclusie: De documentenanalyse laat zien dat alle logopedisten verslag leggen van de logopedische interventies in het ECD. Alle logopedisten vermelden de reden, de methode van de slikobservatie of slikscreening, vermelden de logopedische interventies en geven toelichting op de slikadviezen. Geen enkele logopedist beschreef een advies voor een logopedisch hulpmiddel. De opbouw van de verslaglegging is niet eenduidig. Niet alle logopedisten beschrijven een advies voor de verzorging ten behoeve van het eten.

Analyse interviews

Alle respondenten vertelden dat de logopedist een adviserende rol heeft ten aanzien van de beoordeling van de slikfunctie bij een cliënt met dysfagie. Alle respondenten geven aan dat de logopedist de adviezen en de instructies mondeling geeft aan de cliënt met dysfagie, de mantelzorgers en de zorgverleners. In sommige gevallen worden de instructies schriftelijk gegeven. Een respondent gaf aan dat een slikadvies naar de cliënt en omgeving alleen mondeling plaatsvindt. Een andere respondent gaf aan dat een slikadvies altijd schriftelijk kan worden meegegeven. Een respondent vertelde dat een informatiemap met folders aan de familie en omgeving wordt meegegeven.

“Het geven van de voedingsadviezen (..behalve dan de logopedist), logopedie, ..dat is de diëtiste , het gaat natuurlijk om de aard en de samenstelling van de voeding. De voedingsassistenten die daar de hele dag mee bezig zijn. Ja en dan verder het personeel Ja d'r komt heel veel informatie, ja d'r zit ook altijd een.... in de informatiemap zitten allerlei foldertjes over diverse disciplines.... de familie krijgt een informatiemap mee.” (R5).

Alle respondenten gaven aan dat de adviezen en instructies omtrent de logopedische interventies waren vastgelegd in het zorgplan en in het behandelplan van de logopedist, die zijn opgenomen in het ECD. Alle respondenten vertelden dat zij voor de uitvoering van de adviezen de benodigde informatie uit het ECD halen. Zij vinden dit van belang ter voorkoming van verslikpneumonie en andere slikproblemen. Sommige maken tevens gebruik van een werkinstructie begeleidingsformulier (WIB).

“... ..schriftelijk per mail of de diëtiste en de logopediste komen langs en die bevestigen dat nog vaak. Dus mondeling en digitaal ik kan het allemaal terugvinden in het persoonlijk dossier (het ECD)...en wij hebben ook nog een formulier..., dat is echt voor het gebruik door onszelf, dat heet het WIB- formulier.... Werkinstructie begeleiding “(R4).

“Die informatie, ..die kan ik vinden in het.., behandelplan van de logopedie en..,..... in het boek van de voedingsassistenten, daar zitten alle afspraken..... dat behandelplan dat zit in het ECD”(R5).

Enkele respondenten vertelden dat de door de keuken aangeboden maaltijdconsistentie, wordt gecontroleerd en vergeleken met het voorschrift in het ECD. Sommige geven hierbij aan dat wordt bekeken welke hulpmiddelen nodig zijn en welke mensen toezicht of begeleiding nodig hebben bij het eten. Alle respondenten vertelden dat het belangrijk is dat de cliënt bij het eten voldoende alert

is en de juiste hoofd- en zithouding heeft. Tijdens het nuttigen van de maaltijden wordt door sommige respondenten toezicht gehouden op hoesten, verslikken en proppen. Enkele respondenten vinden dat aandacht, begrip en uitleg kunnen helpen om het eten te stimuleren. Twee respondenten vertelden dat na de maaltijd de mond gereinigd wordt om stille aspiratie achteraf te voorkomen.

"..... dat ik me op de hoogte gebracht heb van ..., welke adviezen dat er zijn en dan kijk ik eventjes na of dat klopt met hetgeen wat ik op dat moment zeg maar op het plateau heb staan...bijvoorbeeld van een warme maaltijd, is dat gemalen, dan kijk je heel eventjes van, is het ook letterlijk gemalen...en .. het toetje, strookt dat ook met wat er afgesproken is, zo ja, dan zijn al die dingen compleet. Nou dan gaan we verder, gaan we het brengen. En dan gaan we ook kijken van moeten mensen geholpen worden ja of nee of moeten ze onder toezicht eten. Dat heeft te maken natuurlijk met proppen, dat je daar oog op houdt...in tempo af te laten remmen, omdat ze vaak een te hoog tempo hebben... de mond leeg is voordat de volgende hap....de facilitatie geeft even onder, onder de kin om de slik .., in te zetten. En als een hoofdhouding niet goed is, ... kan met kaaksteun ook de lipsluiting, .. lepel met de bolle kant even op de tong te drukken.. stoppen met eten,.. goed laten hoesten (R5).
"..... eens verdikt bestek, warm waterbord... speciale bekera..., logolepels, dat zijn dan..., tussen theelepels en eetlepel in.... om het slikken makkelijker te maken "(R2).

Twee respondenten menen dat het niet naleven van de logopedische interventies door zorgverleners komt door het niet goed lezen van de logopedische instructies in het ECD. De overige respondenten noemen de volgende redenen voor het niet naleven van de adviezen: een verminderde betrokkenheid met desinteresse voor de cliënt met dysfagie, vanuit goede bedoeling de cliënt de verkeerde voedingsconsistentie aanbieden, onvoldoende tijd om de maaltijd te begeleiden, het wegzakken van de kennis over de gevolgen van dysfagie, het vasthouden aan oude afspraken terwijl er nieuwe instructies in het ECD staan, het niet onderling aanspreken op gemaakte fouten door collega's en het meenemen van de cliënt door de familie naar het restaurant en het zich vervolgens niet houden aan de voedingsinstructies. Alle respondenten vinden het belangrijk dat dagelijks kennis wordt genomen van de (gewijzigde) instructies in het ECD. Twee respondenten menen dat het om deze reden belangrijk is om elkaar zo nodig hierop aan te spreken.

"... als ik het samenvat dan zijn eigenlijk de redenen de oorzaken dat er niet goed wordt opgevolgd, de adviezen niet goed worden opgevolgd, ligt meer in het onzorgvuldig lezen of het aannemen dat er niets veranderd is"(R3).

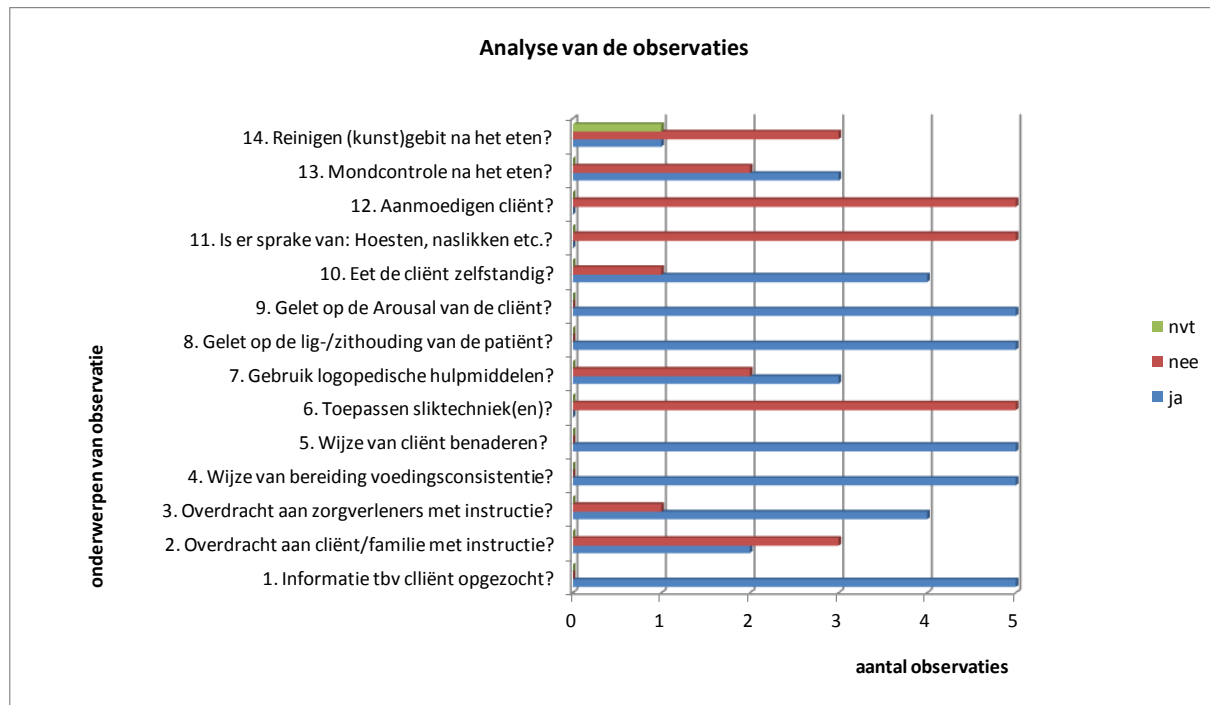
"..mekaar er op ieder geval op aanspreken, ja, want vaak is het de onwetendheid ...door oproepkrachten ... en die dan wat neerzetten, is niet de afspraak, dus grijpen we in en er zijn ook collega's bij die.....dan nog zeg maar iets neerzetten en dan gebruiken ze nog, hebben ze nog in gedachten, de oude afspraken, terwijl er al weer nieuwe zijn ..samenvat is het onwetendheid, niet voldoende vooraf geïnformeerd of de bestaand afspraken nog dezelfde zijn en ...te veel wisseling van personeel.. "(R5).

Daarbij vinden twee respondenten dat het vergroten van de bewustwording op verslikrisico's en de gevolgen ervan, samengaat met het vergroten van de kennis en vaardigheden over dysfagie. Dezelfde respondenten vinden dat dit mogelijk bereikt kan worden door het verhogen van de frequenties van cursussen over dysfagie. Twee respondenten denken dat er een relatie is tussen het functieniveau van de zorgverlener en de kwaliteit van de zorgverlening. Een respondent denkt dat fouten kunnen worden voorkomen als op elke zorgafdeling voldoende capaciteit aanwezig is en minimaal een zorgverlener met niveau 4. Drie respondenten denken dat het inzetten van familieleden bij maaltijden ertoe kan leiden dat de cliënt adviezen beter naleeft. Echter, twee respondenten vinden dat hierbij wel duidelijke voedingsinstructies moeten worden gegeven aan de familie. Deze respondenten denken dat dit kan worden bereikt door het gebruik van e-learning en interactieve workshops.

“...over interactieve workshops, zo rondom eten en drinken. Dat is een goede ontwikkeling, want dan kun je op elk gewenst moment van de dag kun je dat doen. E-learning lijkt mij ook een prima.Omdat je dat kan koppelen aan beeldmateriaal en ..schriftelijk materiaal, ... want je kunt er thema's aan koppelen “. (R5).

Analyse observaties

De uitwerking van de observaties is te vinden in bijlage G en weergegeven in figuur 2.



Figuur 2. Resultaten van de observaties

Uit de analyse blijkt dat alle zorgverleners voorafgaand aan de maaltijden eerst de benodigde informatie over het voedingsadvies voor de cliënt met dysfagie opzoeken en de voedingsconsistenties hierop aanpassen. De overdracht van het voedingsadvies aan de cliënt wordt mondeling gedaan, afwisselend met en zonder instructies. Alle zorgverleners maken eerst contact met de cliënt om de alertheid te toetsen door te groeten en aan te spreken en een praatje te maken. Sliktechnieken zijn niet toegepast, maar het gebruik van een logopedisch hulpmiddel zoals een logolepel wel. Alle zorgverleners zijn alert op de juiste houding bij het eten, waarbij de cliënt rechtop wordt gezet. Bij één cliënt met dysfagie is een slikobservatie uitgevoerd. Na deze slikobservatie werd de cliënt verder geholpen met eten door een familielid, waardoor het reinigen van de mond niet nodig was. De volgende onderwerpen kwamen bij de observaties niet naar voren: hoesten, naslikken, voedselweigering, voedsel vasthouden in de mond, aanmoedigen van de cliënt, toepassen van sliktechnieken. De mondcontrole na het eten, alsmede het reinigen van de mond is door 60% van de respondenten uitgevoerd.

Conclusie: De observaties laten zien dat de zorgverleners de instructies opzoeken die nodig zijn bij het uitvoeren van de logopedische interventies bij cliënten met een dysfagie. Ten aanzien van het opzoeken van de informatie, de overdracht van het voedingsadvies, het letten op de zithouding, het contact maken en benaderen van de cliënt zijn in de handelingen overeenkomsten te zien. De handelingen rondom de mondcontrole na het eten zijn verschillend. Slechts een respondent voerde de beide handelingen van mondcontrole en mondreiniging uit zoals benoemd was in het interview.

Discussie

Onderzoeksopzet

Dit kwalitatief onderzoek geeft inzicht in de mogelijke oorzaken en redenen om van logopedische interventies af te wijken door zorgverleners en mantelzorgers. Het onderzoek biedt mogelijke oplossingsrichtingen die door de respondenten zijn aangereikt. Deze inzichten en mogelijke oplossingen kunnen een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de zorginstelling De Zellingen en overige zorginstellingen. Het kwalitatief onderzoek is kleinschalig opgezet, waarbij de onderzoeker zelf de respondenten heeft geselecteerd. Deze selectie kan bewust of onbewust op basis van voorkeuren hebben plaatsgevonden. In dit onderzoek is bewust geselecteerd op basis van functie, dit heeft als voordeel dat elke betrokken discipline op de afdeling is gehoord. Een nadeel is dat deze selectie onbewust op basis van gevoel en sympathie heeft plaatsgevonden. De consequentie hiervan kan zijn dat door deze manier van selectie mogelijk een vertekening (bias) ontstaat. Daarnaast is het mogelijk dat respondenten met negatieve werkervaringen geneigd zijn om maatschappelijk gewenste antwoorden te geven. Bij een vervolgonderzoek wordt aanbevolen om de selectie van de respondenten niet door de onderzoeker zelf te laten uitvoeren.

De documentenanalyse is gebaseerd op een analyse van vijf cliëntendossiers. Dit aantal is te gering om representatief te zijn voor de verslaglegging bij deze zorginstelling en zorginstellingen in het algemeen. Het geeft wel een indicatie van de verslaglegging bij deze zorginstelling. Voor een representatief onderzoek is een grotere deelwaarneming nodig bij verschillende zorginstellingen, zodat de bevindingen kwantificeerbaar zijn. Als vervolgonderzoek kan mogelijk een kwantitatief onderzoek worden gedaan.

De observaties zijn passief participierend uitgevoerd. Dit heeft als voordeel dat de waarneming direct wordt genoteerd. Een nadeel van deze methode is dat sommige handelingen worden gemist terwijl de onderzoeker de aantekening maakt. Een oplossing kan zijn om video opnames te maken. Gezien de beperkte tijd voor dit onderzoek is hiervoor niet gekozen, omdat bij video-opnames van alle cliënten die bij de maaltijd aan tafel zitten een ondertekend informed consent aanwezig moet zijn. Vervolgonderzoek kan zich richten op het inzetten van video opnames bij de observaties.

Onderzoeksresultaten

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de logopedist de slikfunctie bij de cliënt met dysfagie beoordeelt en een advies geeft. Een respondent gaf aan dat een slikadvies naar de cliënt en omgeving alleen mondeling plaatsvindt. Een andere respondent gaf aan dat een slikadvies altijd schriftelijk kan worden meegegeven. Hieruit blijkt dat er geen duidelijke afspraken zijn omtrent de wijze van overdracht van slikadviezen aan familie en/of omgeving. De respondenten hadden geen uitgesproken mening of adviezen aan familie en/of omgeving schriftelijk of mondeling moeten worden verstrekt. Vervolgonderzoek kan zich richten op de geschikte wijze van overdracht van adviezen aan familie en/of omgeving met betrekking tot ziektes.

Daarnaast komt uit de interviews naar voren dat de respondenten behoefte hebben aan vakbekwaamheid en betrokkenheid. Uit het onderzoek van Larsen & Uhrenfeldt (2013) blijkt dat de doelgroep hier ook behoefte aan heeft. Uit de interviews komt naar voren dat bij alle respondenten behoefte is om de kennis te vergroten en actueel te houden. Een respondent denkt hierbij onder andere aan e-learning via het digitale netwerk. Voor familie en/of omgeving kan een interactieve website worden ingezet ter begeleiding, training, ondersteuning en evaluatie. Volgens Pierce et al. (2013) is ondersteuning van familieleden en/of omgeving via een interactieve website nuttig. Vervolgonderzoek kan zich richten op de ontwikkeling van een interactieve website voor familie

en/of omgeving ter begeleiding, training, ondersteuning en evaluatie. Een dergelijke website kan ook worden toegepast voor andere ziektes en is hierdoor algemeen toepasbaar. Hetzelfde geldt voor e-learning via het digitale netwerk, deze leermethode is algemeen toepasbaar en kan ook worden toegepast voor cursussen op andere vakgebieden.

Conclusie

Uit onderzoek blijkt dat in het verpleeghuis de logopedisten na beoordeling van de slikfunctie bij een cliënt met dysfagie een advies uitbrengen met instructies en deze rapporteren in het ECD. Dit advies met instructies is gericht op de specifieke situatie van de cliënt met dysfagie en wordt geraadpleegd door de mantelzorgers en de zorgverleners voorafgaand aan het geven van de maaltijden. Het advies met instructies wordt zowel schriftelijk als mondeling gegeven aan de cliënt, de mantelzorgers en de zorgverleners en indien nodig voorgedaan.

Uit onderzoek blijkt dat het niet opvolgen van logopedische interventies de volgende redenen en/of oorzaken heeft: het niet goed lezen van de logopedische instructies in het ECD, een verminderde betrokkenheid met desinteresse voor de cliënt met dysfagie, het vanuit goede bedoeling aanbieden van de verkeerde voedingsconsistentie aan de cliënt, onvoldoende tijd om de maaltijd te begeleiden, het wegzakken van de kennis over de gevolgen van dysfagie, het vasthouden aan oude afspraken terwijl er nieuwe instructies in het ECD staan, het niet onderling aanspreken op gemaakte fouten door collega's en het meenemen van de cliënt door de familie naar het restaurant en het zich vervolgens niet houden aan de voedingsinstructies.

Uit onderzoek blijkt dat het opvolgen van logopedische interventies kan worden bereikt door: het dagelijks kennisnemen van de (gewijzigde) instructies in het ECD door de zorgverleners en deze op te volgen, het vergroten van de bewustwording bij zorgverleners en mantelzorgers op verslikrisico's en de gevolgen daarvan, het verhogen van het functieniveau van de zorgverleners, het vergroten van de kennis bij zorgverleners door de frequenties van cursussen (via e-learning) omtrent problemen bij eten en drinken te verhogen, het verplicht stellen van een slikcursus voorafgaand aan het uitvoeren van de zorgtaken bij de doelgroep, het aanspreken van collega's en mantelzorgers bij het niet naleven van de logopedische interventies en het inzetten van familieleden bij de maaltijden. De observaties laten zien dat de respondenten overeenkomstig de resultaten van de interviews zich houden aan de logopedische interventies vanuit het ECD. De mondcontrole na het eten wordt niet door alle respondenten uitgevoerd, evenals het reinigen van de mond. Het documentenanalyse laat zien dat in de verslaglegging weinig aandacht wordt besteed aan het geven van adviezen of tips over mondverzorging of verzorging rondom eten en drinken.

Concluderend kan gesteld worden dat het antwoord op de hoofdvraag *“Welke factoren spelen een rol bij het naleven van logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies door zorgverlener en mantelzorger op het gebied van dysfagie bij cliënten met niet aangeboren hersenletsel”* is: kennis van de gevolgen van slikrisico's bij dysfagie kan leiden tot inzicht, begrip en verantwoordelijk gedrag bij cliënten, zorgverleners en mantelzorgers.

Aanbevelingen

De onderstaande aanbevelingen voor de opdrachtgever zijn uit het onderzoek naar voren gekomen. Deze aanbevelingen kunnen mogelijk een bijdrage leveren om de naleving van logopedische interventies te optimaliseren.

Organisatie

- Faciliteren van een bruikbare netwerkomgeving ten behoeve van e-learning.
- Faciliteren van opleidingsmogelijkheden.
- Faciliteren van tijd om opleidingen te volgen.

Kennis & Vaardigheden

- Frequentie verhogen van de al bestaande interne cursus Problemen Rondom Eten en Drinken.
- E-learning, koppelen aan beeldmateriaal, schriftelijk materiaal, thema's.
- Verkorte opfriscursussen geven over problemen rondom eten en drinken.
- Aanstellen dysfagie specialist.

Zorgverleners

- Slikcursus verplicht stellen.
- Slikrisico's bij dysfagie onder de aandacht brengen bij verzorgende en cliëntomgeving.
- Aandacht voor mondverzorging na de maaltijd.
- Minder niveau 2 en 3, maar meer niveau 4 per afdeling.
- Voldoende personeelsbezetting.
- Cursusprogramma overzicht per kwartaal of halfjaar.
- Nieuw personeel direct inzetbaar maken door het direct volgen van de slikcursus.
- Openstaan en bereidheid voor onderlinge kennisoverdracht.
- Standaard, zorgvuldig lezen en opvolgen van de logopedische interventies in het ECD.

Familie en omgeving

- Interactieve slikworkshop voor familieleden.
- Interactieve website (informatie, training, begeleiding, ondersteuning en evaluatie op afstand).
- Map met informatie over dysfagie.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- De selectie van de respondenten niet door de onderzoeker zelf laten uitvoeren.
- Een kwantitatief onderzoek uitvoeren.
- Het inzetten van video opnames bij de observaties.
- Onderzoek doen naar een geschikte wijze van overdracht van adviezen aan familie en/of omgeving met betrekking tot ziektes.

Literatuur

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., Peij, S. (2010). *Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek binnen het HBO*. Op 7 maart 2015 verkregen via <http://www.vereniginghogescholen.nl/vereniging-hogescholen/publicaties/lectoren-en-lectoraten-hogescholen-1/forum-voor-praktijkgericht-onderzoek-1/2023-gedragscode-praktijkgericht-onderzoek-voor-het-hbo-3>.
- Arcares: Branche organisatie verpleging & verzorging (2001). *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden*. Utrecht: Arcares.
- Centraal Bureau voor Statistiek. *Beroerte*. Op 7 maart 2015 verkregen via http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/_unique/_search/default.htm?cx=018020871965988641477:rvmzjpho2wq&cof=FORID:11&q=beroerte.
- Corthals, P., Borsel, J. van, Lierde, K. van (2006). *Vertaalwoordenboek logopedie en audiologie. Nederlands- Engels, Engels- Nederlands*. Leuven: Acco.
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge- Hannig, A. & Ortega, P.(2002). Social and psychological burdens of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*.17(2), 139-146.
- Foley, N., Teasell, R., Salter, K., Kruger, E., Martino, R. (2008). Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomized controlled trials. *Age & Ageing*. Vol. 37, no.3, 258-264.
- Hersenstichting (2015). *Hersenaandoeningen. Cijfers en patiënten*. Op 7 maart 2015 verkregen via <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/cijfers-over-patiënten>.
- Hoffmann, T., & McKenna, K. (2006). Analysis of stroke patients' and carers' reading ability and the content and design of written materials: Recommendations for improving written stroke information. *Patient education and counseling*, 60(3), 286-293.
- Jochems, A.A.F., & Joosten, F.W.M.G. (2009). *COËLHO Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem: Elsevier.
- Kalf, H., Rood, B., Dicke, H., & Keeken P. van. (2008). *Dysfagie bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kalf, J.G. (2006). *Functionele behandeling van de orofaryngeale slikstoornissen. Handboek Stem-, Spraak-, Taal- pathologie*, B6.3.1.
- Kalra, L., Evans, A., Perez I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., & Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, Vol. 328 (7448):1099.
- Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K., Louw, de D. (2011) *Evidence- based practice voor paramedici, methodiek en toepassing*, Den Haag: Boom- Lemma.
- Larsen, L.K., & Uhrenfeldt, L. (2013). Patients' lived experiences of a reduced intake of food and drinks during illness: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 184-194. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00977.
- Logemann, J.A. (2000). *Slikstoornissen. Onderzoek en Behandeling*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Maks- van der Veer, S. (1995). *De logopedist als spil in het multidisciplinaire slikteam. Multidisciplinaire diagnostiek en therapie bij orofaryngeale dysfagie*. Logopedie en Foniatrie 11, 278-282.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., Teasell, R., (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763.
- Matsuo, K. & Palmer, B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing- Normal and Abnormal. Published in final edited form as: *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 19(4): 691-707. doi:10.1016/j.pmr.2008.06.001.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. *Wet bescherming persoonsgegevens*. Op 7 maart 2015 verkregen via <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468>.

- Nederlandse Hartstichting (2014). *Feiten en cijfers*. Op 7 maart 2015 verkregen via <https://www.hartstichting.nl/hart-vaten/cijfers>.
- Nederlandse Hartstichting (2014). *Cijferboek 2014*. Op 7 maart 2015 verkregen via <https://www.hartstichting.nl/downloads/cijferboek-2014>.
- Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) (2001). *Richtlijn slikproblemen*. Op 7 maart 2015 verkregen via <http://www.platformouderenzorg.nl/kennisbank/richtlijnen>.
- Ney, D., Weiss, J., Kind, A., Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions. *Nutrition in clinical practice*, 24(3): 395-413.
- Pierce, L.L., & Steiner, V. (2013). Usage and Design Evaluation by Family Caregivers of a Stroke Intervention Website. *Journal of Neuroscience Nursing*. Vol. 45, 5, 254-261. doi:10.1097/JNN.0b013e31829dba61.
- Rosenvinge, S.K., & Starke, I.D. (2005). Improving care for patients with dysphagia. *Age and ageing*, 34, 587-593.
- Singh, S. & Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate medical journal*, 82(968), 383-391.
- Smith, H.A., Kindell, J., Baldwin, R.C. Waterman, D., Makin, A.J. (2009). Swallowing problems and dementia in acute hospital settings: practical guidance for the management of dysphagia. *Clinical Medicine*. Vol. 9, 6, 544-548.
- Smithard, D.G., O'Neill, P.A., Park, C., Morris, J., Wyatt, R., England, R., et al. (1996). Complications and outcome after acute stroke: does dysphagia matter? *Stroke*, 27(7), 1200-1204.
- Vereniging Hogescholen (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Op 7 maart 2015 verkregen via <http://www.verenighogescholen.nl/vereniging-hogescholen/publicaties/verenigingsafspraken-en-procedures-1/1289-gedragscode-praktijkgericht-onderzoek-voor-het-hbo-1>.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma.
- Vilente (2007). *Richtlijn Slikproblemen*. Op 8 maart 2015 verkregen via http://www.btsg.nl/downloads/richtlijnen/Richtlijn_Slikproblemen_Vilente.pdf.
- WMO (2015). *Wet medisch- wetenschappelijk onderzoek met mensen*. Op 8 maart 2015 verkregen via <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>.
- Wouters, E. & Zaalen, Y. van (2012). *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Coutinho.

Bijlagen

Bijlage A. Interviewfragmenten

Aantal respondenten	Functie
Respondent 1 = R 1	EVV eerste verantwoordelijke verzorgende
Respondent 2 = R 2	Voedingsassistent
Respondent 3 = R 3	Logopedist
Respondent 4 = R 4	Verzorgende
Respondent 5 = R 5	Verpleegkundige

Deelvraag 1:

Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies gegeven?

R 1	“Uh, meestal is het uh, de voedingsassistentie die eigenlijk met de logopedie uh een rondje maakt uh en die dan samen beoordelen zeg maar en dan wordt het volgens mij gewoon mondeling overgedragen en er komt ook altijd wel een verslag in het ECD , maar daar staat volgens mij niet in, uh, waarom het gedaan wordt, zeg maar. Dan wordt het probleem gezegd en de adviezen worden dan voorgeschreven”
R 2	Mondeling en via het ECD in de computer. ...als mensen maar een heel klein beetje water mogen, zo van een theelepeltje, wordt het wel een keertje voorgedaan. ... meestal omdat mensen slikproblemen hebben Doordat mensen gaan hoesten als ze gaan eten. Ze verslikken zich en gaan dan hoesten Door de logopedisten aan de voedingsassistente en dan het altijd als rapport in het ECD zodat heel de afdeling het kan lezen. iemand binnenkomt vanuit het ziekenhuis, uhm en d'r wordt al aangegeven dat iemand slikproblemen heeft, dan komt voordat iemand gaat drinken of eten de logopedie op de afdeling. .. vindt u dat de adviezen van de logopedist duidelijk zijn? Ja, ja, vind ik wel..... vind ik heel duidelijk a, b of c.... gewoon niet anders dan dat.. meestal schrijven ze d'r ook bij wat een cliënt dan mag eten.... het altijd in het ECD vinden.
R 3	... uh in principe altijd uh in het ECD, het elektronisch zorgdossier, en draag het ook altijd mondeling over aan... observeren altijd en schriftelijk en mondeling.
R 4	... nou meestal schriftelijk per mail of de diëtiste en de logopediste komen langs en die bevestigen dat nog vaak. (ja). Dus mondeling en digitaal. ... ik kan het allemaal terugvinden in het persoonlijk dossier (het ECD). wij hebben ook nog een formulier uhm, dat is echt voor het gebruik door onszelf, dat heet het WIB-formulier.... Werkinstructie begeleiding, dus daar kan je vaak ook nog zien of mensen geholpen moeten worden met het eten geven (ja) en of ze eventueel verdikt drinken krijgen. Ja d'r komt heel veel informatie, ja d'r zit ook altijd een uh, in de informatiemap zitten

	allerlei foldertjes over diverse disciplines.... de familie krijgt een informatiemap mee.
R 5	Als het gaat om het eten en drinken en de adviezen daarop, is het alleen de logopedie. Die informatie, uh, die kan ik vinden in het uh, uh, behandelplan van de logopedie en uh, anders staan ze in het boek van de voedingsassistenten, daar zitten alle afspraken staan daar in.... dat behandelplan dat zit in het ECD. Het geven van de voedingsadviezen (ja, behalve dan de logopedist), logopedie, ja, dat is de diëtiste (uhum), het gaat natuurlijk om de aard en de samenstelling van de uh, voeding. De uh, de voedingsassistenten die daar de hele dag mee bezig zijn. Ja en dan verder het personeel denk ik, wat hier uh, uh.., ja denk ik, weet ik wel zeker.

Deelvraag 2

Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies uitgevoerd?

R 1	...“Uh, drinken verdikken , koud vloeibaar, dik warm vloeibaar, uhm gemalen, pap, moesjes soms. Nou ja, wat we vaak bemerken is dat uh bij koud dat de slikreflex geactiveerd worden, dus soms doen we ook wel eens eerst een paar happen koude appelmoes en dan de warme maaltijd”. “Als je soms ziet dat iemand moeite heeft met slikken dan proberen we dan eerst iets kouds of proberen we water te verdikken om te kijken hoe dat dan gaat”. ‘ Uhm, warm houdborden bijvoorbeeld of we hebben van die speciale bekera, dat soort dingen. Twee orenbekera hebben we.” ” Ja, als ik weet dat de logopedie langs is geweest, sowieso lees ik het eerst in de rapportage ’s ochtends. Dus dan check ik het wel even wat je nou precies moet geven. ...ik vind dat de advisering bij ons op de afdeling heel slecht opgevolgd worden en wij lopen er heel erg tegenaan, er wordt gewoon niet gegeven wat er gegeven moet worden. Het staat in de computer.
R 2	... wat logopedie heeft voorgeschreven, dus of verdikt, of gemalen of gewoon, daar moet je als voedingsassistente dan op letten ...meestal als de mensen ’s morgens al in de woonkamer komen dan zie ik gelijk al of iemand zijn gebit niet aan heeft. Dus dan zeg ik meestal tegen de zorg van he, mijnheer of mevrouw heeft zijn gebit niet aan (ja) en dan gaan ze het alsnog halen ... een gemalen maaltijd krijgen of een dik vloeibare maaltijd of een gewone maaltijd, een dun vloeibare maaltijd kan ook nog, sommige mensen mogen alleen maar koud dik vloeibaar .. uit de keuken al dik vloeibaar binnen en voor de zekerheid dan we daar dan wat verdikkingsmiddel ...voor het drinken hebben we A, B en C. En A is met een schepje, B is twee schepjes en C is drie schepjes een maaltijd daar doen we eigenlijk verdikkingsmiddel door omdat het door het slijm van de cliënten, de maaltijd anders steeds dunner wordt. ... eens verdikt bestek, warm waterbord... speciale bekera..., logolepels, dat zijn dan uh,

	tussen theelepel en eetlepel in.... om het slikken makkelijker te maken. ... bepaalde sliktechnieken... de logopedie zelf... een keer per dag boven om met die mevrouw te oefenen in de gaten houden of die goed doorslikt, uh goed doorhoest.
R 3	... dat ze het ECD heeft gelezen en exact uitvoert wat er staat. ... ligt er soms ook een nadruk op uh het gebit.. ... mondhygiëne of het gebit in of uh, gebit zit niet goed,uh, dus een tandartsaanvraag moet plaatsvinden, als er iets afwijkends is met het gebit.. ... maar ik ga d'r vanuit dat iedereen die iemand eten en drinken geeft zich verdiept heeft over of er adviezen zijn of niet (in de informatie). In principe zou uh dagelijks het ECD bijgelezen moeten worden, al om te zorgen dat de adviezen ook opgevolgd worden draag ik dus ook altijd mondeling over voor de overdracht (ja), zodat de nachtdienst het weet en dat de nachtdienst het ook weer doorvertelt aan de ochtenddienst. Uhm, je weet dat het niet altijd gelezen wordt. In principe draait de dienstdoende voedingsassistente het advies uit en verwerkt het in de voedingsmap die we hebben, (ja) die op de keukenplank ligt.
R 4	... de uitvoering van de adviezen... dat doen de verzorgende, en uh de voedingsassistent. ..., iedereen die uh, hoe heet het, toegestaan is om mensen met slikproblemen te helpen. Niet iedereen mag uh, uh, mensen met een slikprobleem dan uhm eten geven (eten geven) ja, helpen. ... dan zullen ze eerst een cursus slikproblemen moeten volgen ... ik ga eerst kijken hoe die cliënt geholpen moet worden. Als het voor mij een onbekende cliënt is, ga ik me d'r eerst in verdiepen, van uh, hoe moet meneer of mevrouw geholpen worden. ...kan het in het ECD terugvinden en ik kan het ook aan de voedingsassistente vragen, die is vaak ook helemaal up to date van de cliënten (OK). En wij hebben ook nog een formulier uhm, dat is echt voor het gebruik door onszelf, dat heet het WIB-formulier. Dat staat voor? Werkinstructie begeleiding. .. dat advies wordt ook door de logopedie gegeven in hoeverre iets verdikt moet worden ..., soms wordt dat met schepjes gegeven, dat ligt er ook weer aan hoe de cliënt, waar die toe in staat is. ... de cliënt moet in elk geval rechtop, goed rechtop, hetzij in de stoel of in bed. Als iemand ver achterover ligt kan je iemand geen, niet helpen met eten, want dan is er slikgevaar. ..., om ook te wrijven bij de slok, bij de slikreflex... bij het strottenhoofd... de logopedie doet.... dat voor.
R 5	Die worden aan de hand gedaan van een sliktest .. Die wordt gedaan door de logopedie en dan krijgen wij het advies van hoe wij verder gaan handelen.

	 ik begrijp uit jouw verhaal is dat dan de uitvoering bij de voedingsassistenten ligt, de andere collega's (ja), hulpverleners dat ik me op de hoogte gebracht heb van uh, welke adviezen dat er zijn en dan kijk ik eventjes na of dat klopt met hetgeen wat ik op dat moment zeg maar op het plateau heb staan...bijvoorbeeld van een warme maaltijd, is dat gemalen, dan kijk je heel eventjes van, is het ook letterlijk gemalen...en .. het toetje, strookt dat ook met wat er afgesproken is, zo ja, dan zijn al die dingen compleet. Nou dan gaan we verder, gaan we het brengen. En dan gaan we ook kijken van moeten mensen geholpen worden ja of nee of moeten ze onder toezicht eten. Dat heeft te maken natuurlijk met proppen, dat je daar oog op houdt, ja. Als de cliënt klaar is,..met eten,, laat ik ze hun mond spoelen, gebitje uit, mond laten spoelen voordat ik ze te ruste legt. Zodat ik zeker weet dat er geen, achteraf een stille aspiratie kan plaatsvindenin tempo af te laten remmen, omdat ze vaak een te hoog tempo hebben... de mond leeg is voordat de volgende hap....de facilitatie geeft even onder, onder de kin om de slik uh, in te zetten (ja). En als een hoofdhouding niet goed is, ... kan met kaaksteun ook de lipsluiting, .. lepel met de bolle kant even op de tong te drukken.. stoppen met eten,.. goed laten hoesten,
--	---

Deelvraag 3

Wat zijn de redenen en/of oorzaken om de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies niet op te volgen?

R 1	...er zijn er ook een aantal die structureel het verkeerde geven. ...iemand die gemalen maaltijd krijgt, die krijgt gebakken aardappelen met een gehaktbal. Ze lezen elke ochtend de rapportage. ...en het zijn ook mensen die al sinds ze hier wonen gemalen hebben maar nog het verkeerde krijgen wat ik vaak doe is gewoon vertellen waarom iemand het heeft en wat de gevolgen kunnen zijn. Maar, ja het gebeurt in de avonddienst met mensen die pap moeten maar brood krijgen, overdag gemalen moeten hebben maar gewoon krijgen. Uh, kijk iedereen kan wel eens per ongeluk iets verkeerd geven, maar het wordt ook vaak wel bewust gedaan dat ze zeggen, ja die pap vindt ze toch niet lekker, dus ik geef ze lekker brood. Dus dan rapporteer ik vaak terug en met mij nog meerdere collega's. Uhm, van dit is tegen de adviezen van de logo in en dat is niet de bedoeling. ...als ik zie dat iemand zich echt verslikt dan stop ik met eten geven (ja) en dan neem ik eigenlijk gelijk contact op met de logopedie. Ja, kijk het kan natuurlijk wel eens een keer gebeuren dat iemand zich per ongeluk verslikt (ja) maar als het meer gebeurt, dan proberen we altijd zelf al gemalen vlees in een kar ... te geven, in ieder geval voor de zekerheid en als ik dan zie dat brood, meestal ook een voedingsassistent, dan zien dat brood niet goed gaat, overleggen we onderling dan al om pap te geven, Daar zijn we pas achter gekomen dat 80% volgens mij (xxx) geen slikcursus (xxx) heeft. En mensen die op de huiskamer dienst hebben, hebben geen slikcursus...Uuuuh, ja ik vind
-----	--

	eigenlijk dat iedereen dat wel moeten hebben omdat het toch wel belangrijk is. En wat je dan ook goed kan zien, kijk je kan, ik leer ook nog steeds bij en ik vind dat ook wel interessant, maar...ja, ik vind het wel belangrijk Ja maar soms begrijpen ze het ook niet goed dat ze moeten eten..... Dan moet je echt even de tijd nemen En soms is het ook wel goed bedoeld, want ook bijvoorbeeld wat ik vertelde als iemand het eten absoluut niet lekker vindt, dat ze denken, nou ja dan geef ik brood, want dat lust ze in ieder geval wel. Het is goed bedoeld van diegene om voor de bewoner toch iets te geven wat ze lekker vinden (ja), maar ja, het is wel een beetje link
R 2	... dat gebeurt vaker, zeker als ze zelf gaan inschenken, dan moet je heel erg opletten of ze d'r wel verdikking indoen (ja). En vaak is dat niet het geval. .. mensen vinden het niet lekker.. ze d'r misselijk van worden en het proeft gewoon raar ...iemand, dat die het wel nodig heeft, de verdikkingsmiddel, en ja, mocht die dan nog steeds niet doen, dan vragen we of de logopedist met hem, hem of haar wil praten (ja) en gebeurt het dan nog niet, dan wordt volgens mij een formulier getekend dat iemand dat op eigen risico doet. ... de verantwoording bij de cliënt zelf neergelegd of de familie. .. moeten we daar ook op aanspreken.. .. , tekort aan betrokkenheid. Nee, juist niet, het is goed. een bepaalde onkundigheid of onwetendheid? , dat zou kunnen, als d'r nieuw personeel komt moet je d'r wel op letten dat ze ook het advies hanteren (uhuh), maar meestal als je dat een keer gezegd hebt, dan is het ook goed. de omgeving en de familie zich bewust van de consequenties op het niet naleven. Nee, meestal niet. Bij het eten niet vaak, maar wel bij 't drinken (bij drinken). Drinkmomenten (drinkmomenten), ja zoals rond de koffie of rond de thee, dan is d'r altijd wel veel bezoek. ... merkt dat iemand zich d'r niet aan houdt, gewoon zeggen van mevrouw of meneer dit is de bedoeling en waarom dat zo is, omdat meneer of mevrouw zich anders gaat verslikken en eventueel een longontsteking zou kunnen krijgen (uhum) en of ze daar alsjeblieft rekening mee willen houden. ... dat familie of omgeving die aangepaste voeding maar niets vindt... dat komt vaak voor ... d'r wordt pas aan toe gegeven als de logopedie dat advies verandert
R 3	..., je denkt dat er niets veranderd is, t'is druk, je moet meteen starten. ... eigenlijk komt het er op neer dat elke verantwoordelijke zich ook verantwoordelijk gedraagt ten opzichte van de cliënt (ja), qua eten en drinkadviezen. .. , nou ja, d'r moet gewoon gelezen worden, je kan niet werken in deze omgeving zonder te

	lezen (ja). Want je kan niet (uhm) iedereen opbellen om te zeggen dat er iets veranderd is (en uhm). Want weet je waarom ik dat vind is, omdat je al mondeling overdraagt, ik kan niet mondeling blijven overdragen, dat is een tijdsinvestering die je gewoon niet hebt. ... als ik het samenvat dan zijn eigenlijk de redenen de oorzaken dat er niet goed wordt opgevolgd, de adviezen niet goed worden opgevolgd, ligt meer in het onzorgvuldig lezen of het aannemen dat er niets veranderd is. degene die dat signaleert spreekt het familielid aan, goh bent u op de hoogte van (ja). Uhm en probeert dan de voedingsadviezen uit te leggen, dat wordt gerapporteerd in het ECD (uhum). Vaak worden wij ook gebeld, van joh, dit is wat er gebeurd is, zou je de familie uitleg kunnen geven.. ... wel laten we iemand dan een formulier tekenen dat die op eigen initiatief, tegen het advies van logopedie in, handelt, zodat voor iedereen duidelijk is dat de patiënt op de hoogte is van de risico's die hij neemt. Uh, bij familie die eten en drinken geeft, terwijl de patiënt niet in staat is om te beoordelen of iets veilig is of niet veilig, is een ander probleem. D'r wordt eerst toch geprobeerd om uh er voor te zorgen dat de familie geen eten en drinken geeft en als het echt niet anders kan, uh, dan laten we de familie het formulier tekenen, dat ze tegen het advies van de logopedie handelen.. ... aan de andere kant is er de basale behoefte van familie om je familielid te voeden.
R 4	... die worden, die worden nageleefd... hoor je er aan te houden wat het advies is ... als familie (ja) van een cliënt uhm, een familielid meeneemt naar het restaurant, wij hebben geen zicht, en hun denken: laat maar, ja, dan is dat hun risico. Daar wijzen wij hun ook op.. Als ze met hun familielid naar beneden gaan, zeggen we ook van: neem even wat mee, want mevrouw of mijnheer mag niet onverdikt drinken, eten wat ook. Dat zeggen wij wel, maar sommige familieleden hebben geen inzicht helaas en die denken, dat kan wel. Wij spreken familieleden daar op aan, dat het een heel groot risico is wat ze nemen. ..., in feite geef je dan ook een advies... dat wordt niet schriftelijk meegegeven. ...het kan wel eens handig zijn als familieleden komen helpen tijdens de maaltijden (uhum), en ja, ook daar geven wij hun instructies natuurlijk uh over van hoe en wat, maar het kan ook storend zijn voor andere cliënten. ... kunnen afgeleid zijn door de aanwezigheid van familieleden... heel veel familieleden bij de maaltijd... niet te overzien... veel te druk. ... voor de rust en de continuïteit op de afdeling vind ik het niet, persoonlijk, niet prettig. een familielid zich niet aan de instructie houdt... spreek ik ze d'r op aan.. direct ...op een respectvolle manier.
R 5	.. op dit moment zou ik zeggen dat ze redelijk goed opgevolgd worden. ..mekaar er op ieder geval op aanspreken, ja, want vaak is het de onwetendheid ...door oproepkrachten ... en die dan wat neerzetten, is niet de afspraak, dus grijpen we in en er zijn ook collega's bij die uh die dan nog zeg maar iets neerzetten en dan gebruiken ze nog, hebben ze nog in gedachten, de oude afspraken, terwijl er al weer nieuwe zijn.

	..samenvat is het onwetendheid, niet voldoende vooraf geïnformeerd of de bestaand afspraken nog dezelfde zijn en...te veel wisselingen ...Te veel wisseling van personeel. Als d'r duidelijke afspraken over zijn dan leg ik hen uit dat ze dat op dat moment niet mogen, maar dat ze zich eerst moeten vervoegen bij de logopedie, zodat die het fiat geeft dat ze het zelf mogen gaan doen. Nee, het is niet zorgwekkend (niet zorgwekkend). Dus vaak is het uh, uh goed bedoeld . Ja, goed bedoeld van nou wilt u dat doen, nou prima. Ja, zo werken we niet, ook als het nog zo goed is bedoeld, maar dat doen we niet. Maar goed, ja het komt wel voor. Dan ga ik een gesprekje aan en dan gaan we vertellen welke adviezen er zijn en blijven ze daar hardnekkig in, dan verwijst ik ze naar de logopedie en ik licht ook de logopedie in, zodat die persoon uitgenodigd kan worden en .. nou de gevolgen daarvan uitgelegd wordt.... wanneer ik dit samenvat, deze vraag, dan verloopt ook via de familie, wanneer familie, uh, wil betrokken worden bij het aanbieden van voeding, loopt het altijd via de logopedie .
--	--

Deelvraag 4

Hoe kan worden bereikt dat de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies worden opgevolgd?

R 1	 als ze dik vloeibare maaltijden dan uh stimuleert dat niet om te eten, want dat ziet er niet zo fris uit over het algemeen. ... kan je het met een praatje er nog wel in krijgen. Maar heel vaak als ze het zien, nou ik moet het niet.... .. vaak is het bij onze doelgroep best wel lastig om dat goed binnen te krijgen bij ze, maar met een praatje een grapje en een beetje aandacht, meestal lukt het wel dat ze gaan eten.. Ja we hebben een familie, die het daar echt niet mee eens is omdat moeder aangeeft dat ze het niet lekker vindt en op een gegeven moment is toen een gesprek geweest met een arts en logopedie dat de familie hun eigen verantwoordelijkheid neemt. ... Maar ik denk als het met de hand geschreven, dat dat kwijt gaat raken, en ieder heeft in principe de rapportage (ja). Dus als het goed is, is iedereen altijd wel op de hoogte van de uh, nieuwe adviezen. een bewustwording op longontsteking en verslikken en stikken. Ja, dus wat ik me wel afvraag....je verwacht op een gegeven moment van wel, maar als het structureel verkeerd gaat, ja. Je schrijft vaak op dan van uh, uhm, heeft kans op een longontsteking. dan komt de kennis, de slikcursus en het herhalen van de slikcursus en vooral bij nieuwe collega's, komt eigenlijk weer naar voren dat dat heel erg belangrijk is. .. dingen zoeken die ze ook lekker vinden, maar wat wel in het voedingsadvies past. .. , ik denk dat een verplichte slikcursus sowieso al voor hen heel goed zou zijn.. en informeren.
-----	---

	Een slikcursus. de achterliggende gedachte is gewoon heel goed. In zijn algemeenheid dat er wat meer aandacht voor is, wat meer bewustwording is voor iedereen Ik vind gewoon dat je moet lezen wat er in de computer staat en dat je dat gewoon moet naleven.
R 2	... het wordt hier eigenlijk wel duidelijk gedaan doordat ook iedereen op zijn, iedere ochtend kan je een briefje meepakken uit de zusterpost met alle cliënten d'rop en daar staat onder andere een kopje uh op met wat mensen eten en drinken (uhum). Dus wat dat betreft vind ik het op deze afdeling wel heel goed..... een overdracht, ze gebruiken het bij de overdracht, twee keer per dag, alle cliënten staan d'r op... 's nacht wordt het bijgewerkt. voor de zorg eigenlijk een formulier waarbij ze voor elke cliënt zien ze hoe die benaderd moet worden ... veel lastiger om gelijk te weten wat iemand mag hebben, zeker voor poolers of mensen die niet zo vaak op de afdeling werken. ...een keer in de twee weken is voor elke cliënt een MDO of een overleg in ieder geval, de arts en de verpleging en de dokter..... daar heb ik niks mee te maken. van de zorg gaat daar heen , de verpleegkundige ... De arts zit daarbij... maatschappelijk werk.... en de zorgmanager ... het inzetten van familieleden bij maaltijden er toe kan leiden dat de cliënt adviezen beter naleeft, of in ieder geval dat het eten beter gaat. Ja bij de een wel en bij de ander niet. Ja, bij mensen die echt alleen maar komen om zo iemand te helpen met eten, dan gaat het vrij, meestal wel goed. Maar d'r zijn ook mensen die gaan zich met andere mensen bemoeien in de eetkamer, en dan gaat het slecht... er een duidelijke opdracht ligt van ik ga vader helpen met eten .. gaat het vaak wel goed... Het is echt maar een hele uitzondering als familie bij de maaltijden mag zijn.... het heel druk wordt in de huiskamer..., onrustig voor omgeving en familieleden, ter ondersteuning, uh, oefenavonden of workshops of extra informatieavonden te creëren om inzicht te krijgen wat er op zo'n afdeling zich afspeelt, rondom eten en...dat zou denk ik wel eens handig zijn, want ja, mensen denken altijd dat ze in een soort hotel zitten en dat ze de enige zijn en je kan niet 30 mensen tegelijk helpen. Dus ik denk dat het wel handig zou zijn als iedereen een ochtendje mee zou lopen ... alleen de mensen die de cursus hebben gedaan, die mogen mensen met slikproblemen helpen... een nieuw iemand op afdeling, moet je eerst vragen van joh heb jij de slikcursus wel gehad... een vereiste is dat iedereen als basis dat moet hebben bij deze doelgroep. Het zou wel veel makkelijker zijn. Maar meestal krijgen ze hem wel, maar dan ja, of veel later dan dat ze op de afdeling komen, of zijn ze bij onze afdeling al weer weg eer dat ze hem krijgen en dat is dan jammer... Voordat ze aan bed komenlijkt me we wel handig, want dan kunnen ze ook gelijk helpen met eten geen en uh drinken geven. zijn ook verplichte cursussen ja. Ja, voor de voedingsassistenten sommige slikcursussen voor sommige collega's heel lang geleden is (ja). Vind jij dat belangrijk om dat regelmatig op te frissen? Ik denk wel dat dat wel handig zou zijn als

	iedereen hem nog eens zou volgen. Ik vind het voor mijzelf ook omdat je toch, het is een beetje weggezakt en bij sommige dingen heb je echt zo iets van oh ja, hoe was het ook al weer. Ik zou wat meer tijd willen hebben voor de mensen met slikproblemen, zodat ze vaker op een dag drinken en eten aangeboden kunnen krijgen.... meer overleg met de zorg...je moet echt gaan vragen om de informatie.... het zou ook prettig zijn als je het gewoon mondeling even te horen kreeg.... wij zitten ook eigenlijk niet bij de overdracht..... het zou mooi zijn als je een samenvatting krijgt van de twee wekelijkse overleg.... als daar dingen van ons besproken worden.
R 3	.. mijn voorkeur heeft altijd persoonlijk en mensen komen ook eigenlijk altijd wel over de vloer en dan leg ik uit dat hoe een slikbeweging gaat, of een slikstoornis is en welke slikstoornis hun familielid heeft en waarom het zo belangrijk is om aan het advies te houden. ... het inzetten van familieleden, bij de maaltijden... dat kan heel handig zijn, absoluut... familie heeft altijd meer ingang bij iemand dan onbekenden en wij zijn in principe onbekenden voor mensen..., als een familielid overtuigt is van de noodzaak van de adviezen kan die heel goed met de patiënt in overleg... en bovendien familie heeft vaak meer tijd om eten te geven dan verzorging... zeker als het een patiënt is die uh langzaam moet eten, rustig moet eten, of gewoon niet snel kan (uhum) is het zeer wenselijk om familie in te schakelen.. ... Vroeger was het natuurlijk veel hiërarchischer (ja). En deed je gewoon wat je gezegd werd op verschillende niveaus (ja). Uhm, dat is een beetje weg.. op eigen houtje handelen...zonder de nodige kennis of het inzicht niet hebben dat je niet de nodige kennis hebt. ...problemen rondom eten en drinken, uhm mondhygiënecursus, uhm,.. ... dan klinische lessen, maar die worden al gegeven..., de precursus wordt gegeven.. Problemen rondom eten en drinken... nou ja verspreid over het jaar heb je meerdere cursusmomenten en uhm, je stroomt in als je die cursus nog niet gevolgd hebt... worden al lessen gegeven, dat is normaal in je logische oplossing voor kennistekort (ja). Maar blijkbaar is dat niet altijd afdoende en voldoende. ... Het is misschien handig als er een slikpatiënt is, daaromheen misschien een soort klinische les te bouwen. ..., is het handig om een bepaalde frequentie, dat je een herhaalcursus doet of een, uh, een verkorte uh cursus erna.. maar zover zijn we nog niet. Volgens mij is het vorig jaar, of het jaar daarvoor, weet ik niet meer precies, is pas, uh, de precursus verplicht gesteld voor alle mensen van V&V.. denk wel dat op termijn, uh, herhaling heel belangrijk is, uhm en uh, wat mogelijk een idee zou zijn is dat, je hebt op de afdeling een tilspecialist, een COPD- specialist, dat je ook een dysfagie specialist instelt.. een interactieve workshop rondom eten en drinken... De precursus wordt heel vaak gegeven... Problemen rondom eten en drinken.

	... zo'n workshop ook handig voor familieleden die daarin geïnteresseerd zijn. ... dan individueel, ad hoc, op het moment dat het zich voordoet cliënt met uh familielid (ja), wordt het even opgepakt.. , dan zorg ik gewoon dat de afdeling me belt, als de familie er is (ja) en dan ik ga ik dan ter plekke de adviezen uitleggen en uh de problemen die ervaren worden ... eens schriftelijke adviezen aan familie meegegeven... soms wordt het alleen mondeling gedaan, overgedragen. Van mij mag het altijd uitgeprint worden ... wat ik soms zou willen veranderen is uhm, betrokkenheid bij het probleem, uhm denk ik dus, en dat hangt met elkaar samen, je kan pas betrokken zijn als je voldoende kennis hebt. ... ook soms zijn mensen zo gedesinteresseerd in uh wat de consequenties zijn van het niet opvolgen van adviezen. ... we hebben hele betrokken voedingsassistentes en die maken ook wel eens fouten, maar dat is vaak vanuit de goedheid van hun hart. ... soms net niet goed kunnen inschatten hoe het verder loopt, daar heb ik minder problemen mee, dan iemand die totaal gedesinteresseerd zegt en zo van nou die kan wel een boterham eten. ... De desinteresse vind ik het ergst en daarnaast denk ik dat kennis vergroten.. Het opleidingsniveau in de verpleeghuiszorg is achteruitgegaan, omdat door bezuinigingen de niveaus die aangenomen worden, steeds lager worden ... je niveau 2 tot en met 4, waarbij 4 de supervisors zijn van nummer 2... als je geen nummer 4 meer hebt, wie heeft dan het overzicht en wie instrueert dan verzorgende nummer 2 en 3 .. niveau 2 tot en met 4. MBO nummer 4, niveau nummer 4 (is MBO), is bijna HBO, zit onder HBO, en dat zijn verpleegkundigen met heel veel overzicht en heel veel kennis en die heb je op een afdeling nodig om ook een visie uit te dragen en de consequenties uit te leggen. Die zijn er niet meer. ... Ik vind dat niveau 4, dat elke afdeling in ieder geval een nummer 4 zou moeten hebben om iets uit te dragen, om iets over te dragen. ... ik denk dat je heel veel fouten voorkomt en de zorg een heel stuk kwalitatief verbeterd door ook op afdelingen niveau 4 te zetten. Wie zich verantwoordelijk voelt voor dit soort dingen.
R 4	... klinische lessen worden gegeven...door personeel... dat kunnen allemaal verschillende onderwerpen zijn... ook vaak door leerlingen gegeven of gewoon ook gediplomeerden... bijvoorbeeld een klinische les over slikproblemen.. CVA's of uh wondbehandeling... tiltechnieken. naar toegaan als het werk het toelaat dan kan je daar even, kan je zo'n klinische les bijwonen... je kan niet altijd van de afdeling weg als de personeelsbezetting niet voldoende is

	kan je je afdeling niet in de steek laten... dan wordt besproken dat uh dat er dan te weinig personeel op dat moment is ..., dat is wij wel eens dat wij hier nieuwe personeelsleden op de afdeling krijgen en die moeten wachten tot ze de cliënten kunnen helpen tot ze de cursus hebben gedaan. Maar ik heb geen inzicht in hoelang dat duurt.... Dat wij kunnen zien dan en dan is die cursus.. cursusoverzicht wanneer de eerstvolgende slikcursus gegeven wordt. Betekent dat dat een nieuwe collega niet inzetbaar is bij het slikken? Nee, die mogen niet uh... al personeelsleden die cursus niet hebben gevolgd zullen ze dat ook eerst moeten doen. altijd toch verstandig om altijd even hier de cursus te volgen..... denk dat het wel een verplicht karakter heeft..... vind ik echt een goed idee (ja) om daar nog eens uh, om dat nog eens te herhalen. Maar hoe ervaar je de betrokkenheid, de kennis en de vaardigheden als je daar naar kijkt? algemeen, wisselend, ik wil geen oordeel geven.... zijn die verschillen dermate dat je weleens vraagtekens zet bij jezelf. Dat je denkt van... Nou ik denk wat dat je daar iemand persoonlijk op moet aanspreken (OK), om iemand wat meer betrokken te laten zijn met de cliënt (ja), ja in hoeverre dat kan, is ook verschillend aan de persoon (ja). Niet iedereen staat daar open voor helaas (ja)... misschien ook te maken met bewustwording. Ja, de kennis moet omhoog.. bereidwilligheid daarvoor.... collega's die hebben een wisseling gemaakt omdat die misschien gewoon oververmoeid waren van de druk die op de afdeling was en ja die is er nog wel, dus uh, het is gewoon een hele drukke afdeling en dat heeft de afdeling wel goed gedaan (die wisseling), die wisseling ja... het heeft er ook vaak mee te maken hoe lang iemand hier werkt.... kan een nadeel zijn want je bent gehospitaliseerd.. flexibiliteit.. is eruit. En op wat voor manier zou dat kunnen veranderen? ... dat hebben we inmiddels door personeel te switchen..... een beetje nieuw bloed erbij.. maar dan blijven er nog mensen die al langer hier werken en ja, die voelen zich toch uh een of andere manier..... .. Kennis, inzicht en bewustwording .. dat zou misschien helpen. Door nieuwe kennis krijg je nieuw inzicht (ja) en een andere bewustwording dat je dan openstaat voor nieuwe ontwikkelingen (ontwikkelingen ja). Dus dat zou (ja) ook een mogelijkheid kunnen zijn. , ik zie altijd dat er op de afdeling uh logopedie dus ook bij de cliënten langskomen en uh je ziet dan ook echt vorderingen bij de cliënten ontstaan in de spraak en daar zou ik nou nog wel eens uh wat overleg, hoe de situatie op dat moment is, en welke vorderingen een cliënt bijvoorbeeld maakt en waar ze mee bezig zijn. Dus misschien het lesmateriaal laat ik het even zo noemen, waar ze mee aan de gang gaan (OK). Zodat je ook uhm tijdens de zorg eens zo'n momentje pakt om dat op te pakken om dat te oefenen.... met het zorgmoment.
R 5	...want die adviezen zijn te vinden in het ECD. Ze zijn te vinden in de uh, uh, keuken, uh, uh, in de voedingsmap van de voedingsassistente. Dus ik kan ze altijd in ieder geval terugvinden en uh, uh, als je dat niet doet, ja dat is je eigen genomen risico en dat heb je je eigen niet op de hoogte gesteld (OK). Ik zou niet weten hoe dat nou nog duidelijker, en als jullie een rapportage geschreven hebben en je kijkt op de historie, je gaat lezen de volgende dag dan zie ik wel altijd dat voorbij komen, daarna verdwijnt tie natuurlijk (uhum). Maar bij enige

	twijfel kun je altijd weer terugzien in uh, dat uh, in het werkplan van de logopedie kun je alles weer terugvinden. Ja, d'r is een, uh, een werkinstructieblad en als het goed is staat daar ook nog het een en ander op, zodat je dus oproepkrachten.... I: Ja, dus u laat mij nu zien een overzicht waarbij de cliënten per kamer wordt genoemd en de reden van opname, maar ook de reden van mogelijke voedselwijziging en als ik u goed begrijp is dit een overzicht wat elke dag wordt uitgeprint (ja). Dat een echtgenoot, soms uh, beter uh, ja, uit kan leggen, of in ieder geval kan attenderen van wat de bedoeling is. En dat een verzorgende dat niet altijd van aangenomen wordt, ja, ja dat heeft denk ik te maken met een stukje karakter, of met inzicht. Ja, ja, ook, uh uh, natuurlijk, ze hebben veel beter uh zicht op wat iemand gewend was om te eten, of waar de voorkeur lag (uhum). Daar zijn ze toe in staat en soms zijn ze beter in het motiveren. Omdat ze betere voorbeelden en dergelijk weten te vinden als wij. ... kijk aan de familie, dan zou ik zeggen van uh, uh, dat is mondeling en ook stukje met schriftelijke ondersteuning. Ja, en voor de verpleging, ja, dan lijkt mij dat heel duidelijk professioneel, dat gaat gewoon in het ECD, duidelijk leesbaar. Daar moet je de tijd voor nemen. ... t is je eigen verantwoording. Als je 's morgens komt dan ga je lezen, je gaat niet zonder informatie beginnen, tenminste ik doe het niet... Over het algemeen zie ik dat iedereen daar de tijd voor neemt ...Uitzonderingen daar gelaten. Vaak zijn dat dan, is dat weer een oproepkracht die dan uh, zeg maar meeloopt en die dan van nou waar kan ik beginnen. Nou dan ondervang je d'r al een deel van door dat, dat uh overdrachtsformulier, dat je daar al het en een ander op terug kan.... Dan ondervang je al vast een aantal dingen. ... als het echt noodzakelijk is dat de familie dat doet dan heb ik dat liever wel. Maar als dat niet zo is, heb ik ze ook liever niet in de huiskamer want ik wil niet teveel dat er gestoord wordt. De aandacht moet er wel zijn voor eten en drinken en aangezien de mensen snel afleidbaar zijn, kunnen we gauw in de problemen komen. , ik denk dat over het algemeen de basiskennis er wel, wel is, maar het zou beter kunnen. ...Dat je ook weet hoe technisch het uh, uh slikken in elkaar zit en waar dan ook vaak de bottleneck zit. Waarom je iets van verdikking geeft of gemalen en dergelijke en wat ook zeg maar ja technisch hoe het slikken dan verloopt.... het hele proces van voorzorg slikproces en het nazorg na het slikproces, dat dat goed in kaart wordt gebracht en dat men dat goed voor ogen heeft. ... Die zijn er nog, die zijn er nog wel, ik weet dat iedereen, zeg maar, daar aan deelgenomen moet hebben, voordat die uh, uh, mag uh, helpen bij het eten, dus de verzorgenden moeten dat wel gehad hebben... een slikcursus is wel verplicht. ... Uh, nee, eigenlijk niet, want d'r zou eigenlijk zeg maar steeds een vervolg of in ieder geval een, een herhaling om ja te weten wat uh is iedereen nog eens duidelijk wat uh, hoe de stand van zaken is. .. Ze moeten eigenlijk eerst de slikcursus gehad hebben.. tot die tijd zijn ze niet inzetbaar..Is wel eens onhandig, omdat zo'n cursus wordt maar eens in de zoveel tijd gegeven, ..En dan
--	---

	denk ik ook van, kijk als je gediplomeerd ben, je hebt dat briefje natuurlijk niet zomaar gekregen, maar het is natuurlijk ook wel zo dat je wel moet weten, uh, uh, wat die slikproblemen inhouden. En of je dat voldoende in je opleiding krijgt, daar twijfel ik aan. Als je kijkt naar mijn eigen opleiding tot verpleegkundige, is er niet of nauwelijks aandacht voor geweest . En dan wordt het gezegd onder een stukje zelfstudie, nou dat werkt niet. ...over interactieve workshops, zo rondom eten en drinken. Dat is een goede ontwikkeling, want dan kun je op elk gewenst moment van de dag kun je dat doen. E-learning lijkt mij ook een prima.Omdat je dat kan koppelen aan beeldmateriaal en uh en schriftelijk materiaal, ... want je kunt er thema's aan koppelen D'r zijn eigenlijk best wel heel veel contactmomenten. Iedereen die op de afdeling, nou die spreek ik wel (uhuh). We hebben een keer in de, in de veertien dagen, ja het is eigenlijk iedere week, alleen dan zeg maar in week 1 is unit A aan de beurt en in week 2 is unit B, maar daar wordt iedereen besproken waar alle behandelaars bij zitten. En dat is voor mij uh is dat voldoende en tussendoor dan stel ik mijn vragen wel. ..wel aandacht aan besteed aan de, de mondzorg ...wat ik al zei dat mensen na het eten vaak zo op bed worden gelegd en die stille aspiraties die worden ernstig onderschat en dat is eigenlijk, wel heel erg, heel erg belangrijk en wat ik dan hieruit proef dat mensen die een cursus gehad hebben (uhuh) en dan bedoel ik niet die mondzorgcursus, maar hetzij neurorevalidatie of anderszins (uhuh), dat daar vaak onvoldoende aandacht uh voor is. ...dat is gewoon een vast ritme, zodra iemand naar bed gaat, dan uh, is het op zijn minst gebit uit en anders is het tanden poetsen of mondspoelen, maar er moet wel wat gebeuren , voordat ze in bed komen te liggen . En of dat nou is om te rusten of om te slapen, het zal moeten geschieden.
--	--

Bijlage B. Open coderen

Deelvraag 1: Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies gegeven?

Logopedie, verslag ECD (elektronisch cliënten dossier), mondeling, schriftelijk, voordoen, uitgebreide rapportage via ECD, slikcursus, overdrachtsformulier, behandelplan van de logopedie, boek met afspraken van de voedingsassistenten, diëtiste, keuken, voedingsmap, WIB formulier, werkinstructie begeleiding formulier, ECD (elektronisch cliëntendossier), uitleg, mondeling, schriftelijk, rapportage, voordoen, WIB formulier, werkinstructie begeleiding formulier, informatiemap, foldertjes, het elektronisch zorgdossier, slikcursus, PRED- cursus, in groepsverband, persoonlijk, één op één met familielid, logopedie, voordoen, uitgebreide rapportage via ECD, overdrachtsformulier, behandelplan van de logopedie, boek met afspraken van de voedingsassistenten, diëtiste, keuken, voedingsmap.

Deelvraag 2: Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies uitgevoerd?

Gewoon drinken, verdikt drinken, dun vloeibaar, dik vloeibaar, koud, warm, appelmoes, dikte A,B,C., een schepje, twee schepjes, drie schepjes, voedingsconsistenties, speciaal bestek, speciale bekertjes, speciale borden, slikproblemen, makkelijker slikken, doorslikken, uithoesten, rechtop zitten, slikadvies, logopedist, sliktherapie, sliktechnieken, naleven, voedingsassistente, de zorg, mondzorg, gebit, maaltijd verdikt, slijm, in de gaten houden, verslikken, arts, voedingsmap, ECD lezen, zorgverleners in bezit van slikcursus, WIB formulier, werkinstructie begeleiding formulier, wrijven strottenhoofd activeren slikreflex, slikadvies logopedist, verdikt drinken, koud vloeibaar, dik warm vloeibaar, gemalen, pap, moesje, koude appelmoes, warme maaltijden, warm houborden, speciale bekertjes, twee oren bekertjes, advies volgen van de logopedist, computer, verdikt, gemalen, gewoon, dik vloeibaar, gewone maaltijd, dun vloeibare maaltijd, koud dik vloeibaar, verdikkingsmiddel, dikte A,B of C, A een schepje, B twee schepjes, C drie schepjes verdikkingsmiddel, verdikt bestek, warm waterborden, speciale bekertjes, logolepels, theelepels, eetlepel, makkelijker slikken, doorslikken, doorhoesten, rechtop zitten, arousal, nazorg, mondzorg, slijm, logopedische sliktest, voedingsassistenten, hulpverleners, toezicht eten, mensen helpen eten, eettempo afremmen, proppen, checken voedingsconsistentie met advies, mond spoelen, gebit spoelen, mond leeg dan volgende hap, facilitatie onder de kin slikinzet, hoofdhouding, kaaksteun, lipsluiting, lepel bolle kant lepel druk op tong, stoppen hoesten, uit laten hoesten.

Deelvraag 3: Wat zijn de redenen en/of oorzaken om de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies niet op te volgen?

Structureel verkeerd geven, rapportage lezen en nog verkeerde krijgen, niet aanspreken op de gevolgen, vaak bewust, pap niet lekker, goede bedoelingen, tegen adviezen in logopedie, geen slikcursus, niet goed begrijpen, geen tijd nemen bij het eten, geven wat lekker is, goede bedoelingen, verdikkingsmiddel vergeten, niet lekker, misselijk, proeft raar, bewust geen verdikkingsmiddel, eigen risico formulier tekenen, verantwoording bij familie, aanspreken, onkundigheid, onwetendheid, betrokkenheid, nieuw personeel, bewustwording consequenties, familie drinkmomenten, aangepaste voeding niets vinden, oneens advies, Structureel verkeerd geven, rapportage lezen en nog verkeerde krijgen, niet aanspreken op de gevolgen, vaak bewust, pap niet lekker, goede bedoelingen, tegen adviezen in logopedie, geen slikcursus, niet goed begrijpen, geen tijd nemen bij het eten, geven wat lekker is, goede bedoelingen, verdikkingsmiddel vergeten, niet lekker, misselijk, proeft raar, bewust geen verdikkingsmiddel, eigen risico formulier tekenen, verantwoording bij familie, aanspreken, onkundigheid, onwetendheid, betrokkenheid, nieuw personeel, bewustwording consequenties, familie drinkmomenten, aangepaste voeding niets vinden, oneens advies, teveel wisseling van personeel, niet voldoende geïnformeerd over de bestaande afspraken, vasthouden aan oude afspraken in plaats van aan de nieuwe afspraken, oproepkrachten,

inzetten familie bij eten fiat logopedie, goede bedoelingen, drukte, snel afgeleid, bemoeienis met anderen.

Deelvraag 4: Hoe kan worden bereikt dat de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies worden opgevolgd?

Ompraten, stimuleren, grapje maken, aandacht geven, bewustwording over longontsteking, uitleg over verslikken en stikken, verplichte slikcursus, opfris slikcursus, herhalen slikcursus, smakelijk alternatieven, ECD lezen, familie inzetten, duidelijke opdracht aan familie, geen drukte en onrust, interactieve informatie avonden familie, slikcursus voordat aan bed komen, ophalen kennis, nieuwe collega's direct slikcursus, gericht overleg, samenvatting MDO overleg, mondeling overdracht aanvullend, uitleg slikbeweging met slikstoornis, belangrijkheid advies volgen, familie overtuigt cliënt advies te volgen, langzaam eten, concentratie, rustige omgeving, familie inschakelen, cliënt overtuigen, PRED- cursus, cursus Problemen rondom eten en drinken, klinische lessen, frequentie verhogen van de PRED- cursus, verkorte cursus, slikcursus verplicht stellen, dysfagie specialist instellen, familieleden slik workshop, ad hoc aan familie uitleg geven, schriftelijk advies meegeven, meer betrokkenheid bij probleem, ombuigen desinteresse, consequenties uitleggen, alert zijn op fouten uit goedheid, meer niveau 4 op de afdeling, voldoende personeelsbezetting, nieuw personeel direct slikcursus, herhalen slikcursus, bewustwording, kennis en bereidwilligheid moet omhoog, nieuw bloed , oefenen huiswerk cliënt. Maaltijd ziet niet zo fris, praten, stimuleren, grapje, aandacht, bewustwording longontsteking, verslikken, stikken, slikcursus, opfris slikcursus, herhalen slikcursus, slikcursus verplichten, lekkere alternatieve zoeken, ECD lezen, overdrachtsformulier, nieuw personeel direct slikcursus, familie inzetten bij maaltijden, duidelijke opdracht familie, drukte huiskamer, onrustig huiskamer, interactieve informatie avonden familie slikcliënten, meeloopdag voor familielid, slikcursus voordat aan bed komen, opfrissen, kennis weggezaakt, tijdgebrek, nieuwe collega's, gericht overleg, samenvatting MDO overleg, mondelinge overdracht aanvullend, voedingsmap, keuken, historie lezen, rapportage lezen, werkplan logopedie lezen, werkinstructieblad lezen, instrueren oproepkrachten, overdrachtsformulier, voedingsoverzicht per dag alle cliënten, inzetten familie, uitleg advies door familie leidt tot acceptatie, familie kent karakter en voorkeur, inzicht, familie meegeven instructie schriftelijk naast mondeling, tijd nemen lezen ECD, familie duidelijk opdracht geven bij eten, kennis voorzorg en nazorg slikproces vergroten, niet zonder informatie beginnen, over interactieve workshops, zo rondom eten en drinken een goede ontwikkeling, e-learning, koppelen aan beeldmateriaal, schriftelijk materiaal, thema's, aandacht nazorg mondverzorging.

Bijlage C. Coderen clusteren

Deelvragen	Kernwoorden/clusteren
Deelvraag 1 <i>Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies gegeven?</i>	Logopedist, diëtist, mondeling, schriftelijk, voordoen, uitleggen, uitgebreide rapportage via ECD, verslag ECD (elektronisch cliënten dossier), overdrachtsformulier, behandelplan van de logopedie, boek met afspraken van de voedingsassistenten, voedingsmap, WIB formulier, werkinstructie begeleiding formulier, informatiemap, foldertjes, slikcursus, PRED- cursus, in groepsverband, persoonlijk, één op één met familielid.
Deelvraag 2 <i>Hoe worden de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies uitgevoerd?</i>	Voedingsconsistenties, gewoon drinken, verdikt drinken, dun vloeibaar, dik vloeibaar, koud, warm, appelmoes, koud vloeibaar, dik warm vloeibaar, gemalen, pap, moesje, warme maaltijden, verdikt, gemalen, gewone maaltijd, dun vloeibare maaltijd, koud dik vloeibaar, verdikkingsmiddel, dikte A,B of C, A een schepje, B twee schepjes, C drie schepjes verdikkingsmiddel, maaltijd verdikt. Speciaal bestek, speciale bekertjes, speciale borden, warm houdborden, speciale bekertjes, twee oren bekertjes, handycup, verdikt bestek, warm waterborden, logolepels, theelepels, eetlepel. Slikproblemen, makkelijker slikken, doorslikken, uithoesten, slikadvies, sliktherapie, sliktechnieken, wrijven strottenhoofd activeren slikreflex, mond leeg dan volgende hap, facilitatie onder de kin slikinzet, hoofdhouding, slijm, kaaksteun, lipsluiting, lepel bolle kant lepeldruk op tong, verslikken, stoppen hoesten, uit laten hoesten, rechtop zitten, doorhoesten, arousal, nazorg, in de gaten houden, toezicht bij eten , mensen helpen eten, eettempo afremmen, propfen, checken voedingsconsistentie met advies, mond spoelen, kunstgebit spoelen, mondzorg, gebruik kunstgebit. Logopedist, arts, voedingsassistente, zorgverleners in bezit van slikcursus, hulpverleners. Voedingsmap, ECD lezen, WIB formulier, werkinstructie begeleiding formulier, advies volgen van de logopedist, logopedische sliktest.
Deelvraag 3 <i>Wat zijn de redenen en/of oorzaken om de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies niet op te volgen?</i>	Structureel verkeerd geven, rapportage lezen en nog verkeerde krijgen, niet voldoende geïnformeerd over de bestaande afspraken, vasthouden aan oude afspraken in plaats van aan de nieuwe afspraken, onzorgvuldig lezen, Pap niet lekker, vanuit goede bedoelingen, vaak bewust iets anders geven, misselijk, proeft raar, bewust geen verdikkingsmiddel, geven wat lekker is, verdikkingsmiddel vergeten, niet begrijpen, verminderde cognitie, snel afgeleid, Tegen adviezen in logopedie, niet aanspreken op de gevolgen, geen slikcursus, niet goed begrijpen, geen tijd nemen bij het eten, niet kunnen inschatten van risico's, eigen risico formulier tekenen, verantwoording bij familie, niet aanspreken op gedrag, onkundigheid, onwetendheid, desinteresse, weinig betrokkenheid, nieuw personeel, teveel wisselende oproepkrachten, niet bewust van consequenties, uit het zicht zijn in een restaurant, geen ziekte inzicht, basale behoefte van familie om te voeden, familie vaak bij drinkmomenten, aangepaste voeding niets vinden, oneens over advies, teveel

	wisseling van personeel, inzetten familie bij eten fiat logopedie, goede bedoelingen, drukte, snel afgeleid, bemoeienis met anderen, verschillen in betrokkenheid , kennis, inzicht en vaardigheden, langer hier werken, gehospitaliseerd, minder flexibiliteit, eigen verantwoording, goede bedoelingen, oneens advies.
Deelvraag 4 <i>Hoe kan worden bereikt dat de logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies worden opgevolgd?</i>	Ompraten, stimuleren, grapje maken, aandacht geven, bewustwording over longontsteking, uitleg over verslikken en stikken, smakelijke alternatieven, Verplichte slikcursus, opfris slikcursus, herhalen slikcursus, ECD lezen, slikcursus voordat aan bed komen, ophalen kennis, nieuwe collega's direct slikcursus, gericht overleg, samenvatting MDO overleg, PRED- cursus, cursus Problemen rondom eten en drinken, klinische lessen, frequentie verhogen van de PRED- cursus, verkorte cursus, dysfagie specialist instellen, maaltijd ziet niet zo fris, opfrissen van weggezakte kennis, kennis voorzorg en nazorg slikproces vergroten, niet zonder informatie beginnen, over interactieve workshops rondom eten en drinken een goede ontwikkeling, e-learning, koppelen aan beeldmateriaal, schriftelijk materiaal, thema's, aandacht nazorg mondverzorging. ECD lezen, tijd nemen lezen ECD, nieuw personeel direct slikcursus, ombuigen desinteresse, consequenties uitleggen, alert zijn op fouten uit goedheid, meer niveau 4 op de afdeling, voldoende personeelsbezetting, nieuw personeel direct slikcursus, herhalen slikcursus, verantwoordelijk gedrag tonen, bewustwording, kennis en bereidwilligheid moet omhoog, nieuw bloed , oefenen huiswerk cliënt, tijdgebrek, gericht overleg, samenvatting MDO overleg, mondelinge overdracht aanvullend, voedingsmap, historie lezen, rapportage lezen, werkplan logopedie lezen, WIB lezen, instrueren oproepkrachten, overdrachtsformulier, voedingsoverzicht per dag alle cliënten. Familie inzetten, familie duidelijk opdracht geven bij eten, duidelijke opdracht aan familie, geen drukte en onrust in huiskamer, mondeling overdracht aanvullend, uitleg slikbeweging met slikstoornis, belangrikheid advies volgen, familie overtuigt cliënt advies te volgen, langzaam eten, concentratie, rustige omgeving, familie inschakelen, cliënt overtuigen, familieleden slik workshop, ad hoc aan familie uitleg geven, schriftelijk advies meegeven, meer betrokkenheid bij probleem, familie inzetten bij maaltijden, interactieve informatie avonden familie slikcliënten, meeloopdag voor familielid, uitleg advies door familie leidt tot acceptatie, familie kent karakter en voorkeur, inzicht, familie meegeven instructie schriftelijk naast mondeling.

Bijlage D. Codes ordenen

Groeperen	Ordering
Betrokkenen logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies geven	Logopedist, diëtist, arts.
Betrokkenen logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies uitvoeren	Verpleegkundige, voedingsassistente, EVV 'er, verzorger, hulpverlener, familie.
Wijze van informatieoverdracht van logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies	Duidelijk logopedische rapportage, ECD, schriftelijk, mondeling, uitleggen, voordoen, cursussen, behandelplan van de logopedie, slikcursus, overdrachtformulier, voedingsmap, WIB formulier, werkinstructie begeleiding formulier, informatiemap, folders, slikcursus, PRED- cursus, in groepsverband, persoonlijk, één op één met familielid.
Doelgroep	Niet aangeboren hersenletsel, dementie, verminderde begrip, verminderde cognitie, dysfagie, slikproblemen.
Redenen voor slikadvies	Slikproblemen, makkelijker slikken, risico longontsteking, slechte slikfunctie, moeite met doorslikken, hoesten, veilig eten en drinken, activeren en stimuleren slikreflex, verslikken, stikken,
Voedingsconsistenties	Verdikt, gemalen, koud, warm, gewoon, dik vloeibaar, gewone maaltijd, dun vloeibare maaltijd, koud dik vloeibaar, verdikkingsmiddel, dikte A,B of C, A een schepje, B twee schepjes, C drie schepjes verdikkingsmiddel
Voorwaarden / eten	Rechtop zitten, arousal, alertheid, slikfunctie aanwezig, voldoende cognitie, begrip.
Hulpmiddelen bij het eten	Speciaal bestek, speciale bekertjes, speciale borden, warm houdborden, speciale bekertjes, twee oren bekertjes, handycup, verdikt bestek, warm waterborden, logolepels, theelepels, eetlepel.
Technieken om veilig te eten	Zithouding, hoofdhouding, arousal (alertheid), sliktherapie, slikcursus, sliktechnieken, mondverzorging, gebitprothese, facilitatie slikinzet, lepel druk op tong, eettempo afremmen, mond leeg dan volgende hap, kaaksteun, lipsluiting.
Acties eten stimuleren	Ompraten, begrip tonen, stimuleren, grapje maken, aandacht geven, passend smakelijke alternatieven, uitleg geven, kleine porties, aangepast bestek, maaltijd lekker uitzien,
Redenen niet opvolgen slikadvies	Structureel verkeerde voeding geven, rapportage lezen en nog verkeerde krijgen, niet voldoende geïnformeerd over de bestaande afspraken, vasthouden aan oude afspraken in plaats van aan de nieuwe afspraken, onzorgvuldig lezen. Pap niet lekker, vanuit goede bedoelingen, vaak bewust iets anders geven, misselijk, proeft raar, bewust geen verdikkingsmiddel, geven wat lekker is, verdikkingsmiddel vergeten, niet begrijpen, verminderde cognitie, snel afgeleid. Tegen adviezen in logopedie, niet aanspreken op de gevolgen, geen slikcursus, niet goed begrijpen, geen tijd nemen bij het eten, niet kunnen inschatten van risico's, eigen risico formulier tekenen, verantwoording bij familie, niet aanspreken op gedrag, onkundigheid, onwetendheid, desinteresse, weinig betrokkenheid, nieuw personeel, teveel wisselende oproepkrachten, niet bewust van consequenties, uit het

	zicht zijn in een restaurant,geen ziekte inzicht, basale behoefte van familie om te voeden, familie vaak bij drinkmomenten, aangepaste voeding niets vinden, oneens over advies, teveel wisseling van personeel, inzetten familie bij eten fiat logopedie, goede bedoelingen, drukte, snel afgeleid, bemoeienis met anderen, verschillen in betrokkenheid , kennis, inzicht en vaardigheden,langer hier werken, gehospitaliseerd,minder flexibiliteit, eigen verantwoording, goede bedoelingen, oneens advies.
Kennis en vaardigheden	Verplichte slikcursus, opfris slikcursus, herhalen slikcursus, ECD lezen, slikcursus voordat aan bed komen, ophalen kennis, nieuwe collega's direct slikcursus, gericht overleg, samenvatting MDO overleg, PRED-cursus, cursus Problemen rondom eten en drinken, klinische lessen, frequentie verhogen van de PRED- cursus, verkorte cursus, dysfagie specialist instellen, maaltijd ziet niet zo fris, opfrissen van weggezakte kennis, kennis voorzorg en nazorg slikproces vergroten, niet zonder informatie beginnen, over interactieve workshops rondom eten en drinken een goede ontwikkeling, e-learning, koppelen aan beeldmateriaal, schriftelijk materiaal, thema's, aandacht nazorg mondverzorging.
Behoeft bij zorgverleners	Vergroten van bewustwording op verslik risico's verzorgende en cliëntomgeving, frequentie verhogen van de PRED- cursus, verkorte opfriscursus, slikcursus verplicht stellen, dysfagie specialist instellen, familieleden slik workshop, minder niveau 2 en 3, meer niveau 4,voldoende personeelsbezetting, samenvattende informatieoverdracht MDO aan afdeling, cursusprogramma overzicht, nieuw personeel direct inzetbaar door direct slikcursus, openstaan en bereidheid voor onderlinge kennisoverdracht, zorgvuldig lezen van ECD,houden aan een opvolgen van logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies.
Familie/Cliëntomgeving inzetten	Familie inzetten, familie duidelijk opdracht geven bij eten, duidelijke opdracht aan familie, geen drukte en onrust in huiskamer, mondeling overdracht aanvullend, uitleg slikbeweging met slikstoornis, belangrijkheid advies volgen, familie overtuigt cliënt advies te volgen, langzaam eten, concentratie, rustige omgeving, familie inschakelen, cliënt overtuigen, familieleden slik workshop, ad hoc aan familie uitleg geven, schriftelijk advies meegeven, Familie geen duidelijk opdracht , familie inzetten bij maaltijden, interactieve informatie avonden familie slikcliënten, meeloopdag voor familielid, uitleg advies door familie leidt tot acceptatie, familie kent karakter en voorkeur, inzicht, familie meegeven instructie schriftelijk naast mondeling.

Bijlage E. Selectief coderen

Thema's	Ordering
Adviserende rol	Logopedist, voedingsassistente, diëtiste, arts.
Uitvoerende rol	Verpleegkundigen, voedingsassistenten , EVV 'ers, verzorgers, cliëntomgeving.
Wijze van informatie overdracht	Logopedische rapportage in ECD, schriftelijk, mondeling, voordoen, cursussen, slikcursus, overdrachtsformulier.
Doelgroep	Niet aangeboren hersenletsel, CVA, dementie, verminderde begrip, verminderde cognitie, dysfagie, slikproblemen.
Redenen slikadvies	Slikproblemen, risico longontsteking, slechte slikfunctie, moeite met doorslikken, hoesten, veilig eten en drinken.
Voedings-consistenties	Verdikt, gemalen, koud, warm, gewoon, dik vloeibaar, gewone maaltijd, dun vloeibare maaltijd, koud dik vloeibaar, verdikkingsmiddel, dikte A,B of C, A een schepje, B twee schepjes, C drie schepjes verdikkingsmiddel
Voorwaarden bij het eten	Hoofd- en zithouding, arousal, alertheid, slikfunctie aanwezig, voldoende cognitie.
Hulpmiddelen bij het eten	Speciaal bestek, speciale bekertjes, speciale borden, speciale bekertjes, twee oren bekertjes, handycup, logolepels, theelepels, eetlepel.
Technieken om veilig te eten	Hoofd- en zithouding, arousal (alertheid), sliktherapie, slikcursus, sliktechnieken, gebit- en mondverzorging.
Acties eten stimuleren	Ompraten, stimuleren, grapje maken, aandacht geven, passend smakelijk alternatief, uitleg geven, begrip tonen kleine porties, aangepast bestek.
Redenen niet opvolgen slikadvies	Vergeten, niet goed begrijpen, verminderde cognitie, niet lekker, maaltijd niet fris, smaakt vreemd, niet smakelijk uitzien, misselijk, structureel verkeerd krijgen, geen tijd nemen, geen slikcursus, kennis weggezaakt, onkundigheid, onwetendheid, niet bewust, consequenties, nieuw personeel, wisselend personeel, familie, eigen risico, eigen verantwoording, goede bedoelingen, familie vindt aangepaste voeding niet nodig, oneens advies
Kennis en vaardigheden	PRED- cursus, cursus Problemen rondom eten en drinken, klinische lessen, frequentie verhogen van de PRED- cursus, verkorte cursus, slikcursus verplicht stellen, dysfagie specialist instellen, familieleden slik workshop, e-learning, koppelen aan beeldmateriaal, schriftelijk materiaal, thema's, aandacht nazorg mondverzorging.
Behoeftes zorgverleners	Vergroten van bewustwording op verslik risico's verzorgende en cliëntomgeving; Verhogen frequenties van PRED- cursus; Verkorte opfriscursus, slikcursus verplicht stellen; dysfagie specialist instellen; familieleden slik workshop; Minder niveau 2 en 3;Meer niveau 4; Voldoende personeelsbezetting; Samenvattende informatieoverdracht;MDO aan afdeling, Cursusprogramma overzicht; Nieuw personeel direct inzetbaar door direct slikcursus;Openstaan en bereidheid voor onderlinge kennisoverdracht; Zorgvuldig lezen van ECD; Houden aan een opvolgen van logopedische voedings- en/of slikadviezen en instructies.
Familie/client-omgeving	<u>Voordelen</u> : Familie duidelijk opdracht geven bij eten: familieleden slik workshop, uitleg advies door familie leidt tot acceptatie, familie kent karakter en voorkeur, familie overtuigt cliënt advies te volgen, meer betrokkenheid bij probleem, meer tijd voor de cliënt. <u>Nadelen</u> : Familie geen duidelijke opdracht bij het eten geven: drukte en onrust in de huiskamer, bemoeienis met anderen, snel afgeleid, verminderde concentratie, problemen met slikken.

Bijlage F. Analyse van het documentenanalyse

Aantal cliëntendossiers	Leeftijd	Ziekte
Dossier 1= D1	76 jaar	CVA
Dossier 2 = D2	73 jaar	CVA
Dossier 3 = D3	88 jaar	CVA
Dossier 4 = D4	97 jaar	CVA
Dossier 5 = D5	91 jaar	CVA

Onderwerpen verslaglegging in het elektronisch cliënten dossier ECD

1. Wordt de reden voor een kauw- slikadvies vermeld? Door wie?

D1	Ja, V&V verpleging en verzorging
D2	Ja, V&V verpleging en verzorging
D3	Ja, Nee
D4	Ja, V&V verpleging en verzorging
D5	Ja, Logopedist – sliktraining

2. Is cliënt eerder bekend met slikproblemen? Hoe?

D1	Ja, CVA
D2	Ja, CVA
D3	Ja, CVA
D4	Ja, CVA
D5	Ja, CVA

3. Eet zelfstandig of moet geholpen worden?

D1	Nee, moet geholpen worden
D2	Ja, zelfstandig onder toezicht
D3	Ja, zelfstandig
D4	Ja, zelfstandig soms hulp nodig (glas heffen)
D5	Nee, niet per os (sondevoeding)

4. Is er sprake van een slikobservatie of een slik screening? Welke? Hoe wordt het beschreven.

D1	Ja, observatie, brood dobbelsteentjes, observerend beschreven, wat gaat goed/niet goed
D2	Ja, watersliktest + slikobservatie, onverdikt/verdikt A/verdikt B
D3	Ja, slik check , observerend beschreven, wat gaat goed/niet goed
D4	Ja, watersliktest + observatie, observerend beschreven, wat gaat goed/niet goed
D5	Ja. Observatie, observerend beschreven, wat gaat goed/niet goed

5. Worden de fasen van het slikken beoordeeld? Welke fasen? Hoe worden deze beschreven?

D1	Ja, voorbereidende + orofaryngeale fase, volledige /onvolledige slikfunctie
D2	Ja, voorbereidende + orofaryngeale fase , wat gaat goed/niet goed
D3	Ja, de fasen niet apart beschreven
D4	Ja, de fasen niet apart beschreven, genoemd: slikfunctie, hoesten, afhappen, tong+mondmotoriek, kauw en slikfunctie
D5	Ja, de fasen niet apart beschreven, genoemd: slikfunctie, slikinzet, slikbeweging

6. Is er een conclusie? Wat wordt erin vermeld?	
D1	Ja, mate van de slikstoornis, volledige/onvolledige slikfunctie, ernst, welke fase is aangedaan
D2	Ja, wat gaat goed en bij welke voedingsconsistentie
D3	Nee, geen aparte conclusie
D4	Nee, geen aparte conclusie
D5	Nee, geen aparte conclusie

7. Worden de voedings- en/of slikadviezen vermeld? Wat wordt in de voedings- en/of slikadviezen beschreven?	
D1	Ja, aanbieden van voeding + vochtconsistentie, warm, koud of gemalen.
D2	Ja, voeding + vochtconsistenties met hoeveelheid water (170ml), houding, begeleiding en smeugheid voeding
D3	Ja, vochtconsistenties per situatie passend bij gedrag van de cliënt
D4	Ja, voeding + vochtconsistenties
D5	Ja, de hoeveelheid per hapje, de consistentie van het hapje, warm of koud, op welk tijdstip

8. Wordt er advies gegeven voor logopedische hulpmiddelen? Welke?	
D1	Nee, geen
D2	Nee, geen
D3	Nee, geen
D4	Nee, geen
D5	Nee, geen

9. Wordt er toelichting/uitleg op de slikadviezen gegeven? Welke?	
D1	Ja, i.v.m. slikgevaar: mondcontrole, mondreiniging, spoelen met water, let op resten en korrels
D2	Ja, bijv. geef mevr. consistentie B, omdat zij dit prettiger vindt
D3	Ja, let op het gedrag van de cliënt, rustig(zonder) en druk(met) verdikkingsmiddel
D4	Ja, bijv. mond en wangen goed legen
D5	Ja, bijv. bij vermoeidheid koud aanbieden

10. Worden er alternatieven/tips gegeven voor de verzorging om het eten goed te laten verlopen? Welke?	
D1	Ja, nat gaasje mond reinigen, lege lepel aanbieden om slikken te stimuleren, mond leeg maken
D2	Ja, mevr. mag af en toe een schijfje mandarijn opzuigen en het velletje weggooien.
D3	Nee, geen
D4	Nee, geen
D5	Nee, geen

Bijlage G. Analyse van de observaties

Aantal Respondenten	Functie
Respondent 1 = R 1	EVV eerste verantwoordelijke verzorgende
Respondent 2 = R 2	Voedingsassistent
Respondent 3 = R 3	Logopedist
Respondent 4 = R 4	Verzorgende
Respondent 5 = R 5	Verpleegkundige

Onderwerpen van observatie

Maaltijd: ontbijt, warme maaltijd, avondmaaltijd, anders	Familie aanwezig ja/nee
R1 Anders: koffietijd	Nee
R2 Ontbijt	Nee
R3 Anders: Slikobservatie	Nee
R4 Anders: lunch (middagmaaltijd)	Nee
R5 Anders: lunch (middagmaaltijd)	Nee

1. Informatie opzoeken t.b.v. de cliënt. Hoe?

R1	Ja, ECD, mondeling
R2	Ja, ECD, overdrachtsformulier
R3	Ja, ECD, mondeling
R4	Ja, ECD, eet- en drinkmap, overdrachtsformulier
R5	Ja, ECD, overdrachtsformulier

2. Overdracht voedingsadvies met/zonder instructies aan cliënt en/of familie. Hoe?

R1	Ja, aan cliënt, zonder instructie, mondeling
R2	Ja, aan cliënt met instructie, mondeling
R3	Ja, aan familie(zoon) met instructie, mondeling
R4	Ja, aan cliënt zonder instructie
R5	Ja, aan cliënt zonder instructie

3. Overdracht voedingsadvies met/zonder instructies aan zorgverlener(s). Hoe?

R1	Ja, met instructies aan zorgverlener, ECD
R2	Ja, met instructies aan zorgverlener, ECD, mondeling, overdrachtsformulier
R3	Ja, met instructies aan zorgverlener, ECD, mondeling
R4	Ja, zonder instructies aan zorgverlener, ECD
R5	Ja, met instructies aan zorgverlener, ECD, mondeling

4. Wijze van bereiding van de juiste voedingsconsistentie. Hoe?

R1	Ja, 1 schepje in de koffie
R2	Ja, A dikte, 1 schepje in appelsap
R3	Nee, moesje, dikte C, slikobservatie
R4	n.v.t. boterham zonder korst
R5	n.v.t. brood smeren

5. Wijze van cliënt benaderen voorafgaand aan het geven van de maaltijd. Hoe?	
R1	Ja, aanspreken, aankijken, praatje maken
R2	Ja, mondeling, aanspreken
R3	Ja, aanspreken, hand geven, groeten, naam noemen
R4	Ja, groeten, naam noemen
R5	Ja, contact maken, ooghoogte zitten, groeten

6. Toepassen sliktechniek(en). Welke?		7. Gebruik van hulpmiddelen: Logo lepel, bestek, speciale bekers enz. Welke?
R1	Nee	Ja, handycup
R2	Nee	Ja, handycup
R3	Nee	Ja, logolepel
R4	Nee	Nee
R5	Nee	Nee

8. Gelet op de lig-/zithouding van de patiënt. Hoe?		9. Gelet op de Arousal van de cliënt. Wat wordt gedaan?
R1	Ja, rechtop zitten	Ja, praatje maken
R2	Ja, rechtop zetten	Ja, aanspreken, op antwoord wachten
R3	Ja, rechtop zitten	Ja, naam noemen, praatje maken
R4	Ja, rechtop zitten	Ja, praatje maken, zelf laten pakken
R5	Ja, rechtop zitten	Ja, praatje maken

10. Eet de cliënt: Zelfstandig: alleen/ onder toezicht. Wordt geholpen met eten: Hoe?	
R1	Ja, ondertoezicht. Nee, handycup zelf laten vasthouden
R2	Ja, alleen. Nee, met vork brood in dobbelsteentjes
R3	Nee, ondertoezicht. Ja, aanbieden met lepel (door zoon).
R4	Ja, alleen. Nee, met vork brood in dobbelsteentjes
R5	Ja, alleen. Nee, met vork brood in dobbelsteentjes

11. Is er sprake van: Hoesten, naslikken, weigering, voedsel vasthouden in de mond. Wat wordt gedaan?		12. Wordt de cliënt aangemoedigd i. g. v. voedsel weigeren of smaakverlies. Hoe?
R1	Nee	Nee
R2	Nee	Nee
R3	Nee	Nee
R4	Nee	Nee
R5	Nee	Nee

13. Wordt na het eten de mond gecontroleerd. Hoe?		14. Wordt na het eten het gebit/ het kunstgebit gereinigd. Hoe?
R1	Nee	Nee
R2	Nee	Nee
R3	Ja, gevraagd is de mond leeg?	N.v.t. zoon neemt de hulp over
R4	Ja, gevraagd is de mond leeg?	Nee
R5	Ja, gevraagd is de mond leeg?	Ja, kunstgebit onder de kraan