
Inventarisatie van het dysfagiemanagement in een zorginstelling



Bachelorthesis

Marie Breuer

1523929

mariebreuer267@gmx.de

Ann-Sophie Schwarz

1504800

ann.so.schwarz@gmail.com

Daniela Witt

1470957

daniela-witt@web.de

**ZU
YD**

Thesisbegeleidster: Jessie Lemmens

Thesiskring: Neurogene communicatiestoornissen en dysfagie

Inleverdatum: 03-06-2019

@Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Marie Breuer, Ann-Sophie Schwarz en Daniela Witt.

Dankwoord

Na twee lange en tegelijk ook korte jaren, is deze bachelor-thesis nu afgerond. We kijken terug op een heel intensieve tijd. Hoewel de thesisgroep profiteerde van een goede samenwerking en sfeer, was deze thesis zonder een aantal personen niet zo gelukt. Daarom willen we bij deze nog even het woord richten aan personen die ook een belangrijke bijdrage daaraan hebben geleverd.

Allereerst danken we de onderzochte instellingen voor de goede samenwerking. We hebben tijdens de onderzoeksperiode veel mensen kunnen zien die iedere dag hartstikke hun best doen om bewoners goede zorg en steun te kunnen bieden. Het was mooi om te zien dat dit onderzoek door de instellingen als kans op ontwikkeling werd gezien. Er gebeurt al zo veel binnen de instellingen om de zorg te blijven verbeteren en we hopen dat ook dit onderzoek een bijdrage hieraan kan leveren.

Ook na vier jaren studie in Nederland vertegenwoordigt de taal nog steeds een struikelblok voor ons. Om deze reden willen we bedanken bij Monique van der Drift voor de tijd en werk die het lezen en corrigeren van de thesis zeker heeft gekost.

Tot slot willen we graag Jessie Lemmens bedanken voor een goede begeleiding tijdens het traject. We bedanken voor goede tips en ideeën, constructief feedback, tijd, energie en tenslotte voor het verder geven van uitgebreide kennis over methodologie en statistiek.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de vrouwelijke benaming „logopediste“.

Samenvatting

Binnen de verpleeghuiszorg zijn aangepaste maaltijden – gepureerd met een staafmixer – voor ouderen met dysfagie dagelijkse kost. Maar vaak zijn de ingrediënten niet meer herkenbaar als er een staafmixer doorheen is gegaan en ziet de maaltijd er niet aantrekkelijk uit.

Bij mensen met dysfagie daalt het plezier aan eetmomenten enorm en wordt de eetlust minder (De Bodt, Guns, D'hondt, Vanderwegen, Nuffelen Van, 2015).

Om de gevolgen van dysfagie zoals ondervoeding, malnutritie, aspiratiepneumonieën of zelfs het overlijden te kunnen voorkomen, is het aanpassen van voedingsconsistenties één manier, om voor een dysfagie te compenseren. Dergelijke aangepaste consistenties, dienen echter adequaat geïmplementeerd te worden binnen de dagelijkse praktijk.

Om binnen een instelling een nieuw product succesvol te kunnen implementeren is het noodzakelijk eerst kennis te maken met het huidige functioneren en samenwerken van alle processen die betrekking nemen op het gebied waarin een nieuw product of handeling geïmplementeerd zal worden (Grol, Wensing, Eccles & Davis, 2013). Hiervoor moeten een aantal stappen worden doorlopen waardoor een implementatie succesvol kan verlopen. De eerste stap binnen het implementatieproces is: het vaststellen van een concreet en realiseerbaar voorstel voor verandering. Deze is door innovators van een nieuw voedingsproduct al eerder uitgevoerd binnen de onderzochte instelling. Dit onderzoek richt zich met name op stap twee – de feitelijke zorg in kaart brengen – en stap drie – de diagnostische analyse van de doelgroep en de setting – binnen het implementatiemodel van Grol & Wensing. De vraagstelling die daarmee beantwoord diende te worden luidt: Op welke wijze wordt het dysfagiemanagement en de zorg bij patiënten met dysfagie in een zorginstelling voor verpleeghuiszorg vormgegeven?

Er werd getracht het huidige dysfagiemanagement te kaderen, de tevredenheid van de medewerkers daarover duidelijker te maken en om mogelijke ontwikkelingskansen naar boven te brengen.

Om aan de stappen binnen dit model te kunnen voldoen werd voor een mixed-method design gekozen waarbij zowel cross-sectioneel als retrospectief kwantitatieve en kwalitatieve gegevens werden verzameld. Bij het onderzoek zijn twee verschillende verpleeghuislocaties betrokken. Beide horen tot één grote zorgaanbieder. De benodigde gegevens zijn aan de hand

van het bestuderen van 22 patiëntendossiers, participerende observaties en interviews met zes verschillende zorgprofessionals verzameld.

Binnen beide instellingen bestaat er op dit moment geen standaardinformatie over dysfagie en vinden er onregelmatig scholingen over dysfagie plaats. Wel wordt er getracht om binnenkort een nieuw slikprotocol te implementeren. Uit de interviews is gebleken dat de medewerkers meer behoefte hebben aan informatie over dysfagie en aan een vast aanspreekpartner voor dysfagie. Met betrekking tot de borging van patiëntengegevens werd aangegeven dat het gehanteerde elektronische dossierprogramma onoverzichtelijk en vaak ook onvolledig is. Daardoor is het meestal makkelijker een collega naar informatie te vragen dan in het dossier te kijken. Uit de literatuur bleek echter dat dit een bekend fenomeen binnen de gezondheidszorg lijkt te zijn.

Zowel uit de interviews als de dossierstudie is gebleken dat er tijdens de opname van nieuwe patiënten niet standaard een slikscreening wordt gedaan. Binnen de gekozen steekproef zijn zes van de 22 patiënten gediagnosticeerd met dysfagie, terwijl maar drie patiënten een slikscreening (eetobservatie) hebben gehad. De zes dysfagiepatiënten krijgen geen logopedische therapie, maar de reden daarvoor bleef onduidelijk.

Uit het onderzoek naar de tevredenheid scoorden de bevroegde medewerkers binnen in de categorieën 'informatie over dysfagie', 'informatie over het bereiden van aangepaste maaltijden', 'patiënten-tevredenheid over de maaltijden' en 'het huidige dysfagiemanagement' gemiddeld een 'ruim voldoende'.

De laatste categorie 'dossiervorming' werd gemiddeld met een 'bijna voldoende' beoordeeld. Tot slot kan gezegd worden dat binnen de instellingen al veel voor het optimaliseren van de dysfagiezorg gedaan wordt door onder andere pacemaps en verbeterborden, maar ook het ontwikkelen van slikprotocollen en het implementeren van alternatieve voedingswijzen. Volgens de resultaten van deze studie kunnen ontwikkelingskansen gezien worden in het aantal scholingen en de terugkoppeling daarvan, het vroegtijdige inschakelen van professional op open afdelingen, de dossiervoering en de nauwkeurigheid van rapportages en bij het terugkoppelen en evalueren van afspraken.

Inhoudsopgave

Dankwoord

Samenvatting

1 Inleiding 1

2 Theoretische achtergrond 3

2.1 Dysfagiemanagement in de verpleeghuissector3

2.2 Implementatie7

2.2.1 Rol van de logopediste bij implementatie 11

2.3 Logopedische relevantie.....11

2.4 Probleemstelling12

2.5 Doelstelling12

3 Methode 14

3.1 Vraagstelling14

3.2 Design14

3.2.1 Uitkomstvariabelen 15

3.3 Setting15

3.4 Meetprocedure16

3.5 Data-analyse21

4 Resultaten 25

4.1 Respons25

4.2 Populatie27

4.3 Resultaten per onderzoeksvraag27

4.3.1 Organogram 28

4.3.2 Hoofdvraagstelling 29

4.3.3 Deelvragen 35

4.3.4 Algemeen dysfagiemanagement organogram 40

5 Discussie 42

5.1 Samenvatting belangrijkste resultaten	42
5.2 Interne validiteit (methodologische reflectie)	43
5.3 Externe validiteit (theoretische reflectie)	49
5.4 Conclusie	54
5.5 Aanbevelingen	55

6 Literatuur 57

7 Bijlagen 64

7.1 Bijlage 1: De rol van logopedie binnen het dysfagiemanagement.....	64
7.2 Bijlage 2: Voedingsverantwoordelijkheid	67
7.3 Bijlage 3: Vragenlijst Vooronderzoek	67
7.4 Bijlage 4: Tabel voor dossiergegevens	69
7.5 Bijlage 5: Vragenlijst Interview	70
7.6 Bijlage 6: Observatieformulier	72
7.7 Bijlage 7: Voorbeeld fieldnotes	73
7.9 Bijlage 9: Categorieën en boomstructuren uit kwalitatieve analyse	79

1 Inleiding

Wanneer tijdens een proefsessie zorgverleners maaltijden mochten proeven die waren aangepast aan de mogelijkheden van mensen met dysfagie was een veelgehoorde opmerking: ‘Aangepaste voeding smaakt ... aangepast’.

Bovendien ziet de aangepaste maaltijd – die werd gepureerd met een staafmixer – er minder smakelijk uit en zijn de ingrediënten niet tot nauwelijks meer herkenbaar. Door het mixen van ingrediënten en daarmee ook de smaken, wordt de ervaren smaak vaak beïnvloedt en krijgt eten een andere beleving dan voorheen. In een multicenterstudie over voeding bij ouderen in Duitsland in 10 verpleeghuizen kreeg 10% van de 773 bewoners aangepaste voeding (Heseker, 2008). Voor hen zijn aangepaste maaltijden dagelijkse kost. Toch hebben zij ook behoefte aan een maaltijd die er smakelijk uitziet en uitnodigt tot eten (Shune, 2015). Als dit niet het geval is, kan het zijn dat mensen weigeren te eten en daardoor ondervoed kunnen raken (Schreier & Bartholomeyczik, 2004). Uit hetzelfde onderzoek van Heseker (2008) bleek dat binnen de populatie van 773 verpleeghuisbewoners 32% soms geen eetlust heeft. Volgens de Bodt et al. heeft slechts 45% van de mensen met een dysfagie nog plezier tijdens eten, 41% hebben angst om te eten en 36% vermijden het eten samen met vrienden en familie (De Bodt, Guns, D’hondt, Vanderwegen, Nuffelen Van, 2015). Om mensen met dysfagie kwaliteitsvolle voeding te laten binnenkrijgen, bestaan er veel hulpmiddelen of alternatieve voedingswijzen. In gezondheidszorginstellingen komen de medewerkers allerlei aangepaste maatregelen voor dysfagie, zoals dieet standaardisatie, tegen. Aangepaste maatregelen zijn echter vaak nog niet systematisch in kaart gebracht of getoetst op effectiviteit en generaliseerbaarheid (Schreier, & Bartholomeyczik, 2004). Wel is bekend dat innovaties, zoals aangepaste voeding, alleen goed aanslaan in een zorgsetting wanneer deze op een adequate wijze zijn geïmplementeerd (Wensing & Grol, 2017). Omdat logopedisten in samenwerking met de behandelend arts en diëtist verantwoordelijk zijn voor het voorschrijven van voeding, die veilig is voor de patiënt met dysfagie, is het essentieel dat zij een goed zicht hebben op het zorgtraject waar de aangepaste voeding deel van uitmaakt. Verder is het van groot belang dat deze voeding op de correcte wijze aan de mensen wordt aangeboden (NVLF Richtlijn orofaryngeale dysfagie, 2017). Vandaar dat de logopediste een belangrijk taak heeft bij het implementeren van innovaties met betrekking tot aangepaste

voeding. Dit houdt in dat logopedisten aangepaste voeding dienen te toetsen op: 1. veiligheid en smakelijkheid voor de patiënt, 2. werkbaarheid van de aangepaste voeding voor keuken- en zorgpersoneel en 3. de mogelijkheden binnen het beleid en budget van de zorginstelling (zie 7.2 bijlage 2 voedingsverantwoordelijkheid).

Na verdieping in het theoretisch verloop van een implementatie van een nieuw product in een zorginstelling werd duidelijk dat bestaande implementatieprocessen met betrekking tot aangepaste voeding nog niet transparant waren binnen verpleeginstellingen, die behoefte hadden aan een verbetering van de kwaliteit van aangepaste voeding.

Grol, Wensing, Eccles & Davis (2013) geven ook aan dat:

'Als men een nieuw en innovatief product in een al bestaand systeem wil integreren, moet men eerst leren hoe dit systeem werkt' (Grol et al., 2013, p. 42).

Voor het uitwerken van het implementatieproces werd het model van Grol et al. (2013) aangehouden (zie figuur 1.2). Aangezien de eerste stap van implementatie – het vaststellen van een concreet en realiseerbaar voorstel voor verandering – door innovators van een nieuw voedingsproduct reeds grotendeels gedaan was, werd het uitwerken van de tweede stap – de feitelijke zorg in kaart brengen – en de derde stap – de diagnostische analyse van de doelgroep en de setting – (Grol et al., 2013) het zwaartepunt van deze bachelor thesis.

Binnen deze tweede en derde stap wordt gekeken naar de context, de aspecten die voor verandering in aanmerking komen, specifieke kenmerken van een doelgroep, en bevorderende en belemmerende factoren voor de realisatie van veranderingen (zie 2.2 implementatie).

De vraagstelling die hiermee getracht wordt te beantwoorden luidt: Op welke wijze wordt het dysfagiemanagement en de zorg bij patiënten met dysfagie in een zorginstelling voor verpleeghuiszorg vormgegeven?

Het resultaat van dit onderzoek is een uitgewerkt schema, waarin het dysfagiemanagement binnen een zorginstelling is weergegeven. Ook werden aanbevelingen geformuleerd worden om de dysfagiezorg te kunnen verbeteren. Door deze uitkomsten is getracht aan stap twee en drie van implementatie te voldoen (Grol et al., 2013).

2 Theoretische achtergrond

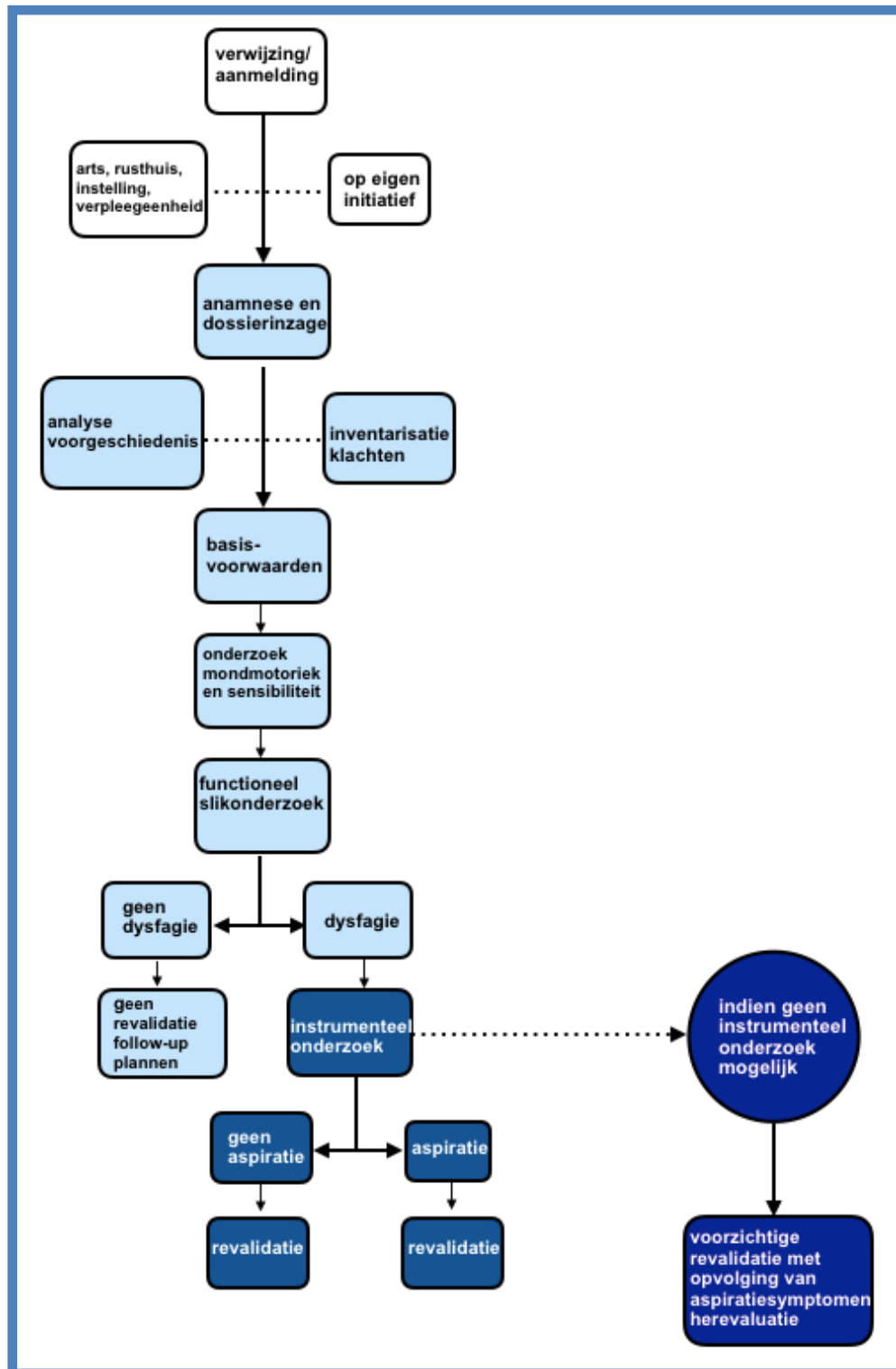
Voordat stap twee van het implementatiemodel volgens Grol et al. (2013) kan worden uitgevoerd, volgt eerst een bespreking van de relevante thema's die betrekking hebben op dysfagiemanagement. Achtergrondinformatie over de rol van een logopediste met betrekking tot dysfagie is terug te vinden in 7.1 bijlage 1.

2.1 Dysfagiemanagement in de verpleeghuissector

In de gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen intramurale zorg en extramurale zorg. Intramurale zorg betreft zorg bestaande uit begeleiding, verzorging en behandeling, gedurende een ononderbroken verblijf binnen een zorginstelling (bv. ziekenhuis, verpleeghuis) (Richtlijn Orofaryngeale Dysfagie 2017).

Dit onderzoek richt zich alléén op de intramurale zorg binnen één verpleeghuisorganisatie waar mensen met onder andere dysfagie verblijven.

Dysfagiemanagement start met een goede signalering door (meestal) verpleegkundige of verzorgend personeel, doorverwijzing en aanvullend functioneel en eventueel instrumenteel logopedisch onderzoek waardoor de diagnose 'dysfagie' kan worden gesteld (zie figuur 1.1). In het onderstaand figuur wordt het optimaal verloop voor de diagnosestelling van dysfagie getoond.



Figuur 1.1 Diagnostisch proces (De Bodt, Vanderwegen, 2013)

Nadat de diagnose dysfagie is gesteld, volgt een interventie. Afhankelijk van de soort, aard en ernst van de dysfagie zijn diverse interventies mogelijk. Een interventie zou een slikadvies kunnen zijn, die zowel houdingscorrecties, aanpassing van voedingsconsistenties, nuttigging van speciaal voor dysfagie ontworpen voedingsproducten of het vermijden van bepaalde consistenties (bv. vezelig vlees), inhoudt. Ook is functionele (bv. krachttraining) of compenserende (bv. consistentieaanpassingen of slikmanoeuvres) dysfagietherapie een interventie (Warnecke & Dziawas, 2013) (zie 7.1 bijlage 1 ‘Logopedische behandeling van dysfagie’). Het doel van goed dysfagiemanagement is altijd om op zo veilig mogelijke wijze voldoende en met smaak te kunnen eten en drinken en hierdoor complicaties, zoals ondervoeding of een aspiratiepneumonie, te voorkomen.

Binnen dysfagiezorg zijn verschillende professionals betrokken. Naast de logopediste zijn ook verpleegkundigen en verzorgenden, artsen, diëtisten en het keukenpersoneel dagelijks verantwoordelijk voor een goede samenwerking binnen het dysfagiemanagement.

Uit de richtlijn orofaryngeale dysfagie is echter gebleken dat er niet altijd multidisciplinair gewerkt wordt vooral met betrekking tot diagnostiek en behandeling van patiënten met dysfagie. Ook worden kenmerken van dysfagie en daaraan gerelateerde comorbiditeiten vaak niet herkend. Hierdoor bestaat er een kans op onderdiagnostiek, waardoor patiënten de benodigde zorg niet kunnen krijgen. Gevolgen hiervan kunnen ondervoeding, malnutritie, een aspiratiepneumonie of zelfs overlijden zijn. Binnen het dysfagiemanagement spelen het tijdig herkennen van signalen van dysfagie en multidisciplinaire samenwerking met goede coördinatie en organisatie tussen disciplines daarom een belangrijke rol (Richtlijn orofaryngeale dysfagie 2017).

Mertl-Rötzer beschrijft 2009 in haar boek dysfagietherapie als een onderwerp dat altijd van interdisciplinair belang is. Zo zijn volgens haar, naast de logopedisten, ook verpleegkundigen heel belangrijk, omdat zij aanwezig zijn tijdens eetmomenten en zo slikproblemen kunnen signaleren. Een diëtiste ondersteunt het aanpassen van voeding met aandacht voor voedingswaardes. Deze voorbeelden laten zien dat dysfagiemanagement altijd een multidisciplinaire taak is.

Echter bestaan er diverse uitdagingen voor zorgprofessionals zodra er een gebrek aan inzicht in structuur en organisatie van het dysfagiemanagement bestaat. Dysfagiemanagement

verloopt niet altijd op dezelfde manier en is afhankelijk van de zorginstelling en de daar gehanteerde structuur. Als de structuur niet duidelijk is, kan ook moeilijk bepaald worden welke processen goed en minder goed lopen en welke factoren mogelijk verbeterd dienen te worden.

De volgende problemen kunnen door een gebrek aan inzicht, structuur en organisatie binnen de dysfagiezorg optreden. Deze factoren hebben invloed op de kwaliteit van de zorg (Wensing & Grol, 2017):

- Motivatie en communicatie tussen collega's;
- Transparantie over taakverdeling;
- Aanhouden van richtlijnen en wetten;
- Duidelijkheid over aanspreekpartners per onderwerp;
- Handelingsplan en tijdsplanning.

Als deze factoren onvoldoende worden aangehouden, wordt het ingewikkeld om een behoefte aan een innovatie vast te stellen. Ook is het daardoor moeilijker om nieuwe producten en systemen te implementeren (Wensing & Grol, 2017).

Enkele van deze factoren hebben in het verleden al voor onduidelijkheden binnen het dysfagiemanagement gezorgd. Zo bleek onder andere uit het onderzoek van Heseke (2008) dat een gebrek aan samenwerking tussen keukenpersoneel en verpleegkundigen tot cruciale problemen leidde wat betreft voeding van ouderen in verpleeghuizen. Door ontbrekende of onnauwkeurige communicatie tussen de verpleging en het keukenpersoneel kan het gebeuren dat een patiënt maaltijden of dranken aangeboden krijgt die voor hem niet geschikt zijn waardoor het risico op ondervoeding of juist een aspiratiepneumonie verhoogd wordt.

Een verder aandachtspunt is vaak de inzet van voldoende en geschoold personeel (De Bodt et al, 2015). Uit het onderzoek van Heseke (2008) bleek dat de voedingswaardes per patiënt niet alleen beter worden als het aantal verpleegkundigen toeneemt maar ook als deze een uitgebreidere kennis over voeding hebben.

Om ondanks alle uitdagingen toch een goede kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen zijn efficiënte en effectieve interventies voor dysfagie onontbeerlijk. Daar – zoals in het laatste punt genoemd – de implementatie van dergelijke interventies bemoeilijkt wordt door een gebrek aan inzicht, dient er extra zorg te worden besteed aan goede implementatieprocessen.

2.2 Implementatie

Implementatie kan omschreven worden als:

‘(...) een gepland proces met een systematische introductie en veranderingen, die een bewezen waarde hebben, met als doel dat deze een structurele plaats in de zorg en in het functioneren van zorgorganisaties innemen’ (Grol et al., 2013, p. 10).

Het integreren van inzichten of onderzoeksresultaten met betrekking tot een effectieve, efficiënte, veilige en patiëntenvriendelijke zorg in de dagelijkse praktijk kan zeer tijdrovend zijn (Grol et al., 2013). Volgens zorgverleners en onderzoekers worden deze inzichten te langzaam geïntegreerd in de dagelijkse praktijk (Wensing & Grol, 2017). Om goed op de hoogte van de nieuwste inzichten te blijven zou een arts gemiddeld circa 19 artikelen per dag moeten lezen (Wensing & Grol, 2017). Het langzame integreren van nieuwe inzichten heeft daarom ook te maken met de overdosis aan informatie waaraan professionals worden blootgesteld (Wensing & Grol, 2017). Maar ook als clinici goed geïnformeerd zijn over nieuwe wetenschappelijke inzichten, betekent dit niet dat ze daardoor hun dagelijkse routine veranderen (Grol et al., 2013). Voor de integratie van nieuwe inzichten of methodieken in de dagelijkse praktijk is een gedegen implementatie noodzakelijk.

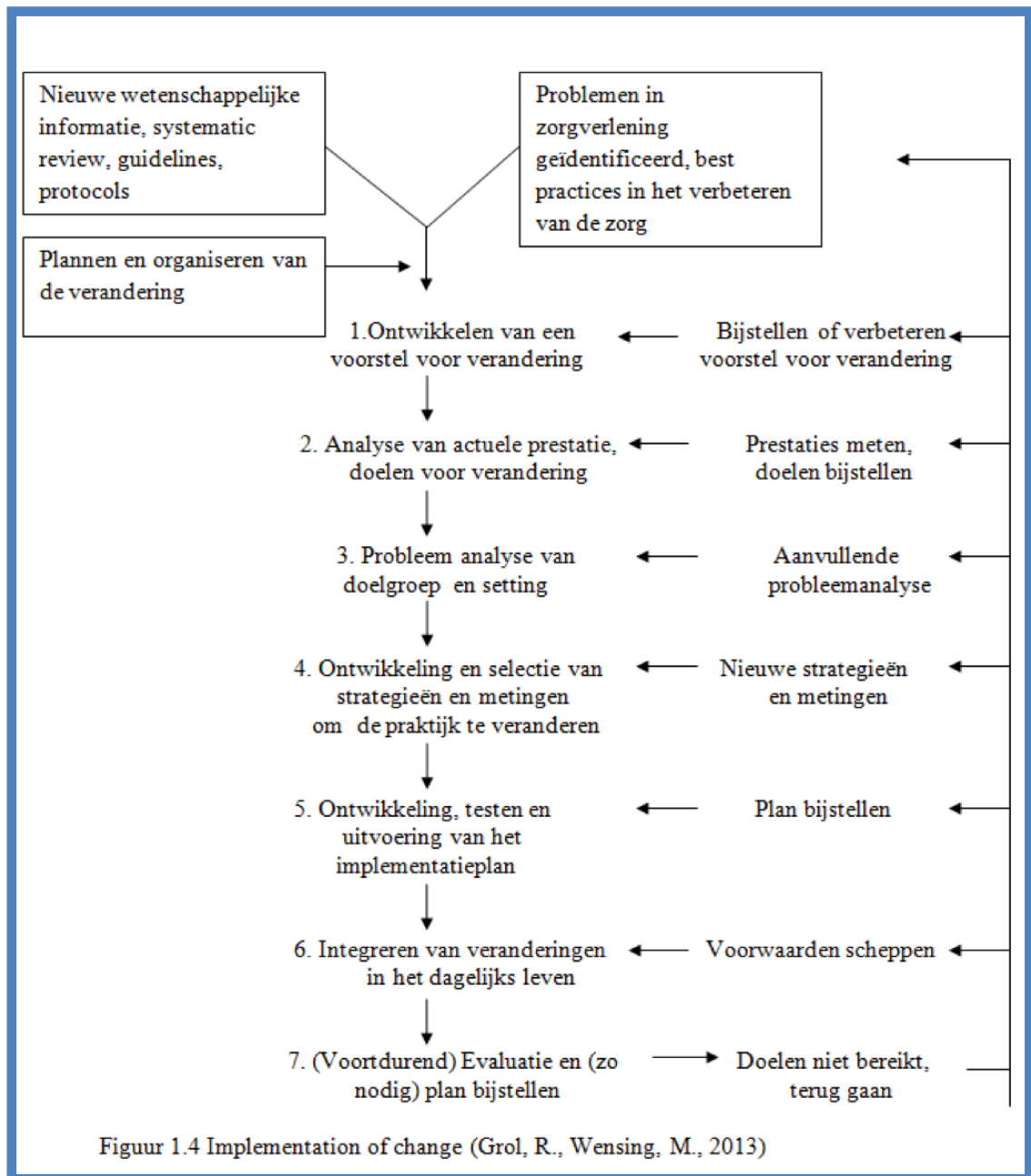
Het startpunt van een implementatie kan nieuwe wetenschappelijke kennis zijn, die betere en effectievere zorg kan bieden (Wensing & Grol, 2017). De nieuwe informatie is vaak in zorgprotocollen of zorgprogramma's geprotocolleerd, omdat daarin de meest optimale zorg binnen een afdeling of in een team wordt vastgehouden (Wensing & Grol, 2017). Ook ongewenste voorvallen of onderzoek naar patiëntenervaringen in een instelling kunnen een aanleiding zijn voor verbeteringen in de zorg (Wensing & Grol, 2017).

Een implementatie houdt rekening met de volgende vier belangrijke elementen:

- Plannen van het proces en systematische introductie (veranderingen in strategie moeten gebaseerd op de probleemanalyse, doelgroep en de setting);
- Innovaties of verbeteringen met bewezen waarde (innovaties, die nieuw, beter of anders zijn dan de momentele situatie);
- Een structurele plaats geven (gericht op een duurzame verandering);

- De functionering van de organisatie in de praktijk (veranderingen kunnen op verschillende manieren gebeuren, hebben consequenties voor patiënten en de primaire zorg) (Grol et al., 2013).

In figuur 1.2 is het optimale verloop van een implementatie getoond.



Figuur 1.2 Implementation of change (Grol et al., 2013)

Om een implementatie met betrekking tot veranderen van routines succesvol te laten verlopen moet eerst de complexiteit van de realiteit in praktijk in kaart worden gebracht (Wensing & Grol, 2017).

De doelgroep speelt bij het ontwikkelen van een veranderingsvoorstel, bij het opzetten van een implementatieplan en bij het ontwikkelen en testen van de maatregelen en strategieën een belangrijke rol (Wensing & Grol, 2017). Uiteindelijk past de doelgroep de verandering toe, waarbij de setting de basis voor verandering vormt (Wensing & Grol, 2017). Verder moeten de benodigde middelen voor het succesvol uitvoeren van een plan beschikbaar zijn, wat betekent dat er een balans tussen effectiviteit en de kosten van de implementatie moet worden gevonden (Wensing & Grol, 2017).

Met betrekking tot het implementatiemodel ‘Implementation of change’ (zie figuur 1.2) zijn volgende stappen voor deze bachelor thesis van belang:

Tabel 1.1 *Uitleg benodigde stappen implementatiemodel*

Stap:	Verworven informatie:
Stap 1: het ontwikkelen en vaststellen van een concreet en realiseerbaar voorstel voor verandering in de praktijk (Wensing & Grol, 2017)	De kenmerken van een innovatie of voorstel voor verbetering die van invloed zijn op de uiteindelijke toepassing moeten duidelijk zijn (Wensing & Grol, 2017). Volgende kenmerken kunnen aan de orde komen: – Wijze waarop de ontwikkeling heeft plaatsgevonden; – Kwaliteit en geloofwaardigheid van de aanbevelingen; – Geloofwaardigheid van de ontwikkelaars; – Draagvlak voor innovatie; – Vormgeving (toegankelijkheid en attractiviteit); – Mogelijkheden tot aanpassing aan de lokale situatie (Wensing & Grol 2017).
Stap 2: Feitelijke zorg in kaart brengen	-Basiskennis met betrekking tot feitelijke zorgverlening (bv. welke zorg wordt nu geleverd en is deze conform met de voorgestelde werkwijze) -Aandacht moet gericht worden op de belangrijkste afwijking, omdat een doelgroep vaak maar een beperkt aantal doelen kan aanpakken -Door de gedetailleerde analyse wordt de doelgroep zich bewust van problemen en het creëert een ‘sense of urgency’ Om de feitelijke zorg te verduidelijken is volgende informatie nodig: • Indicatoren waarmee de gewenste wijze van werken onderzocht kan worden, bij voorkeur door een systematische, zorgvuldige methode; • Een geschikte methode voor de verzameling van de gegevens; • Een inzichtelijke en aaceptabele manier van rapportage aan de doelgroep: motiverend feedback voor de deelname aan het veranderingsproces; • Concrete doelen voor verandering opstellen (Wensing & Grol, 2017).
Stap 3: het analyseren van de kenmerken van de doelgroep en de bevorderende en belemmerende factoren (Wensing & Grol, 2017).	Geanalyseerd wordt: – De setting waar men een innovatie wil implementeren; – De verhouding tussen individuen; – De doelen van de implementatie; – Bestaande routines; – Kenmerken van professionals, die de innovatie moeten toepassen; – Patiënten die medewerking moeten verlenen; – De cultuur binnen de instelling; – Beschikbare middelen en organisatorische/structurele voorwaarden (Wensing & Grol, 2017).

De vervolgstappen zijn te vinden in figuur 1.2. In ieder stap van het implementatiemodel is het van belang om de bevorderende en belemmerende factoren te inventariseren om te weten te komen hoe implementatiestrategieën moeten worden opgebouwd (Wensing & Grol, 2017).

2.2.1 Rol van de logopediste bij implementatie

Verwijzend naar het ‘Implementation of change’ model (Grol et al., 2013), getoond in figuur 1.2, zal nu de rol van de logopediste binnen dit proces verduidelijkt worden. Allereerst kan gezegd worden dat ieder professional veranderingen binnen het zorgsysteem kan beïnvloeden door bijvoorbeeld de manier van besluitvorming of de motivatie voor het aansturen van verbeteringen (Grol et al., 2013). Dat wil zeggen dat ook een logopediste enorme invloed kan hebben op het optimaliseren van (dysfagie)zorg. Een logopediste kan binnen de eerste stap van het implementatiemodel (zie tabel 1.1) een voorstel voor verandering met betrekking tot de dysfagiezorg (bv. een nieuw voedingsproduct) mee in een teamoverleg van het slikteam nemen. Dit voorstel wordt dan geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Logopedisten zijn van groot belang bij implementatieprojecten met betrekking tot nieuwe innovaties voor dysfagiepatiënten, want zij bepalen welke consistenties en of iemand überhaupt voeding toe zich mag nemen (Ravensberg, Bogaardt, 2002).

Binnen een implementatieproject voor dysfagiepatiënten zijn logopedisten daarom absoluut wenselijk. Zij kunnen beoordelen of een product veilig is en een toekomst kan hebben in de dagelijkse praktijk.

2.3 Logopedische relevantie

De nieuwe uitgave van de beroepscode logopedie werd in oktober 2017 door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie gepubliceerd. Artikel 6.1. uit de beroepscode luidt:

‘De logopedist levert bij zijn beroepsuitoefening verantwoorde zorg. Daaronder vallen ook een adequate organisatie van zijn beroepsuitoefening en het gebruik van op de patiënt afgestemd materiaal.’ (NVLf, 2017, oktober).

Als het gaat om dysfagie heeft een logopediste echter een bijzonder verantwoording, omdat deze het diagnostisch onderzoek uitvoert. Gedurende het diagnostisch proces worden beslissingen voor een voedingsadvies multidisciplinair genomen (Richtlijn orofaryngeale

dysfagie 2017). Binnen het multidisciplinair team schoolt de logopediste andere professionals over het dysfagiemanagement. De logopediste ontwikkelt een behandelplan voor dysfagietherapie en organiseert de individuele begeleiding van de patiënt met dysfagie. Om deze reden is de logopediste binnen het hele dysfagiemanagement betrokken.

Vanaf het moment dat binnen de dysfagiezorg behoefte bestaat aan nieuwe processen en producten en deze geïmplementeerd zullen worden, is het dus belangrijk om ook een logopediste hierbij te betrekken (zie ‘2.2.1 rol van de logopediste bij implementatie’). Binnen de keuze voor nieuwe producten voor dysfagiepatiënten spelen logopedisten een belangrijke rol, omdat zij beslissingen over het eten en de consistentie daarvan nemen.

2.4 Probleemstelling

Voordat een implementatie kan starten moet eerst duidelijk gemaakt worden wie de beslissingen neemt en hoe de specifieke afdelingen de zorg rondom dysfagiepatiënten organiseert. Voor de zorglocaties die onderzocht werden, bestond geen algemeen schema voor dysfagiemanagement. Er bleek dus een gebrek aan inzicht, structuur en organisatie met betrekking tot het dysfagiemanagement te zijn. Hieronder kan de zorg en het verlenen daarvan lijden. Op welke wijze innovaties met betrekking tot aangepaste voeding het beste geïmplementeerd kunnen worden was niet transparant.

2.5 Doelstelling

Een beschrijving van het dysfagiemanagement en de zorg rondom dysfagiepatiënten om mogelijke ontwikkelingskansen op te sporen en de zorg te optimaliseren, vormde het doel van deze studie. In totaal werden er in dit onderzoek drie doelen met betrekking tot het dysfagiemanagement opgesteld:

1. Implementatie van een nieuw product voorbereiden

Met behulp van de onderzoeksresultaten werd aan delen van de tweede en derde stap van implementatie (zie figuur 1.2. ‘doelen voor verandering opstellen’ en ‘probleemanalyse van doelgroep en setting’) voldaan.

2. Zorg verbeteren

Met behulp van het organogram kan het dysfagiemanagement geïnventariseerd worden en het gebrek aan inzicht, structuur en organisatie gecorrigeerd worden. Mogelijke problemen in samenwerking en communicatie kunnen opgespoord en indien nodig geoptimaliseerd worden. Verder worden verantwoordelijkheden en rolverdelingen overzichtelijk voor medewerkers en patiënten.

3. Aanbevelingen voor het slikteam creëren

Uiteindelijk werden er naar aanleiding van de geanalyseerde data van dit onderzoek aanbevelingen geformuleerd ter bevordering van het dysfagiemanagement.

3 Methode

In het volgende gedeelte worden het design en de gebruikte procedures toegelicht.

3.1 Vraagstelling

De centrale onderzoeksvraag luidde als volgt:

‘Op welke wijze wordt het dysfagiemanagement en de zorg bij patiënten met dysfagie in een zorginstelling voor verpleeghuiszorg vormgegeven?’

Deze vraag werd aangevuld met twee deelvragen:

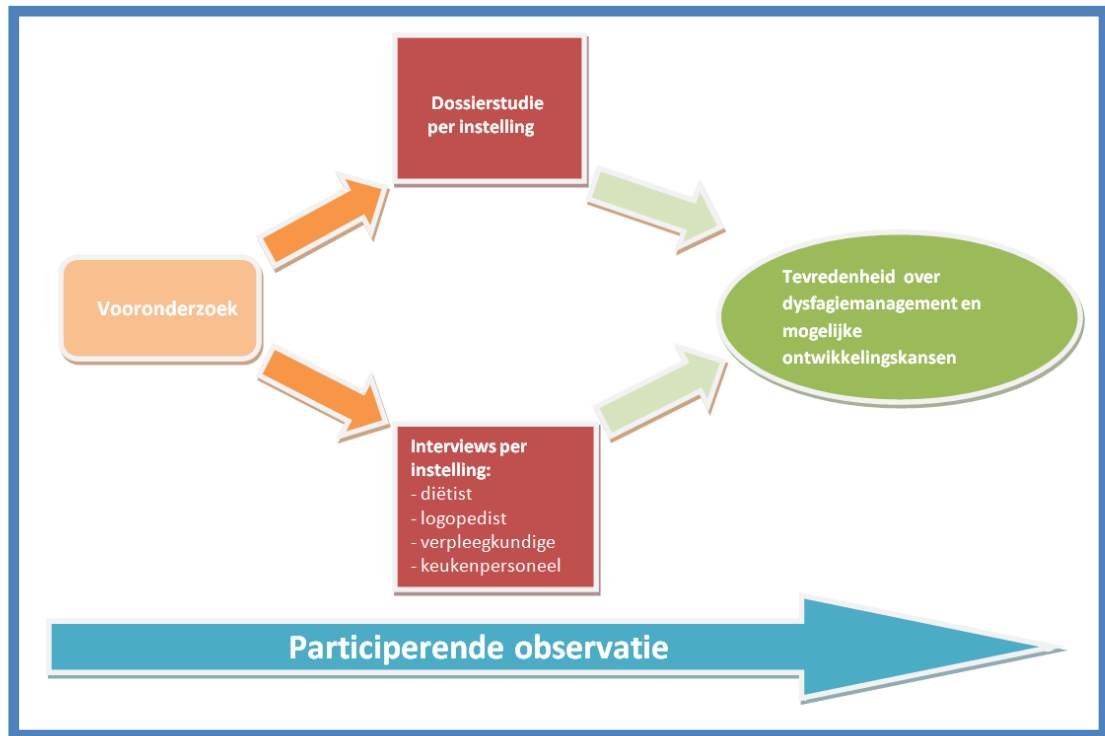
1. Wat is de mate van tevredenheid over het huidige dysfagiemanagement?
2. Welke kansen en mogelijkheden zijn er voor implementatie van innovaties met betrekking tot dysfagiemanagement?

3.2 Design

Er is gekozen voor een beschrijvend onderzoek met een mixed-method design waarbij zowel cross-sectioneel als retrospectief kwalitatieve en kwantitatieve gegevens werden verzameld. Het kwantitatieve deel bestond uit een studie van patiëntendossiers. Het kwalitatief gedeelte bestond uit interviews met zorgprofessionals en participerende observaties. Deze getrianguleerde aanpak is geschikt om verschillende onderzoeksaspecten te kunnen belichten en de betrouwbaarheid van de resultaten te kunnen verhogen (Verhoeven, N. & Verhoeven, P. S., 2018).

Alle gegevens werden samengevat in een overzichtsschema betreffende het dysfagiemanagement binnen de onderzochte zorglocaties en de tevredenheid van de medewerkers hierover. Verder is er een algemeen organogram ontwikkeld waarmee toekomstig andere afdelingen en instellingen onderzocht kunnen worden.

In figuur 1.3 wordt het design van dit onderzoek verduidelijkt.



Figuur 1.3 Mixed-method design

3.2.1 Uitkomstvariabelen

De uitkomstvariabelen van dit onderzoek zijn het huidige dysfagiemanagement binnen de betrokkene instellingen en de tevredenheid van de medewerkers hierover.

3.3 Setting

De instelling waarbij dit onderzoek werd uitgevoerd betreft een grote zorgaanbieder met 29 locaties verdeeld over de zorgcategorieën verpleeghuizen, woongroepen en zorgbungalows. Deze 29 locaties behoren tot dezelfde zorgorganisatie, maar zijn verschillend georganiseerd. Ze verschillen qua grootte, locatie, specialisatie, medewerkers, patiënten en opbouw. Door de begeleidende logopediste werden vier locaties geselecteerd. Er werd gekozen voor afdelingen waar patiënten met dysfagie of een risico daarop kunnen zijn. In het verdere verloop worden de locaties instelling 1 tot en met 4 genoemd.

3.4 Meetprocedure

In het volgende wordt de meetprocedure toegelicht, waarmee stap twee – in kaart brengen van de reguliere zorg – en stap drie – de analyse van de doelgroep – onderzocht werden.



Vooronderzoek

Om een indruk te krijgen van 1) de setting waar men een innovatie wil implementeren en 2) bestaande routines, werden kennismakingsgesprekken gevoerd met alle geselecteerde locaties. Hierbij is een rondleiding gedaan en een interview met relevante stakeholders gehouden.

Opzet en procedure

Tijdens de rondleiding werd een vrije veld observatietechniek gebruikt waarbij in het bijzonder gelet werd op:

- grootte van de afdeling;
- inrichting van de eetzaal;
- aantal patiënten;
- bereikbaarheid en aanwezigheid van het personeel;
- werkwijze en bereikbaarheid van de keuken;
- omgangsvormen door en met de patiënten.

Tevens kregen de onderzoekers een eerste indruk van de cultuur van iedere afdeling. Na afloop werden deze bevindingen (fieldnotes) van alle onderzoekers genoteerd en samengevoegd. Deze eerste fieldnotes zijn later in het onderzoek aangevuld met de fieldnotes van overige participerende observaties. De eerste indruk die tijdens de rondleiding werd geschept kon door de overige fieldnotes aangevuld, bevestigd of weerlegd worden. Voor de rondleiding werden 17 vragen (waarvan 11 open en 6 gesloten) mondeling gesteld aan de zorgprofessional die de rondleiding gaf. Ook hier is navraag gedaan naar patiëntenpopulatie, medewerkers, aangepast eten en drinken en dysfagiemanagement (zie 7.3 bijlage 3 vragenlijst vooronderzoek). De vragen zijn georiënteerd aan de ‘Randvoorwaarden’ van Ravensberg en Bogaardt. De duur voor het interview werd geschat op 20 minuten. Indien nodig werden gesloten vragen aangevuld met verdiepende open vragen. Bij ontbrekende

informatie of informatie die op dat moment bij de geïnterviewde zorgprofessional niet bekend was, werd gevraagd deze later via e-mail aan de onderzoekers aan te leveren.

De verkregen informatie uit de rondleiding en het interview vormden de basis voor het ontwikkelen van de vragen voor de dossierstudie en de verdiepende interviews geweest.



Er zijn retrospectieve dossierstudies uitgevoerd om inzicht te krijgen op:

1. kenmerken van de patiëntengroep;
2. beschikbare middelen;
3. organisatorische/structurele voorwaarden;
4. bestaande routines.

In de twee onderzochte afdelingen woonden in totaal 75 patiënten. De onderzoekers trachtten om binnen de twee PG-afdelingen alle dossiers van patiënten met dysfagie of een risico daarop te betrekken afhankelijk van de tijds- en dossieromvang. Een patiëntendossier kwam in aanmerking wanneer het voldeed aan de volgende selectiecriteria:

Inclusiecriteria voor de dossiers:

- dossiers van patiënten met dysfagie;
- dossiers van patiënten die tot de risicogroep dysfagie horen (NVLFF Richtlijn orofaryngeale dysfagie, 2017)
 - bij de diagnose dementie werden patiënten vanaf de tweede fase van dementie geïnccludeerd;
- dossiers van patiënten die signalen van dysfagie laten zien, zoals ongewenst gewichtsverlies of een pneumonie.

Exclusiecriteria:

- patiënten met oesofaryngeale dysfagie (buiten het logopedisch vakgebied)
- dossiers van patiënten die niet meer op de afdeling zijn

Opzet en procedure

Er werd een lijst opgesteld met 21 gesloten items die per dossier zijn geïnventariseerd. Deze checklist betrof de volgende onderwerpen betreffende dysfagiemanagement: diagnosestelling, behandeling en begeleiding zoals slikadviezen, aangepaste voeding, eet- en drinksituaties en interprofessionele samenwerking en communicatie (zie 7.4 bijlage 4 Tabel voor dossiergegevens). Het verzamelen van de dossiergegevens valt tussen stap twee en drie van het implementatiemodel van Grol en Wensing (de feitelijke zorg in kaart brengen + probleemanalyse van doelgroep en setting). De duur voor de verzameling van deze data werd per patiënt op 20 minuten geschat. De dossiergegevens werden samen met een zorgprofessional die toegang heeft tot het elektronische dossier verzameld. Hierbij waren minimaal twee onderzoekers aanwezig. Eén van hen vulde de dossiervragenlijst handmatig in en de ander digitaal. Daardoor werd de kans op ontbrekende gegevens op grond van technische problemen verkleind. De onderzoekers stelden de vragen voor de dataverzameling aan de zorgprofessional en deze zocht de antwoorden in de dossiers op. Nadat alle informatie werd verzameld werden de dossiergegevens geanonimiseerd. Om een zo volledig mogelijk beeld van de setting te krijgen werden tijdens ieder bezoek fieldnotes gemaakt, zodat naast de dossiergegevens ook andere relevante informatie naar boven kwam (bv. aangegeven door de begeleidende zorgprofessional). De resultaten uit de dossierstudie en de aanvullende observatie waren de basis voor het opstellen van de verdiepende interviews.



Tijdens het laatste gedeelte van het onderzoek werden de 1) kenmerken van professionals die innovaties moeten toepassen en 2) verhouding tussen de individuen in kaart gebracht.

Daarnaast werd er verder ingegaan op eerdere onderdelen zoals:

- 1) setting waar men een innovatie wil implementeren;
- 2) bestaande routines;
- 3) cultuur binnen de instelling;

- 4) beschikbare middelen;
- 5) organisatorische/structurele voorwaarden.

Voor de samenstelling van de interviewgroep werd voor een doelgerichte steekproeftrekking gekozen. Om het dysfagiemanagement in kaart te brengen werden verpleegkundigen, diëtisten, logopedisten en personen van het keukenpersoneel betrokken.

Voor de deelnemers aan het interview werden de volgende criteria opgesteld:

Inclusiecriteria:

- Medewerkers van de instelling, direct of indirect contact met dysfagie patiënten
- Minstens werkzaam in de instelling sinds 1 jaar.

Exclusie criterium:

- Stagiaires (minder ervaring)

Opzet en procedure

De topics voor het semigestructureerd interview werden op basis van literatuur en de eerder verkregen resultaten opgesteld. Er werden vragen uit de rondleiding opgepakt om te inventariseren waar bestaande informatie bevestigd wordt en ook om mogelijke inconsistenties op te sporen. De topiclijst bevat vragen met betrekking tot informatie over dysfagie, het diagnostiek- en interventieproces van dysfagie, aangepaste voeding, besluitvorming, implementatie, behoeftes van medewerkers, ontwikkelingskansen, het huidige dysfagiemanagement en de tevredenheid hierover (zie 7.5 bijlage 5 vragenlijst interview). De vragen zijn georiënteerd aan de ‘vragenlijst voor het slikteam/ huidige stand van zaken’ (Ravensberg, Bogaardt, 2002). De subjectieve beleving van het zorgpersoneel en de paramedici over het dysfagiemanagement is van groot belang, omdat hun kennis en zichtwijze op dysfagiemanagement mogelijk verschilt. Om dit in kaart te brengen werd voor een kwalitatief gedeelte (open vragen) gekozen.

Ter controle van de inhoud en hanteerbaarheid van de topiclijst werd een pre-test van het interview gedaan. Hiervoor werden twee verpleegkundigen uit instelling 1 geïnterviewd. Uit de pre-test is gebleken dat er nog belangrijke vragen (zie vraag 13-24) over implementatie en dysfagiemanagement ontbraken. De uiteindelijke vragenlijst bevatte 26 vragen waarvan 4

vragen gesloten met een 10 punt-schaal zijn en de rest open. De duur van de afname werd geschat op 30 minuten per interview.

De interviews werden mondeling gevoerd en er werd een audio opname gemaakt, zodat alle uitingen achteraf getranscribeerd en geanalyseerd konden worden. De onderzoekers stelden afhankelijk van de situatie verdiepende of verklarende vragen om de tevredenheid naar boven te brengen. De ruwe data uit de interviews werd tot het eind van het onderzoek bewaard, zodat er altijd de mogelijkheid bestond de data opnieuw te analyseren.

Buiten het voeren van de interviews zijn ook weer fieldnotes gemaakt. Deze fieldnotes horen bij het kwalitatieve, observerende gedeelte. Er is besloten om dit onderdeel te beschrijven als participerende observatie.



Participerende observatie (fieldnotes): Bij elk meetmoment nam ieder onderzoeker de rol van een onafhankelijke observator in. De onderzoekers liepen zelf rond binnen de betrokkene afdelingen waardoor er mogelijk dingen opvielen die een belangrijk onderdeel van het onderzoek uit konden maken. Door deze observatie was het mogelijk:

- een overzicht te krijgen hoe het dagelijks in de instelling aan toe gaat;
- uitspraken te bevestigen of te weerleggen;
- antwoorden van een interview beter te begrijpen;
- nieuwe vragen mee te nemen die voorheen niet gesteld werden.

Opzet en procedure

Er werd een formulier opgesteld (zie 7.6 bijlage 6 Observatieformulier) dat door iedere onderzoeker na elke meting werd ingevuld. De observaties van de onderzoekers werden onder kopjes beschreven (samenwerking, verkregen data en overige). Deze onderdelen werden gesplitst zodat ondanks verschillende onderzoekers deze invulden, toch vergelijkbare thema's aan bod kwamen. Onder het kopje 'overig' mocht de onderzoeker vrij beschrijven welke ervaringen en observaties als verder belangrijk werden geacht. Per onderdeel werd door ieder onderzoeker getracht 2 tot 3 zinnen te formuleren. Iedere onderzoeker vulde de formulieren

zelfstandig in zodat de bevindingen individueel bleven. Een voorbeeld van een ingevuld formulier is te vinden onder 7.7 bijlage 7 Fieldnotes.

3.5 Data-analyse

In de volgende paragraaf wordt de analyse van de data per meetinstrument beschreven.



De kwantitatieve informatie werd geanonimiseerd en handmatig ingevoerd in IBM SPSS statistics 24. Er werd gebruik gemaakt van vaste coderingen per variabele. De data werd door alle drie onderzoekers op fouten en missende waardes gecontroleerd. De onderzoekers bepaalden hoe er met missende waardes wordt omgegaan. Als er vragen om sommige redenen, (bijvoorbeeld ontbrekende kennis), niet beantwoord konden worden, werden deze niet ingevuld en door SPSS automatisch als 'missing value' gemarkeerd.

De resultaten werden beschrijvend weergegeven via frequentietabellen, centrummaten en de spreiding van de variabelen.

De dossierdata werd in het algemeen geanalyseerd en per instelling in een frequentietabel getoond. De patiënten werden vergeleken aan de hand van volgende topics: BMI, leeftijd, medische diagnoses, dysfagie ja/nee, slikadvies ja/nee, aangepaste voeding ja/nee, begeleiding tijdens eetmomenten ja/nee, externe ondersteuning tijdens eetmomenten ja/nee, complicaties tgv dysfagie ja/nee, logopedische behandeling ja/nee, cognitieve problemen ja/nee en welke professionals er betrokken zijn.



**Interviews per
instelling:**
- diëtist
- logopedist
- verpleegkundige
- keukenpersoneel

De interviews werden door een onderzoeker getranscribeerd en van minimaal een onderzoeker op volledigheid en correctheid gecontroleerd. Hierbij werden als leidraad de stappen van kwalitatieve analyse volgens N. Verhoeven en P. S. Verhoeven (2018) gebruikt. De getranscribeerde interviews werden met Kwalitan 7.0 verwerkt. Alle transcripten werden binnen het programma in inhoudelijke segmenten ingedeeld. Een segment bestaat uit een interviewvraag, het bijhorend antwoord van de respondent en als voorhanden, de bijhorende aanvullende vragen en antwoorden. Binnen de segmenten werden digitaal codes aan kernuitingen gekoppeld. De namen van de codes bestaan uit gebruikte woorden van de respondent in het interview (indien mogelijk) om te voorkomen dat eigen waardeoordelen van de onderzoekers de resultaten beïnvloeden. Aan de hand van een lijst met alle gemaakte codes werden vervolgens inhoudelijke categorieën gemaakt. Per categorie werd een boomstructuur gemaakt. Vervolgens werden de belangrijkste resultaten per boomstructuur samengevat. Om de tevredenheidsschalen te analyseren werd gebruik gemaakt van het programma SPSS. Hierbij werd het Nederlandse beoordelingssysteem voor een ordinaal meetniveau aangehouden:

Tabel 1.2 *Beoordelingssysteem Nederland (Onderwijs- en examenregeling, 2018-2019)*

Cijfer	Omschrijving
10 ($\geq 9,5$)	Uitstekend
9 ($8,5 \leq x < 9,5$)	Zeer goed
8 ($7,5 \leq x < 8,5$)	Goed
7 ($6,5 \leq x < 7,5$)	Ruim voldoende
6 ($5,5 \leq x < 6,5$)	Voldoende
5 ($4,5 \leq x < 5,5$)	Bijna voldoende
4 ($3,5 \leq x < 4,5$)	Onvoldoende
3 ($2,5 \leq x < 3,5$)	Ruim onvoldoende
2 ($1,5 \leq x < 2,5$)	Slecht
1 ($0,5 \leq x < 1,5$)	Zeer slecht

De gemiddelde score ($\bar{O}$), de bijbehorende standaarddeviatie (sd) en de range werden per vraag weergegeven.



De formulieren met fieldnotes van de onderzoekers over de meetmomenten werden achteraf inhoudelijk vergeleken. De resultaten werden thematisch gesorteerd binnen de resultaten van de overige meetinstrumenten beschreven.

De resultaten van de drie meetmethodes werden uiteindelijk samengevoegd tot één groot geheel. De deelvragen van de vraagstelling werden apart beschreven en verwerkt in tekst en een overzichtsschema.

Ter overzicht werden volgende topics per deelvraag opgesteld:

- Vraagstelling 1: dysfagiemanagement binnen de zorginstellingen:
 - informatie over dysfagie;
 - (opstarten) dossier en opname van nieuw patiënten;
 - dysfagie diagnostiek binnen de steekproef;
 - aangepaste voeding;
 - Besluitvorming;
 - methodisch logopedisch handelen.
- Deelvraag 1: Tevredenheid over:
 - informatie over dysfagie;
 - informatie over het bereiden van aangepaste voeding;
 - maaltijden volgens patiënten (inschatting van professional);
 - dossiervorming;
 - het huidige dysfagiemanagement.
- Deelvraag 2: kansen en mogelijkheden voor verandering:
 - Informatie over dysfagie;
 - Besluitvorming en evaluatie;
 - Implementatiekansen.

4 Resultaten

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de kwalitatieve en kwantitatieve analyse beschreven.

4.1 Respons

Vooronderzoek

Van de vier instellingen die in aanmerking kwamen voor deze studie, hebben twee instellingen toestemming gegeven voor een rondleiding en deelname aan dit onderzoek. Het eerste contact werd tussen september en oktober 2019, via e-mail, gelegd met een voorstel van de onderzoekers, het doel van het onderzoek en verzoek om deelname aan het onderzoek. Een reminder met de afgesproken uiterste doorgeefdatum werd in november gestuurd aan de potentiële deelnemers.

Binnen instelling 1 heeft de rondleiding en het interview met 2 verpleegkundigen plaatsgevonden en in instelling 2 heeft de manager de rondleiding uitgevoerd, maar de vragen uit het interview werden doorgestuurd naar de desbetreffende verpleegkundige. De verpleegkundige uit instelling 2 heeft de resultaten via e-mail teruggestuurd. Zowel bij het mondelinge interview als ook bij de verkregen schriftelijke data werden niet alle vragen beantwoord (ontbrekende informatie). Ontbrekende informatie was per instelling:

- (1x) welke diagnoses er bij de patiënten met dysfagie zijn gesteld
- (1x) zijn er tussendoortjes toegankelijk

De ontbrekende gegevens werden in de volgende meetmomenten opgepakt om de informatie toch nog te verkrijgen.

Dossiergegevens

Uit een eerste selectie werden 35 dossiers meegenomen in de dataverzameling. Vóór de data-invoer in SPSS werd nogmaals gecontroleerd of de patiëntendossiers aan de inclusiecriteria voldeden, waardoor er uiteindelijk nog 13 geëxcludeerd werden omdat deze patiënten binnen de eerste fase van dementie zaten. Uiteindelijk zijn 22 patiëntendossiers voor de analyse binnen SPSS geïncludeerd. Hiervan waren een aantal dossiers niet volledig ingevuld of benodigde informatie was niet te vinden waardoor er informatie ontbrak.

Ontbrekende informatie was:

- (19x) BMI van de patiënten (maar 3 keer bekend)
- (4x) Opnamedatum
- (1x) Uitvoering van slikscreening
- (2x) Ernst van dysfagie
- (1x) Wie heeft bijvoeding bepaald
- (2x) Oorzaak van een pneumonie
- (1x) Controle van voldoende voedingswaardes
- (2x) Cognitieve problemen ja/nee

Interviews

Van de geplande acht interviews met twee verpleegkundigen, twee logopedisten, twee diëtisten en twee medewerkers van het keukenpersoneel hebben er vijf plaatsgevonden. Er werd een aanvullend interview met de manager uit instelling 2 gevoerd. De geïnterviewde diëtiste was voor beide instellingen verantwoordelijk, zodat er maar één in plaats van twee interviews gevoerd kon worden. Op grond van tijdsgebrek bij de tweede logopediste kon het interview met haar niet plaatsvinden. In totaal hebben zes interviews met vijf verschillende disciplines plaatsgevonden.

Alle deelnemers werden via e-mail gecontacteerd en er werd een afspraak gemaakt. De interviews duurden gemiddeld een half uur en er werd steeds een audio-opname gemaakt. Niet alle vragen werden (volledig) beantwoord en een aantal waren voor sommige professionals niet van toepassing. Gedeeltelijk werden verdiepende vragen gesteld, om een zo volledig antwoord mogelijk te krijgen. Ontbrekende informatie ontstond binnen de interviews als vragen voor professionals niet van toepassing waren. Deze informatie werd wel meegenomen om de kennis en het hanteren van een adequaat dysfagiemanagement te inventariseren.

4.2 Populatie

In de volgende paragraaf wordt de populatie binnen de dossierstudie en de interviews beschreven.

Dossiergegevens

In totaal werden 22 dossiers betrokken in de dossierstudie meegenomen. Dit betrof uitsluitend patiëntendossiers uit de gesloten PG-afdelingen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten lag volgens de dossiers bij 89 (sd: 6,8) met een minimum score van 77 jaar, een maximum score van 107 jaar. Vijf dossiers waren van mannen en 17 van vrouwen. Uit instelling 1 werden 18 patiëntendossiers aangeleverd, die volgens de contactpersoon tot de risicogroep dysfagie horen. Uit instelling 2 werden vier dossiers met een gestelde diagnose dysfagie aangeleverd. Bij 20 van de 22 dossiers werd een vorm van dementie vermeld, een patiënt werd met Parkinson gediagnosticeerd en een patiënt is comorbide bekend met COPD en geheugen achteruitgang.

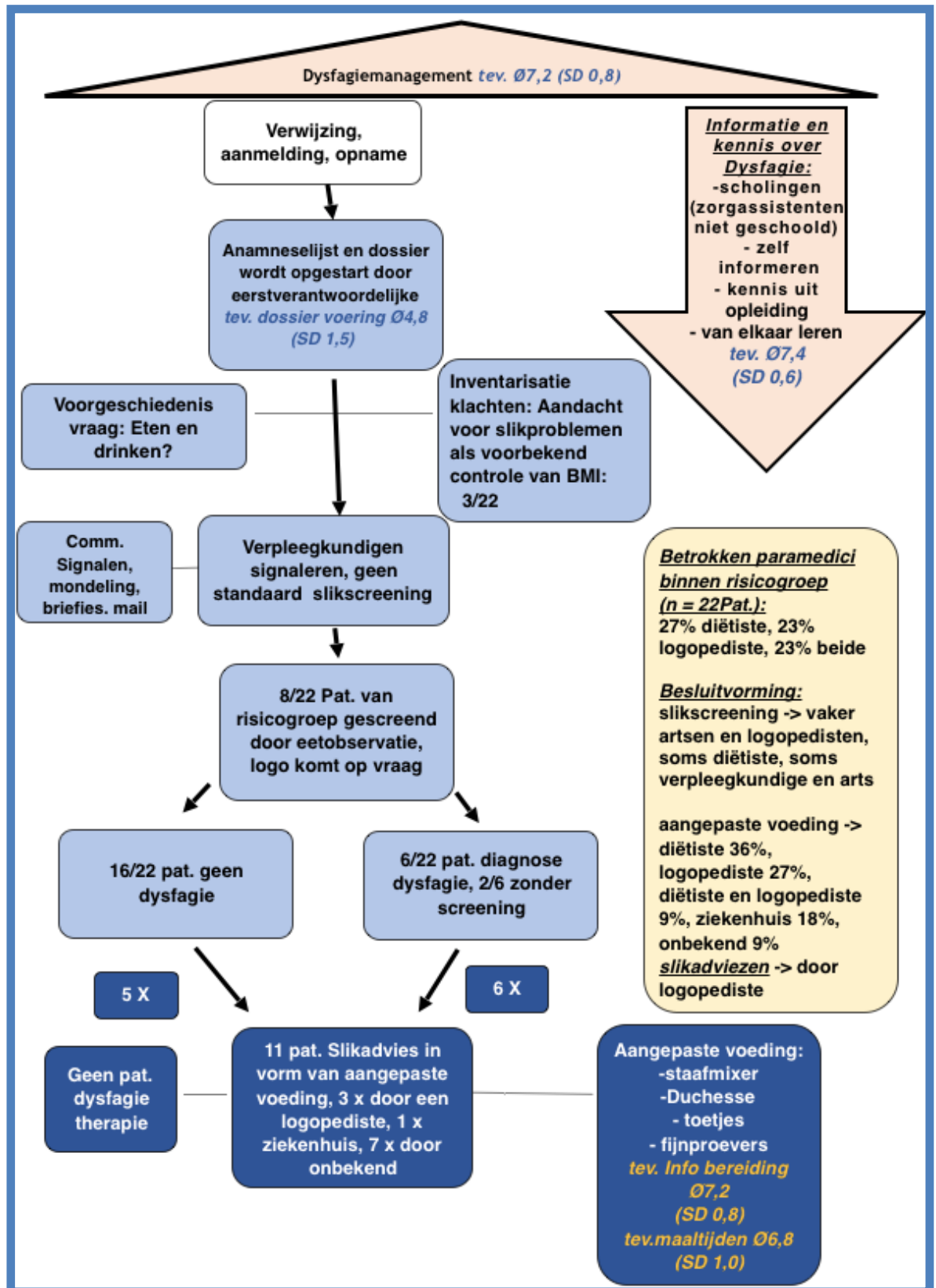
Interviews

Interviews werden gevoerd met een logopediste (instelling 1), een diëtiste (instelling 1 en 2), twee verpleegkundige, keukenpersoneel (instelling 2) en een manager (instelling 2). Alle medewerkers hebben minstens een jaar werkervaring. Drie van de zes geïnterviewde medewerkers hebben naast hun beroep nog een speciale rol, bijvoorbeeld een ‘coachende rol’, ‘alleen werkzaam in intramurale zorg’ of ‘docent’.

4.3 Resultaten per onderzoeksvraag

De onderzoeksvragen vormden een leidraad voor het beschrijven van de resultaten. In de volgende paragraaf wordt informatie uit de dossierstudie, de interviews en de fieldnotes per onderzoeksvraag beschreven. Onder 7.8 bijlage 8, zijn de kwantitatieve dossiergegevens tabellarisch weergegeven en in bijlage 7 (7.7) is een voorbeeld van de fieldnotes getoond. De uitgebreide data per categorie binnen Kwalitan 7.0 is terug te vinden onder 7.9 bijlage 9. In het onderstaand organogram (figuur 1.4) wordt het huidige dysfagiemanagement binnen de twee betrokkene instellingen getoond.

4.3.1 Organogram



Figuur 1.4 Organogram

4.3.2 Hoofdvraagstelling

Op welke wijze wordt het dysfagiemanagement en de zorg bij patiënten met dysfagie in een zorginstelling voor verpleeghuiszorg vormgegeven?

Setting

Uit de rondleiding en de daarbij behorende fieldnotes is gebleken dat de betrokkene gesloten afdelingen dicht met elkaar samenwerken. Iedere afdeling beschikt over een woonkamer, keuken en eetzaal. De eetzaal bestaat uit een lange tafel, waaraan alle patiënten gezamenlijk kunnen eten. Het is een open toegankelijke ruimte die geschikt is voor eetobservaties. De patiënten mogen kiezen in welke eetzaal binnen de toegankelijke afdelingen ze willen gaan eten.

Informatie over dysfagie

Uit de interviews is gebleken dat er veel bronnen over dysfagie toegankelijk zijn en de medewerkers op verschillende manieren geïnformeerd worden (zie 7.9 bijlage 9, p.81). Op dit moment bestaat er geen standaard informatie over dysfagie maar er wordt gewerkt aan een slikprotocol voor medewerkers. Verder worden door logopedisten scholingen over dysfagie gegeven. Deze vinden niet regelmatig plaats, maar zijn schriftelijk voor iedereen toegankelijk. Binnen bepaalde afdelingen zijn zorgassistenten verantwoordelijk voor ‘vocht en voeding’, maar deze zijn niet geschoold over dysfagie en aangepaste voeding. Verder wordt informatie zelf opgezocht, in de opleiding verworven of medewerkers leren van elkaar (vooral nieuwe medewerkers).

Signalen van dysfagie en slikadviezen worden mondeling, via e-mail of briefjes gecommuniceerd. Zowel uit de dossierstudie als ook de interviews bleek dat verpleegkundigen de symptomen van dysfagie vaak signaleren.

Op basis van interviewgegevens kan geen eenduidige uitspraak over de aanwezigheid van een vast aanspreekpartner voor dysfagie gemaakt worden. Medewerkers benoemden hier verschillende professionals of juist geen. Meestal werd de logopediste aangegeven (zie 7.9 bijlage 9, p.82).

Dossiers en opname van nieuwe patiënten

De betrokkene instellingen werken met elektronische dossiers. Binnen het dossier wordt niet met behandeldoelen gewerkt. Volgens de medewerkers zijn er verplichte scholingen over het adequaat hanteren van het dossierprogramma voor iedere nieuwe medewerker.

Het dossier van een nieuwe patiënt wordt opgestart door de eerste verantwoordelijke van de desbetreffende patiënt. Er is een vaste groep medewerkers per woonvorm die weet, welke patiënt slikproblemen heeft. Dit staat volgens de medewerkers ook in het dossier vermeld en wordt mondeling aan medewerkers door gegeven. Zowel uit de dossierstudie en de interviews kwam naar voren dat bij opname van nieuwe patiënten niet standaard een slikscreening wordt afgenomen, alleen als een patiënt in zijn voorgeschiedenis al bekend is met slikproblemen of binnen het opnamegesprek problemen aangeeft.

Uit de fieldnotes van de onderzoekers is gebleken dat de hanteerbaarheid van het elektronisch dossierprogramma moeizaam is. Iedere medewerker kan een nieuw ‘file’ aanmaken waar informatie over patiënten neergezet kan worden. Het aantal ‘files’ is niet beperkt en voor iedere patiënt verschillend. Zowel uit de fieldnotes en de dossierstudie kwam naar voren dat daardoor vaak meerdere ‘files’ bestaan die op elkaar lijken. Op grond daarvan kan onduidelijkheid ontstaan over waar men bijvoorbeeld het gewicht van de patiënt moet noteren als er files namens ‘gewicht en voeding’ en ‘gewicht’ bestaan. Verder is uit de fieldnotes gebleken dat anamneselijsten met basisinformatie zoals het ziektebeeld van patiënten vaak niet ingevuld waren. Daardoor is het vooral voor nieuwe medewerkers moeilijk terug te lezen welke moeilijkheden een patiënt heeft en waarom. Verder bestaat er geen gezamenlijk interdisciplinaire ‘file’, maar iedere professional heeft zijn eigen ‘file’. Uit de interviews bleek dat het vaak effectiever is om een collega naar de stand van zaken te vragen, dan in het dossier te zoeken. Bovendien is uit de data-analyse gebleken, dat er gedeeltelijk tegenstrijdige informatie binnen de dossiers genoteerd was. Twee patiënten zitten bijvoorbeeld in de geavanceerde fase van dementie en toch werd aangegeven dat zij geen cognitieve problemen hebben. Een patiënt is gediagnosticeerd met dysfagie en dementie maar ervaart volgens het dossier geen complicaties gedurende het eten/drinken. Ook bleek uit de data-analyse dat er tegenstrijdigheden met betrekking tot aangepaste voeding vermeld zijn, bijvoorbeeld dat nergens bijvoeding beschreven was, maar de diëtiste deze wel geadviseerd had.

Dysfagiediagnostiek binnen de steekproef

Binnen de onderzochte groep (22 patiëntendossiers) werd bij acht patiënten een slikscreening in vorm van een eetobservatie uitgevoerd. Daarvan zijn drie patiënten gediagnosticeerd met dysfagie. In totaal zijn zes patiënten gediagnosticeerd met dysfagie, waarbij twee volgens de dossierstudie geen slikscreening hebben gehad en bij een patiënt was dit niet bekend.

Aan de hand van de verkregen data kon niet verklaard worden, hoe de dysfagie bij deze drie patiënten werd vastgesteld.

Nadat de diagnose dysfagie gesteld werd, volgde een slikadvies met (in alle gevallen) aangepaste voeding als resultaat. Van de zes patiënten die gediagnosticeerd zijn met dysfagie hebben vier patiënten een slikadvies gekregen, maar alle zes dysfagiepatiënten krijgen aangepaste voeding (zie 7.8 bijlage 8 kwantitatieve gegevens). Uit de dossierstudie werd niet duidelijk, hoe de beslissing voor aangepaste voeding zonder slikadvies werd genomen. Buiten de zes patiënten met dysfagie krijgen vijf patiënten aangepaste voeding, waarvan een patiënt een slikadvies heeft gekregen (zie 7.8 bijlage 8 kwantitatieve gegevens). Uit de dossierstudie is gebleken dat deze patiënten op grond van gebitsproblemen, een vertraagde orale fase of ondervoeding, aangepaste voeding krijgen. Het slikadvies van de patiënt zonder dysfagie nam betrekking op gebitsproblemen met aangepaste voeding als resultaat. Er kon niet verklaard worden om welke reden en door wie de beslissing tot aangepaste voeding bij de overige vijf patiënten zonder slikadvies werd genomen. De slikadviezen werden vier keer door de betrokkene logopediste gegeven en één keer door een ziekenhuis. Het slikadvies van het ziekenhuis werd volgens de dossierstudie overgenomen, zonder opnieuw te screenen.

Aangepaste voeding

Het aanbod van aangepaste voeding, toetjes en tussendoortjes voor patiënten, is volgens de medewerkers groot (zie 7.9 bijlage 9, p. 82). Elke dag wordt er een keuze uit twee 3-gangen-menu's aangeboden, inclusieve voorgerecht, hoofdgerecht en dessert. Als tussendoortje krijgen de patiënten vaak pudding, fruit of hartige tussendoortjes zoals kaasblokjes voor dysfagiepatiënten (gemalen tussendoortjes van 'fijnproevers'). De instellingen zijn op dit moment bezig met het implementeren van de aangepaste maaltijden van het concept 'fijnproevers' en met name de hartige tussendoortjes en smoothies. Het concept 'fijnproevers'

is gespecialiseerd op het ontwikkelen van hartige eetmomenten voor mensen met kauw- en slikproblemen (Op Smaak BV, 2019). Het stimuleren tot eten verloopt volgens medewerkers door eetactiviteiten en extra eetmomenten goed. Uit de interviews is gebleken dat de medewerkers op verschillende manieren geïnformeerd worden over het bereiden van aangepaste voeding. Dit gebeurt bijvoorbeeld mondeling, via scholingen, ophangen van informatie of met behulp van klappers. Verder bleek dat het eten met de staafmixer bereid of besteld en opgewarmd wordt.

Besluitvorming

De respons van medewerkers over besluitvorming met betrekking tot dysfagie was divers en komt niet overeen met de data uit de dossierstudie. Er werden vier verschillende manieren van besluitvorming aangegeven:

- beslissingen op het eigen vakgebied;
- beslissingen over dysfagie vaak alleen door een logopediste;
- er wordt samen een plan gemaakt, zodat beslissingen met de familie van een patiënt worden genomen;
- beslissingen binnen een MDO.

Volgens de medewerkers beslissen artsen en logopedisten of er een slikscreening gedaan wordt. Eén medewerker gaf aan dat het door een diëtiste zou kunnen gebeuren en één medewerker gaf aan dat het door een verpleegkundige in overleg met de behandelende arts gebeurt. De uitspraken, over wie een slikscreening beslist, zijn dus divers. Toch beoordelen medewerkers het nemen van beslissingen over het algemeen als positief.

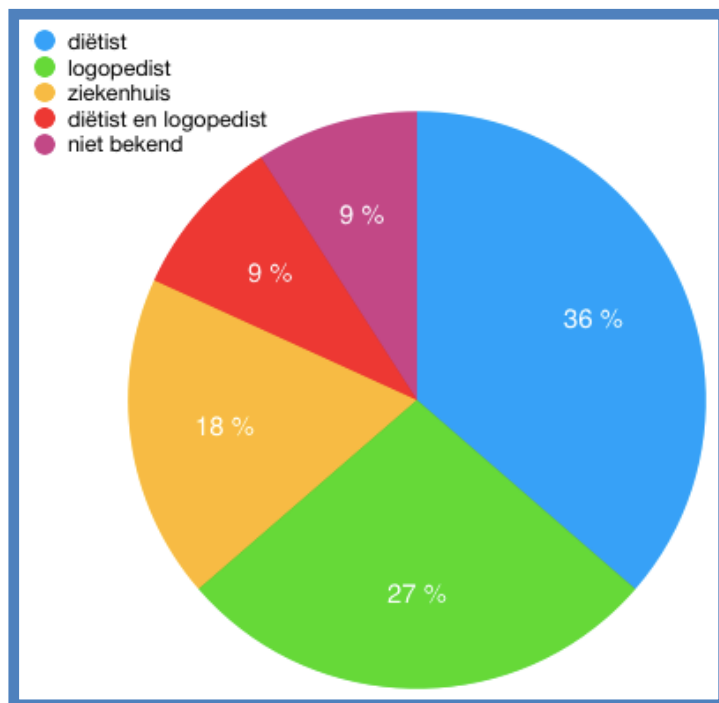
Volgens de medewerkers worden slikadviezen door de logopediste gegeven. De diëtiste houdt hiermee binnen haar adviezen rekening. De overdracht van de adviezen gebeurt via e-mail, via rapportages en via gesprekken.

Doordat slikadviezen binnen dit onderzoek steeds aangepaste voeding ten gevolge hadden, werd geanalyseerd wie de beslissing voor aangepaste voeding (zowel met of zonder slikadvies) nam. Hierbij gaat het zowel om aangepaste voeding ten gevolge van slikproblemen als ook aangepaste voeding ten gevolge van gebitsproblemen, ondervoeding of een vertraagde orale fase.

In totaal kregen elf patiënten aangepaste voeding op grond van:

- Slik- en/ of kauwproblemen (5x);
- Tijdelijke dysfagie (twee weken) op grond van algemene vermoeidheid (1x);
- Ondervoeding (4x);
- Vertraagde orale fase (1x).

Uit de dossierstudie is gebleken dat de beslissing voor aangepaste voeding vier keer door een diëtist (blauw, 36%), drie keer door een logopediste (groen, 27%), twee keer door een ziekenhuis (geel, 18%) en één keer door diëtist én logopediste (rood, 9%) werd genomen. Een keer werd niet duidelijk wie deze beslissing heeft genomen (paars, 9%).



Figuur 1.5 Wie beslist aangepaste voeding?

Uit de dossierstudie bleek dat de beslissing over aangepaste voeding op grond van ondervoeding altijd door de diëtist werd genomen. De beslissing voor aangepaste voeding vanwege (tijdelijke) dysfagie werd drie keer door de logopediste genomen, één keer door de logopediste in samenwerking met de diëtist, één keer door een ziekenhuis en één keer werd het niet duidelijk wie de beslissing heeft genomen. Tot slot heeft één keer het ziekenhuis op grond van een vertraagde orale fase de beslissing voor aangepaste voeding genomen.

Interdisciplinaire samenwerking

Binnen de dossierstudie werd onderzocht welke paramedici, die belangrijk zijn voor het dysfagiemanagement, regelmatig naar de patiënten toe komen. Er is gebleken dat binnen de 22 patiënten bij 23% een logopediste, bij 27% een diëtiste, bij 23% zowel een logopediste als een diëtiste en bij 27% geen paramedicus betrokken is.

De antwoorden op de vraag naar MDO's binnen de interviews variëren en zijn volgens medewerkers ook per locatie verschillend. MDO's vinden volgens medewerkers per half jaar, 2-3 keer per jaar, niet of binnen één afdeling wekelijks plaats. Uit de interviews is gebleken dat binnen MDO's geen casusbesprekingen plaatsvinden en dat het om 'algemene dingen' gaat. Ook dysfagie is niet regelmatig een onderdeel van de MDO's. De logopediste gaf aan dat de logopedisten bij de MDO's vaak niet aanwezig zijn. Wel wordt informatie aan hun door gestuurd. Naast MDO's vinden er ook casusbesprekingen binnen de eigen vakgroepen, een kwaliteitskring voor logopedisten en MDO's van de parkinson-net plaats.

Methodisch-logopedisch handelen

Er is een vaste logopediste per instelling. De logopediste is op vraag bij eetsituaties aanwezig en in uitzonderingen ook zonder een aanvraag. Uit de dossierstudie bleek dat 8 van de 22 patiënten begeleiding gedurende het eten/drinken nodig hebben, waaronder 4 van de 6 dysfagiepatiënten vallen (zie 7.8 bijlage 8 kwantitatieve gegevens). Aanvullend is gebleken dat 12 patiënten externe ondersteuning tijdens het eten/drinken nodig hebben, waaronder 5 patiënten, die gediagnosticeerd zijn met dysfagie. Externe ondersteuning houdt in dit geval gebitsprothesen, tuitbikers, bordranden, warmhoudborden, dun vloeibaars indikken en geholpen worden met eten en drinken in. Verder kwam uit de dossiers naar voren, dat 21 van 22 patiënten gezamenlijk in een eetzaal eten/drinken en een patiënt op zijn kamer op grond van bedlegerigheid. Alle medewerkers gaven binnen het interview aan dat een risico voor onderdiagnose bestaat. Hierbij gingen een aantal medewerkers daarvan uit dat het risico er altijd is en een aantal medewerkers zien het risico soms. Als reden daarvoor gaven medewerkers onvoldoende kennis en het niet herkennen van signalen aan. Het gewicht, als risicofactor, wordt volgens een aantal medewerkers een keer per maand gecontroleerd. Andere gaven aan, dat er geen regeling aan vast zit. Zowel uit de dossierstudie en de interviews is

gebleken dat het regelmatig wegen op sommige afdelingen niet lukt. Uit de dossierstudie kwam naar voren dat bij drie van de 22 patiënten een BMI bekend is (zie 7.8 bijlage 8 kwantitatieve gegevens). Bij 18 van 22 patiënten zijn meerdere gewichten (in maandelijkse intervallen) bekend en van 4 bewoners één gewicht. De patiënten waarbij maar één gewicht bekend was, woonden alle minder dan een maand in de instelling. Binnen de 18 bewoners, waar meerdere gewichten toegankelijk waren, werd geanalyseerd of deze binnen hun verblijf zijn afgevallen. Hieruit bleek dat 14 van de 18 bewoners zijn afgevallen met een spreiding van -0,2kg tot -16kg. Een patiënt is binnen één jaar 16 kilo afgevallen, had ernstige dysfagie en was premorbide bekend met obesitas. Het laatste bekende gewicht was 60 kg en er waren zowel een logopediste als ook een diëtiste voor advisering betrokken. Met betrekking tot eten kreeg hij gemalen warme maaltijden, ingedikte dranken en pudding, bijvoeding en werd geholpen met eten en drinken.

4.3.3 Deelvragen

1) Wat is de mate van tevredenheid over het huidige dysfagiemanagement?

In het volgende stuk wordt de tevredenheid over het dysfagiemanagement toegelicht. De tevredenheid werd door medewerkers per onderwerp aangegeven in een 10-punts-schaal en daarnaast binnen de interviews nader toegelicht (zie tabel 1.3).

Tabel 1.3 *Overzicht 10-punts-schalen tevredenheid*

Tevredenheid	Info dysfagie	Bereiding aangepaste voeding	Inschatting maaltijden	Dysfagie- management	Dossiervorming
Aantal respondenten n	5	6	5	5	4
Ontbrekende n	1	0	1	1	2
Minimum score	7	6	6	6	3
Maximum score	8	8	8	8	6
Modus	7	6	8	7	6
Median	7	7	7,5	7	5
Gemiddelde (SD)	7,4 (0,6)	7,2 (0,8)	6,8 (1,0)	7,2 (0,8)	4,8 (1,5)

1. Info dysfagie: Hoe tevreden zijn de medewerkers over de informatie die zij over dysfagie krijgen?
2. Bereiding aangepaste voeding: Hoe tevreden is het keukenpersoneel over de informatie voor het bereiden van aangepaste voeding volgens de medewerkers?
3. Inschatting maaltijden: Hoe tevreden zijn de patiënten over de maaltijden volgens de medewerkers?
4. Dysfagiemanagement: Hoe tevreden zijn de medewerkers over het huidige dysfagiemanagement?
5. Dossiervorming: Hoe tevreden zijn de medewerkers over de dossiervorming?

Opvallend binnen dit overzicht is dat de spreiding (behalve bij dossiervorming) altijd klein was. Alle onderwerpen zijn gemiddeld met een 'ruim voldoende' beoordeeld, behalve de dossiervorming die met onvoldoende werd beoordeeld. Toch noemden de medewerkers een aantal aspecten waar zij minder tevreden over zijn, die in de volgende paragraaf verduidelijkt worden.

Informatie over dysfagie

Uit de interviews is gebleken dat de meeste medewerkers vinden dat er te weinig geïnformeerd wordt over dysfagie en dat er een gebrek aan kennis bestaat. Het feit dat zorgassistenten die verantwoordelijk zijn voor 'vocht en voeding' niet geschoold zijn met betrekking tot aangepaste voeding en dysfagie, wordt van de medewerkers als negatief ervaren. Verder werden geen nieuwe aspecten ten opzichte van het kopje 'informatie over dysfagie' binnen de hoofdvraagstelling genoemd.

Aan de hand van de tienpuntschaal (zie tabel 1.2) werd geanalyseerd hoe tevreden de medewerkers volgens de geïnterviewde professional over de verkregen informatie over dysfagie zijn. Gemiddeld werd een 7,4 gescoord (sd: 0,5) wat in de categorie 'ruim

voldoende' valt (zie tabel 1.3). Verder is opvallend dat er een minimum score van 7 en een maximum score van 8 werd gegeven, waardoor duidelijk wordt dat de medewerkers grotendeels met elkaar eens zijn.

Informatie voor het keukenpersoneel over het bereiden van aangepaste voeding

Algemeen gaven medewerkers aan, dat het keukenpersoneel te weinig informatie over het bereiden van aangepaste voeding krijgt. Uit de interviews en de fieldnotes is gebleken dat niet goed wordt aangegeven hoe veel verdikkingsmiddel gebruikt moet worden of hoe de criteria voor een benodigde consistentie zijn. Gemiddeld werd voor de tevredenheid hierover een 7,1 gescoord (sd: 0,8) wat ook in de categorie 'ruim voldoende' valt. Met een minimum score van 6 en een maximum score van 8 is de spreiding ook binnen deze categorie gering, waaruit blijkt dat de medewerkers de situatie bijna op soortgelijke wijze inschatten.

Tevredenheid van patiënten over maaltijden volgens de professionals

Uit de interviews is gebleken dat er een groot aanbod aan aangepaste voeding voor patiënten met dysfagie bestaat. Hoewel het aanbod groot is kwam naar voren dat de tevredenheid van de patiënten vooral over de kwaliteit van de maaltijden wisselend is. Binnen de interviews werd de tevredenheid van patiënten over de maaltijden gemiddeld op een 6,8 geschat (sd: 0,9). Ook deze categorie werd met een 'ruim voldoende' beoordeeld. Aan de hand van de maximumscore van 8 en de minimumscore van 6 wordt ook hier weer duidelijk dat de medewerkers over het algemeen met elkaar eens zijn. De medewerkers gaven hierbij verminderde kwaliteit met betrekking tot smaak (flauw) en weinig variatie aan, maar ook dat patiënten voor extra's zoals snoepjes moeten betalen en dat te weinig drinken wordt aangeboden.

Dossiers

Volgens de geïnterviewde medewerkers is informatie binnen de dossiers niet goed terug te vinden en ontbreekt soms. Hoewel er verplichte scholingen over het dossierprogramma zijn, is het algemeen beeld van de medewerkers dat er niet adequaat gerapporteerd wordt (zie 7.9 bijlage 9, p. 80). Er werd geanalyseerd hoe tevreden de professionals over de borging van

informatie zijn (schaal van 1-10), waar met name het dossierprogramma, de dossiervoering en de dossierhantering een belangrijke rol spelen. Hierbij werden de manager en het personeel van de catering buiten beschouwing gelaten, omdat zij niet of minder in contact met de dossiers komen dan de andere professionals. Gemiddeld werd een 4,7 (sd: 1,5) voor de tevredenheid over de dossiers gescoord, wat in de categorie ‘bijna voldoende’ valt. De minimum score was hier 3 en de maximum score 6, zodat een lichte onenigheid tussen de medewerkers te herkennen is.

Tevredenheid over het huidige dysfagiemanagement

De tevredenheid over het huidige dysfagiemanagement werd gemiddeld met een 7,2 beoordeeld (sd: 0,8), wat onder de categorie ‘ruim voldoende’ valt. Binnen deze categorie bleken de medewerkers met elkaar grotendeels eens te zijn (min: 6, max: 8).

Uit de interviews is gebleken dat het opvolgen van het actuele slikprotocol binnen het dysfagiemanagement al goed verloopt.

Verder kwam naar voren dat het signaleren van dysfagie en het inschakelen van hulp door verpleegkundigen goed en op tijd verloopt. Dit geldt echter alleen voor de gesloten afdelingen binnen de instelling.

Binnen de interviews werden de observaties van eetmomenten en het signaleren bij opvallendheden als positief beoordeeld. Een verpleegkundige gaf aan dat de communicatie tussen medewerkers en het monitoren goed verloopt.

Minder tevreden zijn de medewerkers over de frequentie en efficiëntie van scholingen en ze zijn ontevreden over de organisatie rondom het slikprotocol en het dysfagiemanagement. De diëtiste gaf aan dat het inschakelen van professionals op de open afdelingen vaak te laat opgepakt wordt.

Ook het voedingsaanbod voor dysfagiepatiënten en met name de kwaliteit daarvan kan volgens de medewerkers beter.

Zowel uit de dossierstudie als uit de interviews gebleken dat artsen een apart rapportagesysteem hebben welke voor andere medewerkers niet toegankelijk is. Dit is volgens de medewerkers onhandig en onoverzichtelijk. Bovendien zijn de medewerkers van mening dat de artsen soms te weinig kennis hebben over dysfagie. Tot slot werd aangegeven dat het

evalueren en terugpakken van afspraken van bijvoorbeeld het verloop van een maaltijd na een slikadvies te weinig gebeurt.

Hoewel de medewerkers de tevredenheid over het huidige dysfagiemanagement binnen de categorie gemiddeld ruim voldoende scoren, kwamen er meerdere aspecten die ze zouden willen veranderen naar voren. Deze worden in de volgende paragraaf verduidelijkt.

2) Welke kansen en mogelijkheden zijn er voor implementatie van innovaties met betrekking tot dysfagiemanagement?

Informatie over dysfagie

Uit de interviews is gebleken dat er behoefte bestaat aan meer scholingen over dysfagie en het management rondom dysfagiezorg. Hierbij gaven de medewerkers aan dat het vooral van belang is deze verworven informatie vaker te herhalen en voor iedereen toegankelijk te maken. Daardoor kan de informatie goed geïmplementeerd worden in de dagelijkse praktijk. Ook werd aangegeven dat de organisatie rondom het nieuwe slikprotocol en het dysfagiemanagement in het algemeen nog verbeterd kan worden.

De geïnterviewde logopediste gaf aan dat artsen vaak nog weinig kennis over dysfagie en de taken van een logopediste binnen dit vakgebied hebben. Uit de interviews kwam naar voren dat het belangrijk zou zijn om ook artsen in te lichten over het management rondom dysfagie en de taken van betrokkene professionals.

Besluitvorming en evaluatie

Gedurende de interviews werd aangegeven dat het nemen van beslissingen voor bewoners verbeterd moet worden. Bovendien worden professionals op de open afdelingen vaker te laat ingeschakeld om een optimale dysfagiezorg te kunnen verlenen. In deze context werd binnen de interviews ook aangegeven dat het evalueren en terugpakken van het verloop van slik- of voedingsadviezen vaak nauwelijks of juist niet gebeurt. De ontwikkelingskansen kan op grond daarvan gezien worden in het evalueren en terugkoppelen van afspraken en het vroegtijdig inschakelen van professionals.

Implementatiekansen

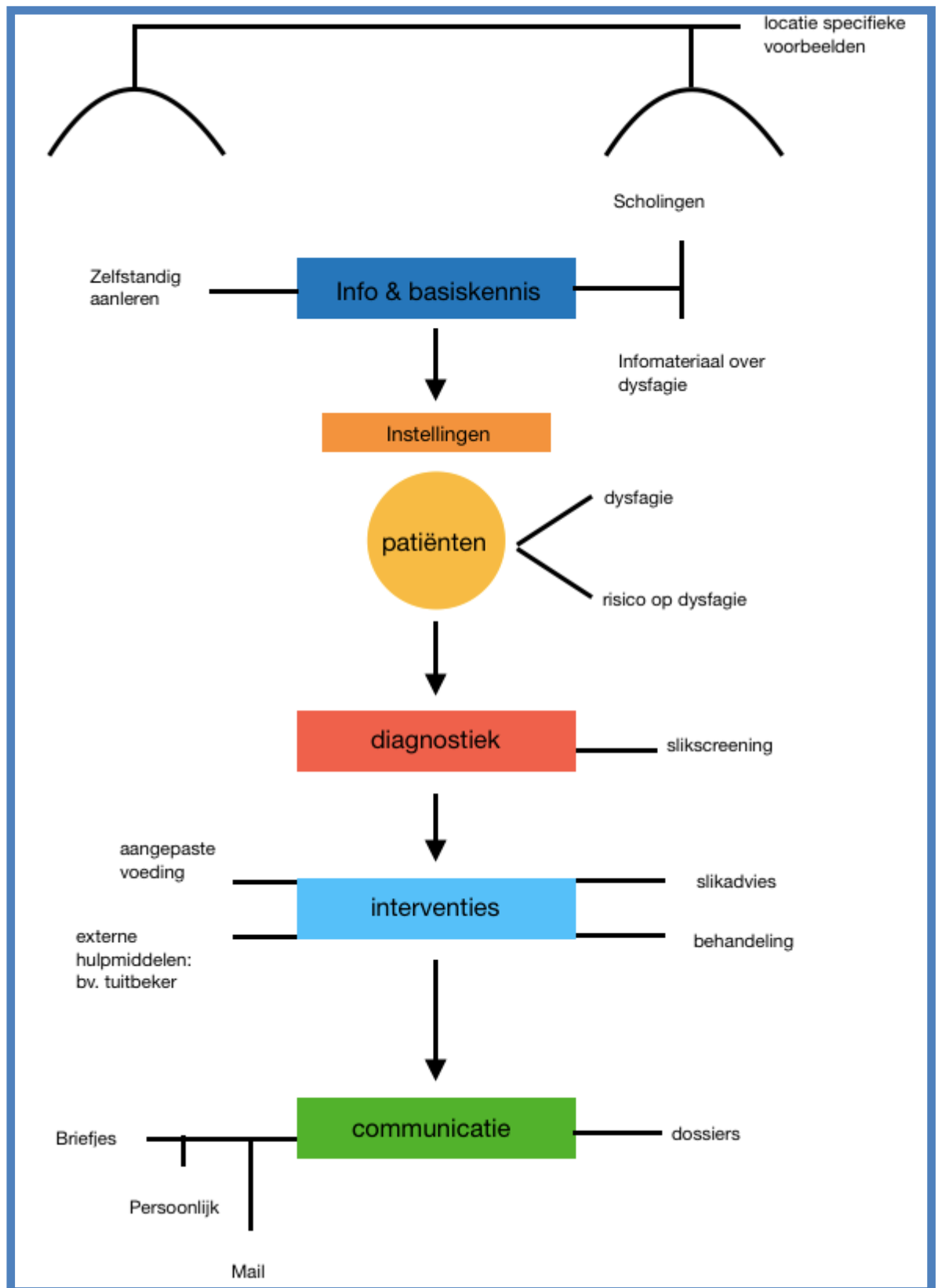
Wat betreft nieuwe producten en processen is één instelling op dit moment bezig met een slikprotocol en IDDSI-tabellen. De logopedisten zijn momenteel bezig met het verfijnen van dit protocol en gaan dit dan binnen de instellingen implementeren. Uit de fieldnotes is gebleken dat instelling 2 pacemaps en verbeterborden als instrumenten gebruikt, om behoefte aan veranderingen vast te stellen en er meteen een actie aan te koppelen. De mening van medewerkers over een behoefte aan nieuwe producten is verschillend. Vier van de zes geïnterviewde medewerkers gaven aan dat er geen behoefte is aan nieuwe producten. De overige medewerkers vinden er is altijd behoefte. De diëtiste gaf aan dat er behoefte is aan nieuwe warme maaltijden voor dysfagiepatiënten.

Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie

Als belemmerende factoren voor implementatie werden: ‘weigeren van iets nieuws’, ‘te weinig informatie’, ‘iets ingewikkeld maken’ en ‘werkdruk’ genoemd. Als bevorderende factoren voor implementatie worden aspecten ‘vaak noemen’, ‘een concreet plan’, ‘vlog maken’, ‘bespreekbaar maken’, ‘behoeftes kennen’, ‘klinische lessen’ en ‘scholingen’ genoemd.

4.3.4 Algemeen dysfagiemanagement organogram

Naast het specifiek organogram voor de twee onderzochte instellingen is er een algemeen organogram voor het dysfagiemanagement opgesteld, welk structuur en houvast voor het in kaart brengen van het dysfagiemanagement kan bieden (zie figuur 1.6). Het onderstaand organogram kan als leidraad voor het in kaart brengen van het dysfagiemanagement binnen andere instellingen of afdelingen gebruikt worden. Naast de gekleurde hoofdaspecten zijn er een aantal voorbeelden meegenomen, die onderzocht zouden kunnen worden.



Figuur 1.6 Algemeen dysfagiemanagement organogram

5 Discussie

In het volgende hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten, interne en externe validiteit en de conclusie beschreven. Ten slotte worden aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek toegelicht.

5.1 Samenvatting belangrijkste resultaten

Uit het onderzoek is gebleken dat het dysfagiemanagement en de processen die een patiënt, maar ook medewerkers binnen de onderzochte instellingen doorlopen verschillen.

Standaardinformatie over dysfagie bestaat er op dit moment nog niet en scholingen vinden niet regelmatig plaats. De geïnterviewde medewerkers gaven aan, meer informatie over dysfagie zinvol te vinden. Op dit moment wordt er gewerkt aan een slikprotocol voor alle medewerkers, welke binnenkort door de logopedisten geïmplementeerd wordt.

Verder is gebleken dat er binnen beide instellingen geen duidelijke uitspraak over een aanspreekpartner voor dysfagie gedaan kon worden.

Tevens zijn er verplichte scholingen over het gehanteerde elektronische dossierprogramma, maar toch is gebleken dat de medewerkers het programma onoverzichtelijk vinden. Informatie is vaak moeilijk te vinden of juist niet aanwezig. Bovendien werd door de medewerkers aangegeven dat in het algemeen vaak niet adequaat gerapporteerd wordt, waardoor onduidelijkheid ontstaat of en hoe slik- of voedingsadviezen dienen te worden opgevolgd.

Bij de opname van een nieuwe patiënt wordt niet standaard een slikscreening gedaan. Uit de dossierstudie is gebleken dat zes van de 22 patiënten gediagnosticeerd zijn met dysfagie en dat bij drie patiënten een slikscreening in vorm van een eetobservatie uitgevoerd werd. Van de zes patiënten met dysfagie krijgt niemand logopedische therapie. De redenen hiervoor bleven onduidelijk. Voordat er interventies werden ondernomen werd in totaal vijf keer een slikadvies gegeven met in alle gevallen aangepaste voeding als resultaat. Elf van de 22 patiënten krijgen aangepaste voeding, waaronder alle patiënten met dysfagie vallen. De overige vijf patiënten kregen aangepaste voeding op grond van ondervoeding of een vertraagde orale fase. De beslissing hierover werd door de logopediste en soms ook in samenwerking met de diëtiste genomen. Niet alle patiënten die een slikadvies hebben gekregen krijgen aangepaste voeding. Het aanbod van aangepaste maaltijden voor patiënten

met dysfagie wordt op dit moment uitgebreid met hartige tussendoortjes. Hoofdgerechten worden op de afdelingen vaak zelf gekookt en met een staafmixer naar eigen inzicht aangepast tot de benodigde consistentie. Momenteel wordt niet met een dieet standaardisatie gewerkt hoewel het IDDSI-raamwerk bekend is. Met betrekking tot de interdisciplinaire samenwerking binnen MDO's werd geen eenduidig antwoord over de hoeveelheid en omvang gegeven. De instellingen werken met pacemaps en verbeterborden, om ontstaande moeilijkheden meteen te bespreken en een actieplan te maken om het proces te verbeteren. Binnen het huidige dysfagiemanagement zijn de geïnterviewde medewerkers minder tevreden over 1) het aantal en de terugkoppeling van scholingen, 2) het vroegtijdig inschakelen van professionals op de open afdelingen, 3) de dossiervoering en rapportages en 4) het terugkoppelen en evalueren van afspraken. Op basis daarvan kunnen er ontwikkelingskansen met betrekking tot de vooraf opgenoemde aspecten gezien worden. Tot slot kan gezegd worden dat er met betrekking tot het optimaliseren van de zorg al een aantal interventies opgestart werden. Gemiddeld scoorden de medewerkers het huidige dysfagiemanagement met een 'ruim voldoende' ($\bar{X}$ 7,2 $sd=0,8$).

5.2 Interne validiteit (methodologische reflectie)

In het volgende stuk worden sterke en zwakke punten van dit onderzoek beschreven.

De zorgorganisatie werd gekozen omdat het één van de grootste zorgaanbieders in Nederland is. Toch zijn er uiteindelijk enkel gesloten PG-afdelingen uit twee afzonderlijke zorglocaties meegenomen in het onderzoek. De verkregen resultaten kunnen daarom niet als representatief voor de hele zorgaanbieder gezien worden. Wel leveren deze een belangrijke bijdrage voor het optimaliseren van het dysfagiemanagement, omdat op basis daarvan een raamwerk is ontwikkeld, om zo ook overige afdelingen in kaart te kunnen brengen.

Om het dysfagiemanagement in kaart te brengen en indicatoren te inventariseren (tabel 1.1, stap twee) waarmee de gewenste wijze van werken onderzocht kan worden (zie figuur 1.6), werd er gebruikt gemaakt van een getrianguleerde aanpak. Deze bestond uit observaties, interviews en een dossierstudie. Meyer en Klewer (2014) hebben ter analyse van het voedingsmanagement in een ziekenhuis en een verpleeghuis met succes een vergelijkbare aanpak gebruikt. Ook zij hebben als methode voor hun onderzoek voor een combinatie uit

observaties, interviews en dossierstudie gekozen. Zij concluderen onder andere dat deze methode geschikt is om het voedingsmanagement in kaart te brengen.

Binnen dit onderzoek werd getracht de stappen twee – de feitelijke zorg in kaart brengen – en drie – het analyseren van de doelgroep – (zie tabel 1.1) van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2017) binnen twee zorglocaties uit te voeren.

Met betrekking tot stap twee (zie tabel 1.1) werd de deelname aan het veranderingsproces (nog) niet teruggekoppeld aan de instellingen. Bij dit onderzoek kwamen een aantal ontwikkelingskansen naar voren die een aanleiding voor concrete doelen voor verandering binnen de instelling kunnen zijn. Sommige ontwikkelingskansen zijn meegenomen binnen de aanbevelingen van dit onderzoek. De aspecten binnen stap drie in het implementatiemodel werden met twee uitzonderingen succesvol in kaart gebracht. Doordat er voor een dossierstudie werd gekozen, werd het patiëntenperspectief buiten beschouwing gelaten. Binnen het onderzoek van Meyer en Klewer werden ook patiënten geïnterviewd, waardoor er een volledig beeld is ontstaan. Het gebrek aan het patiëntenperspectief vormt binnen het recente onderzoek een nadeel, maar er werden door de dossierstudie wel patiëntenkenmerken in kaart gebracht.

Verder werd de verhouding tussen individuen niet expliciet onderzocht, omdat er individuele interviews zijn gevoerd, waar de verhouding tussen collega's niet aan bod kwam. Toch werd geanalyseerd wie beslissingen neemt en hoe de professionals samenwerken, zodat er wel een indruk van de verhouding tussen individuen kon ontstaan.

Doordat er één vraagstelling aan de hand van de getrianguleerde aanpak door meerdere meetinstrumenten zowel kwantitatief als kwalitatief onderzocht werd, konden overeenkomsten en inconsistenties opgespoord worden en tegelijk de kans op meetfouten en de kleuring van informatie verkleind worden.

De gekozen steekproef van 22 dossiers werd door de begeleidende professionals geselecteerd, waardoor er een kans bestond dat niet alle patiënten die tot de risicogroep van dysfagie horen betrokken werden. De onderzoekers konden de dossiers op grond van privacy niet zelfstandig inzien maar de informatie werd door de begeleidende professional aangeleverd. Daardoor dat de professionals van de twee zorglocaties de dossierdata op verschillende manieren verzamelden, werden er binnen instelling 1 alle patiënten met een risico op dysfagie

geïnccludeerd en binnen instelling 2 alléén patiënten met dysfagie.

De begeleidende professional heeft de informatie binnen de dossiers alleen daar opgezocht, waar deze normaal diende te staan. Een onderzoeker had in plaats daarvan het hele dossier moeten bekijken, maar daardoor mogelijk nog verdere informatie kunnen vinden. Zo had bijvoorbeeld de lengte van de patiënten ook onder een ander kopje binnen het dossierprogramma kunnen staan en werd daardoor niet gevonden door de begeleidende professional. De onderzoekers waren afhankelijk van de aangeleverde gegevens uit de patiëntendossiers. Vaak was het onduidelijk of benodigde data binnen de dossiers ontbrak of niet te vinden was. Dit werd vooral duidelijk bij informatie over de 'lengte' of 'slikscreening'. De betrokkene professional heeft deze data binnen verschillende files gezocht, maar niet kunnen vinden óf in een file gevonden waar deze informatie niet hoort te staan. Doordat benodigde informatie niet bij ieder patiënt beschikbaar was, werd niet altijd duidelijk of een patiënt aan de inclusiecriteria voldeed.

Onbekende data werd binnen SPSS als 'missing value' ingevuld. Toen er onduidelijkheden over een vervuld inclusiecriteria bestonden (bv. fase van dementie niet bekend of pneumonie met een onbekende oorzaak), werden deze patiënten toch meegenomen in de analyse, waardoor de risicogroep voor dysfagie mogelijk groter was dan deze daadwerkelijk is. Er bestaat dus de kans dat er 8/16 patiëntendossiers 'false positive' zijn dat wil zeggen dat deze dossiers door de onderzoekers ten onrechte binnen de risicogroep voor dysfagie mee werden genomen. De inclusiecriteria werden door de onderzoekers niet strikt genoeg opgevolgd, waardoor er selectiebias is ontstaan. Toch bleek dat de resultaten zonder de acht 'false positive' niet zouden verschillen, bijvoorbeeld wat betreft het feit dat er vaak niet wordt gescreend en vaak geen BMI bekend is, waardoor de patiënten onderdeel van deze studie bleven.

Bij ieder meetmoment waren minstens twee onderzoekers aanwezig, om de kans op missende waarden en fouten te verkleinen. Verkregen data werd van minstens twee onderzoekers op volledigheid en correctheid gecontroleerd. Zo kon bijvoorbeeld een geboortedatum van een patiënt gecorrigeerd worden, welk vooraf fout werd doorgegeven. De verworven dossierdata werd door de onderzoekers gezamenlijk in SPSS statistics 24 ingevoerd en op correctheid en volledigheid gecontroleerd, zodat er geen informatie ontbreekt.

Voor de interviews werd ernaar gestreefd van ieder instelling per discipline een professional te bevragen. Alle gecontacteerde interviewdeelnemers waren bereid aan het onderzoek deel te nemen en hebben het interview volledig uitgevoerd. Van ieder professie, die deel uitmaakt van het dysfagiemanagement, werd ten minste een professional geïnterviewd, behalve een arts. Dit vormt een nadeel voor de volledigheid van de verkregen data, omdat een arts deel uitmaakt binnen het dysfagiemanagement en nog nieuwe informatie had kunnen aanleveren. De onderzoekers mochten medewerkers binnen de instelling echter niet zelfs contacteren, maar de interviewdeelnemers werden aangeleverd door de contactpersoon. De onderzoekers stelden gedurende de afname van de interviews verdiepende vragen.

Binnen de interviews met professionals werd er soms verzuimd door te vragen, waardoor de volledigheid van de resultaten beperkt is. Gemiste kansen om door te vragen, namen vooral betrekking op:

- 1) de geplande implementatie van het nieuwe slikprotocol;
- 2) in hoeverre de IDDSI-tabellen voor dieet standaardisatie gebruikt worden;
- 3) de wensen en behoeftes voor het nieuwe dossierprogramma en;
- 4) waarover medewerker precies ontevreden waren met betrekking tot beslissingen nemen.

Door het missende interview met een arts en het verzuimde doorvragen kon geen data saturatie bereikt worden. Binnen de categorieën ‘informatie over dysfagie’, ‘dossiervorming’, ‘MDO’S’ en ‘aangepaste voeding’ werd binnen de betrokkene interviewgroep wel een saturatiemoment bereikt, waardoor deze data als volledig beschouwd kan worden. Dit werd daardoor duidelijk dat vanaf een bepaald tijdstip, steeds dezelfde aspecten terugkeerden binnen de interviews en er geen nieuwe aspecten meer aan bod kwamen.

De gehanteerde vragenlijst is door de onderzoekers zelf ontworpen en is gebaseerd op de ‘vragenlijst voor het slikteam/huidige stand van zaken’ (Ravensberg, Bogaardt, 2002) en de verkregen informatie uit de dossierstudie. Om de hanteerbaarheid en de validiteit van de vragen van het interview voor de professionals te testen werd er een pre-test met twee verpleegkundigen uit instelling 1 uitgevoerd. Uit de pre-test is gebleken dat de vragenlijst nog niet volledig was en vragen gedeeltelijk misleidend waren. Op basis daarvan werden vragen toegevoegd (vraag 15-26) of anders geformuleerd.

Toch bleek dat de interviewvragen 2 (Wat zijn behoeftes van de medewerkers?), 8 (Hoe zit het met toetjes of tussendoortjes?), 10 (Wat zijn behoeftes van patiënten m.b.t. maaltijden?) en 14 (Hoe worden beslissingen genomen? Teammeetings of één verantwoordelijke?) en een aanvullende vraag over ontwikkelingskansen binnen het huidige dysfagiemanagement voor de professionals niet helder waren op grond van de onnauwkeurigheid van de gegeven antwoorden. Echter werd géén vraag van twee of meer professionals inadequaet beantwoord. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de vragen grotendeels helder geformuleerd waren. Een voorbeeld van een vraag die niet adequaat beantwoord werd was vraag 8 ('Hoe zit het met tussendoortjes of toetjes?') met als antwoord:

'Ze krijgen iedere dag na de warme maaltijd, het is echt een voorgerecht hoofdgerecht nagerecht dus ze hebben altijd een ja drie-gangen-menu (lachen) dus dat is eh is goed en wat ze daarbij extra willen moeten ze voor bij betalen, stel ze willen nog een toetje daarbij, nog een extra toetje daar moeten ze gewoon voor betalen maar het is wel allemaal mogelijk. Het is eigenlijk een soort restaurant-principe waar alles wel te bestellen is, heel veel.'

Met dit citaat wordt duidelijk dat het hier minder om de toegankelijkheid van toetjes en tussendoortjes gaat, maar meer om het aanbod van maaltijden in het algemeen. Eerst doormiddel van doorvragen kregen de onderzoekers het eigenlijke antwoord op de vraag. Een ander voorbeeld voor een niet adequaat antwoord bevat de vraag over ontwikkelingskansen binnen het huidige dysfagiemanagement:

'Ja weet ik eigenlijk niet, ik vind, ik denk de groep, ik denk als wij problemen zien of dat we niet met een logopediste of een diëtiste maakt niet uit door een deur dat we daar gewoon in verder gaan van ,ja dit werkt niet' of dat we zien van ,we hebben al drie keer gebeld voor een slikobservatie en daar komt' ik denk dat je dan je eigen manager en de arts daar in kennis van moet stellen, ik zou het anders niet weten.'

Ook binnen deze antwoord wordt duidelijk dat de vraag niet eenduidig werd beantwoord, omdat de professional een situatie beschrijft in plaats van een ontwikkelingskans.

Een reden voor het inadequate beantwoorden van de vooraf benoemde vragen kan zijn dat deze vragen zelfontworpen zijn. Een consequentie daarvan is dat binnen deze vragen geen saturatiemoment kon optreden en daardoor mogelijk informatie ontbreekt.

Doordat er geen membercheck werd gedaan, werd de data niet op authenticiteit en accuraatheid beoordeelt. De kans op verkleurde data is toch gering, omdat het interview een

aanvulling op andere meetinstrumenten én een bevestiging van verkregen informatie uit eerdere metingen is.

De getranscribeerde interviews werden door één onderzoeker in Kwalitan 7.0 ingevoerd en door een onderzoeker op correctheid en volledigheid gecontroleerd. De onderzoeker die de data in Kwalitan 7.0 heeft ingevoerd, heeft deze ook gecodeerd. Doordat één onderzoeker alle codes heeft geformuleerd en aan tekstfragmenten heeft gekoppeld, zijn alle kwalitatieve data op dezelfde manier verwerkt. De semigestructureerde interviews dienden vooral voor het bevestigen of verklaren van vooraf verkregen resultaten en minder voor nieuwe inzichten, maar toch vormt dit een nadeel voor het interviewgedeelte, omdat kwalitatieve data normaliter door minstens twee onderzoekers geanalyseerd wordt. Er kan niet uitgesloten worden dat informatie door de zicht van de onderzoeker gekleurd is. Om dit zo goed mogelijk te voorkomen zijn de codes indien mogelijk citaten uit de interviews. Bovendien kon de verkleuring door de getrianguleerde aanpak gecompenseerd worden.

Hoewel de gegevens van de deelnemers geanonimiseerd werden en deze ten alle tijden professioneel gehandhaafd werden, bestaat de mogelijkheid dat de onderzoeksgroep het gevoel had een positiever beeld te moeten schetsen om hun werkplek goed te laten presteren. Zo was het bijvoorbeeld opvallend, dat de tevredenheids-scores van de medewerkers bijna altijd 'ruim voldoende' waren. Toch werden binnen de interviews vaak nog veel factoren genoemd die volgens de medewerkers niet bevredigend waren.

Sociaal wenselijk gedrag is een gebruikelijk fenomeen dat binnen het onderzoek van Hermans en Been uit 2017 beschreven werd. In hun onderzoek werden sommige items in de vragenlijst met opzet in een ander richting gesteld om sociaal wenselijke antwoorden tegen te gaan (Hermans, Been, 2017). Binnen dit onderzoek werd getracht sturende vragen zo goed mogelijk te voorkomen, om de kans op gekleurde antwoorden te verkleinen. Toch zijn verkleurde resultaten mogelijk, omdat sociaal wenselijke antwoorden niet kunnen worden uitgesloten.

Jannink onderzocht in haar onderzoek van 2017 de invloed van methodes van bevraging op sociale wenselijkheid in een vragenlijst. Zij beschrijft het belang van psychologische veiligheid van medewerkers in een organisatie. Als medewerkers het gevoel hebben niet veilig te zijn, gaan ze vragen over hun situatie sociaal wenselijk beantwoorden en durven niet

vrijuit te spreken (Jannink, 2017). Daardoor is het moeilijk de werkelijkheid te achterhalen, als medewerkers met sociaal wenselijke antwoorden een vertekend beeld schetsen.

Volgens Jannink (2017) heeft een indirecte vraagstelling invloed op hoe vragen beantwoord worden. Voor het afnemen van vragenlijsten adviseert zij het gebruik van indirecte vragen te overwegen. Binnen dit onderzoek werd geen gebruik gemaakt van indirecte vragen, omdat de structuur van het interview daaronder kan lijden en mogelijk belangrijke informatie niet wordt verteld. Een voorbeeld van een antwoord, waar een kleuring door sociaal wenselijk gedrag vermoed wordt, was de vraag naar ontwikkelingskansen binnen het huidige dysfagiemanagement met als antwoord:

‘We staan voor alles open.’

5.3 Externe validiteit (theoretische reflectie)

Het is dagelijks bekend dat problematieken zoals dysfagie het beste aangepakt kunnen worden door een multidisciplinair team (Baijens et al. 2016). Het review van Sanders laat echter zien dat dit een probleem kan uitmaken binnen de zorg. Sanders heeft 2018 de doorvoerbaarheid van een gestandaardiseerd dysfagie programma onderzocht voor de identificatie, diagnostiek, behandeling en evaluatie van dysfagie. Een belangrijke uitkomst van het onderzoek was, dat 7 van de 12 doorvoerbaarheids-criteria, die niet werden vervuld, in samenhang stonden met onvoldoende interdisciplinaire samenwerking. Een succesvol implementatie van het dysfagieprogramma lukte om deze reden niet.

Zo bleek ook uit het recente onderzoek dat medewerkers minder tevreden zijn, over de communicatie, het terugkoppelen en evalueren van afspraken tussen de disciplines. Dysfagie is volgens de medewerkers niet regelmatig een onderdeel binnen MDO's. Uit de interviews bleek dat verantwoordelijkheden en aanspreekpartner wat betreft dysfagie niet voor iedereen duidelijk waren.

Een basis voor goede communicatie en terugkoppeling is voldoende informatie en kennis over dysfagie. Hoewel er volgens medewerkers verschillende bronnen voor informatie over dysfagie binnen de instellingen beschikbaar zijn, bleek dat er toch behoefte aan meer informatie bestaat. Dit kan refereren aan de behoefte van de medewerkers naar meer evaluatiemomenten en terugkoppeling. Er bestaan wel scholingen, maar deze informatie kan

niet altijd worden teruggevonden door de medewerkers.

Uit een kwantitatieve vragenlijst van Rhoda en Pickel-Voight met 182 deelnemers bleek 2015 dat verpleegkundigen een matige kennis over signalen, symptomen en complicaties van dysfagie hebben. Hun kennis over het management van dysfagie leek slecht te zijn, waardoor Rhoda en Pickel-Voight concluderen dat scholingen na de grondopleiding nodig zijn.

Echter is volgens de resultaten van het recente onderzoek het geven van scholingen niet voldoende. Er bestaat ook behoefte aan succesvolle communicatie, terugkoppeling en evaluatie binnen het dysfagiemanagement.

Nadat er een dysfagiediagnose werd gesteld moet het vervolg goed gecommuniceerd worden. Hiervoor bestaan een aantal nuttige hulpmiddelen .

Rittig heeft 2012 een dysfagie-paspoort ontwikkeld. Het is een instrument om de communicatie tussen zorgprofessionals in de acute fase en revalidatie fase te optimaliseren. Het dysfagie-paspoort biedt ook ondersteuning aan patiënten en hun families. Het beoogt het bewustzijn en de naleving te verhogen als een onderdeel van diagnostiek, therapie-interventie en doelen die bereikt moeten worden (Rittig, 2012). Het dient de kosten en complicaties te verminderen die worden veroorzaakt door meerdere medische onderzoeken en misleidende therapieaanpak volgens procesoptimalisatie en verbeterde kwaliteit van leven, autonomie en compliance. Binnen de onderzochte zorginstellingen werd tot nu toe geen gebruik gemaakt van een dysfagie-paspoort. Dit zou gemeten aan de ontwikkelingskansen binnen de afdelingen een instrument ter verbetering van de communicatie tussen professionals onderling, tussen patiënt en professional zoals tussen patiënt en zijn omgeving kunnen zijn.

Ook wat betreft slik- en voedingsadviezen van patiënten is goede communicatie en terugkoppeling belangrijk. Het aangeven van een geschikte consistentie voor een patiënt speelt hier een belangrijke rol. Duffin adviseert het gebruik van individualiseerde tafelsets voor iedere patiënt met dysfagie. Deze sets zijn gelamineerde A3 papers waarop de professionals slikadviezen, houdingsaanpassingen, aangepaste diëten en speciale hulpmiddelen kunnen noteren, die de patiënt nodig heeft om veilig te kunnen slikken. Pictogrammen, de naam en een foto van de patiënt staan erop zodat niet alleen de professionals maar ook de patiënt zelfs de adviezen kan opvolgen.

Op het ogenblik worden binnen de onderzochte instellingen aanpassingen met betrekking tot consistenties niet met een vast terminologie gecommuniceerd. Op alle afdelingen, die zelf koken zijn de medewerkers het erover eens dat het eten voor patiënten met dysfagie met een staafmixer wordt bereid. De consistentie die door de bereiding met een stafmixer bereikt zal worden, wordt niet succesvol gecommuniceerd. Hierdoor bestaat een kans dat voeding en dranken bijvoorbeeld te dik, te vloeibaar of te korrelig blijven. Termen ter oriëntatie zoals honingdikte, nektaardikte of puddingdikte worden niet standaard gebruikt. Er wordt volgens de interviews niet vermeld, hoe veel verdikkingsmiddel voor het bereiden van eten en dranken gebruikt moet worden.

In een interview kwam naar voren dat de zorginstellingen plannen het IDDSI-‘framework’ te implementeren. De ‘International Dysphagia Diet Standardization Initiative’ heeft gestandaardiseerde terminologie, definities en meetprocedures voor consistenties ontwikkeld. Cichero et al. beschrijven de ontwikkeling van de IDDSI. Ze wilden door middel van een systematic review internationale gestandaardiseerde terminologieën en definities voor aangepaste voeding en dranken ontwikkelen. Daarvoor werd ten eerste een internationaal survey doorgevoerd. 2050 respondenten uit 33 landen hebben meegedaan. De resultaten lieten algemeen gebruik zien van 3-4 niveaus van voedseltextuur (54 verschillende namen) en ≥ 3 niveaus van vloeistofdikte (27 verschillende namen). Een behoefte aan internationale standaardisatie werd duidelijk. Vervolgens werd een systematische beoordeling gedaan met betrekking tot de invloed van de textuur van het voedsel en de consistentie van de vloeistof tijdens het slikken. Na afloop van een evaluatie en bespreking van de gegevens uit eerdere fasen werd een eerste ‘framework’ ontwikkeld. In een verdere internationale enquête werd naar feedback gevraagd om het eerste ‘framework’ te optimaliseren. 3190 antwoorden werden ontvangen uit 57 landen. Het IDDSI-‘framework’ (uitgebracht in november 2015) omvat 8 niveaus (0-7) geïdentificeerd door cijfers, tekstlabels, kleurcodes, definities en meetmethoden. Cichero et al. geven een aanbeveling voor implementatie van het IDDSI-‘framework’ voor de hele wereld.

Ong et al. beschrijven in hun studie van 2018 dat met behulp van de IDDSI verschillende levels onderscheiden kunnen worden op basis van sensorische eigenschappen. Wel kunnen deze eigenschappen beïnvloed worden door het type verdikkingsmiddel en het verdikte

medium (bv. sap of water). Van de IDDSI-tabellen wordt op het ogenblik nog geen gebruik gemaakt binnen de onderzochte instellingen, maar uit de interviews bleek dat deze wel bekend zijn. Uit de literatuur blijkt dat de IDDSI een effectief instrument is, waardoor het gebruiken van IDDSI voor de praktijk wordt aanbevolen.

In figuur 1.1 werd getoond hoe het diagnostisch proces volgens de bestudeerde literatuur zou moeten verlopen. Binnen dit onderzoek is echter gebleken dat het werkelijke proces binnen de onderzochte instellingen van het schema afwijkt.

Binnen de onderzochte instellingen werd niet standaard een slikscreening afgenomen bij patiënten die tot de risicogroep dysfagie horen. Hierdoor wordt de kans op onderdiagnose vergroot. Het bewustzijn van zorgverleners over de signalen van dysfagie, is echter heel belangrijk (Hollaar et al., 2017).

Ook Baijens et al. laten in hun review 2016 zien dat orofaryngeale dysfagie in medische centra vaak onbehandeld blijft, binnen standaard screeningprotocollen geïntegreerd en regelmatig gemonitord zou moeten worden. Hiervoor is een multidimensionale benadering noodzakelijk. Het opsporen van dysfagie door de afname van een standaard slikscreening binnen risicogroepen is dus belangrijk en een vaak voorkomend probleem niet alleen binnen de onderzochte instelling. Volgens Ozlem, Tulunay-Ugur en Eibling (2018) zijn voor een diagnose dysfagie een gedetailleerd anamnese én nauwkeurige documentatie van signalen cruciaal.

Zoals ook binnen de onderzochte instellingen wordt het vastleggen van patiëntgegevens in veel instellingen inmiddels elektronisch gedaan. Zo zou informatie-uitwisseling efficiënter en completer moeten zijn (Heerkens & Harmsen, 2009).

Een dossier biedt volgens de 'NVL-richtlijn Logopedische Dossiervorming 2016' binnen de zorg de mogelijkheid om het eigen handelen te bewaken, te sturen, te evalueren en om gegevens over te dragen. Beschikbaarheid, leesbaarheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid, volledigheid en beknoptheid, worden als globale eisen aan de dossiervorming vermeldt.

Uit de resultaten van de dossierstudie, de interviews en ook de fieldnotes bleek dat de dossiers een ontwikkelingskans binnen de instellingen vertegenwoordigen, wat betreft de volledigheid, de beschikbaarheid van informatie en de hanteerbaarheid voor medewerkers.

Uit de dossierstudie van dit onderzoek bleek dat binnen de 22 onderzochte dossiers geen

dossier over alle voor dit onderzoek benodigde informatie beschikte. Ook was het opvallend dat er tegenstrijdige informatie in de dossiers vermeld stond bijvoorbeeld dat een patiënt in de geavanceerde fase van dementie zit en daarbij geen cognitieve problemen ervaart of dat voedingsadviezen van een diëtiste geadviseerd, maar niet omgezet werden. Uit de interviews bleek dat medewerkers zich van deze problematieken wel bewust zijn en daarom vaker ervoor kiezen, informatie mondeling uit te wisselen, dan het dossier te gebruiken.

Een gebrek aan volledigheid van dossiers is binnen de gezondheidszorg echter geen uitzonderlijk fenomeen. Uit een gestandaardiseerde analyse naar de volledigheid en procesmatigheid van 279 documenten uit in totaal 26 verpleeghuizen bleek dat vooral de verlooprapportages en de evaluaties onvoldoende waren (Bartholomeyczik en Morgenstern, 2013).

Münch et. al tonen 2016 in hun onderzoek met betrekking tot de kwaliteit van de documentatie van gestelde diagnoses aan dat binnen een groep van 548 patiënten, 26,8% van de schildklier-diagnoses onvolledig gedocumenteerd waren. Op grond van de niet gedocumenteerde diagnoses lag de gecorrigeerde prevalentie van schildklierziektes bij 5,5 procentpunten. Deze resultaten laten het belang van een zorgvuldige documentatie en de impact op het risico van onderdiagnose zien.

Ook wat betreft de documentatie van voeding gerelateerde parameters in ziekenhuizen en verpleeghuizen, bleek uit het onderzoek van Meyer en Klewer dat er onvoldoende gedocumenteerd wordt.

Hoewel er zes keer de diagnose dysfagie werd gesteld, krijgt volgens de dossierstudie toch niemand van de patiënten in de onderzochte PG-afdelingen revaliderende of functionele dysfagietherapie. Een groot deel van de populatie is gediagnosticeerd met dementie. Binnen de Richtlijn orofaryngeale Dysfagie (2017), maakt therapie in het bijzonder bij patiënten met dementie en een comorbide orofaryngeale dysfagie geen onderdeel uit. Wel is de prevalentie van comorbiditeit van dementie en dysfagie hoog (Alagiakrishnan, Bhanji, Kurian, 2012). Er lijkt een gebrek aan effectiviteitsonderzoeken over functionele dysfagietherapie bij dementie te bestaan.

Uit het onderzoek van Tang Y, et al. bleek 2017 dat door neuromusculair elektrostimulatie en elektromyografische-biofeedback therapie bij patiënten met Alzheimer een significant beter

voortgang kon worden geboekt, wat betreft de slikfunctie, het nutritie status en het verloop van aspiratiepneumonie ten opzichte van de controlegroep (functionele dysfagietherapie). Binnen het recente onderzoek kregen wel patiënten aangepaste voeding ten gevolge van hun diagnose dysfagie. Uit een prospectieve cohortstudie van Chen et al. (2015) bleek dat voedingsinterventies onder andere een achteruitgang van de slikfunctie kunnen voorkomen. Naast het aanpassen van de voedingsconsistentie bij patiënten met dysfagie is volgens Shune (2015) het eetmoment op zich belangrijk. Zo is het van groot belang niet alleen het gestoorde slikken in de gaten te houden, maar ook de interactie tussen het slikken en de omgevingsfactoren. Een gezamenlijk eetmoment verschaft volgens Shune een mogelijkheid tot sociaal engagement. De eetmomenten kunnen fysische, psychologische en emotionele verbindingen sterken. Uiteindelijk is het van groot belang om hier zowel de veiligheid als ook de kwaliteit van leven te garanderen.

Volgens de interviews uit dit onderzoek eten de patiënten ook altijd gezamenlijk in een eetzaal (met uitzonderingen) en er vinden regelmatig eetactiviteiten plaats. Dit betekent dat er binnen de instellingen niet alleen het slikken maar ook de sfeer en interactie tijdens eetmomenten worden benaderd. Hierdoor hebben de patiënten binnen de instellingen de kans weer plezier tijdens het eten te ervaren.

5.4 Conclusie

Concluderend levert dit onderzoek een belangrijke bijdrage aan de basis voor het implementeren van nieuwe producten en een gestructureerd overzicht over het huidige dysfagiemanagement binnen de betrokkene twee instellingen. Aan de hand van het overzichtsschema van het dysfagiemanagement, de tevredenheid hierover en de geïnventariseerde ontwikkelingskansen heeft de instelling de mogelijkheid het management naar eigen interesse te veranderen of juist zodanig te behouden. Verantwoordelijkheden en rollen binnen het management werden met behulp van deze studie voor de medewerkers verduidelijkt en werden de valkuilen met betrekking tot communicatie toegelicht.. Op basis van de resultaten bestaat er behoefte aan 1) meer en regelmatige scholingen over dysfagie, 2) duidelijke en consequente evaluatie of terugkoppeling van afspraken, 3) vroegtijdige inschakeling van professionals op de open afdelingen en 4) nauwkeurigere rapportages binnen

de dossiers. Door het onderzoek werd aangetoond dat inhoudelijke scholingen over dysfagie en goede rapportages in een gestructureerd dossier de basis voor de implementatie van voedingsinnovaties vormen. Tenslotte kan met behulp van het ontwikkeld algemeen organogram het dysfagiemanagement van verdere instellingen en afdelingen voor een succesvolle implementatie in kaart worden gebracht.

5.5 Aanbevelingen

Naar aanleiding van deze studie werden volgende aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek opgesteld.

Aanbeveling 1:

Binnen dit onderzoek werd stap twee en drie van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2017) uitgevoerd. Nu dat de feitelijke zorg in kaart werd gebracht en de analyse van de kenmerken van de doelgroep en ook de belemmerende en bevorderende factoren onderzocht zijn, wordt aanbevolen de volgende stap binnen het implementatiemodel – ontwikkeling en selectie van interventies en strategieën – op te starten.

Aanbeveling 2:

Uit dit onderzoek kwam een algemeen organogram naar voren dat de belangrijkste onderdelen van het dysfagiemanagement omvat. Het wordt aanbevolen dit organogram te gebruiken om het dysfagiemanagement van een instelling in kaart te brengen. De informatie die daaruit verzameld wordt laat een reëel beeld zien van de huidige stand van zaken en mogelijke ontwikkelingskansen voor implementatie.

Aanbeveling 3:

Uniforme criteria voor het signaleren en handhaven van dysfagieën binnen een verpleeghuis dienen geformuleerd en gepubliceerd te worden, zodat er een standaardzorg rondom dysfagie bestaat. Hierdoor wordt de kans op onderdiagnose verkleind.

Aanbeveling 4:

Er wordt aanbevolen om medewerkers die in contact met dysfagiepatiënten kunnen komen, meer te scholen. Een minimale eis is het informeren over de aanwezigheid van de stoornis, de signalen ervan en de acties die ondernomen moeten worden, indien signalen herkend worden. Dit kan door middel van scholingen, weblectures of schriftelijke literatuur gebeuren. Belangrijk hierbij is ook dat medewerkers kennis hebben over waar informatie terug te vinden is en dat er een aanspreekpartner beschikbaar is die kennis heeft over dysfagie.

Aanbeveling 5:

Uitgaande van de uitkomsten van deze studie met betrekking tot de kennis over welke patiënt dysfagie heeft, zou in verpleeghuizen een dysfagie ‘paspoort’ voor patiënten met dysfagie kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Hierin zou informatie over de voedingstoestand, bekende pneumonieën, tandenstatus, logopedische diagnoses, medicatie, slikonderzoekresultaten en vooral slikadviezen genoteerd kunnen zijn. Voor nieuwe medewerkers is het daardoor makkelijker terug te vinden wat een patiënt mag eten/drinken en waarom.

Aanbeveling 6:

Aangaande de resultaten over slikadviezen en aangepaste voeding zijn er aanzienlijke onduidelijkheden opgetreden wat betreft de bereiding van en communicatie over consistenties. Op basis daarvan wordt aanbevolen de IDDSI-tabellen te implementeren en te gebruiken, zodat er meer duidelijkheid en uniformiteit over de benodigde consistenties ontstaat en waarom deze nodig is.

6 Literatuur

- Alagiakrishnan, K., Bhanji, R.A. & Kurian, M. (2012). Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. Arch Gerontol Geriatr. 2013(56(1), pp. 1-9. doi: 10.1016/j.archger.2012.04.011

- Baijens, L.W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G.F., et al. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clinical Interventions in Aging. October 2016 (Vol. 2016:11), pp. 1403-1428 Opgevraagd op 11 mei, 2019. Van <https://www.dovepress.com/european-society-for-swallowing-disorders-ndash-european-union-geriatr-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>

- Bartholomeyczik, S. & Morgenstern, M., (2013) Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. Pflege (2004), 17, pp. 187-195 Opgevraagd op 10 mei, 2019. Van <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1012-5302.17.3.187>

- Chen, L.L., Li, H., Lin, R., Zheng, J.H., Wei, Y.P. & Li, J.(2016). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. J Clin Nurs. 2016 (25(5-6),pp.699-707. doi: 10.1111/jocn.13013

- Cichero, J. A., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O. & Pillay, M. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework. Dysphagia, 32(2), 293-314.

- De Bodt, M., Guns, C., D'hondt, M., Vanderwegen, J. & Nuffelen van G., Dysfagie. Handboek Voor de Klinische Praktijk. Apeldoorn Garant 2015; 2015. Opgevraagd op 26

november, 2018. Van <https://zuyd.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04966a&AN=zuyd.174459&lang=nl&site=eds-live>

- Diagnose Voeding & Gezondheid. (2017, 25 januari). Toenemende en complexere zorgvraagrichting 2030 - diagnose programma's. Opgevraagd op 27 november 2018. Van <https://www.diagnoseprogrammas.nl/2017/01/25/toenemende-en-complexere-zorgvraag-richting-2030/>

- Duffin, C. (2010). Raising awareness of dysphagia among healthcare professionals. *Learning Disability Practice* (through 2013), 13(4), 21.

- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). Improving patient care. The implementation of change in health care. Chichester, West Sussex Wiley Blackwell 2013. opgevraagd van <https://zuyd.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04966a&AN=zuyd.156599&lang=nl&site=eds-live>

- Heerkens, Y. & Harmsen, J. Aansluiting paramedische sector bij EPD stap dichterbij. *Issue* 2009;(1):3.

- Hermans, C. P. M., & Been, C. (2017). Peer pressure en sociale media gebruik onder adolescenten (Bachelor's thesis).

- Heseke, H. (2008). Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen. Geraadpleegd op 28 november 2018. Van <https://www.lwf.uni-bonn.de/einrichtungen/bonner-agrar-und-ernaehrungsnetzwerk-baen/veranstaltungen/baen-cafes/11.-baen-cafe/ernaehrungssituation-aelterer-menschen-in-stationaeren-einrichtungen-prof.-dr.-heseke>

- Hollaar, V.R.Y., van der Putten, G.J., van der Maarel-Wierink, C.D., Bronkhorst, E.M., de Swart, B.J.M., de Baat, C., et al. (2017) Nursing home-acquired pneumonia, dysphagia and associated diseases in nursing home residents: A retrospective, cross-sectional study. *Geriatr*

Nurs. 2017 Sep – Oct (38(5)) pp.437-441. Opgevraagd van 10 mei 2019 van
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28347558>

- Jannink, L. W. R. (2017). Hoe eerlijk durf jij te zijn?: Invloed van methodes van bevraging op sociale wenselijkheid in een vragenlijst (Master's thesis, University of Twente).

- Liesenborghs, C., Dejaeger, E., Liesenborghs, L., Tack, J., & Rommel, N. (2014). Presbyfagie: de invloed van het primair verouderingsproces op de slikfunctie. Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie, 45(5), 261. Retrieved from <https://zuyd.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=98772947&lang=nl&site=eds-live>

- Mertl-Rötzer, M. (2009). Dysphagie–Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Ernährungsmanagement. Laryngo-Rhino-Otologie, 48(04), 259-273.

- Meyer, F. & Klewer, J., (2014). Analyse des Ernährungsmanagements in einem stationären Gesundheitszentrum HBScience 2014 (volume 5) pp. 108-115 <https://doi.org/10.1007/s16024-014-0226-z>

- Münch, C., Gottschall, M., Hübsch, G., Köberlein-Neu, J., Schübel, J., Bergmann, A., et al. (2016). Qualität der hausärztlichen Diagnosedokumentation in Patientenakten – Eine Analyse am Beispiel von Schilddrüsenerkrankungen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, october 2016 (Volumes 115–116), p.56-62 Geraadpleegd op 10. mai 2019, van
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1865921716300435>

- NVLF. (2017, oktober). Beroepscode en beroepsprofiel. Geraadpleegd op 20 november 2018, van
<https://www.nvlf.nl/paginas/openbaar/vakgebied/kwaliteit/kwaliteitsinstrumenten/beroepscode-en-beroepsprofiel>

- NVLF. (2016). Richtlijn Logopedische Dossiervorming. Geraadpleegd op 2. mai 2019, van <https://www.nvlf.nl/cms/streambin.aspx?documentid=483>

- NVLF. (2016). Richtlijn Logopedische Dossiervorming Verantwoording. Geraadpleegd op 2. mai 2019, van <https://www.nvlf.nl/stream/20160630verantwoordingeindversiebijrichtlijndossiervormingdef.pdf>

- NVLF. (2017, maart) Richtlijn orofaryngeale dysfagie. Geraadpleegd op 28.11.2018, van <file:///C:/Users/3301/Downloads/Orofaryngeale%20dysfagie.pdf>

- Nederlandse Vereniging voor Keel - Neus – Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd - Halsgebied. (2016). Conceptrichtlijn Dysfagie. Geraadpleegd op 22 november 2018, van <https://docplayer.nl/18205743-Conceptrichtlijn-dysfagie.html>

- Onderwijs- en examenregeling (OER) 2018-2019 Bacheloropleiding Logopedie. (2018). Opgevraagd op 05 mei 2019 van https://www.zuyd.nl/binaries/content/assets/zuyd/opleidingen/oer/zuyd_oer_logopedie.pdf

- Ong, J. J. X., Steele, C. M., & Duizer, L. M. (2018). Sensory characteristics of liquids thickened with commercial thickeners to levels specified in the International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI) framework. *Food hydrocolloids*, 79, 208-217.

- Op Smaak BV. (2019, May 17). Home - Fijnproevers. Opgevraagd op 05 mei 2019 van <https://www.fijn-proevers.nl/>

- Ozlem, E., Tulunay, U., Eibling, D., (2018) Geriatric Dysphagia, tijdschrift mai 2018(Vol. 34), pp. 183–189 opgevraagd 12.mai 2019 van [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(18\)30007-7/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(18)30007-7/fulltext)

- Personeelstekort in de zorg: 2019 is het jaar van de waarheid [newsbericht]. (2019, 6 januari). Opgevraagd van <https://www.nu.nl/werk/5662430/personeelstekort-in-zorg-2019-jaar-van-waarheid.html>

- Ravensberg Van, C. D., & Bogaardt, H. C. A. (2002). Implementatie optimale zorg bij slikproblemen. Amersfoort Nederlands Paramedisch Instituut 2002. Retrieved from <https://zuyd.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04966a&AN=zuyd.132730&lang=nl&site=eds-live>

- Rhoda, A. & Pickel-Voight A. (2015) Knowledge of nurses regarding dysphagia in patients post stroke in Namibia Curationis. 2015; (38(2)) 1564.doi: 10.4102/curationis.v38i2.1564

- Richtlijnen database. (2017, 3 maart). Orofaryngeale dysfagie. Opgevraagd op 27 november, 2018. Van <https://www.nvlf.nl/stream/orofaryngeale-dysfagie>

- Rittig, T. (2012, May). Der Dysphagie-Pass Ein: patientenbezogenes, sektoren übergreifendes Kommunikationsmedium. In Forum Logopädie (Vol. 26, No. 3).

- Sanders, K. J. V. (2015). The feasibility of a dysphagia procedure for identification, diagnosis, intervention and evaluation of dysphagia in adults with intellectual disabilities: a pilot study. Masteropleiding Klinische Gezondheidswetenschappen, Universiteit Utrecht (2015) Opgevraagd 11 mei, 2019. Van <file:///C:/Users/3301/Downloads/Definitief%20onderzoeksverslag%20Kim%20Sanders.pdf>

- Schreier, M. M., & Bartholomeyczik, S. (2004). Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Opgevraagd op 27 november, 2018. Van https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=o0gXJjXQtYgC&oi=fnd&pg=PA7&dq=ern%C3%A4hrung+f%C3%BCr+menschen+mit+schluckst%C3%B6rungen&ots=OZ_TKAZ60A&sig=VV2aeBZyEwPtVj0LkIHx

GOyxkf8#v=onepage&q=ern%C3%A4hrung%20f%C3%BCr%20menschen%20mit%20schluckst%C3%B6rungen&f=false

- Shune, S., (2015, 19 maart). Moving beyond the isolated swallow: Dysphagia in de context of the shared mealtime. Dysphagia Café.

- Thurnher, D., Grasl, M. C., Erovic, B. M., & Lercher, P. (2011). Dysphagie. In HNO-Heilkunde (pp. 7-15). Springer, Vienna.

- VAR Limburg. (z.d.). Implementeren. Geraadpleegd op 25 november 2018, van http://www.varlimburg.nl/?page_id=40-

- Verhoeven, N. & Verhoeven, P. S. Wat is onderzoek?: praktijkboek voor methoden en technieken, Boom (2018)

- Warnecke, T., & Dziewas R. (2013). Neurogene Dysphagien. Diagnostik und Therapie. Stuttgart Kohlhammer 2013. Geraadpleegd op <https://zuyd.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04966a&AN=zuyd.157846&lang=nl&site=eds-live>

- Wensing, M., & Grol, R. (2017). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten Bohn Stafleu van Loghum 2017 Geraadpleegd op <https://zuyd.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat04966a&AN=zuyd.204360&lang=nl&site=eds-live>

- Wouters, E., Zaalen, van, Y., & Bruijning, J. (2015). Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg (2e ed.). Bussum, Nederland: Coutinho.

- Tang, Y., Lin, X., Lin, X.J., Zheng, W., Zheng, Z.K., Lin, Z.M., et al. (2017). Therapeutic efficacy of neuromuscular electrical stimulation and electromyographic biofeedback on

Alzheimer's disease patients with dysphagia. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Sep;96(36):e8008.
doi: 10.1097/MD.00000000000008008.

- Zorginstituut Nederland. (2017, 12 januari). Kwaliteitskader + Verpleeghuiszorg.
Geraadpleegd op 24 november 2018, Opgevraagd van [https://
www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2017/01/13/
kwaliteitskader-verpleeghuiszorg/Kwaliteitskader+Verpleeghuiszorg.pdf](https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg/Kwaliteitskader+Verpleeghuiszorg.pdf)

7 Bijlagen

7.1 Bijlage 1: De rol van logopedie binnen het dysfagiemanagement

Naast de verpleegkundigen neemt ook de logopedie een belangrijke rol in binnen dysfagiemanagement.

Rol van logopediste binnen diagnostiek

De logopediste speelt bij de diagnose, behandeling en de evaluatie van het slikken een belangrijke rol.

Taken van de logopediste bestaan volgens de richtlijn orofaryngeale dysfagie uit:

1. Een gedetailleerd slikonderzoek bestaande uit:
 - Een gedetailleerde anamnese;
 - Een onderzoek van de orale structuren en hun functie;
 - Een onderzoek van de spraak en stem kwaliteit;
 - Het onderzoeken van het eten en drinken in een zo natuurlijk mogelijke omgeving;
 - Een indruk van de mate waarin de patiënt in staat is zijn luchtwegen te beschermen tijdens de slik;
 - De coördinatie van ademen en slikken.
2. Het identificeren van normale en abnormale anatomie en fysiologie van het slikken in samenwerking met een KNO-arts of radioloog
3. Het verzamelen van aanvullende informatie, zoals de perceptie van de patiënt over ernst, verandering in functie en kwaliteit van leven
4. Het herkennen van de noodzaak tot verwijzen (NVLF Richtlijn orofaryngeale dysfagie, 2017).

Taken van de logopediste speciaal in de tweede en derde lijn zorg:

5. Het uitgebreid beoordelen van het effect van veranderingen in consistenties, de manier van aanbieden en de invloed van compensatietechnieken op de slik(patho)fysiologie is daarom een belangrijke taak van logopedisten

6. Het uitvoeren en interpreteren van een instrumenteel slikonderzoek, samen met de daarvoor aangewezen professionals
7. Het (mede op basis van instrumenteel onderzoek) bepalen van de aard en de ernst van dysfagie (NVLf Richtlijn orofaryngeale dysfagie, 2017).

Binnen dit onderzoek is vooral punt vijf van de genoemde taken van de logopediste belangrijk omdat hier de verantwoordelijkheid van de logopediste voor de voeding van de patiënt beschreven wordt.

Volgens het diagnostisch proces van de Bodt (zie figuur 1.2) zijn logopedisten betrokken bij:

Stap 2: Anamnese en dossierinzage;

Stap 2a: Analyse voorgeschiedenis + inventarisatie klachten;

Stap 3: Basisvoorwaarden;

Stap 4: Onderzoek mondmotoriek en sensibiliteit;

Stap 5: Functioneel slikonderzoek met als resultaat dysfagie of geen dysfagie;

Stap 6: Instrumenteel onderzoek met als resultaat aspiratie of geen dysfagie waardoor een revalidatie gestart wordt of juist niet.

Nadat er een diagnose is gesteld, volgt een beslissing over een veilige voedingsconsistentie voor de patiënt.

(Logopedische) Behandeling van dysfagie

Ook bij de behandeling van dysfagie is een multidisciplinaire samenwerking absoluut wenselijk. Binnen het team heeft iedere discipline zijn eigen inbreng om het behandelplan zo efficiënt mogelijk te maken (De Bodt, Vanderwegen). Het uiteindelijke doel van dysfagiebehandeling is, de orale voeding op een veilige manier te hervatten (Logemann et al., 2001) of te behouden (De Bodt, Vanderwegen). Verder is het van belang om het slikken zo aangenaam mogelijk te maken, om de kwaliteit van leven te kunnen behouden (De Bodt, Vanderwegen). Volgens Groher en Crary is niet alleen de veiligheid van het slikken van belang, maar ook de adequatie daarvan in verband met voldoende hydratatie en nutritie (De

Bodt, Vanderwegen). Het behandelplan omvat volgens Provencio-Arambula et al. (2007) een aantal aspecten:

- sterke en zwakke punten van de patiënt (wat kan de patiënt, wat niet, welke doelen zijn realistisch);
- therapietechnieken (direct/indirect; compensatie/revalidatie) die de slikfunctie kunnen verbeteren;
- informatieprogramma's voor familie en omgeving;
- elementen die noodzakelijk zijn om de kwaliteit van leven te optimaliseren;
- dieet die het veiligst is om te eten/drinken.

(De Bodt, Vanderwegen)

Bij kauw- en slikproblemen waarbij minimaal sprake is van de consistentie aanpassing van gemalen, mixvoeding, dik vloeibaar (voldikte/puddingdikte) of niets per os (sondevoeding) is aanbevolen om een diëtiste in te schakelen (NVLF Richtlijn orofaryngeale dysfagie, 2017). Binnen therapiemogelijkheden kan men onderscheiden tussen restitueringsprocedures, compensatoire en adaptieve procedures (Warnecke&Dziewas, 2013). Restitueringsprocedures zorgen voor het weer herstellen van belemmerde slikfuncties of restactiviteit te bevorderen door bewegingsoefeningen (Warnecke&Dziewas, 2013). Compensatoire procedures worden daarentegen tijdens het slikact gebruikt (bv. houdingsaanpassingen), zodat het slikken ondanks de functiebeperkingen veilig is (Warnecke&Dziewas, 2013). Adaptieve procedures omvatten de dieëtische verandering van voedsel, bv. het indikken van dranken tijdens de voedselinname (Warnecke&Dziewas, 2013). Binnen de therapie bestaan de taken van de logopediste uit aanbevelingen rondom de behandeling, het opstellen van een behandelplan, het uitvoeren, documenteren en op gegeven moment weer stopzetten van de behandeling, counseling van de patiënt en zijn omgeving en het opleiden van andere professionals (De Bodt, Vanderwegen).

7.2 Bijlage 2: Voedingsverantwoordelijkheid

Een behandelingsplan voor een dysfagiepatiënt wordt naar volgende criteria opgesteld: Mogelijkheden van de patiënt (Therapiedoelen m.b.t. zijn sterke en zwakke punten opstellen), de etiologie en de ernst van de dysfagie en de gevolgen van dysfagie (risico's en de aard van symptomen) (De Bodt, Vanderwegen,).

De logopediste bepaalt aan de hand van deze basis een geschikte techniek en het dieet (De Bodt, Vanderwegen). Het uitgebreid beoordelen van het effect van veranderingen in consistenties, de manier van aanbieden en de invloed van compensatietechnieken op de slik(patho)fysiologie is daarom zoals vooraf al genoemd een belangrijke taak van logopedisten (NVLf Richtlijn orofaryngeale dysfagie, 2017). Volgens de NVLF (2012) speelt de logopediste een belangrijke rol binnen het adviseren over wel of geen orale voeding en de aard en samenstelling daarvan in samenwerking met de behandelend arts en diëtist (NVLf Richtlijn orofaryngeale dysfagie, 2017). Zo ligt de verantwoordelijkheid over voeding en dranken die een patiënt mag krijgen onder andere bij de logopediste.

Ook bij ongewenst gewichtsverlies en malnutritie heeft een logopediste een belangrijke signaleer- en doorwijsfunctie (De Bodt, Vanderwegen).

Nadat er een beslissing werd genomen over een behandelingsmethode (bv. revalidatie of compensatie) en de veiligste voedingsconsistentie voor een patiënt kan er gestart worden met de behandeling van dysfagie. In de volgende paragraaf worden therapiemogelijkheden voor dysfagieën nader toegelicht.

7.3 Bijlage 3: Vragenlijst Vooronderzoek

Vragen voor de rondleiding:

1. Hoe veel patiënten zijn er?
2. Hoe veel patiënten met dysfagie zijn er?
3. Welke diagnoses werden bij deze patiënten gesteld? (bv. Parkinson, Huntington...)
4. Hoe veel patiënten krijgen aangepaste voeding?
5. Wie geeft slikadviezen?
6. Wordt er standaard een slikscreening afgenomen?
7. Welke andere mogelijkheden voor gemalen voeding bestaan er?

8. Hoe worden de maaltijden bereidt?
9. Hoe wordt het eten aangeboden?
10. Wordt de portie van het eten van tevoren gewogen om voldoende voedingswaarde te kunnen bieden?
11. Wordt er gelet op de voorkeuren (in eten en drinken) van de patiënten?
12. Dagelijkse routine met betrekking tot eten?
13. Krijgen patiënten, als gewenst, ook tussendoortjes? Zo ja, welke en hoe worden deze bereid voor dysfagiepatiënten?
14. Wordt er rekening gehouden met de consistentie van het drinken? Zo ja, hoe?
15. Hoe veel patiënten krijgen aangepaste dranken?
16. Aanspreekpartners met betrekking tot dysfagie?
17. Welke disciplines werken er en hoe vaak komen zij langs?

7.4 Bijlage 4: Tabel voor dossiergegevens

Tabel 1.4 *Meetinstrument dossierstudie*

Benodigdheden	Gegevens
1.Naam patiënt	
2.Geboortedatum patiënt	
3.BMI patiënt	
4.In welke instelling en welke afdeling opgenomen?	
5.Datum opname in de instelling	
6.Diagnose van de patiënt? Wanneer gesteld?	
7.1 Is er een slikscreening gedaan?	
7.2 Zo ja, wanneer en welke?	
8.1.Zijn er slikmoeilijkheden of is er dysfagie gediagnosticeerd?	
8.2.Zo ja, waar ligt het probleem?	
8.3.Zo ja, hoe is de ernst ervan?	
9.1.Bestaat er een slikadvies voor de patiënt?	
9.2.Zo ja, welk advies?	
9.3.Zo ja, door wie gegeven?	
10.1.Krijgt de patiënt aangepaste voeding/dranken?	
10.2.Zo ja, hoe wordt dit bereid?	
10.3.Zo ja, wie heeft dit besloten?	
11.Staat de patiënt onder begeleiding tijdens het eten/ drinken?	
12.1.Krijgt de patiënt externe ondersteuning tijdens het eten/ drinken?	
12.2.Zo ja, door een verpleegkundige of andere hulpmiddelen zoals indikken of een bordrandje, zo ja welke?	
13.Eet de patiënt op zijn kamer, alleen of in een eetzaal?	
14.1 Wordt er rekening gehouden met de voorkeuren van de patiënt?	

14.2 Zo ja, hoe?	
15.1 Zijn er toetjes of tussendoortjes toegankelijk?	
15.2 Zo ja, welke?	
16. Zijn er complicaties tgv dysfagie geweest (zoals ondervoeding of longontstekingen)?	
17.1 Wordt er gecontroleerd of de patiënt voldoende voedingswaardes binnenkrijgt?	
17.2 Zo ja, hoe?	
18.1 Krijgt de patiënt eet/drinktherapie door een logopediste?	
18.2 Zo ja, hoe vaak per week?	
19.1 Bestaan er cognitieve of aandachts-/alertheidsproblemen?	
19.2 Zo ja, welke?	
20. Welke professionals zijn allemaal betrokken?	
21. Welk professional maakt welke beslissing?	

7.5 Bijlage 5: Vragenlijst Interview

1. Hoe worden medewerkers geïnformeerd over dysfagie?

1a. Hoe tevreden zijn de medewerkers hiermee?

(Hierbij betekend 1 = zeer slecht, 2 = slecht, 3 = ruim onvoldoende, 4 = onvoldoende, 5 = matig, 6 = voldoende, 7 = ruim voldoende, 8 = goed, 9 = zeer goed, 10 = uitmuntend)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Wat zijn behoeftes van de medewerkers?

3. Wat verloopt volgens de medewerkers goed?

4. Wat verloopt minder goed?

5. Hoe worden medewerkers geïnformeerd over signalen van dysfagie? Bijvoorbeeld ongewenst gewichtsverlies?

6. Hoe wordt het keukenpersoneel geïnformeerd over het bereiden van aangepaste voeding?

6a. Hoe tevreden is het keukenpersoneel hiermee?

(Hierbij betekend 1 = zeer slecht, 2 = slecht, 3 = ruim onvoldoende, 4 = onvoldoende, 5 = matig, 6 = voldoende, 7 = ruim voldoende, 8 = goed, 9 = zeer goed, 10 = uitmuntend)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Hoe wordt het eten in de keuken bereid?

8. Hoe zit het met tussendoortjes of toetjes?

9. Hoe tevreden zijn de patiënten over de maaltijden?

(Hierbij betekend 1 = zeer slecht, 2 = slecht, 3 = ruim onvoldoende, 4 = onvoldoende, 5 = matig, 6 = voldoende, 7 = ruim voldoende, 8 = goed, 9 = zeer goed, 10 = uitmuntend)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Wat zijn behoeftes van de patiënten?

11. Wat verloopt volgens de patiënten goed?

12. Is er behoefte aan een nieuw product met betrekking tot voeding of drinken?

13. Is er een kans van over- of onderdiagnosticeren van dysfagie?

14. Hoe worden beslissingen genomen? (Teammeetings of één verantwoordelijke?)

15. Zou u het woord implementatie in uw eigen woorden kunnen beschrijven/omschrijven?

16. Ziet u ontwikkelingskansen mbt dysfagiemanagement? Wat zou beter kunnen?

17. Zou u factoren kunnen benoemen die een verandering kunnen ondersteunen?

18. Zou u factoren kunnen benoemen die een verandering kunnen bemoeilijken?

19. Wat is de mate van tevredenheid over het huidige dysfagiemanagement?

(Hierbij betekend 1 = zeer slecht, 2 = slecht, 3 = ruim onvoldoende, 4 = onvoldoende, 5 = matig, 6 = voldoende, 7 = ruim voldoende, 8 = goed, 9 = zeer goed, 10 = uitmuntend)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Wordt er bij de intake van nieuwe patiënten altijd aandacht besteed aan slikproblemen?

21. Zijn patiënten met slikproblemen en patiënten die tot de risicogroep voor slikproblemen horen een onderdeel van elk multiprofessioneel of multidisciplinair overleg?
22. Is er een aanspreekpartner voor slikproblemen
- voor het personeel op iedere afdeling?
 - voor de patiënt en zijn familie?
23. Wordt er volgens u voldoende informatie over slikproblemen en waar iemand tijdens het eten en drinken op moet letten aan de patiënten gegeven?
24. Bestaat er een 'standaard' informatie over slikproblemen voor alle personen op de afdeling en die helpen bij het eten en drinken?
25. Weten alle medewerkers die helpen bij het eten en drinken op de afdelingen welke patiënt slikproblemen heeft?
26. Wordt er gerapporteerd hoe maaltijden van patiënten met slikproblemen zijn verlopen?

7.6 Bijlage 6: Observatieformulier

Tabel 1.5 *Observatieformulier*

Observatie datum	
Meetmoment	
Onderzoekernummer	
Observatie over de verkregen data	
Observatie over de samenwerking	
Overige observaties	

7.7 Bijlage 7: Voorbeeld fieldnotes

Meetmoment 1 [REDACTED]
Dossiergegevens huis 1
Fieldnotes onderzoeker 1

Samenwerking:

De samenwerking verliep zonder problemen.

Alleen [REDACTED] mocht toegang hebben tot de dossiers en heeft daarom de informatie die de onderzoekers nodig hadden opgezocht.

Een onderzoeker heeft alle informatie handmatig in het document ingevuld terwijl de tweede onderzoeker de informatie digitaal verwerkt heeft. Deze manier van dataverzameling werkte voor alle drie deelnemers goed.

Verkregen data:

In 2 weken werk konden er dataoverzichten voor 8 patiënten ingevuld worden. De vragen die de onderzoekers van tevoren hadden bedacht waren niet allemaal van toepassing.

Overige:

Als patiënt langer dan 2015 in inrichting woont, zijn de gegevens voor 2015 niet meer geregistreerd. Digitaal en/of andere belangrijke therapieën zijn neffens meer te vinden.

7.8 Bijlage 8: Kwantitatieve gegevens

Tabel 1.6 *Huidige stand van zaken*

Domain	In totaal:	Instelling 1	Instelling 2
Patiënten	22 patiënten	18 patiënten	4 patiënten
BMI/differentie gewicht	-bij 3/22 patiënten is de BMI bekend -> analyse naar gewicht -14/22 patiënten zijn afgevallen -4/22 patiënten zijn bijgekomen -bij 4/22 is maar een gewicht bekend waardoor geen differentie berekend kon worden	-geen BMI bekend	-bij 3/4 patiënten is een BMI bekend
Diagnosen patiënten	-20/22 patiënten hebben een vorm van dementie -> daarvan dysfagie: 5 patiënten -een patiënt heeft parkinson en geen dysfagie -een patiënt heeft COPD en dysfagie.	-17/18 hebben een vorm van dementie en een persoon heeft parkinson -4/18 hebben een CVA gehad -2 patiënten hadden een luchtweginfectie, 1 persoon had een pneumonie (oorzaken niet bekend)	-3/4 patiënten hebben een vorm van dementie -1/4 patiënten heeft COPD
Slikscreening	- 8/22 patiënten hadden een slikscreening - 13/22 hadden geen slikscreening - 1/22 niet bekend	-8/18 (44,4%) patiënten hadden een slikscreening	-niemand heeft een slikscreening gehad

Domain	In totaal:	Instelling 1	Instelling 2
Uitkomst slikscreening	- Bij 8 patiënten met screening: -> 3 keer dysfagie (37,5%) - 13 patiënten zonder screening: -> 2 keer dysfagie (15,4%) - een keer niet bekend -> dysfagie In totaal (zie figuur 1.10): -> 6 patiënten met dysfagie	-bij 8 patiënten met screening: -> 3 keer dysfagie -10 patiënten zonder screening: -> een patiënt heeft dysfagie In totaal (zie figuur 1.14): -> 4 patiënten met dysfagie	-hoewel er geen slikscreening heeft plaatsgevonden zijn 2 patiënten gediagnosticeerd met dysfagie
Slikadvies	- 4/6 patiënten met dysfagie hebben een slikadvies gekregen (66,7%) Door wie? -> 4x van logopediste, 1x ziekenhuis - 16/22 patiënten hebben geen dysfagie -> een patiënt heeft wel een slikadvies In totaal: -> 5 patiënten hebben een slikadvies	-4/18 patiënten (22,2%) hebben een slikadvies -> daarvan dysfagie: 3 patiënten Door wie? -> alle slikadviezen zijn door een logopediste gegeven -14 patiënten (77,8%) hebben geen slikadvies -> daarvan dysfagie: 1 patiënt	-1/4 patiënten heeft een slikadvies gekregen -> is gediagnosticeerd met dysfagie Door wie? -> ziekenhuis -3/4 patiënten hebben geen slikadvies gekregen -> daarvan dysfagie: 1 patiënt
Aangepaste voeding ivm dysfagie	-11/22 patiënten krijgen aangepaste voeding -> daarvan dysfagie: alle 6 dysfagie patiënten -5/11 patiënten die aangepaste voeding krijgen, hebben geen dysfagie (31,3%)	-7/18 patiënten (38,9%) krijgen aangepaste voeding -> daarvan dysfagie: alle 4 patiënten (57,1%) met dysfagie en 3 zonder dysfagie	-4/4 patiënten krijgen aangepaste voeding -> daarvan dysfagie: 2 patiënten

Domain	In totaal:	Instelling 1	Instelling 2
Slikadvies ivm aangepaste voeding	-4/5 patiënten die een slikadvies hebben gekregen krijgen aangepaste voeding ->daarvan dysfagie: 4 patiënten -7/17 patiënten die geen slikadvies hebben gekregen, krijgen aangepaste voeding (41,2%)	-3/7 patiënten (42,9%) die aangepaste voeding nuttigen hebben een slikadvies gekregen ->daarvan dysfagie: alle 3 patiënten die een slikadvies hebben gekregen -1 patiënt met dysfagie heeft geen slikadvies gekregen, krijgt wel aangepaste voeding	-1/4 patiënten krijgt aangepaste voeding en heeft een slikadvies gekregen -> is gediagnosticeerd met dysfagie -3/4 patiënten nuttigen aangepaste voeding, maar hebben geen slikadvies gekregen -daarvan dysfagie: 1 patiënt
Begeleiding tijdens eten/drinken	-8/22 patiënten staan onder begeleiding tijdens het eten/drinken. ->daarvan dysfagie: 4 patiënten -2/22 patiënten hebben dysfagie en staan niet onder begeleiding tijdens het eten/drinken.	-4/18 patiënten (22,2%) staan onder begeleiding tijdens eten/drinken ->daarvan dysfagie: 2 patiënten	-4/4 patiënten staan onder begeleiding tijdens het eten/drinken ->daarvan dysfagie: 2 patiënten
Externe ondersteuning tijdens eten/drinken	-12/22 patiënten krijgen externe ondersteuning tijdens het eten/drinken -> daarvan dysfagie: 5 patiënten -7/12 patiënten zonder dysfagie krijgen externe ondersteuning	-8/18 patiënten (44,4%) krijgen externe ondersteuning ->daarvan dysfagie: 3 patiënten (37,5%)	-4/4 patiënten krijgen externe ondersteuning ->daarvan dysfagie: 2 patiënten

Domain	In totaal:	Instelling 1	Instelling 2
Complicaties tgv dysfagie	-3/22 patiënten (13,6%) hebben complicaties tgv dysfagie -> daarvan gediagnosticeerd met dysfagie: 1 patiënt -16/22 patiënten (72,7%) hebben geen complicaties -bij 3/22 patiënten is het niet bekend (13,6%) -> daarvan dysfagie: 1 patiënt	-1/18 patiënten (5,6%) heeft complicaties tgv dysfagie -2/18 niet bekend -14/18 geen complicaties	-2/4 patiënten hebben complicaties tgv dysfagie -1/4 patiënten niet -1/4 patiënten niet bekend
Controle van voldoende voedingswaardes	-bij 10/22 patiënten (45,5%) worden de voedingswaardes gecontroleerd -> daarvan dysfagie: 4 patiënten -1/6 patiënten met dysfagie wordt niet gecontroleerd -bij 1/6 patiënten met dysfagie is het niet bekend -> in alle gevallen (10 keer) worden de voedingswaardes door de diëtist gecontroleerd	-bij 7/18 patiënten (38,9%) worden de voedingswaardes gecontroleerd -> daarvan dysfagie: 3 patiënten -bij een patiënt met dysfagie worden de voedingswaardes niet gecontroleerd	-bij 3/4 worden de voedingswaardes gecontroleerd -> daarvan dysfagie: 1 patiënt -bij een patiënt met dysfagie is niet bekend of de voedingswaardes gecontroleerd worden
Logopedische therapie	-niemand krijgt logopedische therapie	-niemand krijgt logopedische therapie	-niemand krijgt logopedische therapie

Domain	In totaal:	Instelling 1	Instelling 2
Cognitieve problemen	-16/22 patiënten hebben cognitieve problemen -> daarvan dysfagie: 3 patiënten -1/6 patiënten met dysfagie heeft geen cognitieve problemen -bij 2/6 patiënten met dysfagie is het cognitief vermogen niet bekend.	-12/18 patiënten (66,7%) hebben cognitieve problemen -> daarvan dysfagie: 1 patiënt -bij 3/18 niet bekend -> daarvan dysfagie: 2 patiënten 3/18 hebben geen cognitieve problemen -> daarvan dysfagie: 1 patiënt	-4/4 patiënten hebben cognitieve problemen -> daarvan dysfagie: 2 patiënten
Welke professionals?	Geen dysfagie: -bij 8/16 patiënten is een diëtist betrokken -bij 5/16 patiënten een logopediste -bij 2/16 patiënten is zowel een diëtist als een logopediste betrokken. Dysfagie: -bij 3/6 patiënten met dysfagie is een diëtist betrokken -bij 5/6 patiënten met dysfagie is een logopediste betrokken -bij 2/6 patiënten met dysfagie zijn zowel een logopediste als een diëtist betrokken -bij 1/6 patiënten is alleen een diëtist betrokken.	-bij 7/18 patiënten: diëtist -7/18 logopediste -4/18 diëtist en logopediste 6/18 geen diëtist of logopediste	-bij 3/4 patiënten: diëtist -2/4 logopediste -1/4 diëtist en logopediste

7.9 Bijlage 9: Categorieën en boomstructuren uit kwalitatieve analyse

Categorieën van de Codes

Categorie	Inhoud
dossiers	-tevredenheid dossiers -opstarten dossiers -dossiervorming -verloop maaltijden -weten alle medewerkers wie dysfagie heeft?
Info voor medewerkers over dysfagie	-Hoe wordt geïnformeerd -Tevredenheid over informatie - Behoeftes van de medewerkers -standaardinformatie - signalen dysfagie-aanspreekpartner
Aangepaste voeding	-bereiding -info over bereiding -tevredenheid keukenpersoneel -tevredenheid bewoners -behoeftes van de bewoners
Implementatie	- beschrijving - behoefte aan nieuw product -bevorderend voor implementatie - belemmerend voor implementatie
Besluitvorming	- slikscreening - slikadviezen - beslissing aangepaste voeding
Tevredenheid over dysfagiemanagement	-tevredenheid -ontwikkelingskansen
Methodisch logopedisch handelen en dysfagie	-over- en onderdiagnose -Aandacht voor slikproblemen bij intake -gewicht als risikofactor, vast logo per huis, logo aanwezig bij eetsituaties
Mdo's en teamoverleg	-deelnemer -frequentie -is dysfagie een onderdeel?

▼ dossiers

▼ vorming

-tevreden als goed gevult
-moeilijk system
-programma placare
-opbouw gaz goed
-geen behandeldoelen in dossier
-info niet terug te vinden
-veel zoeken na informatie
-info van arts kan niet ingezien worden
-missende info
-ons dossier makkelijker
-placare moeilijker en ook niet

▼ opstarten

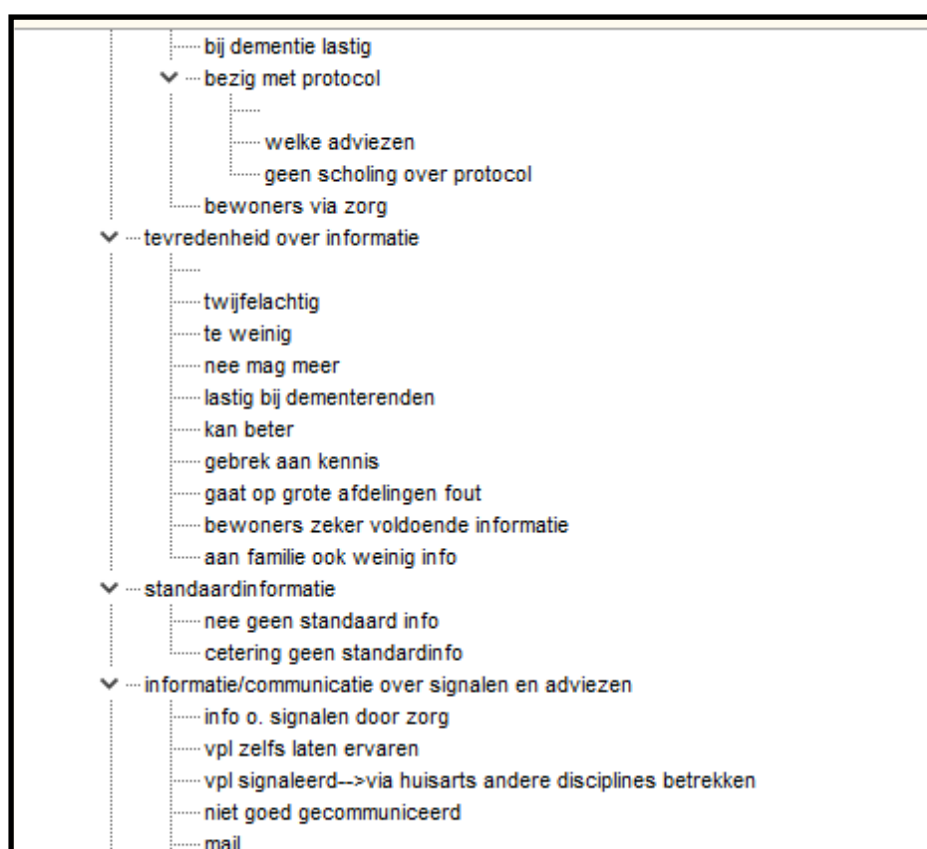
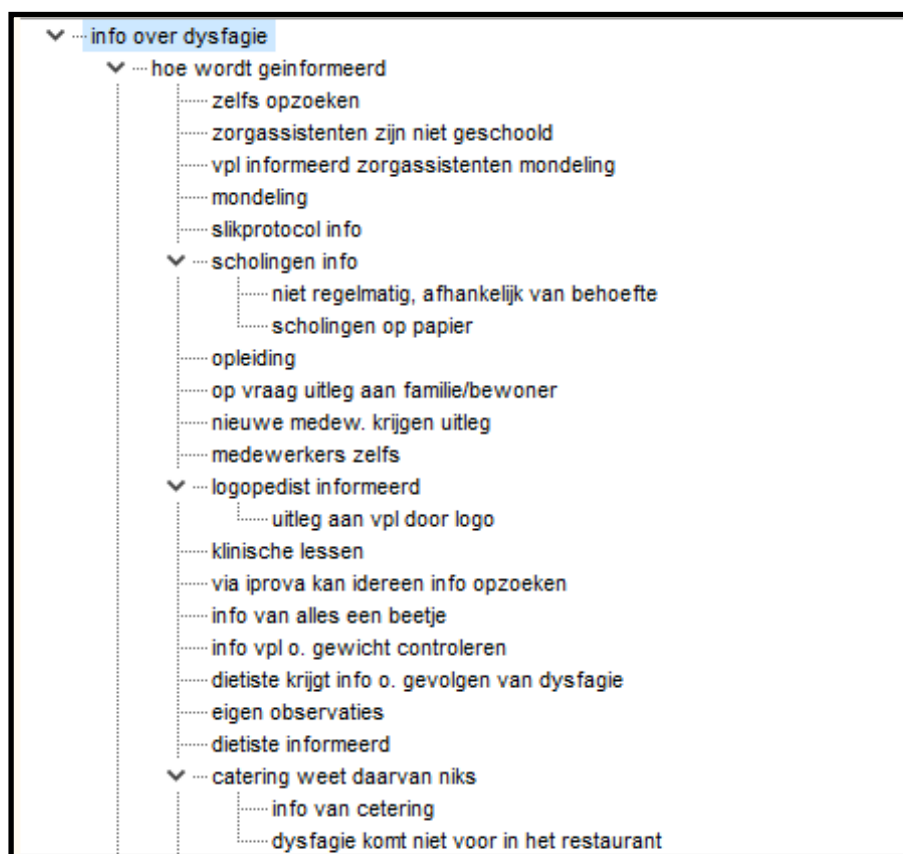
-hoofdverantwoordelijke start dossier
-vpl start dossier op
-opstarten van dossier

▼ wie heeft dysfagie

-dossier inkijken
-weten medewerkers wie slikproblemen heeft
-vaste groep medew. per woonvorm
-mondeling

▼ rapport

-adviezen van de dietiste worden slecht gerapporteerd
-adviezen e. verloop slecht gerapporteerd
-alleen als het niet goed gaat
-gaz officieel formulier
-gaz slechte gerapporteerd (voeding)
-vervolg rapport in langdurige zorg beter
-verplicht schooling voor dossierprogramma
-langdurige zorg moeizaam
-logo rapporteerd altijd
-logo rapporteerd hoe veel verdikkingsmiddel
-medische diagnoses niet ingevuld
-rapport veel werk
-schooling
-schooling voor programma
-rapport maaltijdsverloop
-te weinig rapport over maaltijd verloop
-niet altijd hoewel gevraagd (rapport maaltijdverloop)



- familie signaleerd
- briefjes
- bespreken
- catering signaleerd niet
- mondeling
- ▼ aanspreekpersoon
 - onzekerheid aanspreekpersoon
 - nee geen aanspreekpersoon
 - logopediste aanspreekpersoon
 - geen vast persoon
 - dietiste aanspreekpersoon
 - arts
 - alle logos
 - aanspreekpersoon slikproblemen

- ▼ **aangepaste voeding**
 - ▼ wat bestaat er allemaal
 - gemalen
 - zelf koken
 - ▼ winkel
 - zelfs winkelen
 - pg afdeling kookt
 - open afdeling daily fresh
 - open afdeling besteld
 - extra eetmomenten
 - eigen keuze
 - eet activiteiten
 - ▼ duchesse
 - duchesse in lagjes
 - ▼ toetjes tussendoortjes
 - wordt soms vergeten
 - bv. banaan prakken met sap
 - tussendoor
 - toetjes naar hoofdgerecht
 - toegankelijk
 - pudding
 - pap
 - hartelijke tussendoortjes niet
 - geregelde toetjes
 - fijnproevers

▼	informatie o. bereiding v. aangepaste voeding
	 controle door logo
	 info door vpl
	 instructie
	 klapper voor info
	 mail bereiding
	 scholing daily fresh
	 scholingen o. voeding aanpassen
	 mondeling
	 info ophangen
	 hoe veel verdikkingsmiddel? wordt niet altijd aangegeven
▼	bereiding v. aangepaste voeding
	 staafmixer
	 opgewarmd
	 gemalen door keukenmachine
▼	tevredenheid v. Patientten o. voeding volgens medewerkers
	 wisselend tev. o. voeding
	 weinig smaak
	 weinig drinken aangeboden
	 behoefte "eten wanneer ze willen"
	 behoefte aan variatie
	 tevredenheid verschillend
	 stimuleren verloopt goed
	 smakelijker
	 niet tevreden
	 duchesse niet meer lekker

	 niet blij met gemalen voeding
	 meer variatie
	 meer bediening probleem
	 klachten
	 keuze
	 invloed van omgeving en emoties
	 heel tevreden
	 geen vragen van bewoners
	 geen variatie
	 flauw eten
	 extras betalen
	 duurt te lang voordat iemand op kamer komt
	 droog vlees
▼	tevredenheid keukenpersoneel o. informatie v. bereiding
	 weinig info
	 veel bewoners
	 toepassen lastig weinig tijd
	 tabel niet volledig
	 meer info
▼	geen keukenpersoneel maar geschoolde medewerkers
	 wel signalerende functie
	 HACCP
	 scholing over "goede maaltijden maken"
	 geen kennis
	 geen duidelijke info
	 lastig

▼ --- implementatie

▼ --- het begrip "implementatie" betekend voor de medewerkers...

- toevoegen
- introduceren
- introduceren aan medewerkers

▼ --- behoefte aan nieuwe producten

- warme maaltijd
- verbeterborden bestaan
- pacemap om ideeën te verzamelen bestaat
- niet zeker of behoefte
- nee geen behoefte
- nee alles wordt mogelijk gemaakt
- idee folder
- er is al veel
- altijd
- bezig met implementatie slikprotocol
- itsi (tabel voor aangepaste voeding) komt misschien

▼ --- belemmerend voor implementatie

- weinig uitleg
- iets ingewikkeld maken
- vastzitten in eigen manier
- vasthouden aan ouds
- nieuwe zorgondersteuners hebben geen opleiding
- geen achtergrond info
- drukte
- door duwen

- beter weten
- als het overal anders is

▼ --- bevorderend voor implementatie

- weten wat behoeftes zijn
- klinische lessen
- vlok maken
- vaak noemen
- scholingen bevorderend
- concreet verbeterplan
- bespreekbaar maken

▼ ... beslissvorming dyfagie

▼ ... hoe worden algemeen beslissingen genomen

- vaak alleen logopediste
- samen plan maken
- samen met familie
- mdo besliss
- beslissingen op eigen vakgebied

▼ ... besliss over voedingsadviezen en aangepaste voeding

- logopediste in samenwerking met dietiste
- aangepaste voeding logopediste
- aangepaste voeding vpl soms

▼ ... wie geeft slikadviezen

▼ ... communicatie van slikadviezen

- uitleg aan vpl
- logo zet info in dossier
- soms via mail
- schriftelijk
- pg afdeling rapport en gesprek
- onzekerheid o. communicatie slikadviezen

- logopediste
- dietist houdt rekening met slikadvies

▼ ... besliss over slikscreening

- logopediste, dietiste en arts
- vpl in overleg met arts
- arts of logopediste
- arts

▼ ... ontwikkelingskansen voor het dysfagiemanagement

- voeding en beslissingen nemen voor bewoners
- scholingen meer
- organisatie rond om het slikprotocol en dysfagiemanagement

▼ ... tevredenheid over het dysfagiemanagement

- slikprotocol dysfagiemanagement volgen loopt goed
- zorgvuldigheid is goed
- zelfs hulp inschakelen loopt goed
- signaleren loopt goed
- soms loopt het goed soms niet
- observaties en actie inzetten
- inschakelen logo
- goede keuzes
- inschakelen op gesloten afdeling loopt goed
- monitoren loopt goed
- communicatie loopt goed

- open afdeling te laat inschakelen
- info herhalen

▼ ... evaluatie en terugpakken kan beter

- reden: samenwerking
- reden: externe professionals
- dietiste wordt niet betrokken
- dietiste eerder betrekken
- artsen weinig kennis

- ▼ mlh dysfagie
 - ▼ risico voor over- of onderdiagnose
 - onderdiagnose komt zeker voor
 - ▼ onderdiagnose ja
 - reden: onvoldoende kennis
 - niet zien
 - link wordt vaak niet gelegd
 - kans is er altijd
 - geen ervaringen (keukenpersoneel)
 - duurt soms
 - wordt wel eens onderkent als niet eenduidig
 - ▼ controle van het gewicht als risicofactor
 - stabiel gewicht 1 keer maand wegen
 - geen vast beleid
 - bij sommige afdeling lukt regelmatig wegen niet
 - ▼ Is er een vast logopediste per huis ?
 - vast logopediste per huis
 - ja alleen uitzonderingen
 - ▼ Aandacht voor slikproblemen bij intake
 - vaak gaat logopediste kijken voor vpl lastig
 - vpl vraagt altijd
 - pg niet
 - niet zeker bij intake
 - als in overdracht staat
 - als dysfagie bekend is
 - ▼ is de logopediste regelmatig aanwezig bij eetsituaties?

- soms spontan observatie eetzaal
- logopediste bij eetsituatie op vraag
- logo moet aangevraagd worden
- als tijd is dan observaties eetsituaties

- ▼ mdo + teamoverleg
 - ▼ frequentie
 - per locatie verschillend
 - per half jaar
 - ieder 6 weken casusbespreking
 - ▼ 1 keer per week binnen team intervisie
 - casusbesprekingen
 - ▼ afdeling 1 wekelijks mdo
 - kan niet altijd iedereen aanwezig zijn, info wordt gestuurd
 - mdo 2-3 keer per jaar
 - ▼ dysfagie regelmatig een onderdeel?
 - wordt onderling besproken niet in mdo of teamoverleg
 - als het zich voordoet
 - slikproblemen niet altijd onderdeel
 - slikproblemen in mdo's geen onderdeel
 - ja
 - gaat over algemene dingen
 - ▼ deelnemers
 - logo neemt vaak niet deel aan mdo
 - gesprek met familie
 - dietisten doen casusbesprekingen

- doorpoverleg
- casusbesprekingen binnen eigen vakgroep
- geen casusbesprekingen in mdo's
- geen mdo's
- kwaliteitskring logo
- mdo van parkinsonnet