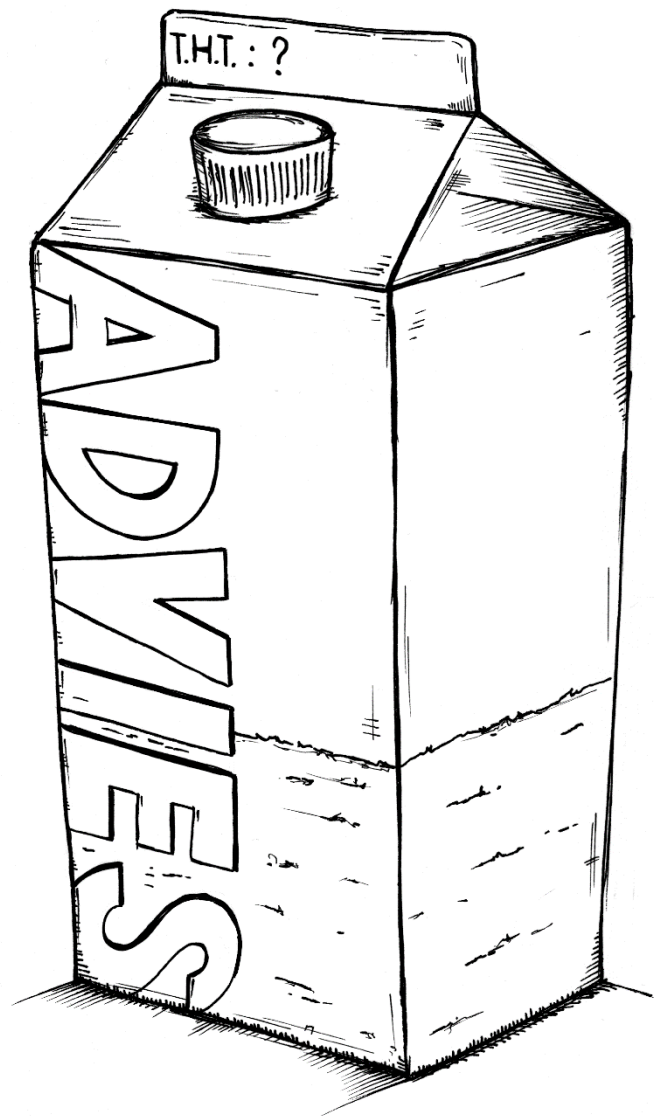


Voedingsadviezen; (on)beperkt houdbaar?

Een kwalitatief onderzoek naar de overdracht en follow-up van voedingsadviezen



Personalia

Auteur: Meike van Tankeren

Studentnummer: 0849420

Onderwijsinstelling: Hogeschool Rotterdam

Instituut: Instituut voor Gezondheidszorg

Opleiding: Logopedie

Begeleider: ...

Locatie: ASVZ

Opdrachtgevers: ... & ...

Voorwoord

Adviezen. We krijgen en geven ze vaak, zeker in de zorg. Maar wat gebeurt er na het geven van een advies? Is het advies na de overdracht onbeperkt houdbaar? Of loopt de houdbaarheid al af op het moment dat het advies in gebruik wordt genomen? Wat heeft men nodig om een advies zo lang mogelijk houdbaar te maken?

Dank voor uw interesse in deze bachelorscriptie aangaande voedingsadviezen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Toen mijn opdrachtgevers mij over dit onderwerp inlichtten, had ik niet verwacht dat het probleem zo complex was. Het huidige zorgklimaat vraagt tegenwoordig veel van ons als zorgverleners; de kwaliteit van zorg moet omhoog, maar we krijgen minder tijd en middelen om die kwaliteit te waarborgen. Onderdeel van het behouden van die kwaliteit is zorgen dat onze therapie zowel effectief als duurzaam is. Dit vraagt om een langere houdbaarheid van onze behandelingen, ondanks de beperkingen die we tegenkomen in beschikbare tijd en middelen. Houdbaarheid heeft niet alleen te maken met de wijze waarop een advies wordt overgedragen; het gaat eveneens om de aanpak tijdens en na de implementatie van het advies.

Voor het tot stand komen van deze bachelorscriptie, wil ik graag een aantal mensen bedanken. Allereerst mijn opdrachtgevers. Dankzij hun raadgeving en sturing heb ik, in de beperkte tijd die er was, alles uit het onderzoek kunnen halen. Ik hoop dat zij het onderzoek verder kunnen oppakken waar ik het heb afgerond. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleidster zeer hartelijk bedanken voor haar advies en feedback bij het schrijven van mijn onderzoeksvoorstel en scriptie. Ondanks haar drukke schema, heeft zij mijn proces met regelmaat van advies voorzien en mij met raad bijgestaan. Veel dank hiervoor! Tot slot bedank ik uit mijn persoonlijke kring Sanne Rombouts en Jaap van Tankeren voor hun kritische blik en taalkundige correcties bij het afronden van deze bachelorscriptie. Tevens bedank ik Ronald Schoonrok voor het ontwerpen van de cover.

Meike van Tankeren

Rotterdam, juni 2015.

Samenvatting

Doelstelling

ASVZ is een organisatie die zorg verleent aan mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking en mensen met psychische problematiek. Het logopedieteam van ASVZ wil meer inzicht krijgen in het opvolgen van voedingsadviezen door verzorgenden van cliënten met een verstandelijke of meervoudige beperking op woonvoorzieningen en dagbestedingscentra. Zij vragen om een inventarisatie van de behoeften van verzorgenden omtrent het ontvangen van voedingsadviezen en willen weten wanneer evaluatie van een voedingsadvies plaats moet vinden.

Methode

Met kwalitatief onderzoek is de mening van verzorgenden omtrent de overdracht van voedingsadviezen onderzocht. Daarnaast is met dossieronderzoek geanalyseerd hoe vaak herhalingscontact heeft plaatsgevonden na diagnosestelling van een dysfagie. Tot slot is een vergelijkend beleidsonderzoek uitgevoerd waarmee het dysfagiebeleid van andere organisaties werkend met verstandelijk of meervoudig beperkten geanalyseerd werd.

Resultaten

In alle onderzochte gevallen heeft overdracht van de voedingsadviezen schriftelijk plaatsgevonden door middel van een logopedisch verslag. In 40 procent van deze gevallen vond ook mondelinge overdracht plaats in een multidisciplinair overleg. De verzorgenden geven aan behoefte te hebben aan mondelinge overdracht van de voedingsadviezen en coaching in het toepassen van de adviezen op de woonvoorziening. Dossieronderzoek wees uit dat in 65 procent van de gevallen herhalingscontact werd aangevraagd binnen twee jaar na de diagnosestelling. Tot slot bleek dat de organisaties binnen de Carante Groep die meewerkten aan dit onderzoek geen van allen een schriftelijk dysfagiebeleid hebben.

Discussie

Binnen ASVZ ontbreken afspraken omtrent het evalueren van de voedingsadviezen. Het verzorgend personeel wordt niet periodiek geschoold. Mondelinge overdracht ontbreekt in 60 procent van de gevallen, evenals begeleiding in het toepassen van de voedingsadviezen op de woonvoorziening. ASVZ heeft geen beleid omtrent het diagnosticeren van eet- en drinkproblemen en het formuleren en overdragen van voedingsadviezen.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat voor optimale begeleiding zowel een schriftelijke als een mondelinge overdracht nodig is, waarbij de voedingsadviezen besproken worden op de woonvoorzieningen/dagbestedingscentra en verzorgenden worden begeleid in de toepassing van de adviezen. Tevens hebben verzorgenden periodieke scholing nodig in het signaleren van eet- en drinkproblemen.

Aanbevelingen

Aanbevolen wordt een beleid op te stellen waarin de wijze van overdracht, een evaluatietermijn en periodieke scholing worden opgenomen om de zorg omtrent dysfagie te versterken. Tot slot wordt uitbreiding van het logopedisch takenpakket geadviseerd om aanbevelingen haalbaar te maken, zoals het bijvoorbeeld geven van periodieke scholingen.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
1. Inleiding.....	6
1.1 Dysphagia Disorder Survey	6
1.2 Multidisciplinaire aanpak.....	7
1.3 Beroepsprofiel en standaarden.....	7
1.4 De logopedist als coach.....	7
1.5 ASVZ	8
2. Doel- en vraagstelling	9
3. Methode	10
3.1 Kwalitatief onderzoek.....	10
3.2 Dossieronderzoek	11
3.3 Vergelijkend beleidsonderzoek.....	11
4. Resultaten.....	12
4.1 Resultaten uit interviews	12
4.2 Resultaten uit vergelijkend beleidsonderzoek	15
4.3 Resultaten uit dossieronderzoek.....	15
5. Discussie.....	16
5.1 Discussie	16
5.2 Methodologische beperkingen	17
6. Conclusie	18
7. Aanbevelingen	19
7.1 ASVZ	19
7.2 Vervolgonderzoek	19
7.3 Vervolgonderzoek landelijk	19
Literatuur	21
Bijlagen	23
Bijlage A: E-mail uitwisseling met J. J. Sheppard	23
Bijlage B: Tweede cliëntselectie kwalitatief onderzoek.....	25
Bijlage C: Topiclijst	26
Bijlage D: Interviewprotocol	27
Bijlage E: Codeboom.....	28
Bijlage F: Vergelijkend beleidsonderzoek	29

1. Inleiding

Over dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking zijn nog veel vragen. Zoals Chadwick (2008) al benoemt, is weinig onderzoek gedaan naar dysfagie bij deze doelgroep. Nadon, et al. (2013) en Rooymans (2009, geciteerd in Markant, 2009) geven aan dat 80 tot 90 procent van de kinderen en volwassenen met een ontwikkelingsstoornis problemen zal krijgen met eten en drinken. Rooymans (2009) geeft aan dat de kans op problemen stijgt naarmate de ernst van de beperking toeneemt. Ook wordt door Rooymans (2009) aangegeven dat van de mensen met een verstandelijke beperking, wonend in een instelling, 42 procent problemen ervaart met eten en drinken. Hoewel hierbij niet vermeld is of in alle gevallen een dysfagie is vastgesteld, kan geconcludeerd worden dat het eten en drinken problematisch kan zijn binnen deze populatie. Rooymans (2009) legt ook vast dat onder de zelfstandig wonende verstandelijk beperkten, het percentage dat problemen met eten en drinken ervaart één tot negentien procent is. Hierbij wordt vermeld dat deze problemen waarschijnlijk te wijten zijn aan het niet kunnen stellen van de diagnose.

Chadwick (2009) en Sheppard (1991) hebben op basis van dossieronderzoek vast kunnen stellen dat dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking een significant probleem is. Crawford et al. (2007, geciteerd in IASLT, 2010) en Mencap (2007) stelden vast dat eet- en drinkproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking vaak niet gesignaleerd en gemeld worden.

Kuhn en Matson (2002) geven bij de validering van de *Screening Tool of Feeding Problems (STEP)* aan dat de risico's van het niet tijdig signaleren van problemen in de eet- of drinksituatie groot zijn. Ook Helder (2010) geeft bij het ontwikkelen van de signaleringslijst verslikken voor de Gemiva-SVG Groep aan dat het van groot belang is dat risicovol eet- en drinkgedrag tijdig gesignaleerd wordt door de verzorgenden. Als het probleem niet gesignaleerd wordt, kan het immers niet worden verholpen, met alle gevolgen van dien.

1.1 Dysphagia Disorder Survey

De test die bij ASVZ gebruikt wordt om eet- en drinkproblemen te diagnosticeren, is de *Dysphagia Disorder Survey* (Sheppard, 2002), vanaf hier DDS genoemd, een gestandaardiseerde observatieschaal. Dit screeningsinstrument voor voedingsproblematiek is ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking vanaf 2;0 jaar. Afname van de DDS wordt bij ASVZ gecombineerd met de *Dysphagia Management Staging Scale* (Sheppard, 2002), vanaf hier DMSS genoemd, een vijf-niveauschaal om de ernst van de stoornis te kunnen bepalen. Bij ASVZ wordt de DDS ingevuld aan de hand van een analyse van de eet- en drinksituatie. Dit gebeurt tijdens de eet- en drinksituatie op de (woon)groep of na afloop door analyse van video-opnames van de eet- en drinksituatie.

Sheppard (1991) raadt aan na diagnostiek van dysfagie met een interdisciplinair team betrokken te blijven bij de cliënt en regelmatig een follow-up uit te voeren. Sheppard verwijst in veel van haar stukken naar dit onderzoek uit 1991, waarin zij een protocol opstelde voor het managen van dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking. Zij raadt aan standaard een herhalingsonderzoek uit te voeren na het vaststellen van de dysfagie; na één jaar bij een ernstige dysfagie, na twee jaar bij een matige dysfagie en na drie jaar bij een lichtere dysfagie (persoonlijke communicatie, 28 maart, 2015) (zie Bijlage A). Door het herhalingsonderzoek blijft de cliënt in het vizier van de verzorgende(n) en logopedist en kan toename in ernst van de dysfagie wellicht eerder worden ondervangen.

1.2 Multidisciplinaire aanpak

Na de diagnose dient een effectieve behandeling te worden gegeven. Zowel de Amerikaanse richtlijn voor eet- en drinkproblemen op scholen (ASHA, 2007) als Van Keeken & Kalf (2008) geven aan dat een behandeling voor kauw- en slikstoornissen pas succesvol kan zijn als een goede samenwerking plaatsvindt tussen alle betrokken disciplines.

De American Speech-Language-Hearing Association (2007) beschrijft dat de taak van de logopedist binnen het benaderen van eet- en drinkproblematiek op scholen niet enkel het signaleren, onderzoeken en het behandelen is. Ook het onderwijzen en adviseren van andere disciplines omtrent eet- en drinkproblematiek valt binnen het takenpakket. Taak van de docent, of begeleider, is het toepassen van de voedingsadviezen en het signaleren en melden van veranderingen in het eet- en drinkgedrag van de cliënt.

1.3 Beroepsprofiel en standaarden

In het huidige beroepsprofiel is, ten opzichte van het beroepsprofiel van vóór 2013, meer aandacht voor de rol van coach en adviseur. In het beroepsprofiel staat: “Naast het aanbieden van logopedische behandeling, bieden logopedisten ook coaching en begeleiding aan mensen om de cliënt heen” (NVLf, 2013, p. 9). Tevens wordt het begrip ‘coachen’ in het beroepsprofiel beschreven als het bieden van “persoonlijke begeleiding van de hulpvrager in het leren omgaan met de aanwezige (logopedische) stoornissen”.

Tot slot beschrijft de NLVF in *Standaarden voor logopedisten die werkzaam zijn in de zorg voor verstandelijk gehandicapten* (2010) dat het uitvoeren van een behandeling in de gehandicaptenzorg ook het rechtstreeks trainen van verzorgenden inhoudt en het aanreiken van technieken die de beperking van de cliënt verminderen.

1.4 De logopedist als coach

De rol van adviseur en coach is van toenemend belang binnen de logopedie.

Michielsens (2001) beschrijft het doel van adviesgesprekken als het uitwisselen van informatie om een goed behandelplan op te kunnen stellen. Heijmans & Van Weele (2009) en Heijmans & Lemmette (2007) beschrijven dat adviseren gaat om het afstemmen op wensen, behoeften en mogelijkheden van de geadviseerde. Daarnaast moet vastgesteld worden wie de betrokkenen zijn en dient doelgericht gewerkt te worden met richtlijnen en protocollen. Nathans (2005) geeft aan dat een advies effectief wordt door te zorgen voor een kwalitatief goed advies, acceptatie door betrokkenen en tot slot goed management van het advies. Als één van deze factoren ontbreekt, zal het advies volgens Nathans niet effectief zijn.

Chadwick, Jolliffe en Goldhart (2002) hebben het geven van adviezen aan verzorgenden van cliënten met een verstandelijke beperking en eet- en drinkproblematiek onderzocht. Hun conclusie is dat bij de verzorgenden de cliënt-specifieke afspraken beter bekend zijn dan algemene kennis omtrent eet- en drinkproblemen bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Zij bevelen aan scholing omtrent eet- en drinkproblemen te geven aan verzorgenden van cliënten met een verstandelijke beperking. Bij voorkeur dient de scholing periodiek gegeven te worden om de kennis te blijven aanscherpen.

Tot slot stelt Lloyd (2010, geciteerd in Howseman 2013) dat verzorgenden van cliënten met een verstandelijke beperking in het geval van eet- en drinkproblemen niet alleen een

individueel plan van aanpak moeten ontvangen, maar dat ook de wijze van evalueren vastgelegd moet worden. Zo wordt voorkomen dat de gegeven voedingsadviezen niet of niet correct worden toegepast. Tevens noemt Lloyd (2010) dat het werken met een schriftelijk plan ervoor zorgt dat álle betrokken verzorgenden dezelfde regels aanhouden.

1.5 ASVZ

ASVZ is een organisatie die zorg verleent aan mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking en mensen met psychische problematiek (ASVZ, z.d.). Het logopedistenteam van ASVZ wil meer inzicht krijgen in de wijze waarop voedingsadviezen door verzorgenden van cliënten met een verstandelijke of meervoudige beperking op woonvoorzieningen en dagbestedingscentra worden gebruikt. Zij vragen om een inventarisatie van de behoeften van verzorgenden omtrent de overdracht van voedingsadviezen en willen weten wanneer evaluatie van een voedingsadvies plaats moet vinden.

2. Doel- en vraagstelling

Doelstelling van het praktijkonderzoek is het inventariseren van factoren die meespelen in het cliëntgericht adviseren van verzorgenden van cliënten met eet- en drinkproblemen binnen ASVZ.

Naar aanleiding van de probleemanalyse, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:
Wat hebben zorgverleners bij ASVZ nodig om cliënten na diagnose van een dysfagie optimale begeleiding te kunnen geven?

Aanvullend op de hoofdvraag, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Op welke wijze worden momenteel voedingsadviezen gegeven door de logopedisten bij ASVZ naar aanleiding van afname van de DDS? (Praktijkonderzoek)
2. Hoe ervaren de verzorgenden van vijf cliënten van ASVZ, waarbij in de periode van 2010-2014 de DDS is afgenomen, de huidige wijze waarop door de logopedisten voedingsadviezen gegeven worden? (Praktijkonderzoek)
3. Hoe werden de voedingsadviezen door de verzorgenden van vijf cliënten van ASVZ, waarbij in de periode van 2010-2014 de DDS is afgenomen, toegepast en overdragen aan nieuwe verzorgers? (Praktijkonderzoek)
4. Wat hebben de verzorgenden van vijf cliënten van ASVZ, waarbij in de periode van 2010-2014 de DDS is afgenomen, nodig om de voedingsadviezen van de logopedisten zo effectief mogelijk op te volgen en over te dragen aan nieuwe verzorgenden? (Praktijkonderzoek)

Om aanvullend te onderzoeken hoe het dysfagiebeleid luidt bij andere organisaties binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, is de volgende deelvraag geformuleerd:

5. Hoe luidt het dysfagiebeleid met betrekking tot follow-up na diagnose binnen andere organisaties van de Carante Groep die werken met verstandelijk/meervoudig beperkten? (Vergelijkend beleidsonderzoek)

Om aanvullend te onderzoeken of binnen ASVZ behoefte is aan een follow-up na diagnose, is de volgende deelvraag geformuleerd:

6. Hoe vaak heeft een follow-up plaatsgevonden nadat bij cliënten van ASVZ een dysfagie werd vastgesteld in de periode van 2010-2014? (Dossieronderzoek)

3. Methode

Gekozen werd voor een kwalitatief onderzoek waarin zowel de wijze waarop de huidige voedingsadviezen worden overdragen zijn meegenomen, als ook de wijze waarop de voedingsadviezen worden toegepast door de verzorgenden. Meerdere factoren en contexten die van belang kunnen zijn, werden zo getoetst (Wouters & Van Zaalén, 2013). Het onderzoek heeft geleid tot een beschrijving van de factoren die van invloed zijn op de opvolging en effectiviteit van voedingsadviezen.

Tevens vond een klein dossieronderzoek plaats in de vorm van een analyse van follow-ups die al dan niet hebben plaatsgevonden na eerder vaststellen van een dysfagie. Hiermee werd vastgesteld in hoeverre follow-ups door het logopedische team momenteel plaatsvinden.

Tot slot is met een vergelijkend beleidsonderzoek onderzocht hoe andere organisaties werkend met cliënten met een verstandelijke/meervoudige beperking beleid voeren omtrent het behandelen van dysfagie.

3.1 Kwalitatief onderzoek

Uit de beschikbare cliëntdossiers werd een heterogene selectie gemaakt van cliënten van ASVZ waarbij de DDS is afgenomen en voedingsadviezen zijn gegeven in de periode van 01-01-2010 tot en met 31-12-2014. In- en exclusiecriteria zijn weergegeven in Tabel 1. Hierna werd een tweede cliëntselectie gemaakt op basis van leeftijd, geslacht, ernst van de stoornis en locatie woonvoorziening/dagbesteding (zie Bijlage B). Verzorgenden van deze cliënten werden benaderd voor een interview.

Tabel 1

In- en exclusiecriteria cliëntselectie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De DDS is afgenomen tussen 01-01-2010 en 31-12-2014 door een hiertoe bevoegde logopedist	De DDS-afname is gebaseerd op video-analyses of observaties van meerdere dagen, die verder uit elkaar liggen dan een week
Naar aanleiding van de DDS is in enige mate dysfagie vastgesteld	De cliënt is niet meer woonachtig bij ASVZ / ontvangt geen dagbesteding meer bij ASVZ
Naar aanleiding van de diagnose is een logopedisch advies geformuleerd	De cliënt is verhuisd naar een ander district binnen ASVZ

Met behulp van het literatuuronderzoek is een topiclijst samengesteld aan de hand waarvan de interviews met verzorgenden van de geselecteerde cliënten werden afgenomen (zie Bijlage C). Tevens is een interviewprotocol aangehouden (zie Bijlage D). Daarnaast is een logopedist van ASVZ geïnterviewd over het tot stand komen van de voedingsadviezen en de wijze van overdracht. Daarnaast zou een interview plaatsgevonden hebben met tenminste één verzorgende die in dienst is gekomen na het geven van de voedingsadviezen, om te bespreken hoe de overdracht van de voedingsadviezen heeft plaatsgevonden.

Alle interviews werden, met instemming van de respondenten, opgenomen op voicerecorder. Verwerking van de interviews heeft plaatsgevonden door het verbatim uitschrijven van de opnamen, het labelen van de uitingen en vervolgens coderen deze

gegevens met behulp van een codeboom (zie Bijlage E). De gegevens zijn eerst open gecodeerd, waarna axiale codering is toegepast (Wouters & Van Zaalén, 2013). Vervolgens zijn de gegevens samengevoegd tot het uiteindelijke resultaat.

3.2 Dossieronderzoek

Met een dossieronderzoek werd gekeken of een herhalingsonderzoek met betrekking tot dysfagie heeft plaatsgevonden na de diagnose. Hierbij werd dezelfde cliëntselectie gebruikt als bij het kwalitatieve onderdeel, met dezelfde in- en exclusiecriteria (zie Tabel 1). Het dossieronderzoek is uitgevoerd onder 17 cliënten waarbij tussen 01-01-2010 en 31-12-2014 dysfagie werd vastgesteld. De gegevens zijn inzichtelijk gemaakt in een tabel (zie Hoofdstuk 4.3)

3.3 Vergelijkend beleidsonderzoek

Tot slot werd een vergelijkend beleidsonderzoek uitgevoerd, waarbij het dysfagiebeleid van andere organisaties die werken met cliënten met een verstandelijke/meervoudige beperking werd opgevraagd. Hierbij zijn de afspraken die de organisaties hebben vastgelegd omtrent follow-up na het geven van voedingsadviezen vergeleken. De benaderde organisaties, die vallen onder de Carante Groep, werken allen met de betreffende doelgroep, waardoor hun beleid omtrent dysfagie toepasbaar is op de zorg binnen ASVZ. De vergelijking is inzichtelijk gemaakt in een tabel (zie Bijlage F).

4. Resultaten

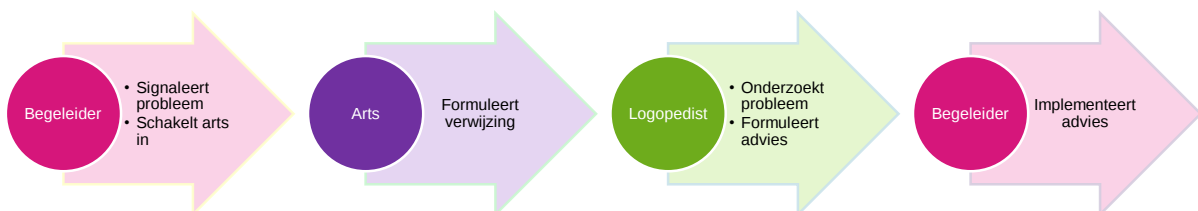
4.1 Resultaten uit interviews

Signalering van de eet- en drinkproblemen

Alle verzorgenden geven aan dat zij bij vermoedens van problemen in de eetsituatie logopedische behandeling aanvragen. Twee verzorgenden vertellen dat zij eetproblemen wel eerst binnen het team bespreken en logopedische ondersteuning aanvragen als zij er vervolgens zelf niet uitkomen. Bij één van de woonvoorzieningen wordt daarvoor een signaleringslijst gebruikt die ingevuld wordt door de verzorgenden bij vermoedens van een eet- en drinkprobleem.

“En misschien zou normaal een logopediste dat doen, het advies geven van ‘hé, wij zeggen het eten gaat niet zo lekker’ en dat wij dan daarheen bellen en dat we dan die adviezen allemaal krijgen, maar dat heb ik zelf al helemaal opgezet, dus iedereen schrijft het op en dan leer je weer van elkaars adviezen”. (Verzorgende 3)

Het traject van verwijzing (zie Figuur 1) voor een logopedische behandeling is niet bij alle respondenten bekend. Vier van de vijf verzorgenden weten dat een verwijzing van de arts nodig is, voordat de logopedist ingeschakeld kan worden. Eén van de respondenten geeft aan dat direct logopedisch advies gevraagd kan worden, zonder dat daar eerst andere professionals over ingelicht moeten worden.



Figuur 1: Verwijzingstraject voor voedingsadviezen bij ASVZ

Van signalering tot advies

De logopedist geeft aan dat de eetobservatie wordt geanalyseerd direct tijdens de eet- en drinksituatie of door middel van een video-analyse van de eet- en drinksituatie. Aangegeven wordt dat, na het vaststellen van de diagnose, bij het samenstellen van het advies de formule van Nathans (2005) gebruikt wordt. Het advies is volgens de logopedist enkel effectief als kwaliteit, acceptatie door verzorgenden en management van het advies meegenomen wordt bij de overdracht.

Bij vier van de vijf interviews werd door verzorgenden aangegeven dat de logopedist een video-opname kwam maken tijdens een eetsituatie, waarna deze door diezelfde logopedist geanalyseerd werd. Eén verzorgende vertelde dat zij zelf een video-opname heeft gemaakt op aanvraag van de logopedist. De logopedist is in dit geval niet op de woonvoorziening geweest om een opname te maken en de eetsituatie te observeren.

“We moesten dan de vorige keer video-opnames maken en naar haar toe sturen, zodat ze echt een duidelijk beeld kon krijgen van wat er nou echt aan de hand was. En daar speelt zij eigenlijk op in”.

(Verzorgende 2)

Deze verzorgende geeft aan dat zij het belangrijk vindt dat analyse van de eetsituatie niet enkel plaatsvindt aan de hand van een video-analyse, maar dat de logopedist ook daadwerkelijk op de woonvoorziening komt kijken om de eetsituatie in detail te kunnen observeren.

Overdracht van de voedingsadviezen

De logopedist vertelt dat de voedingsadviezen zowel mondeling als schriftelijk worden overgedragen, zodat ook de haalbaarheid van de voedingsadviezen besproken kan worden.

Uit alle interviews bleek dat de overdracht van voedingsadviezen ten minste via e-mail en verslaglegging plaatsvindt. In twee van de vijf gevallen heeft de logopedist de voedingsadviezen mondeling toegelicht tijdens een multidisciplinair overleg. De adviezen werden hierna door de aanwezige verzorgende overgedragen aan het team. In geen van de gevallen heeft de logopedist de voedingsadviezen besproken of toegelicht in aanwezigheid van de cliënt.

“Via de mail. Of via de groene kaart volgens mij, via de PlanCare als het goed is? En daar kon je dan het verslag lezen en dat kon je dan met je team bespreekbaar maken. En als je vragen had dan kon je haar eigenlijk weer mailen of bellen”. *(Verzorgende 2)*

In alle gevallen werd het voedingsadvies aan de persoonlijk begeleider van de cliënt doorgegeven, waarna het advies door de persoonlijk begeleider werd doorgegeven aan de andere verzorgenden. Eén van de respondenten vertelde dat deze overdracht zich voordoet wanneer zij zich met de andere verzorgenden in een eetsituatie bevindt. De andere verzorgenden geven aan dat zij zorgen voor een mondelinge overdracht tijdens een teamoverleg en dat zij kenbaar maken aan de andere verzorgenden dat het logopedisch verslag beschikbaar is. Op alle woonvoorzieningen/dagbestedingsgroepen is een lijst aanwezig met de voedingsadviezen. Twee verzorgenden geven aan dat de logopedische verslagen niet per definitie doorgenomen worden.

Alle verzorgenden vertellen dat zij de voedingsadviezen mondeling overdragen aan nieuwe collega's en daarbij aangeven waar zij verslaglegging omtrent voedingsadviezen kunnen vinden. Eén van de verzorgenden geeft aan dat zij ervan uit gaat dat nieuwe teamleden zelf bij hun collega's aankloppen als ze vragen hebben over de eetsituatie bij specifieke cliënten.

Alle verzorgenden geven aan dat zij voorkeur hebben voor een mondelinge overdracht op de woonvoorziening of dagbestedingscentrum. Eén verzorgende vertelt dat bij een schriftelijke overdracht soms specifieke details wegvallen. Twee van de vijf geïnterviewde verzorgenden geven tevens aan dat zij het prettig zouden vinden als iemand van het logopedisch team de voedingsadviezen nogmaals mondeling komt toelichten als nieuw personeel op de woonvoorziening/dagbestedingsgroep komt werken.

Scholing

Alle verzorgenden geven aan dat zij geen bijscholing ontvangen in het signaleren van eet- en drinkproblemen. Hierop aansluitend wordt ook door allen aangegeven dat zij behoefte hebben aan meer scholing. Eén van de verzorgenden vertelt dat zij bij één cliënt het gevoel heeft te lang te hebben gewacht met contact opnemen met het logopedisch team, omdat zij niet zeker was van de signalen die zij zag tijdens de eetsituatie.

“Ik denk dat het [bijscholing] soms wel eens goed zou zijn om bijvoorbeeld.. Bij (...) heeft het heel lang geduurd zeg maar, voordat we echt aan de bel trokken. Achteraf misschien nét iets te lang zeg maar”. (Verzorgende 1)

Follow-up

Door alle verzorgenden wordt aangegeven dat, na het krijgen van de voedingsadviezen, géén follow-up heeft plaatsgevonden vanuit de logopedist. Een enkele keer wordt aangegeven dat het advies nog kort geëvalueerd wordt binnen het team wanneer er een bespreking omtrent de betreffende cliënt plaatsvindt. Eén verzorgende geeft aan dat het van het type voedingsadvies afhangt of zij behoefte heeft aan follow-up door het logopedisch team.

Volgens de logopedist is het uiteindelijk de verantwoording van de direct verzorgenden en de betrokken orthopedagoog en arts om te evalueren hoe de voedingsadviezen worden opgevolgd en of herziening van deze adviezen nodig is. Wel geeft zij aan dat een evaluatie of follow-up haar zinvol lijkt.

Houdbaarheid van de voedingsadviezen

Eén van de verzorgenden geeft aan dat na verloop van tijd “gerommeld wordt” met de adviezen en dat deze zo aangepast worden dat ze beter werken bij de cliënt. De logopedist wordt in dit geval niet betrokken bij het aanpassen van de adviezen.

Een andere verzorgende vertelt dat de voedingsadviezen niet altijd jarenlang meegaan, dat deze na enkele jaren ook vergeten worden. Zeker als de cliënt vanuit een andere groep is overgedragen. Niet alle verslagen uit het verleden worden dan gelezen.

“Dan ga je dat niet zo snel lezen, terwijl er dan wel dingen in staan die voor dat kind nuttig zouden kunnen zijn. Want dat is soms wel jammer dat je achteraf dan, ja, niet echt achteraf, maar later dingen leest die je eigenlijk misschien eerder had willen weten”. (Verzorgende 4)

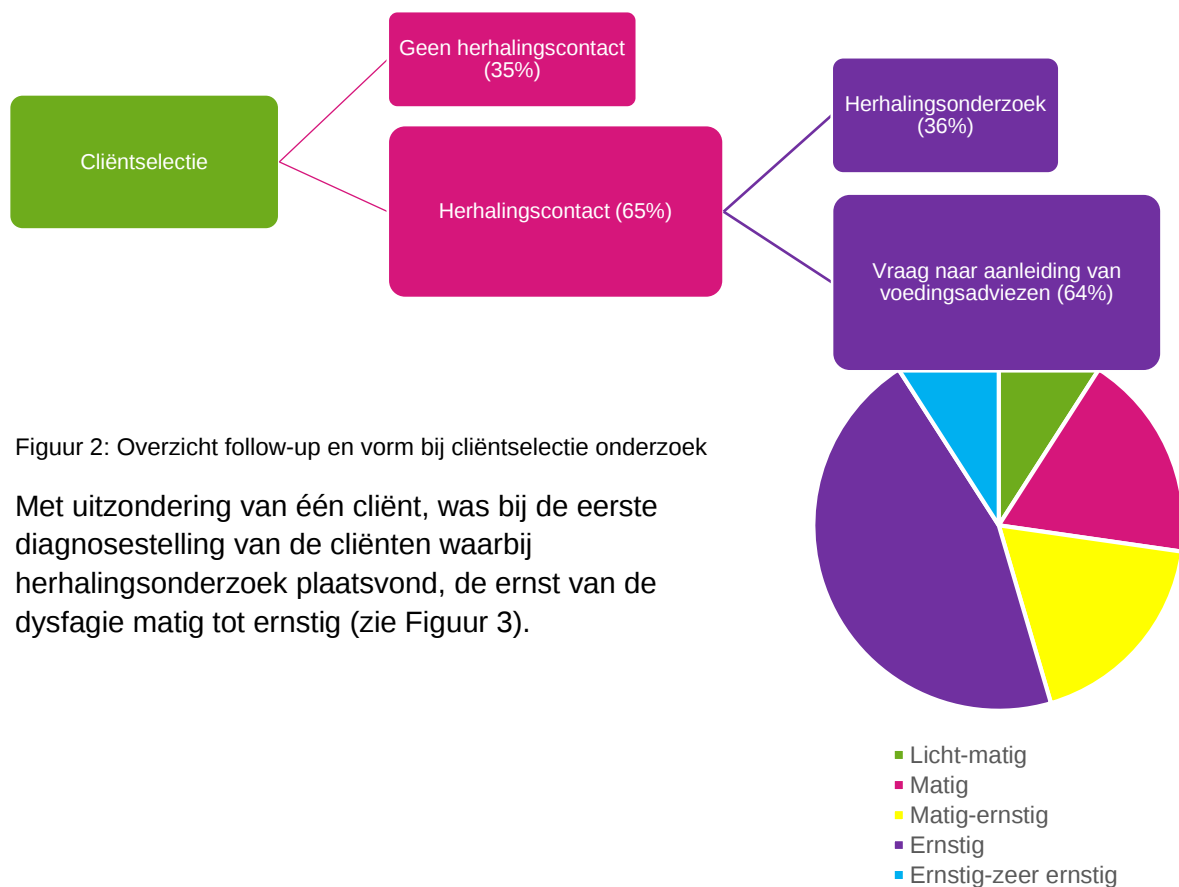
Alle begeleiders geven aan dat het toepassen van de voedingsadviezen na verloop van tijd niet meer bewust gebeurt.

4.2 Resultaten uit vergelijkend beleidsonderzoek

Voor het vergelijkend beleidsonderzoek zijn de logopedisten van vijf organisaties binnen de Carante Groep benaderd. Logopedisten van vier van deze organisaties hebben hun medewerking verleend aan dit onderzoek. Uit de reacties blijkt dat geen van deze vier organisaties een dysfagiebeleid hanteert. Zo hebben zij ook geen schriftelijk beleid omtrent follow-up. Wel zijn hier bij twee organisaties mondelinge afspraken over gemaakt binnen de organisatie. Drie van de vier deelnemende organisaties geven aan momenteel bezig te zijn met het opstellen van een dergelijk beleid. Meer informatie over het vergelijkend beleidsonderzoek kan gevonden worden in Bijlage F.

4.3 Resultaten uit dossieronderzoek

Uit de dossieranalyse onder 17 cliënten waarbij tussen 01-01-2010 en 31-12-2014 een dysfagie werd vastgesteld, blijkt dat in 65 procent van de gevallen sprake is geweest van herhalingscontact naar aanleiding van een nieuwe hulpvraag van de verzorgenden omtrent de eet- en drinksituatie. In alle gevallen werd het herhalingscontact binnen twee jaar na de eerste diagnosestelling aangevraagd. In 36 procent van deze gevallen is een herhalingsonderzoek uitgevoerd aan de hand van de DDS (zie Figuur 2). De andere nieuwe vragen over de eet- en drinksituatie konden worden beantwoord door middel van herhaling of aanpassing van de eerder opgestelde adviezen.



5. Discussie

5.1 Discussie

Als de onderzoeksresultaten worden vergeleken met de literatuur, kan geconcludeerd worden dat op het gebied van evaluatie en follow-up verbetering kan worden aangebracht in de werkwijze van het logopedisch team van ASVZ. Tijdens de overdracht van het voedingsadvies is sprake van een betrokken interdisciplinair team, zoals Sheppard (1991) aanraadt. Echter vervalt deze betrokkenheid na de overdracht en ligt de verantwoordelijkheid voor evaluatie bij de verzorgenden.

Binnen ASVZ gelden geen afspraken omtrent een herhalingsonderzoek. Lloyd (2010, geciteerd in Howseman, 2013) gaf aan dat ook de wijze van evalueren vastgelegd moet worden om te voorkomen dat voedingsadviezen niet of niet correct worden toegepast. Ook Sheppard geeft aan (persoonlijke communicatie, 28 maart, 2015) (zie Bijlage A) dat het belangrijk is dat de cliënt in het vizier blijft van de verzorgende(n) en logopedist zodat de toename in ernst van de dysfagie wellicht eerder ondervangen kan worden.

Uit de dossieranalyse blijkt dat bij 65 procent van de cliënten binnen twee jaar na diagnosestelling herhalingscontact gezocht werd met de behandelend logopedist. In de helft van deze gevallen is ook daadwerkelijk een herhalingsonderzoek uitgevoerd. Dit toont aan dat er onder verzorgenden in veel gevallen behoefte is aan herhalingscontact binnen twee jaar na eerste diagnosestelling. Ook blijkt uit de analyse dat herhalingscontact vaker aangevraagd wordt, naarmate de ernst van de dysfagie oploopt. Op dit moment wordt het herhalingsonderzoek alleen uitgevoerd wanneer de verzorgenden (nieuwe) problemen signaleren en een onderzoek aanvragen.

Vervolgens kijken we naar de mate waarin de verzorgenden behoefte hebben aan scholing omtrent het signaleren van eet- en drinkproblemen. Zowel op het gebied van signalering van eet- en drinkproblemen als op het gebied van algemene voedingsadviezen bij mensen met een verstandelijke beperking wordt door de respondenten gevraagd naar scholing. Gezien de prevalentie van dysfagie bij verstandelijk beperkten, namelijk 80 tot 90 procent van de kinderen en volwassenen (Nadon, et al., 2013., & Rooymans, 2009, geciteerd in Markant, 2009), en daarbij de verantwoordelijkheid die de verzorgenden krijgen in het signaleren van dergelijke problemen, is het opvallend dat verzorgenden bij ASVZ niet met enige regelmaat onderwezen worden in het signaleren van eet- en drinkproblemen.

De NVLF (2013, p. 9) geeft in het beroepsprofiel aan dat de logopedist de taak heeft mensen om de cliënt heen te coachen en begeleiden. In de interviews wordt enkele malen aangegeven dat de behoefte aan directe begeleiding in de vorm van een uitleg van toepassing van de adviezen bestaat. Coachen houdt volgens de *Standaarden voor logopedisten die werkzaam zijn in de zorg voor gehandicapten* (2010, p. 31) in “persoonlijke begeleiding van de hulpvragen in het leren omgaan met de aanwezige (logopedische) stoornissen” (p.31). Uit de interviews blijkt dat de adviezen in geen van de onderzochte gevallen besproken en getoond zijn in bijzijn van de cliënt. De verzorgenden zijn in deze gevallen ook niet op directe wijze gecoacht in de toepassing van de adviezen.

Volgens Michielsen (2010) is het doel van adviesgesprekken het uitwisselen van informatie om een goed behandelplan op te stellen. De logopedist geeft aan dat zij in overleg met de begeleiders een advies formuleert en hierbij gebruik maakt van de formule van Nathans (2005). Echter blijkt uit de interviews dat de overdracht van het advies soms enkel schriftelijk plaatsvindt. Hierdoor wordt het bespreken van de inhoud, de acceptatie en het

management van het advies minder makkelijk dan wanneer een mondelinge overdracht plaats zou vinden.

Uit het vergelijkend beleidsonderzoek blijkt dat ASVZ niet de enige organisatie is die kampt met het ontbreken van afspraken omtrent de follow-up van voedingsadviezen. De organisaties die meewerkten aan dit onderzoek, gaven allen aan te werken aan het formuleren van een dysfagiebeleid, maar hier nog geen afspraken schriftelijk over vastgelegd te hebben. Gezien de prevalentie van eet- en drinkproblemen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, bij 80 tot 90 procent van deze doelgroep (Nadon, et al., 2013., & Rooymans, 2009, geciteerd in Markant, 2009), is het opvallend te noemen dat geen van de betrokken organisaties hiervoor een beleid heeft opgesteld of afspraken heeft omtrent het evalueren van voedingsadviezen.

5.2 Methodologische beperkingen

Hoewel dit onderzoek gedetailleerd gepland en uitgevoerd is, bevat het enkele methodologische beperkingen. Eén beperking is het ontbreken van een observatie van het formuleren en overdragen van een voedingsadvies door de logopedist. Vanwege de tijdsplanning is niet voor een dergelijke observatie gekozen.

Hoewel de wijze van overdracht wel besproken is met de geïnterviewde logopedist, is hiermee nog niet in kaart gebracht hoe deze overdracht door andere logopedisten wordt vormgegeven. Hierdoor is nog niet duidelijk hoe de overdracht bij alle logopedisten plaatsvindt en waar onderling verschillen in overdracht zitten.

Vanwege beperkte beschikbaarheid, is het niet gelukt een verzorgende te interviewen die nieuw was op een woonvoorziening/dagbestedingsgroep om de overdracht aan nieuwe collega's in kaart te brengen.

Met betrekking tot de inventarisering van behoefte aan scholing onder de verzorgenden, is niet ingezoomd op de reeds aanwezige kennis van voedingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Hierdoor is nog niet duidelijk hoe tegemoet gekomen kan worden aan de inhoudelijke behoeften van de scholing.

6. Conclusie

Aan de hand van vergelijking van de onderzoeksresultaten en de gevonden literatuur, kan de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord worden.

Wat hebben zorgverleners bij ASVZ nodig om cliënten na diagnose van een dysfagie optimale begeleiding te kunnen geven?

Voor optimale begeleiding is zowel een schriftelijke als een mondelinge overdracht nodig, waarbij de voedingsadviezen besproken worden op de woonvoorziening en de verzorgenden gecoacht worden in de toepassing van de voedingsadviezen.

Tevens dienen de verzorgenden op de (woon)groepen bij ASVZ periodiek geschoold te worden door het logopedisch team in zowel algemene voedingsadviezen bij mensen met een verstandelijke beperking, als specifieke voedingsadviezen bij cliënten op de betreffende woonvoorziening/dagbestedingsgroep. Door deze scholing zijn verzorgenden beter in staat problemen te signaleren en tijdig hulp in te schakelen.

Tot slot dient bij overdracht van het voedingsadvies een moment van follow-up vastgesteld worden, waarbij aan de hand van de ernst van de dysfagie de evaluatietermijn bepaald wordt.

7. Aanbevelingen

7.1 ASVZ

Naar aanleiding van de conclusie wordt aanbevolen binnen ASVZ een beleid op te stellen waarbij de wijze van overdracht en de follow-up vastgelegd wordt. Wat betreft overdracht wordt aangeraden het advies zowel schriftelijk als mondeling over te dragen. Als leidraad voor een evaluatietermijn, kan de termijn gebruikt worden die J. J. Sheppard (zie Bijlage A) gebruikte in de validering van de DDS. Daarnaast is het raadzaam een plan te maken om periodieke scholingen op zowel woonvoorzieningen als dagbestedingscentra te organiseren.

Een belangrijke aanbeveling is gericht aan het zorgmanagement van ASVZ. Dit onderzoek wijst uit dat een langdurige betrokkenheid bij dysfagie onvermijdelijk is om kwalitatief goede zorg te blijven bieden. Daarnaast wordt de periodieke scholing door het logopedisch team op woonvoorzieningen en dagbestedingscentra sterk aanbevolen om een zo veilig mogelijke leefomgeving voor de cliënten van ASVZ te creëren. Om deze veranderingen mogelijk te maken, dient ook op managementniveau aandacht voor dit probleem te zijn. Binnen het logopedisch takenpakket zouden deze aanbevelingen opgenomen kunnen worden om ervoor te zorgen dat ook logopedische begeleiding aan andere zorgprofessionals, scholing aan de verzorgenden en standaard evaluatiemomenten na diagnosestelling binnen de mogelijkheden van het logopedisch team vallen.

7.2 Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de kennis omtrent dysfagie die verzorgenden momenteel bezitten, met als doel een inventarisatie van de ontbrekende kennis. De interviews in dit onderzoek wijzen wel uit dat de behoefte aan scholing er is, maar de scholing kan pas gericht gegeven worden als geïnventariseerd is welke kennis aangescherpt dient te worden.

In een vervolgonderzoek zouden meer woonvoorzieningen en dagbestedingscentra betrokken kunnen worden om een duidelijker beeld te krijgen van de problemen die (in deze regio) spelen met betrekking tot de overdracht van de voedingsadviezen. Ook zouden hierbij observaties plaats moeten vinden van de overdracht van voedingsadviezen door verschillende logopedisten. Zo kan vergeleken worden hoe ieder deze overdracht momenteel aanpakt en hoe deze zo effectief mogelijk plaats kan vinden.

Tevens zou bij het logopedisch team een kwalitatief onderzoek plaats kunnen vinden waarbij zij zelf bevraagd worden over de wijze waarop zij de overdracht vormgeven en wat hierin hun voorkeur heeft. Daarnaast wordt aangeraden in een vervolgonderzoek ook nieuwe personeelsleden op woonvoorzieningen/dagbestedingscentra te interviewen om te belichten hoe de overdracht naar hen toe heeft plaatsgevonden.

7.3 Vervolgonderzoek landelijk

Op landelijk niveau luidt de aanbeveling om bij verschillende organisaties die werken met mensen met een verstandelijke/meervoudige beperking een vergelijkend beleidsonderzoek te doen. Binnen dit onderzoek is gebleken dat het ontbreken van een dysfagiebeleid zich niet beperkt tot ASVZ. Omdat dysfagie een veel voorkomende stoornis is bij deze doelgroep, is

een landelijke inventarisatie raadzaam om in kaart te brengen waar elders een beleid ontbreekt om vervolgens aanbevelingen op te kunnen stellen voor een landelijke richtlijn omtrent het behandelen van dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking.

Literatuur

- American Speech-Language-Hearing Association. (2007). *Guidelines for speech-language pathologists providing swallowing and feeding services in schools*. Geraadpleegd op 13 maart 2015, van <https://www.psha.org/pdfs/asha-feeding-qa.pdf>
- ASVZ. (z.d.). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 5 maart 2015, van <http://www.asvz.nl/>
- Chadwick, D.D., Jolliffe, J., & Goldbart, J. (2002). Carer Knowledge of dysphagia management strategies. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 37, 345-357. Geraadpleegd op 13 maart 2015, van: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13682820210137196>
- Chadwick, D.D., & Jolliffe, J. (2009). A descriptive investigation of dysphagia in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 29-43. Geraadpleegd op 13 maart 2015, van: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2788.2008.01115.x/abstract;jsessionid=69F0586257BEF60417109853E6E26A9B.f02t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- Faculteit der Bewegingswetenschappen VU Amsterdam. (z.d.). *Toestemmingsverklaringsformulier (informed consent)*. Geraadpleegd op 5 april 2015, van http://www.fbw.vu.nl/en/Images/toestemming_tcm85-82044.doc
- Heijnsman, A., & Lemet, M. (2007). *Advieseren als ergotherapeut*. Den Haag: Lemma.
- Heijnsman, A., & Weele, E. van. (2009). *Zorgbasics; Advieseren*. Den Haag: Lemma.
- Helder, A. (2010). *De signaleringslijst verslikken*. Gouda: Gemiva-SVG Groep. Geraadpleegd op 19 februari 2015, van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/verbinding/pdf/EindrapportVerslikken.pdf>
- Howseman, T. (2013). Dysphagia in people with learning disabilities. *Learning Disability Practice*, 9, 14-22. Geraadpleegd op 26 februari 2015, van: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ldp2013.11.16.9.14.e1477>
- Kalf, H., Rood, B., Dicke, H., & Keeken, P. van. (2008). *Slikstoornissen bij volwassenen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koolhaas, C., & Cox, E. (2010). *Standaarden voor logopedisten werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Geraadpleegd op 26 februari 2015, van http://www.logopedie.nl/bestanden/ikbenlogopedist/kwaliteit/Kwaliteitsdocumenten/standaarden/logopedische_standaarden_voor_logopedisten_werkzaam_in_de_zorg_verstandelijke_beperking_0910_versie_2.pdf

- Kuhn, D.E., & Matson, J.L. (2002). A validity study of the Screening Tool of Feeding Problems (STEP). *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27, 161-167. Geraadpleegd op 19 februari 2015, van: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/1366825021000008594>
- Mencap. (2007). Death by Indifference; Following up the treat me right! Report. Geraadpleegd op 2 april 2015, van <http://www.mencap.org.uk/document.asp?id=284>.
- Nadon, G., Feldman, D., & Gisel, E. (2013) Feeding Issues Associated with the Autism Spectrum Disorders. *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders*, 1. Geraadpleegd op 5 maart 2015, van <http://dx.doi.org/10.5772/53644>
- Nathans, H. (2005). *Adviseren als tweede beroep*. Deventer: Wolter Kluwer.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2013). *Beroepsprofiel*. Geraadpleegd op 26 februari 2015, van http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/kwaliteit/beroepscode_en_beroepsprofiel/beroepsprofiel_2013_201014.pdf
- Redactie Markant (2009). Als eten niet vanzelf gaat. Geraadpleegd op 11 maart 2015, van <http://www.vgn.nl/markant/artikel/16784>
- Sheppard, J. J. (1991). *Managing Dysphagia in Mentally Retarded Adults*. Lake Hopatcong, NJ: Nutritional Management Associates, L.L.C.
- Sheppard, J. J. (2002). *Dysphagia disorder survey and dysphagia management staging scale*. Lake Hopatcong, NJ: Nutritional Management Associates, L.L.C.
- The Irish Association of Speech & Language Therapists (2010). *Guidelines for speech and language therapists on assessment and management of eating, drinking and swallowing difficulties in adults with intellectual disability*. Geraadpleegd op 12 maart 2015, van <http://iaslt.ie/docs/membership/guidelines/IASLT%20Guidelines%20on%20Assessment%20and%20Management%20of%20EDS%20in%20AWID.pdf>
- Wouters, E., & Zaalen, Y. van. (2013). *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Coutinho.

Bijlagen

Bijlage A: E-mail uitwisseling met J. J. Sheppard

From: <mvantankeren@gmail.com>
Date: 2015-03-27 13:18 GMT+01:00
Subject: A question from a Dutch student
To: "Jxxxx@gmail.com" <Jxxxx@gmail.com>

Hello Ms. Sheppard,

My name is Meike van Tankeren and I'm a student speech therapy in the Netherlands. Currently I'm writing my thesis on the use of the Dysphagia Disorder Screening in the institution I work in. I am looking for a specific piece of information, and today I'm courageous enough to write you an email! I understand if you don't have time to answer this small question, but those who never try, never win!

One of the speech therapists in my institution was told in one of the DDS-courses, that there's a recommendation for follow-ups after a dysphagia diagnose. She told me: with severe dysphagia follow-ups after one year, with a medium-severe dysphagia after two years, and with a mild dysphagia follow up after three years.

I've browsing through the articles you've writing on the subject, but I can't seem to find the article that contains these specific recommendations. Is there a specific document/book/article that I can look for in which I can find the recommendations for follow-up research?

I hope you may be find the time to help me out, and I would be honoured if you could help me find the article(s) I need.

With kind regards,

Meike van Tankeren
Student speech therapy
Rotterdam, The Netherlands

From: **J. Joan Sheppard** <jxxx@gmail.com>
Date: 2015-03-27 23:05 GMT+01:00
Subject: Re: A question from a Dutch student
To: mvantankeren@gmail.com

Hello Ms. van Tankeren:

I am happy to answer your question and i hope that my answer may be helpful. That information comes from the policy at the place in which we did the standardization study for the DDS. I have never published it as it has never been validated in a study. the rationale is that the more unstable the patient/individual the more frequent should be the minimum follow up time -- one, two or three years. Generally patients that a mild are more stable, that is they stay the same

without getting worse or better. Actually we would follow up more frequently if a report came to us that there was a change in eating noticed by the care staff. in other settings minimum repeat was two years for mild and for moderate with one year or less for the severe and profound (the four levels we used). I can see that a useful study question would be to ask in a setting in which there was no policy, how frequently dds reevaluation occurred based on need of the individual with level of dysphagia as the independent variable. that could be compared to the arbitrary one, two. three year cycle.

Good luck in your work. please do contact me with any other questions.

Kind regards,
Joan

Bijlage B: Tweede cliëntselectie kwalitatief onderzoek

In verband met privacy, zijn onderstaande gegevens geanonimiseerd.

Tabel 2

Tweede cliëntselectie kwalitatief onderzoek

<i>Cliënt</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Ernst dysfagie</i>	<i>Jaar diagnose</i>	<i>Geboortejaar</i>	<i>Woning/dagcentrum</i>
1	Vrouw	Zeer ernstig	2013	1975	Woning A
2	Man	Heel licht	2014	1953	Woning B
3	Man	Matig	2011	2005	Woning C
4	Vrouw	Licht-matig	2014	1998	Dagcentrum A
5	Vrouw	Matig-ernstig	2014	1952	Woning D

Bijlage C: Topiclijst

De eet- en drinksituatie

- Beschouwing van rol binnen de eet- en drinksituatie
 - Rol verzorgende/begeleider
 - Rol logopedist
 - Rol andere professionals
 - Rol bij de geselecteerde cliënt
- Beschouwing van rol bij cliënten waarbij een voedingsadvies geldt
 - Rol verzorgende/begeleider
 - Rol logopedist
 - Rol andere professionals
 - Rol bij de geselecteerde cliënt

Voedingsadviezen

- Bewustzijn omtrent aanwezigheid van voedingsadviezen bij de geselecteerde cliënt
- Wijze van overdracht van de adviezen
 - Huidige wijze
 - Behoeft
- Vorm waarin de adviezen gegeven worden
 - Huidige wijze
 - Behoeft

Signaleren eet- en drinkproblemen

- Rol bij signaleren van eet- en drinkproblemen
 - Rol verzorgende/begeleider
 - Rol logopedist
 - Rol andere professionals
 - Rol bij de geselecteerde cliënt
- Signalen van eet- en drinkproblemen
 - Aanwezige kennis > geen letterlijke voorbeelden vragen
 - Ontbrekende kennis

Voorlichting

- Voorlichting omtrent eet- en drinkproblemen
 - Huidige situatie
 - Behoeft

Bijlage D: Interviewprotocol

Afnemen interview

- Binnenkomst
 - Kennismaken met de respondent, bedanken voor medewerking, uitleggen wat we gaan doen / hoe lang het duurt, op het gemak stellen.
 - *Informed consent* doornemen en beiden tekenen.
 - Opname-apparatuur klaarleggen, uitleggen wat met de opnames gedaan wordt.

Aanzetten opname-apparatuur

- Beginnen met een open vraag: 'Wat kan je/u vertellen over voedingsadviezen voor de cliënten op deze woonvoorziening/dagbestedingsgroep?' of 'Hoe werken jullie op deze woonvoorziening/dagbestedingsgroep met voedingsadviezen?'
- De topiclijst hanteren voor vervolgvragen

Tussendoor controleren of de opname-apparatuur het nog steeds doet!

- Afronden met de vraag: 'Wil(t) je/u nog iets vertellen wat ik nog niet gevraagd heb?'

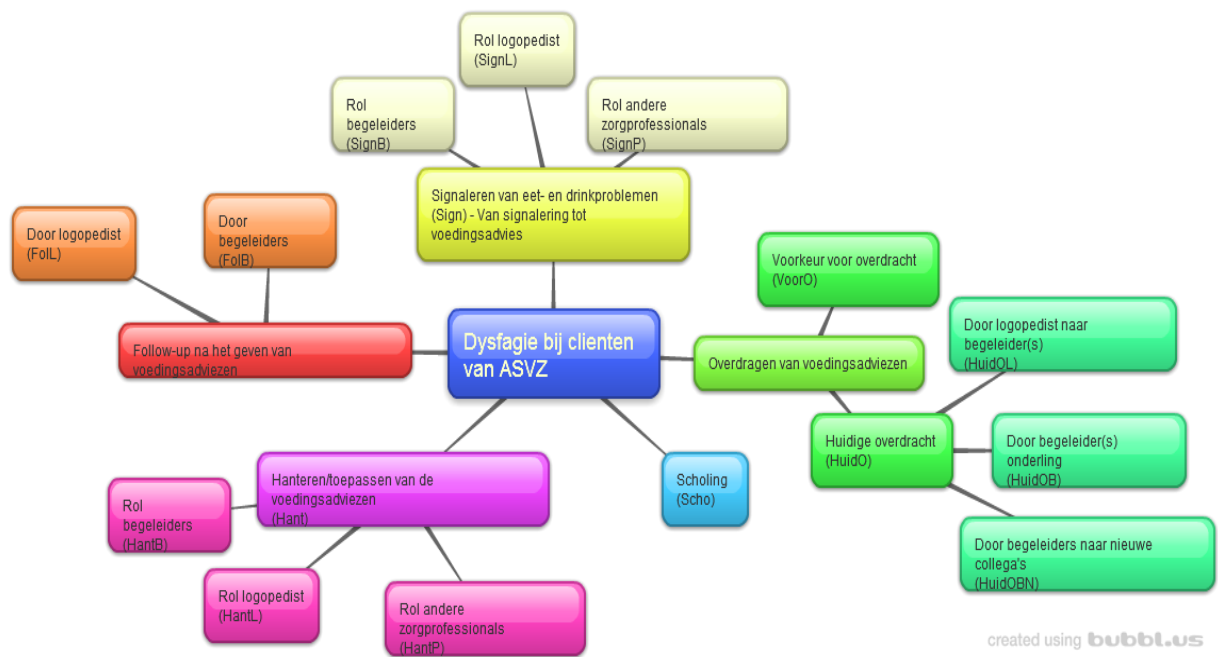
Uitzetten opname-apparatuur

- Vragen wat de respondent van het interview vond.
- Danken voor de medewerking.
- Bespreken hoe en wanneer de resultaten de respondent zullen bereiken.
- Vertrek.
- Na vertrek direct opvallende non-verbale gedragingen noteren.

Uitwerken interview

- In de koptekst: datumcode (jaar-maand-dag), nummer van interview, gelinkt aan nummer van cliënt waarbij de verzorgende/begeleider betrokken is.
- Lettertype: Arial, grootte 11
- Regelaafstand 1,15
- R: respondent, I: interviewer, dan een tab voor uitspraak
- Geen opsommingstekens
- Opvallende non-verbale gedragingen tussen haakjes.

Bijlage E: Codeboom



Figuur 4: Codeboom

Bijlage F: Vergelijkend beleidsonderzoek

In verband met privacy, zijn de gegevens van de organisaties die hun medewerking verleenden anoniem verwerkt.

Tabel 3

Gegevens vergelijkend beleidsonderzoek

Gegevens vergelijkend beleidsonderzoek

Organisatie	Dysfagiebeleid aanwezig?	Dysfagiebeleid in ontwikkeling?	Beleid m.b.t. follow-up vanuit logopedie				
1	Nee	Ja	/				
2	Nee	Ja	/				
3	Nee	Ja	Normen herhalingsonderzoek DDS <table><tr><td>DMSS score</td><td>termijn</td></tr><tr><td>geen dysfagie lichte dysfagie matige dysfagie ernstige dysfagie zeer ernstige dysfagie</td><td>(op aanvraag) controle na 3 jaar controle na 2 jaar controle na 1 jaar naar eigen inzicht, afhankelijk van bv. orale intake/ bijvoeding</td></tr></table> Aangegeven wordt dat ook eigen inzicht in het proces van evaluatie meeweegt.	DMSS score	termijn	geen dysfagie lichte dysfagie matige dysfagie ernstige dysfagie zeer ernstige dysfagie	(op aanvraag) controle na 3 jaar controle na 2 jaar controle na 1 jaar naar eigen inzicht, afhankelijk van bv. orale intake/ bijvoeding
DMSS score	termijn						
geen dysfagie lichte dysfagie matige dysfagie ernstige dysfagie zeer ernstige dysfagie	(op aanvraag) controle na 3 jaar controle na 2 jaar controle na 1 jaar naar eigen inzicht, afhankelijk van bv. orale intake/ bijvoeding						
4	Nee	Nee	De mondelinge afspraak is dat periodiek een signaleringslijst voor verslikkingsproblemen naar woonvoorzieningen gestuurd wordt, waarna begeleiders deze invullen per cliënt. Als n.a.v. deze lijst onderzoek nodig lijkt, dient dit aangevraagd te worden door begeleiders.				

Zoals te zien is in Tabel 3, heeft geen van de organisaties binnen de Carante Groep die gereageerd hebben op de oproep hun dysfagiebeleid met betrekking tot follow-up te delen, een dysfagiebeleid vastgelegd.

Organisatie 3 gebruikt wel de normen voor herhalingsonderzoek zoals deze door J. J. Sheppard, ontwikkelaar van de DDS, mondeling zijn overgebracht tijdens de scholing voor afname van dit screeningsinstrument, maar deze normen zijn nog niet schriftelijk vastgelegd. Organisatie 4 heeft eveneens mondelinge afspraken gemaakt omtrent het doen van een follow-up.