

Interdisciplinaire samenwerking in het ziekenhuis.

Onderzoek naar de ervaringen van radiologen en KNO-artsen in de samenwerking met logopedisten rond de diagnostiek van dysfagiepatiënten.

Afstudeerscriptie Hogeschool Utrecht

Opdracht EBP, Jaar 4

Blok A-B 2020-2021

Aantal woorden exclusief literatuurlijst, tabellen, quotes en samenvatting: 3052 woorden.

Verklarende woordenlijst	
Begrip	Verklaring
Zorgpad	In een zorgpad wordt het zorgproces, ofwel de organisatie van de zorg, voor een specifieke groep patiënten vastgelegd. Een zorgpad richt zich op de logistiek en afstemming van verantwoordelijkheden en werkzaamheden.
Penetratie	Drank/voedsel boven of op niveau van stemplooien.
Aspiratie	Het binnendringen van voedsel of speeksel in de luchtweg onder het niveau van de ware stemplooien.
Aspiratiepneumonie	Longontsteking ten gevolge van aspiratie.
Dehydratatie	Uitdroging, overmatig verlies van lichaamsvocht.
Malnutritie	Ondervoeding.
Slikmanoeuvres	Strategieën om het slikken veiliger te maken door een willekeurige beheersing te verwerven over de coördinatie en het tijdstip van bepaalde orofaryngeale bewegingen tijdens het slikken.

* In de tekst zijn de woorden die terugkomen in de verklarende woordenlijst aangegeven met een sterretje achter het woord.

Samenvatting

Inleiding

Dysfagie komt onder andere vaak voor bij patiënten met een beroerte, patiënten met de ziekte van Parkinson en patiënten met traumatisch hersenletsel. Via een kwalitatief onderzoek werd in kaart gebracht wat de faciliterende en belemmerende factoren zijn volgens de KNO-arts en radioloog in de samenwerking met de logopedist rond de diagnostiek bij een dysfagiepatiënt in ziekenhuis X.

Methode

Dit werd onderzocht door middel van zeven interviews. Er werden twee logopedisten, twee radiologen, twee KNO-artsen en één KNO-arts in opleiding geïnterviewd.

Resultaten

Om tot de resultaten te komen werden de belangrijkste interviewfragmenten geselecteerd en axiaal gecodeerd. Daarna werden er thema's gezocht, gedefinieerd en benoemd. De thema's die naar voren zijn gekomen zijn: doelgericht en efficiënt werken, verwijzing logopedie bij radiologie, multidisciplinaire versus interdisciplinaire samenwerking, de meerwaarde van logopedie en visie zorgpad. De interpretatie werd gelinkt aan de onderzoeksvraag.

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat het zorgpad van de klinische dysfagiepatiënt goed verloopt. Het zorgpad van de poliklinische dysfagiepatiënt is daarentegen niet geheel gestroomlijnd. Hoe het zorgpad op dit moment poliklinisch verloopt, is afhankelijk van het eigen handelen van de betrokken specialisten. De logopedisten worden niet consequent in consult gevraagd bij radiologisch onderzoek. Doordat de logopedisten de dysfagiepatiënten niet altijd als eerste zien, worden er soms onnodig dure onderzoeken gedaan terwijl een logopedist het probleem al had kunnen signaleren. Zowel de radiologen als KNO-artsen staan open voor een meer op elkaar afgestemde samenwerking. Mede door dit onderzoek zijn de participanten hardop gaan nadenken over de huidige stand van zaken en de gedeelde visie voor de toekomst. Op basis van het onderzoek is er een stappenplan geformuleerd dat geïmplementeerd zou kunnen worden in ziekenhuis X.

Inleiding

Dysfagie* is het “verminderd functioneren van structuren, spieren of zenuwen in het orale, faryngeale en/of oesofageale gebied met als gevolg problemen met transport en/of beveiliging waardoor één of meerdere consistenties (van vloeibaar tot vast) niet, moeilijk of niet veilig van mond naar maag gebracht kunnen worden. Hierdoor ontstaat een verhoogd risico op aspiratiepneumonie*, dehydratie* en/of malnutritie*” (De Bodt, Guns, D’hondt, Vanderwegen, & Van Nuffelen, 2015, p. 20). Er bestaat momenteel geen consensus over de prevalentie van dysfagie. De Bodt et al., (2015) zeggen hierover dat veel afhangt van onderzoeksgroepen die zijn bestudeerd en de criteria die zijn gebruikt. Over het algemeen zou 3 à 4 procent van de bevolking slikklachten vertonen, maar bij specifieke pathologiegroepen kan dit oplopen tot 50% of meer (De Bodt et al., 2015). In de systematische review studie van Takizawa, Gemmel, Kenworthy en Speyer (2016) is beschreven dat dysfagie wordt gemeld bij 80% van de patiënten met een beroerte, 81% van de patiënten met de ziekte van Parkinson, 30% bij patiënten met traumatisch hersenletsel en 91,7% van de patiënten met aspiratiepneumonie. In deze systematische review werden studies meegenomen uit de Verenigde Staten, Canada, Frankrijk, Duitsland, Italië, Spanje, Groot-Brittannië, Japan en China.

Volgens de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) (2017) voert de logopedist in een ziekenhuis op verwijzing van de arts bij verdenking van dysfagie het logopedisch diagnostisch onderzoek uit waarbij het onderzoek eventueel gecombineerd wordt met aanvullend onderzoek. Aan het eind van het diagnostisch proces formuleert de logopedist de logopedische diagnose op basis van de medische-/verwijsgegevens, anamnese, observaties en testen. Vervolgens overlegt de logopedist over eventueel verder onderzoek met de betrokken professionals. Het aanvullend onderzoek kan bestaan uit een Flexibele Endoscopische Evaluatie van het Slikken (FEES) in samenwerking met de KNO-arts of een slikvideo in samenwerking met de radioloog. In de richtlijn orofaryngeale dysfagie zegt de NVKNO (2017) dat met de FEES beoordeeld kan worden of een patiënt hoest bij penetratie* of aspiratie* en wordt er bekeken of beide stemplooien bewegen voordat de patiënt gaat slikken. Hierbij wordt de faryngeale fase in beeld gebracht. De aanwezigheid van een logopedist bij een FEES-onderzoek is van meerwaarde, omdat er meteen kan worden gekeken bij welke consistenties de slik veilig

verloopt en welke eventuele therapeutische aanpassingen zouden kunnen werken voor de patiënt (De Bodt et al., 2015).

Een slikvideo wordt beschouwd als een van de gouden standaard beoordelingen van het slikken (Benfield et al., 2020). Met een slikvideo via radiografisch onderzoek wordt met röntgenstralen de orale, faryngeale en oesofageale boluspassage tijdens het slikken in beeld gebracht (De Bodt et al., 2015). Volgens ASHA (2002) spelen "logopedisten (...) een belangrijke rol in de evaluatie en de behandeling van dysfagiepatiënten". Zij kunnen extra aanwijzingen geven met betrekking tot houding, consistentie en slikmanoeuvres (Logemann, 2000).

In het kwalitatieve onderzoek van Power, Laash, Kasthurri, Nicholson en Hamdy (2006) wordt geconcludeerd dat er geen consensus is over een protocol voor de afname van slikvideo's, hierdoor koos 41% ervoor om bariumoplossingen dikker te maken door meer bariumsulfaatpoeder toe te voegen, waardoor patiënten mogelijk vatbaar werden voor complicaties. Dit kwalitatieve onderzoek is gedaan in Groot-Brittannië aan de hand van vragenlijsten met 40 radiologen en 73 logopedisten. Er bestaat vooralsnog geen specifiek multidisciplinair protocol met betrekking tot de afname van slikvideo's.

In ziekenhuis X werken logopedisten in een multidisciplinair team met keel, neus- en oorartsen (KNO) en radiologen. Dit houdt in dat de disciplines formeel informatie uitwisselen over de toestand van een patiënt en daar hun eigen beleid op aanpassen (Kalf & Brood, 2008). Logemann (2000) zegt dat het radiologisch onderzoek bij voorkeur wordt uitgevoerd door de radioloog en de logopedist en hierbij de bevindingen en aanbevelingen gezamenlijk op basis van consensus worden gerapporteerd. Op dit moment is er geen overlegvorm tussen de afdeling logopedie, KNO en radiologie. Dit leidt er mogelijk toe dat de logopedisten niet altijd in consult worden gevraagd tijdens de diagnostische fase bij een poliklinische dysfagiepatiënt. Vanuit de logopedisten bestaat er een wens voor betere en efficiëntere samenwerking waarbij gezamenlijk overleg plaatsvindt ten aanzien van de diagnostiek. Dit zou kunnen leiden tot doelgerichter onderzoek voor de dysfagiepatiënt.

Met dit onderzoek worden de belemmerende en faciliterende factoren volgens de KNO-arts en radioloog in ziekenhuis X met betrekking tot de samenwerking met de logopedist rond de diagnostiek bij dysfagiepatiënten in kaart gebracht. De resultaten kunnen leiden tot aanbevelingen om de samenwerking in de toekomst te verbeteren.

Op basis van deze probleemstelling is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:
Welke belemmerende en faciliterende factoren zijn er volgens de KNO-arts en radioloog in ziekenhuis X in de samenwerking met de logopedist rond de diagnostiek bij een dysfagiepatiënt?

Methode

Procedure

Er werd kwalitatief onderzoek gedaan met semigestructureerde interviews. Deze methode is geschikt, omdat de vragen niet gestuurd worden, maar de onderwerpen wel (Baarda, Goede, & van der Hulst, 2012). De participant kon hierbij vrij antwoorden binnen de topics. De topiclijst diende ter ondersteuning om bij de antwoorden op de onderzoeksvraag uit te komen (zie bijlage 1). De onderzoeker moest open vragen stellen, doorvragen en samenvatten en tegelijkertijd ook de draad van de onderzoeksvraag vasthouden (Wouters, Van Zaalen, & Bruijning, 2015). Om de participant gerust te stellen is er begonnen met een feitelijk makkelijke vraag over demografische gegevens van de participant. Hierbij hoefde de participant geen duidelijke mening te geven. Er zat ongeveer twee tot vier dagen tijd tussen alle interviews, zodat er vragen konden worden toegevoegd aan de topiclijst. De resultaten van het ene interview leidde tot een bijstelling van de vragen bij een volgend interview. De tijd van de interviews verschilde van tien tot achtendertig minuten.

Participanten

Er zijn zeven interviews afgenomen om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag. Er is gekozen om drie disciplines te bevragen over de samenwerking met de logopedist met betrekking tot de diagnostiek van een dysfagiepatiënt in ziekenhuis X. Het betreft twee logopedisten, twee KNO-artsen, één KNO-arts in opleiding en twee radiologen. Door middel van een doelgerichte steekproeftrekking is de onderzoeksgroep tot stand gekomen (Wouters et al., 2015). Dit houdt in dat er bewust is gekozen voor logopedisten, radiologen en KNO-artsen die werkzaam zijn in ziekenhuis X met dysfagiepatiënten. De informatiebrief over het onderzoek is verstuurd naar zestien radiologen en acht KNO-artsen. Door middel van zelfselectie hebben de participanten bepaald of ze deel wilden nemen aan dit onderzoek. In tabel 1 staat informatie over de geselecteerde participanten.

Tabel 1. Geselecteerde participanten				
Deelnemers	Discipline	Geslacht	Aantal jaar werkzaam voor ziekenhuis X	Afgestudeerd in
D01	Logopedist	V	4	2014
D02	KNO-arts	M	5	2013
D03	Logopedist	V	11	1995
D04	Radioloog	M	19	2001
D05	KNO-arts in opleiding	V	1	2022
D06	Radioloog	M	14	2006
D07	KNO-arts	M	6	2014

Meetinstrumenten

Er zijn drie topics: werkwijze, samenwerking en kennis. De verantwoording is beschreven in tabel 2.

Tabel 2. Topics	Verantwoording
“Werkwijze”	Met het topic “werkwijze” werd uitgevraagd wat op dat moment de huidige werkwijze was bij dysfagiepatiënten en wat de positieve en negatieve ervaringen waren met betrekking tot deze werkwijze. Er is voor dit topic gekozen om de visie van de logopedisten, KNO-artsen en radiologen in kaart te brengen en om te weten wat de huidige stand van zaken was. Daarnaast is er gevraagd wat het ideaalbeeld zou zijn met betrekking tot de werkwijze.
“Samenwerking”	Binnen het topic “samenwerking” werd gevraagd naar de positieve en negatieve ervaringen tussen de KNO-artsen, radiologen en de logopedisten en wat de wensen zouden zijn met betrekking tot een ideaalbeeld qua samenwerking. Er is voor dit topic gekozen om te achterhalen wat de belemmeringen en de wensen zijn met betrekking tot de samenwerking.
“Kennis”	Met het topic “kennis” werd achterhaald wat de KNO-artsen en radiologen al weten over logopedie en of de KNO-artsen en radiologen weten wanneer ze de logopedist nu wel of niet in consult moeten vragen bij dysfagiepatiënten. Er is voor dit topic gekozen om te achterhalen wat het expertise niveau is.

Data-analyse

De interviews werden opgenomen en daarna woordelijk getranscribeerd. Om de credibility van de analyse te waarborgen werden twee interviews door een medestudent geanalyseerd en de bevindingen werden met die van de onderzoeker vergeleken. In overleg werd er een consensus bereikt. Er werden open vragen gesteld en er werd doorgevraagd. De participanten werden aangemoedigd om de uitspraken die zij deden te ondersteunen met voorbeelden van situaties, zodat later alle informatie geanalyseerd kon worden (Korstjens & Moser, 2018).

De interviews werden handmatig gecodeerd met de stappen: selecteren van interviewfragmenten, interview teksten uiteenrafelen, fragmenten coderen (open coderen), codes sorteren en selectief coderen (Wouters et al., 2015). Analyse werd gedaan volgens de methode “Thematic Analysis”. Deze methode is speciaal voor het analyseren van kwalitatieve gegevens en bestaat uit zes fasen waaronder; vertrouwd raken met je gegevens, algemene begincodes, thema’s zoeken, thema’s herzien, thema’s definiëren en benoemen en het artikel maken waarbij de interpretatie wordt gelinkt aan de onderzoeksvraag (Braun & Clarke, 2006). Aan de hand van deze analyse werden de thema’s geselecteerd die de onderzoeksvraag konden beantwoorden. De totstandkoming van de thema’s is beschreven in bijlage 3.

Ethische aspecten

De KNO-artsen, radiologen en logopedisten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek werden schriftelijk geïnformeerd door middel van een brief. In de brief stond het doel van het onderzoek en de gehanteerde richtlijnen rondom de borging van de privacy. Daarnaast was er een toestemmingsverklaring (informed consent) bijgesloten (zie bijlage 2). De specialisten konden zich inlezen en een keuze maken of ze aan het onderzoek wilden deelnemen. Na een week werden de specialisten benaderd voor het maken van een eventuele vervolgspraak, wanneer zij ervoor kozen om deel te nemen aan dit onderzoek. Voorafgaand aan het interview werd er toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Alle informatie werd geanonimiseerd en er werd rekening gehouden met de wet- en regelgeving met betrekking tot privacy. Voor een zorgvuldig beheer van de verzamelde persoonsgebonden data werd de checklist persoonsgebonden data opgevolgd. Na afloop van het onderzoek zijn alle opnames verwijderd.

Resultaten

Uit de analyses van de interviews zijn vijf thema's naar voren gekomen die antwoord geven op de onderzoeksvraag. De thema's zijn: doelgericht en efficiënt werken, verwijzing logopedie bij radiologie, multidisciplinaire versus interdisciplinaire samenwerking, de meerwaarde van logopedie en visie zorgpad. De thema's worden besproken en daarbij ondersteund met quotes van de participanten in tabel 3.0 tot en met 3.4.

Doelgericht en efficiënt werken

Tijdens de interviews werd duidelijk dat er bij verschillende disciplines twijfels bestaan over de doelgerichtheid en efficiëntie van de manier waarop poliklinische dysfagiepatiënten nu onderzocht worden. De logopedisten en de KNO-artsen zijn het erover eens dat een betere afstemming met elkaar kostenbesparend kan zijn voor zowel de dysfagiepatiënt als het ziekenhuis. De diagnostiek en het zorgpad van de dysfagiepatiënt op de klinische afdeling van het ziekenhuis verloopt goed. Verpleegkundigen voeren een eerste slikscreening uit en als hierbij een verdenking is van verslikken wordt via de arts de logopedie meteen in consult gevraagd. Na logopedisch slikonderzoek kan bij twijfel over de veiligheid meteen een afspraak worden ingepland voor een FEES-onderzoek.

Tabel 3.0 Doelgericht en efficiënt werken.	
Deelnemer	Quotes
D01 Logopedist	"Voor de patiënt, voor de diagnostiek, voor de organisatie ook wel weer ergens tijd en geldbesparing. Als je het gelijk goed doet hoef je daar niet op een later moment op terug te komen". "Klinische patiënten die opgenomen zijn worden in de gaten gehouden door de verpleging. De verpleging op de afdeling observeert slikproblemen of die zien dat mensen uitvallen op die slikscreening en die geven dan een seintje aan de arts, de logopedist moet erbij".
D03 Logopedist	"Die heb ik met logopedisch onderzoek kunnen vangen en daardoor heeft een KNO-onderzoek en een radiologisch onderzoek niet hoeven plaatsvinden en een logopedist met een hbo-functie en een half uur of een uurtje is anders dan nog het factuurtje van de radioloog en de KNO-arts erbij dus ik denk zeker kostenbesparend".
D05 KNO-arts in opleiding	"Dan denk ik soms had die patiënt wel een FEES moeten hebben of hadden we niet eerder jullie in kunnen schakelen en bij twijfel jullie". "Idealiter zou ik eigenlijk hebben dat een patiënt met dysfagie eerst door jullie gezien wordt".

D06 Radioloog	“Waar gaat het over, wat wil je weten dat is handig anders doe je toch gewoon een standaard rijtje”.
D07 KNO-arts	“Minder patiënt belasting, als het direct juist wordt gedaan scheelt het ook kosten voor de zorg, minder belasting voor de poli ook, je hoeft niet nutteloos een FEES te gaan doen, misschien is het al opgelost, dus ja voor iedereen wordt het duidelijker en voor iedereen wordt het ook makkelijker je krijgt dan minder onnodige dingen en het wordt veiliger ook denk ik”.

Verwijzing logopedie bij radiologie

Uit de resultaten blijkt dat het niet voor alle KNO-artsen duidelijk is wanneer ze de logopedie mee moeten nemen in de verwijzing naar de radioloog bij dysfagiepatiënten. Ook heeft de radioloog niet altijd helder wanneer het wenselijk is dat de logopedist aanwezig is.

Tabel 3.1 Verwijzing logopedie bij radiologie	
Deelnemer	Quotes
D01 Logopedist	“Ik denk dat dat meer de rol van de verwijzer is om te beoordelen of logopedie erbij moet ja of nee en als dat van tevoren goed wordt aangegeven, dan heb je denk ik heel veel vliegen in één klap”.
D02 KNO-arts	“Volgens mij wordt het nu wel zeker regelmatig ook wel gedaan, maar wanneer het dan precies wel of niet wordt gedaan, kijk als ik zeg bij de aanvraag het moet met logopedist dan zal dat gebeuren”. “Dat het standaard moet of dat het bij bepaalde dingen moet. Dat is iets wat we in overleg zouden moeten doen hoe regel je dat goed”.
D03 Logopedist	“Het moet protocollair vastgelegd worden voor een KNO-arts dat het niet meer voor hem een vraag is, maar dat hij ook eigenlijk zou aan moeten klikken”.
D05 KNO-arts in opleiding	“Wij moeten dat in onze aanvraag netjes noteren met logopedie en dan geven zij een seintje aan jullie dat jullie erbij zijn. En ja, als mijn collega's daar niet aan denken, ja daar ga je al”.
D06 Radioloog	“Daar is volgens mij geen logopedische betrokkenheid althans niet tijdens het slikonderzoek. Tenminste niet tijdens het slikonderzoek die zien wij ook voorbijkomen, maar ik denk dat dat meer de specifieke gevallen zijn waar dan de logopedie bij betrokken is”.
D07 KNO-arts	Over betrekken van de logopedist bij de verwijzing: “Ik merk wel dat het te weinig wordt gedaan of misschien moet dat vinkje wel gewoon standaard aan staan, weetje dat het gewoon bij uitzondering niet wordt gedaan”.

Multidisciplinaire versus interdisciplinaire samenwerking

Uit de resultaten komt naar voren dat er momenteel voornamelijk sprake is van een multidisciplinaire samenwerking in tegenstelling tot een interdisciplinaire samenwerking waardoor een helikopterview van een dysfagiepatiënt ontbreekt. Daarnaast blijkt dat een overstijgend vakgroep overleg door tijdgebrek moeilijk te realiseren is. De samenwerking tussen de bevroagde KNO-artsen en logopedisten wordt als prettig ervaren.

De radiologen zijn druk en worden op de kamer geroepen als de patiënt al aanwezig is.

Voorafgaand aan het onderzoek is er op dit moment niet veel ruimte om te overleggen met de logopedist. De radiologen staan echter wel open voor een kort overleg op de kamer. Een interdisciplinair overleg zien de radiologen niet zitten, omdat zij veel overleggen hebben waarbij zij de nodige tijd kwijt zijn aan voorbereiding.

Tabel 3.2 Multidisciplinaire versus interdisciplinaire samenwerking	
Deelnemer	Quotes
D01 Logopedist	“Soms gebeurt het ook wel eens een enkele keer dat die poliklinische patiënt dus voor een FEES is ingepland en dat we naar aanleiding van de FEES samen zien dat we nog te weinig informatie hebben of dat we denken hee moeten we toch niet die Zenkers uitsluiten of die Cricofaryngeus hypertrofie dat we dan samen bedenken zullen we nog een aanvullende slikvideo doen”. “Er is een duidelijke samenwerking en ook een ruimte om samen na te denken over casussen over patiënten, zodat we elkaars input kunnen gebruiken”. “Met de radiologen is het fijn dat ze nog eens willen luisteren als wij aangeven van de KNO-arts heeft dit en dit gezien, ik wil graag de orofaryngeale fase goed in beeld dat ze dat dan voor ons ook doen”.
D02 KNO-arts	“Dat je samen het onderzoek doet en dat je samen bespreekt wat je bevindingen zijn, dat je daar elkaar in aanvult en dan vaak is het behandelplan uiteindelijk door de logopedist van wat de mogelijkheden zijn”.
D03 Logopedist	“Ik zou wel heel graag een keer een overleg willen hebben en eigenlijk een keer willen aansluiten in hun KNO-vakgroep overleg, waar ze allemaal bijzitten”. “Elke keer als ik een KNO-arts spreek is er wel heel veel positiviteit en willen ze meewerken, maar het regelen voor een vakgroep overleg overstijgend wordt door drukte vaak ja niet uitgerold”.
D04 Radioloog	“Ik moet heel even nadenken, is dat.. dat is inderdaad logopedie, dat is niet de diëtist, nee dat is logopedie. Die komt dan binnen en dan zijn we als het ware bezig en dan kan je moeilijk waar de patiënt bij zit dat doen, er is geen vooraf overleg”.

	“Wat we beter zouden kunnen doen is inderdaad even van tevoren zonder dat de patiënt aanwezig is doorspreken wat precies het probleem is.”. “En dan is mijn ervaring hele prettige samenwerking, maar ik vraag me soms af wat precies de bedoeling is, wat ze van ons willen, willen ze alleen maar erbij zijn om te zien hoe het onderzoek gebeurt zeg maar om de patiënten te kunnen observeren of om de juiste hapjes toe te dienen, want het is dan een beetje met een bepaald soort dikte. Wij doen alleen maar marshmallows en gewoon barium en als het wat dikker moet zijn marshmallows”.
D05 KNO-arts in opleiding	“Ik denk dat we veel meer de teams bij elkaar kunnen krijgen, alleen dat ze dat hier nog een beetje moeten inzien”.
D06 Radioloog	“Die nemen het onderzoek in zoverre van ons over dat zij de dingetjes die ze willen weten ook uitvoeren bij die patiënt en wij maken de opnames en de verslaglegging doen we dan vaak wel zelfstandig, maar dat is dan wel in overleg. Op de kamer hebben we het daarover gehad”. “Ja waar gaat het over, wat wil je weten dat is handig anders doe je toch gewoon een standaard rijtje en nu kun je meer toegespitst op wat je wil weten en je kunt over het algemeen meteen een beetje de uitslag bespreken en dat is voor ons ook wel handiger, want dan kun je ook een beetje je verslaglegging daarop aanpassen. Dus wat dat betreft hopelijk een soort kruisbestuiving dat je van allebei iets oppikt”. “Daar klinkt weer in zoverre een praktisch bezwaar aan. Je zou eens moeten weten hoeveel besprekingen wij inmiddels al hebben, want wij hebben met alle disciplines te maken en wat dat betreft groeit het aantal besprekingen ons een beetje boven het hoofd”.
D07 KNO-arts	“Intercollegiaal prettig hoor dat is het niet, maar ik denk dat het qua samenwerking beter kan, iedereen is hartstikke aardig tegen elkaar, maar de praktische uitwerking nog. Dat we meer overleg moeten hebben denk ik, want ik denk dat we elkaar heel veel kunnen leren en veel kunnen bijdragen”.

De meerwaarde van logopedie

Ook werd duidelijk dat de KNO-artsen een goed beeld hebben van de meerwaarde van de logopedist. Tijdens de FEES-onderzoeken zien de logopedisten en de KNO-artsen elkaars waarde. De KNO-artsen vinden het waardevol dat de logopedist na het FEES-onderzoek de tijd neemt voor de dysfagiepatiënt om uitleg en advies te geven. Hierdoor hebben zij meer ruimte voor andere werkzaamheden. Doordat niet alle radiologen op de hoogte zijn van de meerwaarde van logopedie bij radiologisch onderzoek worden er slikstoornissen gemist, doordat er bijvoorbeeld geen vaste voeding wordt getest bij een patiënt met als hulpvraag

verslikken in vaste voeding. Een radioloog kijkt naar medische afwijkingen, waar een logopedist specifiek op de orale fase let.

Tabel 3.3 De meerwaarde van logopedie	
Deelnemer	Quotes
D01 Logopedist	"Ik zie dat ik bij slikvideo's soms hele simpele adviezen kan geven bijvoorbeeld kleinere happen, of spoelen met water. Dat doen radiologen niet, die kijken puur medisch gezien en die kijken niet naar een stukje behandeling en advies. Dat kunnen we soms ter plekke al doen". "Wat dan ook wel eens gebeurt en dat is heel jammer, dat mensen bij de KNO komen met de klacht: 'het lukt niet om vaste voeding te slikken' en dat ze bij een slikvideo alleen een video krijgen met barium contrast. Dat krijtachtige vloeibare voeding wat qua consistentie lijkt op vla dus dan wordt er eigenlijk iets anders onderzocht dan waar de klacht voor bestaat".
D02 KNO-arts	"Bij slikfoto's kan het nuttig zijn als de logopedist meteen meekijkt en soms ook meteen bepaalde verbeteringen probeert aan te brengen, om te kijken of het dan ook beter werkt. Eigenlijk net zoals bij de FEES, dat de logopedie daar beter bij betrokken is volgens mij gebeurt het al maar nog niet altijd. Daar een goed model in te vinden wanneer dit wel of niet nodig is dat zou nog wel goed zijn denk ik".
D03 Logopedist	"Het negatieve stukje is als wij gemist worden, omdat wij niet protocollair vastgelegd zijn dat daar dan niet de juiste zorg wordt geleverd".
D04 Radioloog	"Vindt een logopedist dat het nodig is om dingen van tevoren door te spreken? Kijk het is niet zo dat ik mijn onderzoek niet kan doen, ik kan gewoon mijn standaard onderzoek doen". "Wij zijn een brede groep radiologen van zestien man die allemaal dit onderzoek doen. Ik denk dat wij allen niet zo heel goed weten wat jullie extra motivatie is om daar aanwezig te zijn, dat is een beetje onduidelijk".
D05 KNO-arts in opleiding	"Wat ik vervelend vond was dat de logopedie niet betrokken werd bij de slikvideo's bijvoorbeeld, omdat je dan heel veel essentiële informatie van jullie kant mist". "Tijd, die kijk zoals net ook, jij neemt de tijd om de patiënt nog apart te nemen om al die adviezen met hem te bespreken en ook daarvoor terug te zien. Dat heb ik gewoon niet dus daar zit de meerwaarde, maar ook gewoon uhm nuance. Dat ze dan even zeggen zou je anders het scherm draaien dan kan meneer even zelf meekijken en hebben we gelijk visualisatie gedaan en dat is gelijk een stukje behandeling. Daar had ik alweer niet aan gedacht dus ja dat is gewoon expertise.".
D06 Radioloog	"De logopedie heeft ook altijd de juiste dingen bij zich dan is er honingdikte en dat soort dingen allemaal". "Met name de kennis die in huis is, het direct contact met diegene die ook de indicatiestelling doet en dan weet je meteen wat iemand wil weten".

	“Bovendien heeft de logopedist ook vaak de betreffende patiënt al geobserveerd en weet wat de problemen zijn en op de afdeling”.
D07 KNO-arts	“Laatst hadden we een leuke casus en dat werd heel dramatisch ingebracht door de interne van ‘de patiënt kan niet slikken en is al 10 kilo afgevallen’ en ik had contact met de logopedie gehad en die zei we kijken wel even. Met eenvoudige manieren hadden jullie eigenlijk al die patiënt gekraakt, die hoefde helemaal geen FEES meer te hebben, want die zei: ‘ja ik vind het eten hier gewoon verschrikkelijk en ik kan het niet door mijn keel heen krijgen zo vies vind ik het’ en met simpele aanpassing van dieet kwam die man weer helemaal op krachten en dat is natuurlijk heel positief”.

Visie zorgpad

Uit de resultaten kwam naar voren dat het ideaalbeeld van de logopedisten een protocol voor een slikstraat is; een zorgpad wat de dysfagiepatiënt aflegt in samenwerking met de KNO en radiologie. Dit ideaalbeeld wordt door de KNO-artsen ondersteund. De KNO-artsen vinden een interdisciplinair overleg belangrijk, ondanks dat ze weinig tijd hebben. Daarnaast kwam naar voren dat één van de radiologen aangaf dat één aanspreekpunt voor de logopedisten bij radiologisch slikonderzoek wenselijk zou zijn. Er werken 16 radiologen in ziekenhuis X en het aantal slikonderzoeken dat zij doen bij dysfagiepatiënten is laag. Het werk van radiologen is zeer veelzijdig waardoor het expertiseniveau met betrekking tot specifiek de dysfagiepatiënten ook lager ligt.

Tabel 3.4 Visie zorgpad	
Deelnemer	Quotes
D01 Logopedist	“Waar ik eigenlijk van droom is een mooie slikstraat, een patiënt komt binnen op de KNO als poli patiënt en is vanuit de huisarts verwezen. Dat we dan gelijk kunnen beginnen als logopedisten met een anamnese eventueel in samenwerking met de PA of de KNO-arts. Die anamnese doet met een vragenlijst voor dysfagie en hersenzenuw onderzoek. Klinisch onderzoek dus functioneel onderzoek en daarna gelijk een FEES en als er aanwijzingen voor zijn dat je gelijk iemand door kan sturen voor een slikvideo. Dat je eigenlijk in een dag bijvoorbeeld in een uur een patiënt helemaal rond kan hebben en het liefste ook nog met nabespreking met de KNO-arts en/of de radioloog”.
D03 Logopedist	“Er zijn dingen die je zo protocollair kan vastleggen waardoor de dysfagiepatiënten niet over het hoofd worden gezien en de juiste zorg krijgen”.
D05 KNO-arts in opleiding	“Nou iets van een slik MDO zou misschien best wel een idee zijn. Dat kan ook kort zijn als er niks is duurt het 5 minuten, maar het is misschien best wel een idee om over dat zorgpad na te denken. Dat jullie daar veel meer in de lead zijn eigenlijk en dat jullie schiften van dit vertrouwen ik niet en moeten jullie zien of niet”.

D06 Radioloog	"Het zou inderdaad misschien ook van jullie kant uit wenselijk zijn als je één aanspreekpunt hebt, iemand die je altijd kunt benaderen daarvoor".
D07 KNO-arts	"Een soort interdisciplinair overleg zo veel tijd hebben wij helaas niet in een dag, maar dat we elkaar meer gaan aanvullen".

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat het zorgpad voor dysfagiepatiënten op de klinische afdeling van ziekenhuis X goed verloopt. De logopedisten zien alle dysfagiepatiënten meteen nadat er een verdenking is van verslikken. Er is een prettige samenwerking tussen de KNO-artsen en de logopedisten. Zij weten elkaar te vinden en vragen elkaar in consult indien dit nodig is.

Op de poliklinische afdeling zijn er nog verbeterpunten. Het verwijzen van logopedie bij radiologie wordt nog niet consequent gedaan door alle KNO-artsen. Hierdoor wordt er niet altijd doelgericht onderzoek gedaan en wordt de verkeerde consistentie onderzocht.

Zowel de KNO-artsen als de logopedisten vinden een interdisciplinair overleg wenselijk en willen beiden dat de radioloog de logopedisten meer betreft bij het onderzoek. Vanuit de radiologen is deze wens minder aanwezig vanwege tijdgebrek, echter staan ze open voor een kort overleg op de kamer voorafgaand aan het onderzoek. Daarnaast werd de suggestie gedaan om één radioloog het aanspreekpunt voor de logopedist te maken bij slikonderzoek.

De logopedisten hebben als grootste wens een overkoepelend protocol voor zowel de logopedie afdeling, KNO-afdeling en de afdeling radiologie; een speciale slikstraat waarbij het zorgpad van een dysfagiepatiënt is vastgelegd.

Discussie

In dit onderzoek stond de volgende vraag centraal: Welke belemmerende en faciliterende factoren zijn er volgens de KNO-arts en radioloog in ziekenhuis X in de samenwerking met de logopedist rond de diagnostiek bij een dysfagiepatiënt?

Uit de interviews kwamen vijf thema's naar voren die centraal stonden voor de ervaringen van de participanten en antwoord gaven op de onderzoeksvraag. De KNO-artsen en logopedisten zijn het erover eens dat onderzoek bij poliklinische dysfagiepatiënten beter op elkaar moet worden afgestemd. De poliklinische dysfagiepatiënten worden eerst gezien door de KNO-arts en soms ook meteen doorgestuurd naar de radioloog zonder dat ze eerst door de logopedist worden gezien. NVKNO (2017) zegt daarentegen dat het wordt aanbevolen dat een dysfagiepatiënt eerst wordt doorverwezen naar een logopedist met gekende ervaring in de behandeling van dysfagie. Doordat er in het zorgpad voor poliklinische dysfagiepatiënten geen vaste route is vastgelegd kunnen er ook onnodig dure onderzoeken worden gedaan. NVKNO (2017) zegt in de richtlijn orofaryngeale dysfagie dat slikvideo's belastend zijn voor de patiënt vanwege de röntgenstraling. Een vastgelegd zorgpad zou voor de patiënt zowel veiliger als kostenbesparend kunnen zijn doordat er doelgericht onderzoek wordt uitgevoerd.

De diagnostiek en het zorgpad van de dysfagiepatiënt op de klinische afdeling van het ziekenhuis verloopt goed. Verpleegkundigen voeren een slikscreening uit en bij verdenking van verslikken wordt via de arts de logopedie meteen in consult gevraagd. Als er na logopedisch slikonderzoek nog twijfel bestaat over de veiligheid kan er meteen een afspraak worden ingepland voor een FEES-onderzoek. De Bodt et al. (2015) beschrijven ook een route voor de dysfagiepatiënt die bestaat uit functioneel onderzoek door de logopedist, en daarna eventueel medische diagnostiek aan de hand van een FEES of een slikvideo.

De meerwaarde van een logopedist bij FEES-onderzoek werd door alle KNO-artsen erkend. Onder de radiologen was de kennis over de rol van een logopedist bij radiologisch onderzoek wisselend. Ook blijkt dat er geen duidelijke samenwerking plaatsvindt bij de afname van slikvideo's door de radioloog en logopedist. De radiologen gaven aan dat een kort overleg op de kamer voorafgaand aan het onderzoek kan zorgen voor een doelgericht onderzoek.

Uit het kwalitatieve onderzoek van Power et al. (2006) in Groot-Brittannië blijkt dat er geen vastgelegd protocol is voor de route die een dysfagiepatiënt aflegt in het ziekenhuis. In het huidige onderzoek werd duidelijk dat ook binnen ziekenhuis X geen vastgelegd zorgpad bestaat, waardoor een helikopterview ontbreekt. Zowel de logopedisten als de KNO-artsen willen in de

toekomst een vastgelegd zorgpad voor de dysfagiepatiënt. Ook gaf één van de radiologen aan dat één aanspreekpunt voor de logopedisten bij radiologisch onderzoek wenselijk zou kunnen zijn. Daarnaast ervaren de KNO-artsen en radiologen dat een overstijgend vakgroep overleg door tijdgebrek moeilijk te realiseren is.

Kanttekeningen

In dit onderzoek zijn twee van de zestien radiologen geïnterviewd die werkzaam zijn in ziekenhuis X. De twee radiologen spraken vanuit eigen ervaring. De opinie en de kennis van de radiologen is hiermee niet representatief voor de denkwijze en kennis van de overige radiologen.

Ook zijn er in dit onderzoek drie van de acht KNO-artsen geïnterviewd die werkzaam zijn in ziekenhuis X. De opinie en kennis van de KNO-artsen is niet generaliseerbaar naar alle KNO-artsen. Hierdoor is de transferability minder groot.

Doordat de KNO-artsen en radiologen druk zijn, zijn sommige interviews in snelheid afgenomen, hierdoor was er weinig ruimte om veel open vragen te stellen, door te vragen en samen te vatten. Doordat er maar zeven interviews zijn afgenomen is er geen punt van verzadiging bereikt. Wanneer na meerdere interviews steeds dezelfde onderwerpen naar voren komen en er geen nieuwe inzichten ontstaan, is het punt van verzadiging bereikt (Wouters et al., 2015).

Na ieder interview zijn er nieuwe inzichten verkregen en daardoor werd de topiclijst verder aangevuld. Er zijn voor dit onderzoek meerdere disciplines geïnterviewd om van de verschillende invalshoeken een beeld te krijgen en zijn de eigen ervaringen volledig beschreven. Mogelijk heeft de uitvoering van dit onderzoek geleid tot een groter bewustzijn met betrekking tot de samenwerking tussen de disciplines.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Om een punt van verzadiging te bereiken zou het onderzoek nog eens uitgevoerd kunnen worden met alle logopedisten, KNO-artsen en radiologen die werkzaam zijn in ziekenhuis X.

Aanbevelingen voor ziekenhuis X

Uit het onderzoek is het volgende stappenplan gekomen. Allereerst: een logopedische scholing organiseren voor de KNO-artsen en radiologen over wat de logopedist kan betekenen qua onderzoek, behandeling en adviezen die waardevol zijn voor dysfagiepatiënten. Vervolgens het zorgpad van de dysfagiepatiënt ontwerpen met behulp van een overkoepelend protocol voor de afdelingen logopedie, radiologie en KNO. De LEAN-methode zou hiervoor ingezet kunnen worden. Bij de LEAN-methode worden doelen gesteld, vervolgens wordt innovatie via experimenteren gestimuleerd. Via deze methode wordt er op een brede manier naar oplossingen gezocht met als doel om de processen in de zorg te verbeteren. De volgende stap zou een interdisciplinair overleg kunnen zijn om elkaars kennis te verbreden rond de diagnostiek en specifieke casussen te bespreken. Tot slot zou het voor de samenwerking en diagnostiek helpend kunnen zijn als er één vaste radioloog aanwezig is die de radiologische slikonderzoeken doet in samenwerking met de logopedie.

Dankwoord

Ik wil een speciaal dankwoord uitspreken naar de participanten voor hun vrijwillige en enthousiaste deelname. Tevens wil ik ziekenhuis X bedanken voor het beschikbaar stellen van tijd en toestemming voor het onderzoek. Daarnaast wil ik mijn docent Evelijn Raven en de Hogeschool te Utrecht bedanken voor het begeleiden van het onderzoek.

Literatuurlijst

- American Speech-Language-Hearing Association (2002). Roles of Speech-Language Pathologist in swallowing and feeding disorders: position statement. *ASHA Leader*, 7 (supplement 22), 73. <http://doi.org/10.1044/policy.KS2002-00079>
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., Hulst, M van der (2012) *Basisboek interviewen* (Vol. 4). Groningen: Noordhoff.
- Benfield, J.K., Michou, E., Everton, L.F., Mills, C., Hamdy, S., Bath, P.M. & England, T.J. (2020). The landscape of videofluoroscopy in the UK: A Web-Based Survey, *Dysphagia*, 35 <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10130-1>
- Both, M. De, Guns, C., D'hondt, M., Vanderwegen, J. Nuffelen, G van (2015) *Dysfagie, Handboek voor de klinische praktijk*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Braun, V & Clarke, V (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101
- Korstjens, I & Moser, A (2018) Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing, *European Journal of General Practice*, 24:1, 120-124, <http://DOI.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kalf, H., Brood, B. (2008). *Slikstoornissen bij volwassenen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Logemann, J. (2000) *Slikstoornissen: onderzoek en behandeling*. Amsterdam: Harcourt
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (2017) *Orofaryngeale dysfagie*. Geraadpleegd op 18 september 2020, van https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/orofaryngeale_dysfagie/rol_logopedist_bij_dysfagie.html
- Power, M., Laash, H., Kasthurri, R., Nicholson, D., & Hamdy, S. (2006). Videofluoroscopic assesment of dysphagia: A questionnaire survey of protocols, roles and responsibilities of radiology and speech and language therapy personnel, *Elsevier*, 12, 26-30. <http://DOI.org/10.1016/j.radi.2005.03.003>
- Takizawa, C., Gemmel, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, parkinson's disease, alzheimer's disease, head injury, and pneumonia, *Dysphagia*, 31, 434-441 <http://DOI.org/10.1007/s00455-016-9695-9>
- Wouters, E., van Zaalen., Bruijning, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Coutinho

Bijlage 1. Topiclijst

Topiclijst	
Demografische gegevens	Hoe lang werkt u al als logopedist/ radioloog/ KNO-arts?
	Hoe lang werkt u in dit ziekenhuis?
	Hoe ziet uw gemiddelde werkdag eruit?
Werkwijze	Wat is op dit moment de werkwijze bij dysfagiepatiënten?
	Wat zijn uw positieve en negatieve ervaringen met betrekking tot de werkwijze bij dysfagiepatiënten?
	Wat zijn nog verbeterpunten in de werkwijze van onderzoek bij dysfagiepatiënten?
	Wat zou voor u een ideaalbeeld zijn qua werkwijze?
Samenwerking	Wat zijn uw wensen met betrekking tot interdisciplinair samenwerken?
	Wat is uw ideaalbeeld qua samenwerking?
Kennis	Wanneer vraagt u een logopedist in consult, en hoe verloopt dit dan?
	Wat is voor u de meerwaarde als de logopedist wel bij uw onderzoek aanwezig is?
Toevoeging participant	Heeft u zelf nog iets wat u wilt toevoegen aan dit verhaal?

Bijlage 2. Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring formulier proefpersonen (model MES-FG Hogeschool Utrecht)

Titel onderzoek:.....

.....

- Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek.
- Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
- [indien van toepassing] Ik begrijp dat geluidsopnamen, foto's en video-opnamen of bewerking daarvan uitsluitend voor onderwijs en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

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

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:.....

Bijlage 3. Axiaal coderen

Codes	Sub-codes	Thema's
Diagnostiek Werkwijze Inzicht Efficiëntie Tijd Planning Geld Hoge werklast	Klinisch redeneren Gericht aan het werk Efficiëntie	Doelgericht en efficiënt werken
Gebrek aan protocol Geen doelgericht onderzoek Gebrek aan kennis over de rol van de logopedist en de meerwaarde	Duidelijkheid in verwijzing	Verwijzing logopedie bij radiologie
Benaderbaarheid Klein team Gedeelde visie Gedeelde kennis Wisselwerking Multidisciplinair samenwerken Hiërarchie Belemmering collegae	Toegankelijkheid collega's	Multidisciplinaire versus interdisciplinaire samenwerking
Zichtbaarheid logopedist Gebrek aan kennis over de rol van de logopedist en de meerwaarde Leidende rol logopedie Inzicht meerwaarde logopedist Handelen logopedist Veiligheid voor patiënt.	De zicht-en onzichtbaarheid van de logopedist. Zorg op de juiste plek	De meerwaarde van logopedie
Samenwerking radioloog Samenwerking laboranten Samenwerking KNO Ideaalbeeld is overleg zorgpad Ideaalbeeld is een protocol Route dysfagiepatiënt Eén aanspreekpunt radiologie	Verantwoordelijkheid voor alle disciplines Gedeelde visie Visie zorgpad polikliniek	Visie zorgpad