

Multidisciplinair Kinderslikonderzoek

Evaluatie van:

- invloed van adviezen op slikproblematiek en kwaliteit van leven;
 - beleving van onderzoek en advies tijdens een multidisciplinair kinderslikspreekuur.
- Ontwikkeling van een protocol.



Fleur Bakker
Arjenne Swart
Lizet van Woudenberg
Eva Zijp



Multidisciplinair Kinderslikonderzoek

Auteursrechtverklaring

De auteurs verklaren het volledige auteursrecht op hun werk te bezitten. Zij vrijwaren de afdeling Logopedie van de Hogeschool Utrecht voor alle vorderingen van derden, betreffende inhoud en vorm van de producten. Vermenigvuldiging en verspreiding van het product, is zonder toestemming van de afdeling Logopedie, projectbegeleider en auteurs in gezamenlijk overleg, niet toegestaan. De auteurs zullen bij een eventuele publicatie, gebaseerd op het product, de afdeling Logopedie slechts vermelden na verleende toestemming.

Colofon

Projectleden:	Fleur Bakker, Arjenne Swart, Lizet van Woudenberg, Eva Zijp
Projectbegeleider:	Hermine Stumpel
2 ^e Beoordelaar:	Florentine Schepers
Datum:	Juli 2006

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Voorwoord	5
Inleiding.....	6
1 De onderzoeksvragen: beschrijving, theoretisch kader en achtergronden.....	8
1.1 Omschrijving van de onderzoeksvragen	8
1.2 Het belang van de evaluatie en ontwikkeling van een protocol	9
1.2.1 De evaluatie	9
1.2.2 Het protocol.....	10
1.2.3 Producten die ontwikkeld zijn:	10
2 Literatuurstudie	11
2.1 Onderzoeksvragen met betrekking tot de literatuurstudie:.....	11
2.2 Methode:	11
2.2.1 Het zoeken van literatuur	11
2.2.2 Beoordeling van gevonden literatuur.....	11
2.3 Resultaten literatuurstudie: Achtergronden met betrekking tot kindersliksprekuren en slikproblematiek bij kinderen.	12
2.3.1 Ontwikkelingen kinderslikteams in Nederland en België	12
2.3.2 De aanpak van het multidisciplinair sliksprekuren door het sliksprekuren team van het WKZ	13
• Aanmelding en oproep.....	13
• Verloop van het multidisciplinaire kindersliksprekuren	14
• Overleg en evaluatie.....	15
• Documentatie van verzamelde informatie	15
2.3.3 Instrumenten waarmee correlaties tussen multidisciplinair kinderslikonderzoek en –advies en veranderingen in slikproblematiek in kaart gebracht kan worden	16
2.3.4 Protocolen en richtlijnen t.b.v. onderzoek, advies en evaluatie m.b.t. slikproblematiek bij kinderen.	17
2.3.5 Kwaliteit–van–levensvragenlijsten met betrekking tot slikproblemen	17
2.4 Samenvatting en conclusie literatuurstudie.....	18
3 Dossierstudie.	20
3.1 Achtergrond en doel(en) van de dossierstudie	20
3.2 Onderzoeksvragen met betrekking tot de dossierstudie:.....	21
3.3 Methode	21
3.3.1 Voorbereiding: opzet van een format om dossiergegevens te inventariseren	21
3.3.2 Eerste selectie dossiers.....	22
3.3.3 In- en exclusiecriteria van dossiers	22
3.3.4 Verloop van de dossierstudie.....	23
3.3.5 Selectie dossiergegevens ter verdere verwerking en bestudering.....	24
3.3.6 Dataverwerking	24
3.4 Resultaat van de dossierstudie.	24
3.4.1 Uiteindelijke selectie dossiers ten behoeve van evaluatie	25
3.4.2 Onderzoekspopulatie	25
• Leeftijd en sekse.....	25
• Medische achtergrond en algemene anamnese	26
3.4.3 Beginsituatie bij aanvang sliksprekuren.....	27
• Relevante (para-)medische interventies in de periode voor het sliksprekuren.....	27

• Klacht.....	27
• Hulpvraag.....	28
• Overige problematiek specifiek m.b.t. het slikken en de voeding.....	29
• Voedingssituatie	30
• Ervaringen rondom het eten	31
3.4.4 Het slikspreekuur	33
• Onderzoeken tijdens het slikspreekuur.....	33
• Diagnose: stoornissen per slikfase	33
• Adviezen	34
3.5 Discussie dossierstudie	35
3.5.1 Documentatie.....	35
3.5.2 Foutieve interpretatie	35
3.5.3 Ontbrekende gegevens.....	35
3.5.4 Samenstelling van de onderzoekspopulatie	36
3.5.5 Overig.....	36
4 Ontwikkeling van het evaluatie-instrument.....	37
4.1 Onderzoeksvragen m.b.t. het ontwikkelen van het evaluatie-instrument.....	37
4.2 Methode	37
4.2.1 Vorm van het evaluatie-instrument.....	37
4.2.2 Inhoud van het evaluatieformulier	38
4.2.3 Interpretatie van de antwoorden: scoring en weging.....	41
• Algemeen	41
• Scoring.....	42
• Weging	42
4.3 Resultaat	44
4.4 Discussie	44
4.4.1 Vorm van het evaluatie-instrument.....	44
4.4.2 Keuze informant.....	45
4.4.3 Onderbouwing scoring en weging	45
4.4.4 Discussie	45
5 Evaluatie.....	46
5.1 Onderzoeksvragen	46
5.2 Methode van versturen en ontvangen evaluatieformulier.....	46
5.3 Resultaten van versturen en ontvangen evaluatieformulieren	46
5.3.1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie.....	47
5.4 Methode van evalueren	47
5.4.1 Evaluatie per onderdeel	47
5.4.2 Evaluatie van de opvolging van de adviezen	47
5.4.3 Verbanden tussen verschillende onderdelen.....	48
5.5 Resultaten die voortkomen uit de evaluatie.....	48
5.5.1 Resultaten per onderdeel van het evaluatie-instrument	48
• Algemene toestand van het kind:	48
• Voedingssituatie	49
• Verschillende voedingsproblemen:	52
• Kwaliteit van leven van het kind.....	52
5.5.2 Beleving van het multidisciplinaire kinderslikspreekuur door ouders en kind.....	53
• Vragenlijst voorafgaand aan het slikspreekuur.....	53
• Inlichtingen voorafgaand aan het slikspreekuur	53
• Lengte van het slikspreekuur.....	53
• Beleving van het slikspreekuur	53
• Belasting door de onderzoeken	53
• Benadering door de onderzoekers	54
• Uitleg bij de onderzoeken	54

• Het advies	54
5.5.3 Gevolgd beleid ten aanzien van de slikstoornis van het kind na het slikspreekuur en de invloed daarvan op de situatie/ het welbevinden van het kind.....	54
5.5.4 Het gevolgde beleid vergeleken met de gegeven adviezen	55
• Per kind.....	55
• Per categorie	55
5.6 Verbanden tussen verschillende uitkomsten	56
5.6.1 Invloed van het advies op de problemen rond de voeding	56
5.6.2 Invloed van het advies op de kwaliteit van leven	56
5.6.3 Invloed van aanpassing in consistentie op de problemen rond de voeding	56
5.6.4 Invloed van de problemen rond de voeding op de kwaliteit van leven.....	56
5.6.5 Invloed van de beleving van het slikspreekuur op het opvolgen van de adviezen	56
5.7 Discussie bij de evaluatie	57
5.7.1 Divers	57
• Beperkt aantal geretourneerde en bruikbare evaluatieformulieren	57
• Variatie in periode tussen slikspreekuur en invullen evaluatie formulier.....	57
• Interpretatie	57
5.7.2 De onderzoeksgroep	57
5.7.3 Betrouwbaarheid van de resultaten	58
• Inschatten van gevoelens	58
• Interpretatie van vragen door ouders.....	58
• Interpretatie van de gegeven antwoorden	58
5.7.4 De invloed van het advies	59
5.7.5 Ontbrekende items.....	59
6 Ontwikkeling van het protocol ten behoeve van prospectief onderzoek.....	60
6.1 Onderzoeksvragen.....	60
6.2 Voorwaarden voor het protocol	60
6.3 Methode van ontwikkelen.....	61
6.3.1 De vorm van het protocol	61
• Voor- en nameting	61
• Beleving van het slikspreekuur	62
6.3.2 De inhoud van het protocol	63
• Vraag I en II	63
• Onderdeel A (algemeen).....	63
• Onderdeel B (voeding) en C (problematiek)	63
• Onderdeel D (dagelijkse activiteiten) en E (gezondheidstoestand en kwaliteit van leven)	64
• Onderdeel F (beleid).....	64
6.3.3 Interpretatie van de uitkomsten	64
6.4 Resultaat	65
6.5 Discussie	66
7 Aanbevelingen bij gebruik van het protocol	67
Samenvatting	70
Verklarende woordenlijst.....	72
Literatuurlijst	75

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is, in het kader van het afstudeerproject, geschreven door vier vierdejaars logopediestudenten van de Hogeschool Utrecht, te weten Fleur Bakker, Arjenne Swart, Lizet van Woudenberg en Eva Zijp.

Bij aanvang van de afstudeerfase ondernamen wij, zonder het van elkaar te weten, tegelijkertijd het initiatief om ons te verdiepen in de map met voorstellen voor afstudeerprojecten. Hierbij bleek dat wij alle vier interesse hadden in hetzelfde projectvoorstel van het kinderslikteam van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), hetzij vanwege het onderwerp, hetzij vanwege de diversiteit van de verschillende onderzoeksactiviteiten. Omdat wij onderling, uit voorgaande studiejaren, positieve ervaringen met samenwerken hadden, was vrij snel besloten om ons als groep te profileren en het project aan te pakken.

Wij begonnen als groep aan een intensieve periode van vijf maanden waarin wij veel met elkaar hebben samengewerkt, elkaar stimuleerden, aanvulden en ondersteunden. Achteraf is gebleken dat wij als groep streefden naar volledigheid, waarbij wij de grenzen van ons kunnen hebben moeten opzoeken om alles binnen de daarvoor beschikbare tijd van vijf maanden af te ronden. Toch zijn wij, met hulp van de hieronder genoemde onmisbare personen, uiteindelijk met een voldaan gevoel, tot de producten gekomen waarin u nu inzage heeft. Wij hopen dat u ons onderzoeksverslag met interesse en plezier zult lezen en dat u wellicht nog gebruik kunt maken van de ontwikkelde producten.

Dit verslag en de ontwikkelde producten hadden niet deze vorm gehad zonder de aanwijzingen van onze projectbegeleidster Hermine Stumpel, als docent verbonden aan de Hogeschool Utrecht. Zij gaf ons het gevoel dat wij voldoende kennis en de kunde bezaten om het project tot een goed einde te brengen en zij zorgde er steeds voor dat wij nog een stap verder konden zetten. Hiervoor zijn wij haar erg dankbaar. Als tweede beoordelaar van de HU willen wij nog Florentine Schepers bedanken, die ook met waardevolle opmerkingen en aanvullingen is gekomen.

Graag willen wij ook KNO-arts Ida van Wijck en logopediste Mieke Menheere, onze opdrachtgevers uit het werkveld die beide intensief betrokken zijn bij het kinderslikspreekuur van het WKZ, zeer bedanken voor de mogelijkheden die zij ons gegeven hebben en het vertrouwen dat zij in ons gesteld hebben. Zij gaven ons de gelegenheid praktijkervaringen op te doen door sliksprekuren bij te wonen en gaven ons aanwijzingen die bijdroegen aan verdieping en een goede basis (fundering) van het afstudeeronderzoek.

Tenslotte heeft René Tuinhout ons, waar onze kennis van computers niet ver genoeg reikte, met raad en daad bijgestaan, waarvoor onze dank.

Gelukkig heeft een ieder op zijn tijd, ook veel steun gevonden bij partners, familie en vrienden, waarvoor wij hen erg dankbaar zijn.

Inleiding

Dit onderzoeksverslag is geschreven voor logopedisten en andere (para)medici die geïnteresseerd zijn in multidisciplinair slikonderzoek bij kinderen.

Het verzoek om dit project uit te voeren komt van het slikteam van het kinderslikspreekuur in het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ). De KNO-arts/foniater Ida van Wijck en een logopediste, Mieke Menheere van dit kinderslikteam wilden graag dat in kaart gebracht zou worden hoe het met de kinderen ging die zij in de afgelopen anderhalf jaar op het spreekuur onderzochten. Omdat zij deze kinderen na het slikspreekuur in principe niet meer terugzagen en er geen sprake was van een follow-up, ontbrak het hen aan deze gegevens. Hierdoor wisten zij niet of de adviezen die het slikteam tijdens het spreekuur aan de ouders had meegegeven, waren opgevolgd of niet. Ook de invloed van het wel of niet opvolgen van de adviezen op de slikproblematiek, de gezondheids-toestand en het welbevinden van het kind bleef daardoor onbekend. Een andere vraag die bij het slikteam leefde was hoe het slikspreekuur door kinderen (en hun ouders) ervaren werd. Bovendien gaven Ida van Wijck en Mieke Menheere aan dat het handig zou zijn om voor toekomstige patiënten over een protocol te beschikken waarmee een dergelijke evaluatie op gestandaardiseerde en systematische wijze uitgevoerd zou kunnen worden.

Naar aanleiding van deze verzoeken is een project gestart dat bestond uit verschillende onderzoeken. Hieronder kunt u lezen welk deel van dit project in welk hoofdstuk beschreven wordt. Allereerst heeft een voorbereidende literatuurstudie plaatsgevonden ter verbreding en verdieping van de algemene kennis op het gebied van slikproblematiek bij kinderen. Op basis hiervan en naar aanleiding van gesprekken met de genoemde leden van het slikteam, zijn toen de onderzoeksvragen geformuleerd die ten grondslag hebben gelegen aan het evaluatief onderzoek. De onderzoeksvragen en de achtergronden en motivaties die hierbij van belang waren, staan beschreven in het eerste hoofdstuk van dit onderzoeksverslag: *De onderzoeksvragen: beschrijving, theoretisch kader en achtergronden*.

Vervolgens is door middel van een gerichte literatuurstudie aan de hand van specifieke subonderzoeksvragen de benodigde kennis verworven op het gebied van multidisciplinair slikonderzoek bij kinderen en evaluatie hiervan. Hieronder viel ook verdieping van kennis specifiek met betrekking tot de aanpak van het kinderslikspreekuur in het WKZ. De aanpak en resultaten van deze literatuurstudie staan beschreven in hoofdstuk twee: *Literatuurstudie*.

Met betrekking tot de effectevaluatie stelde het slikteam in de projectaanvraag voor dat de beginsituatie van de onderzochte kinderen in kaart gebracht zou worden door gegevens uit statussen te verzamelen. Dit is ook de werkwijze die de onderzoeksgroep gevolgd heeft. Meer hierover staat beschreven in hoofdstuk drie: *Dossierstudie*.

Voor het verkrijgen van gegevens ten behoeve van de eindmeting: de situatie van de kinderen, een bepaalde periode ná het slikspreekuur, werd door het slikteam voorgesteld dat de ouders benaderd zouden worden met vragen. De vragen zouden bijvoorbeeld als een telefonisch interview volgens een vast format of door het toezenden van een vragenformulier gesteld kunnen worden. Hierbij heeft de onderzoeksgroep ervoor gekozen om dit te doen in de vorm van een, eventueel digitaal, vragenformulier dat aan de ouders per post of email verzonden kon worden. Een uitgebreide beschrijving met achtergronden en motivaties van keuzes die in dit kader van belang waren staat in hoofdstuk vier: *Ontwikkeling van het evaluatieformulier*.

De evaluatie, die uitgevoerd is met behulp van gegevens uit de dossierstudie en gegevens uit het evaluatieformulier, staat beschreven in hoofdstuk vijf: *Evaluatie*, inclusief de gevonden verbanden en conclusies die hieruit volgden.

In hoofdstuk zes: *Ontwikkeling van het protocol*, staat beschreven hoe gekomen is tot een voorlopig protocol en wordt ingegaan op de inhoud ervan. Dit protocol maakt prospectief onderzoek mogelijk door middel van gestandaardiseerde gegevensinventarisatie, op basis van parameters die slikproblemen, en de invloed hiervan op specifieke aspecten van het leven van een kind, kunnen aantonen. Aan de parameters zijn, waar mogelijk, vooraf vastgestelde uitkomstmaten met een bepaalde waardering verbonden, waardoor subjectieve antwoorden ondervragen worden. Dit maakt, dat met de evaluatie-instrumenten die deel uitmaken van dit protocol, antwoorden verkregen kunnen worden die goed vergelijkbaar en meetbaar zijn, zodat de gegevens geschikt zijn voor evaluatie. Gegevens die met dit protocol o.a. geïnventariseerd en geëvalueerd kunnen worden, zijn: 1) de mate waarin adviezen zijn opgevolgd, 2) wat de invloed hiervan is geweest op de slikproblematiek en 3) hoe dit samenhangt met veranderingen in de kwaliteit van leven van het onderzochte kind.

Ten slotte worden nog enkele suggesties gedaan die voor het toekomstig gebruik van het protocol van belang kunnen zijn. Dit leest u in hoofdstuk zeven: *Aanbevelingen bij het gebruik van het protocol ten behoeve van prospectief onderzoek en evaluatie van het slikspreekuur*.

Het evaluatieformulier is opgenomen in het document Bijlagen Multidisciplinair Kinderslikspreekuur. Het protocol is als afzonderlijk document uitgevoerd opdat het gemakkelijker te hanteren is. Aan direct betrokken belanghebbenden is tevens een aparte bijlage verstrekt waarin alle tijdens het onderzoek verzamelde gegevens zijn weergegeven.

1 De onderzoeksvragen: beschrijving, theoretisch kader en achtergronden

In dit hoofdstuk staat beschreven welke onderzoeksvragen er geformuleerd zijn en hoe tot deze vragen gekomen is. Ook wordt nader toegelicht waarom het belangrijk was om een evaluatie-instrument te ontwikkelen ten behoeve van het evaluatief onderzoek dat in dit onderzoeksverslag beschreven staat.

Ten slotte wordt ingegaan op het belang van de ontwikkeling van een protocol door de projectgroep, op basis waarvan het kinderslikspreekuur en gegeven adviezen geëvalueerd kunnen worden door het slikteam.

1.1 Omschrijving van de onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die ten grondslag liggen aan het evaluatief onderzoek dat in dit verslag beschreven staat, zijn gebaseerd op wensen van de leden van het multidisciplinair kinderslikteam¹ van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), zoals deze tijdens voorbereidende gesprekken naar voren kwamen. Deze gesprekken werden gevoerd met de KNO-arts/foniater en een logopediste van het kinderslikteam. Uitgangspunt van het slikteam was dat op basis van gegevens van ongeveer twintig kinderen die het slikspreekuur bezochten in 2004 en 2005, geëvalueerd zou worden wat de invloed was van gegeven adviezen op de slikproblematiek, de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven van de onderzochte kinderen. Ook wilden zij weten hoe het slikspreekuur door de kinderen en hun ouders ervaren was.

Naar aanleiding van deze wensen van het slikteam zijn de onderzoeksvragen met betrekking tot het evaluatief onderzoek als volgt geformuleerd:

- I. Hoe is het multidisciplinair kinderslikspreekuur door het kind² en de ouder(s) beleefd?
 - II. Welk verband bestaat er tussen (al dan niet opgevolgde) adviezen en veranderingen in de slikproblematiek en/of de kwaliteit van leven³ van het onderzochte kind.
- Deze vraag valt uiteen in onderstaande subvragen:
- Welk beleid is gevoerd ten aanzien van de (slik)stoornis van het kind in de periode nadat het advies werd gegeven? Is het advies van het slikteam opgevolgd?
 - Welk invloed heeft het gevoerde beleid, volgens de ouders, gehad op de pathologie van het slikken, de veiligheid van het slikken, de (fysieke en mentale) beleving van het slikken en de kwaliteit van leven van het kind?

Beide onderzoeksvragen worden beantwoord in §5.5.

Bovendien wilde het slikteam in de toekomst beschikking hebben over een protocol, waarmee op twee momenten (ten tijde van het slikspreekuur en een half jaar daarna) de slikproblematiek, de gezondheid en de kwaliteit van leven van het kind, weergegeven zou kunnen worden. Dit protocol zou hiertoe parameters moeten bevatten die de slikproblemen en de invloed hiervan op bepaalde aspecten van het leven van een kind kunnen aantonen. Door de hiermee verkregen gegevens van

¹ Het multidisciplinair slikteam van het WKZ bestaat uit een KNO-arts/foniater, een logopediste en een röntgenoloog.

² In dit verslag wordt met kinderen bedoeld: kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar en enkele kinderen ouder dan 18 jaar, met een verstandelijke en/of meervoudige handicap. Zie ook §3.3.1 en §3.3.2.

³ In dit verslag altijd gemeten aan de hand van de domeinen 1) algemene gezondheid, 2) invloed van slikproblematiek op de activiteiten: eten, slapen en spelen/school/vrijtijdsbesteding/sociale contacten en 3) het psychisch welbevinden van het kind (positieve en negatieve emoties) tijdens eten en in het algemeen.

beginsituatie en follow-up met elkaar te vergelijken zou het slikteam in de toekomst zelf met regelmaat kunnen evalueren in hoeverre hun adviezen zijn opgevolgd, wat de invloed hiervan is geweest op de slikproblematiek en hoe dit samenhangt met veranderingen in de kwaliteit van leven van het onderzochte kind. Daarnaast zou het voor het slikteam interessant zijn om de ouders te laten beoordelen hoe zijzelf en hun kind het slikspreekuur beleefd hebben.

Op de ontwikkeling van het protocol lag voor het slikteam de nadruk. Voor de projectgroep was het echter vooral belangrijk dat er in elk geval een evaluatie uitgevoerd zou worden, omdat dit een eis was van de opleiding. Bovendien was het doen van evaluatief onderzoek met betrekking tot het slikspreekuur voor de projectgroep een voorwaarde om te kunnen komen tot een protocol dat goed zou aansluiten bij zowel het slikteam als hun doelgroep. Welke parameters voor het protocol essentieel waren, moest namelijk (deels) ook duidelijk worden uit de evaluatie. Naar aanleiding van deze evaluatie is een voorlopig protocol ontwikkeld, dat eventueel nog verder uitgewerkt kan worden.

1.2 Het belang van de evaluatie en ontwikkeling van een protocol

1.2.1 De evaluatie

Over het evalueren van multidisciplinair slikonderzoek bij kinderen is beperkt gepubliceerd, zoals te lezen in Veeremans-Wauters (2000): *‘Een team van voedingsspecialisten verzekert een optimale evaluatie en zorg voor het kind met voedingsproblemen en schept daarnaast een multidisciplinair forum voor de groei van klinische kennis. Toch bestaat er weinig literatuur die deze teambenadering kritisch evalueert.’*

Veeremans-Wauters (2000) geeft hier ook een redenen voor: *‘Meestal beschrijft men een team-model of gebruikt men een gevalsbespreking om de effectiviteit van hun multidisciplinaire aanpak aan te tonen. Kritisch evalueren wordt bemoeilijkt door de verscheidenheid van diagnostische categorieën en de beperktheid van de proefgroepen. (...) Slechts enkele kwalitatieve studies zijn gepubliceerd over de multidisciplinaire diagnostiek van voedingsproblemen bij kinderen.’*

Miller & Willging (2003) beschrijven dat zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek naar slikproblemen schaars is maar dat er wel een trend is om uitkomsten te documenteren om zo evidence based evaluatie en behandeling mogelijk te maken. Zij schrijven in hun artikel over voortgang in evaluatie en behandeling van slikproblemen bij kinderen. Hierin komen zij tot de conclusie, dat onderzoek dat bijdraagt aan kennis over diagnostiek en behandeling van dysfagie bij kinderen, de laatste jaren weliswaar toeneemt, maar dat er nog veel werk verzet moet worden. Ook beschrijven zij dat verschillende studies bewijs verschaffen dat er behoefte bestaat aan gestandaardiseerde definities van slikparameters.

Het voortzetten van onderzoek, zowel retrospectief als prospectief, is nodig om tot evidence based protocollen voor evaluatie van onderzoek en behandeling van dysfagie bij kinderen te komen. Met het retrospectief onderzoek van de projectgroep, naar de invloed van adviezen op de slikproblematiek en de kwaliteit van leven van het kind, zal informatie worden verkregen over de doeltreffendheid van dergelijke adviezen. Uitkomsten van deze evaluatie zouden daarmee kunnen dienen om toekomstige adviezen te onderbouwen.

Daarnaast zal evaluatie van de beleving van het multidisciplinair kinderslikspreekuur in het WKZ informatie verschaffen over aspecten in de werkwijze van het slikteam, die van belang zijn om goed bij de patiënt en zijn/haar ouder(s) aan te sluiten. Ook toekomstige patiënten zullen daarom gebaat zijn bij deze studie naar de invloed van gegeven adviezen en van de beleving van het slikspreekuur. Omdat er tijdens de literatuurstudie geen evaluatie-instrumenten werden gevonden die geschikt waren om te gebruiken voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen, werd door de project-

groep een eigen evaluatieformulier ontwikkeld dat voldoende uitgebreid en specifiek was om de benodigde gegevens mee te verkrijgen via de ouders. Zie ook hoofdstuk 4 *Ontwikkeling van het evaluatie-instrument*.

1.2.2 Het protocol

Om ook prospectief onderzoek te kunnen doen was het voor het slikteam van belang dat er een protocol ontwikkeld zou worden, waarmee alle relevante gegevens voor begin- en eindsituatie gesystematiseerd en op uniforme wijze in kaart gebracht zouden kunnen worden.

Door aan deze gegevens, waar mogelijk, vaste uitkomstmaten te verbinden met een vooraf vastgestelde waarde, is er bovendien voor gezorgd dat antwoorden van ouders behalve vergelijkbaar, ook meetbaar zijn. Hierdoor kan bij evaluatie van deze gegevens een geobjectiveerde uitspraak worden gedaan over een eventuele voor- of achteruitgang in de slikproblematiek en/of de kwaliteit van leven van het kind. Met het evalueren op basis van een dergelijk protocol zou een belangrijke bijdrage geleverd kunnen worden aan het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van het slikspreekuur.

Ook kinderslikteams in Nederland en België zouden uiteindelijk baat kunnen hebben bij een protocol dat evaluatie van een multidisciplinair slikspreekuur en de adviezen die daar gegeven worden, mogelijk maakt. Wanneer namelijk meerdere slikteams hetzelfde protocol zouden gebruiken, dan wordt vergelijking van de invloed van gegeven adviezen op de onderzochte kinderen, tussen deze teams mogelijk. Toepassing van een protocol gedurende langere tijd door verschillende teams, heeft in dat geval bovendien als voordeel dat evaluatie van al deze gegevens samen, wellicht tot verdere onderbouwing van bestaande behandeladviezen of zelfs tot nieuwe inzichten zou kunnen leiden.

1.2.3 Producten die ontwikkeld zijn:

Tijdens het project zijn twee producten ontwikkeld:

1. Een evaluatie-instrument, in de vorm van een oudervragenlijst. Dit is tevens een meet-instrument dat uitkomstmaten bevat met vooraf vastgestelde waarden op basis waarvan een geobjectiveerde uitspraak gedaan kan worden over uitwerkingen van gegeven adviezen en beleving van het slikspreekuur. De hiermee verkregen antwoorden van ouders, konden informatie geven over: de algemene gezondheidstoestand, de voedingssituatie, de slikproblematiek, hoe de problematiek enkele belangrijke activiteiten van het dagelijks leven beïnvloedt, hoe de ouder de kwaliteit van leven van het kind inschat, hoe het spreekuur door het kind en door de ouder(s) beleefd is en welk beleid sinds het slikspreekuur gevoerd is ten aanzien van de slikstoornis.
Samen met de gegevens uit de medische dossiers, de beginsituatie⁴, gaven de antwoorden (indirect) ook informatie over het al dan niet opvolgen van adviezen die tijdens het slikspreekuur gegeven waren en over mogelijke verbanden tussen al dan niet opgevolgde adviezen en veranderingen in de slikproblematiek en/of de kwaliteit van leven⁵ van het kind.
2. Een voorlopig protocol waarmee in de toekomst: vóór en tijdens het slikspreekuur informatie kan worden verzameld t.b.v. het vaststellen van de beginsituatie en een half jaar later t.b.v. het vaststellen van de eindsituatie (de follow-up), zodat evaluatie mogelijk is. Een apart onderdeel van het protocol is een enquête die het mogelijk maakt de beleving van het slikspreekuur door ouder(s) en kind te evalueren.

⁴ Onder beginsituatie wordt verstaan: de situatie van het kind zoals deze ten tijde van het slikspreekuur was.

⁵ Gemeten aan de hand van de domeinen: algemene gezondheid, invloed van slikproblematiek op dagelijkse en sociale activiteiten en psychisch welbevinden van het kind.

2 Literatuurstudie

Ter voorbereiding op het evaluatief onderzoek dat uitgevoerd zou gaan worden heeft in de eerste fase van het project een literatuurstudie plaatsgevonden, deels ook parallel lopend aan de start van de dossierstudie die in hoofdstuk 3 beschreven staat. In dit hoofdstuk worden allereerst de deelvragen (de subonderzoeksvragen) genoemd die ten grondslag lagen aan de literatuurstudie. Daarna wordt onder 'Methode' beschreven op welke manier naar literatuur gezocht is en welke overwegingen een rol hebben gespeeld in het besluit of literatuur relevant was voor het onderzoek. Vervolgens wordt bij 'Resultaten' besproken welke literatuur relevant bevonden is met betrekking tot de deelvragen, wat de gevonden antwoorden op de deelvragen zijn en welke conclusies er aan verbonden zijn.

2.1 Onderzoeksvragen met betrekking tot de literatuurstudie:

De literatuurstudie was er onder andere op gericht om de algemene en meer specifieke kennis rondom sliksprekuren en sliksproblematiek bij kinderen te vergroten.

Er is antwoord gezocht op de onderstaande vragen:

1. Welke ontwikkelingen zijn er in Nederland en België op het gebied van multidisciplinaire benadering van sliksproblemen bij kinderen?
2. Hoe ziet de aanpak van het sliksprekuren door het sliksprobleemteam van het WKZ eruit; waaruit bestaat dergelijk onderzoek; door wie wordt het uitgevoerd?
3. Bestaan er instrumenten waarmee correlaties tussen multidisciplinair kinderslikonderzoek en -advies en veranderingen in de sliksproblematiek van onderzochte kinderen in kaart gebracht kan worden? Zijn er publicaties die dergelijke correlaties beschrijven?
4. Bestaan er richtlijnen en protocollen aangaande onderzoek, advies en evaluatie van sliksproblematiek bij kinderen?
5. Wat is er bekend over de invloed van sliksproblematiek op de kwaliteit van leven bij kinderen en welke vragenlijsten bestaan er om deze invloed in kaart te brengen/te meten?

De onderzoeksvragen worden beantwoord in §2.3.1 t/m 2.3.5.

2.2 Methode:

2.2.1 Het zoeken van literatuur

Op het internet is met vooraf vastgestelde zoekvragen, zoektermen en limieten gezocht naar literatuur via Cochrane, PubMed, Picarta, Google, Google scholar, Kennisnet, en paramedische websites. Ook is er gebruik gemaakt van vakliteratuur, aangereikt door derden waaronder o.a. leden van het kinderslikteam van het WKZ en van literatuur die in eigen bezit was.

Er is gezocht naar zowel Nederlandstalige als Engelstalige literatuur. Daarbij zijn publicaties ouder dan 10 jaar geëxcludeerd van de literatuurstudie. Er is gezocht naar systematische reviews, richtlijnen en protocollen op het gebied van multidisciplinair sliksprobleemonderzoek bij kinderen en evaluatie van dergelijk onderzoek.

2.2.2 Beoordeling van gevonden literatuur

Wanneer een titel en/of abstract leek aan te sluiten bij één of meerdere van de in §2.1 genoemde deelvragen, is het artikel of boek opgezocht en gelezen of gescand op relevantie. Na een meer of minder grondige bestudering van een boek of artikel werd de bruikbaarheid met betrekking tot het beantwoorden van de literatuuronderzoeksvragen vastgesteld.

2.3 Resultaten literatuurstudie: Achtergronden met betrekking tot kindersliksprekuren en slikproblematiek bij kinderen.

Een weergave van de zoektocht naar artikelen, boeken en instrumenten is te vinden in bijlage 2.1. In de volgende subparagrafen worden de gevonden antwoorden op de deelvragen en andere relevante tekst uit de literatuur beschreven.

Uit meerdere artikelen: Aalders & Joosten (1996), McHorney e.a (2000), McHorney e.a (2000), McHorney e.a (2002), da Costa (1997), Dejaeger & Goeleven (2005), Dusick (2003), Gerven & v.d. Engel-Hoek (2004), Logemann (2002), Rommel (1996), Rommel e.a (2000), Siktberg (1999), Wolf & Glass (1992) werden (ideeën voor) criteria en parameters geselecteerd voor het te ontwikkelen evaluatie-instrument en het uiteindelijke protocol.

Over het belang van opname van specifieke parameters in het evaluatieformulier is door de projectleden onderling gediscussieerd. In deze discussie waren de argumenten vooral afkomstig uit de kennis van de projectleden die is opgedaan uit vakliteratuur en tijdens de opleiding, en uit kennis die is opgedaan door bestudering van de dossiers van kinderen die het sliksprekuur van het WKZ bezocht hadden. De parameters, waarvan de meerderheid van de projectgroep vond dat ze belangrijk waren, zijn allereerst verwerkt in:

- een inventarisatieformat dat is opgesteld om gegevens uit de dossiers op uniforme wijze te kunnen verzamelen (zie §3.3.1);

en vervolgens, in overleg met de leden van het slikteam, opgenomen in:

- het evaluatieformulier (zie hoofdstuk 4 en bijlage 4.2)
- het protocol (zie hoofdstuk en bijlage 6.1)

Van de boeken die zijn gebruikt om tijdens het onderzoek keuzes te onderbouwen, waren specifiek van belang: v.d. Engel-Hoek (2002) en Logemann (2002).

2.3.1 Ontwikkelingen kinderslikteams in Nederland en België

Naast de multidisciplinaire benadering van kinderen met slikproblemen in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht heeft ook het Universitair Medisch Centrum Radboud in Nijmegen een soortgelijk team, genaamd 'Eet- en voedingsteam kinderen' (www.umcn.nl, okt 2004). Bovendien zijn enkele academische ziekenhuizen in Nederland op dit moment bezig een kindersliksprekuur op te richten. In België heeft het 'voedingsteam' van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven al enige jaren ervaring op het gebied van multidisciplinaire advisering van kinderen met voedingsproblemen (Rommel, 1996).

Uit publicaties en informatie op websites (v.d. Engel-Hoek, 2004; v. Wijck, 2004; Veereman-Wauters, 2000; www.uzleuven.be; www.umcn.nl) blijkt dat de samenstelling en het doel van kinderslikteams per ziekenhuis verschilt. In Nijmegen bestaat het 'Eet- en voedingsteam kinderen' uit een kindergastro-enteroloog, kinderchirurg, kinderpsycholoog, verpleegkundig specialist kinderen, kinderdiëtist, kinderfysiotherapeut, prelogopedist. Het slikteam van het 'Multidisciplinair kindersliksprekuur' van het WKZ in Utrecht is kleiner qua samenstelling. Dat team bestaat uit een logopedist, een KNO-arts/foniater en een röntgenoloog. In Leuven is er een 'Voedingsteam' dat bestaat uit een kindergastro-enteroloog, een logopedist, een diëtist, een orthopedagoog/psycholoog en een verpleegkundige.

De namen van de teams doen al vermoeden dat de inhoud en doelstelling van de verschillende teams, onderling niet altijd overeenkomen. Zo richt het slikteam in Utrecht zich specifiek op problemen die de kinderslikdiagnostiek (slikmotoriek en -techniek) betreffen. Voor problemen die voorkomen in andere aspecten rondom de voeding (zoals gedragsmatige problemen), bestaat er in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht een voedingsprekuur, gehouden door een logopedist. Bij de teams uit Nijmegen en Leuven is geen sprake van een dergelijke specialistische opsplitsing naar de aard van de problematiek, maar zijn alle aspecten rondom de voeding (zowel pathologische als gedragsmatige aspecten) in één multidisciplinair team ondergebracht.

Een ander onderscheid tussen de drie bovengenoemde teams is dat er in Leuven zowel diagnostiek als (kortdurende) behandeling plaatsvindt, terwijl men in Utrecht en Nijmegen voornamelijk onderzoek doet en adviseert.

Twee teams hebben gepubliceerd over hun ervaringen. De recentste publicatie is afkomstig van het kinderslikteam uit Utrecht (v. Wijck, 2004). Zij beschrijven 25 kinderen die in 2002 en 2003 het slikspreekuur bezochten. Conclusies uit deze studie, die voor dit project van belang zijn, waren dat er een grote diversiteit aan slikproblemen onderzocht waren en dat de oorzaken van die problemen op alle niveaus van het slikproces lagen. Ouders van patiënten en verwijzers hebben de nieuwe opzet van het slikonderzoek als zinvol ervaren.

In 2000 hebben Veeremans–Wauters e.a. hun ervaringen met 400 patiënten die naar het team in Leuven doorverwezen waren in de periode april 1994 tot december 1997 op papier weergegeven. De volgende bevindingen zijn belangrijk om in het kader van dit onderzoek te noemen: de meerderheid van de kinderen met orale voedingsproblemen was jonger dan twee jaar, van de totale groep doorverwezen kinderen werd bij 51% een oraal–technisch probleem onderkend. De volgende classificatie van orale voedingsproblemen werd gemaakt:

- o oraal–sensorische voedingsproblemen (24%)
- o oraal–motorische voedingsproblemen (12%)
- o zuigproblemen (20%)
- o slikstoornissen (6%)
- o ervaringsachterstand (5%)
- o andere voedingsproblemen (voedingsaversie of een combinatie van verschillende voedingsproblemen) (33%)

De follow-up resultaten van, tenminste twee maanden later, geven aan dat 58% van de patiënten de teaminterventie als therapeutisch ervaren. De follow-up gebeurde via ambulante raadpleging van het voedingsteam of via een telefoongesprek met de verzorgers van het kind.

2.3.2 De aanpak van het multidisciplinair slikspreekuur door het slikteam van het WKZ

Het multidisciplinair kinderslikteam van het WKZ bestaat uit een logopedist, een KNO–arts/foniater en een röntgenoloog. In het artikel van A. van Wijck (van Wijck, 2004) staat beschreven hoe het multidisciplinair slikspreekuur van het WKZ verloopt. De informatie in deze paragraaf (§2.3.2) is deels afkomstig uit dit artikel, deels uit een richtlijn van het UMC Utrecht⁶ en de macro/brief kinderslikonderzoek⁷ zoals gebruikt door het slikteam, deels uit waarnemingen gedaan tijdens observatie van enkele slikspreekuren in het WKZ en deels uit gesprekken naar aanleiding van het eerstgenoemde artikel, met de KNO–arts/foniater en een logopedist van het kinderslikteam (beiden auteurs van dit artikel).

■ *Aanmelding en oproep*

Wanneer het slikteam benaderd wordt met een verzoek een kind te onderzoeken op het multidisciplinair kinderslikspreekuur, wordt eerst door de KNO–arts/foniater en de logopedist van het kinderslikteam beoordeeld of het kind hiervoor in aanmerking komt. Voornamelijk kinderen bij wie de slikfunctie niet goed verloopt en/of bij wie aspiratie vermoed wordt, behoren tot de doelgroep van het slikteam en worden. Daarbij gaat het in principe om kinderen tot 18 jaar maar wanneer sprake is van een verstandelijke beperking en een veel jongere cognitieve leeftijd, dan worden ook wel oudere ‘kinderen’ die verder voldoen aan bovengenoemde criteria, toegelaten tot het slikspreekuur.

⁶ (Organisatie multidisciplinaire diagnostiek, 2001) Een richtlijn van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, waarin de uitvoerenden en, globaal, de activiteiten van het slikspreekuur beschreven staan.

⁷ Macro/brief kinderslikonderzoek, 2005: Hierin staan alle onderzoeken genoemd die door de verschillende disciplines (kunnen) worden uitgevoerd en wordt een opzet gegeven voor het verslag van het slikspreekuur, zoals dat wordt verstuurd naar verwijzers, behandelend logopedisten e.a. Een kopie van dat verslag wordt bewaard in het dossier van de patiënt. Zie ook bijlage 2.2.

Dit geldt voor zowel klinische als poliklinische kinderen. De kinderen met andere eetproblemen worden gezien op het voedingssprekuur van het WKZ.

De kinderen met eet/slikproblemen die tot de doelgroep van het slikteam behoren, worden vooral door KNO-, kinder-, huis-, long- en revalidatieartsen en door gastro-enterologen aangemeld bij het WKZ, vaak na een signaal van logopedisten (uit de periferie). Soms gebeurt dit ook op verzoek van de ouders. De eigenlijke aanmelding bij het WKZ moet echter altijd door de aanvragende arts gebeuren.

Vervolgens worden ouders en kind door het slikteam opgeroepen voor het slikspreekuur door middel van een toegezonden afspraakformulier voor slikonderzoek met daarin: datum, tijdstip, plaats en toelichting van het röntgenologisch, foniatisch en logopedisch onderzoek, vergezeld van een formulier voor het verlenen van toestemming voor het maken van een video en gebruik daarvan voor intern onderwijs en publicatie. Tevens ontvangen zij een vragenformulier waarin gevraagd wordt naar de hulpvraag, gegevens met betrekking tot de aard, ernst, frequentie en het verloop van de problematiek, gegevens over eet- en drinkgedrag en relevante medische gegevens. Voor klinisch opgenomen kinderen geldt dat de genoemde formulieren naar de betreffende afdeling verzonden worden.

■ *Verloop van het multidisciplinaire kinderslikspreekuur*

Anamnese

De antwoorden die gegeven zijn op vragen uit de oudervragenlijst, worden door de logopedist, tijdens het anamnesegesprek met de ouders besproken. Ook de KNO-arts is hierbij aanwezig en stelt eventueel aanvullende anamnestiche vragen die voor KNO-onderzoek van belang zijn. Deze bespreking vormt meestal het eerste deel van het slikspreekuur, tenzij daarvoor onvoldoende tijd is in verband met een geboekte tijd bij de röntgenoloog voor het uitvoeren van een röntgenologisch video-slikonderzoek. In dat geval vindt de verdere anamnese en bespreking van de vragenlijst (en soms ook het logopedisch onderzoek) plaats na röntgenologisch onderzoek. Bij klinische patiënten wordt vaak wel een anamnese afgenomen door de logopedist, maar wordt niet altijd een vragenlijst door de ouders ingevuld.

Onderzoeken⁸

Voor poliklinische kinderen geldt dat na de anamnese diverse onderzoeken plaatsvinden door de logopedist, de KNO-arts/foniater en de röntgenoloog.

Tijdens het logopedisch functioneel slikonderzoek door de logopedist worden o.a. de structuren in de mond, de sensibiliteit, motoriek en tonus in het mond-/keelgebied, de orale reflexactiviteit en de coördinatie van het slikken onderzocht, deels in de vorm van eet- en drinkobservatie met behulp van door de ouders zelf meegebracht eten, deels anders. Daarbij worden, indien mogelijk, verschillende therapeutische adviezen uitgetoetst die het slikken mogelijk zouden kunnen verbeteren, zoals een speciale speen, een andere houding en verandering van temperatuur.

Bij het foniatisch onderzoek door de KNO-arts/foniater worden o.a. de anatomie, motoriek en sensibiliteit van mond- en farynxgebied inclusief de faryngeale reflexen, de larynxmotoriek en de anatomie en sensibiliteit van de larynx onderzocht. Wanneer dit mogelijk en zinvol lijkt wordt daarbij door middel van flexibele endoscopie de structuur en het functioneren van de slikorganen onderzocht, waarbij eventueel ook gekeken wordt naar het verloop van het slikken van met methyleenblauw gekleurd drinken en/of eten via het FEES-onderzoek⁹.

Tijdens het röntgenologisch onderzoek zit het kind in een speciaal ontworpen slikstoel, de Utrechtse Pediatrische Stoel voor Interactief Slikonderzoek (U.P.S.I.S) (Menheere, 2004). Het gebruik van de U.P.S.I.S. vergemakkelijkt het maken van een röntgenslikvideo en draagt bij aan een verbeterde kwaliteit van gemaakte opnames. Dit komt o.a. doordat het kind in deze stoel een betere uitgangshouding heeft voor het slikonderzoek en doordat het kind in deze stoel beter stil zit dan

⁸ Zie voor een uitgebreider overzicht van de aspecten die tijdens de verschillende onderzoeken aan de orde komen ook bijlage 2.2: Macro/brief kinderslikonderzoek.)

⁹ Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. (Flexibel endoscopisch videoslikonderzoek).

wanneer het bijvoorbeeld bij een ouder op schoot zit. De stoel is verstelbaar waardoor deze voor ieder kind op maat gemaakt kan worden. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de röntgenoloog. De KNO-arts en logopedist zijn hierbij aanwezig. De logopedist overlegt met de röntgenoloog over de te verwachten problemen en bespreekt de aanpak, o.a. ten aanzien van de consistenties en hoeveelheden waarmee tijdens het slikonderzoek gewerkt zal worden en de manieren waarop dit zal worden ingenomen/aangeboden. Het kind krijgt ook hier weer zelf meegebracht eten aangeboden door de ouder, ditmaal gemengd met contrastmiddel: bariumpap of Isovist, of het kind eet en/of drinkt zelf. De logopedist begeleidt dit proces. Analyse van de slikvideo en het naar aanleiding daarvan vaststellen of er sprake is van penetratie, aspiratie en/of regurgitatie gebeurt door de röntgenoloog in samenwerking met de logopedist.

Voor klinische kinderen geldt dat in principe altijd geprobeerd wordt om dezelfde onderzoeken uit te voeren maar dat het vaak erg lastig is om dit zo te plannen dat alle betrokken disciplines daaraan ook daadwerkelijk deelnemen. Ook zijn bij deze kinderen niet altijd alle onderzoeken (door de verschillende betrokken disciplines) nodig omdat van hen al meer recente medische onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. Hierdoor komt het er voor deze kinderen vaak op neer dat na een eventuele anamnese door de logopedist, alleen röntgenologisch onderzoek plaatsvindt waarbij zo mogelijk in elk geval de logopedist aanwezig is. Deze bespreekt vervolgens de uitkomsten van het onderzoek en eventuele behandeladviezen met de zaalarts.

Diagnose-adviesgesprek

Tot slot wordt aan het eind van het slikspreekuur een diagnose-adviesgesprek gevoerd met de ouder(s) waarin het verloop en de uitkomsten van het onderzoek uitvoerig worden besproken en toegelicht. Daarbij wordt soms samen met de ouders teruggekeken naar de slikvideobeelden en besproken wat daarop te zien is. Ook krijgen de ouders in dit gesprek mondeling adviezen mee over eventueel te ondernemen stappen die mogelijk verbetering in de situatie zouden kunnen brengen.

Soms wordt met de ouders een controleafspraak gemaakt of wordt afgesproken dat er een telefonische follow-up plaats zal vinden. In welke gevallen een controleafspraak of follow-up gewenst is, wordt bepaald door het slikteam. Dit gebeurt in overleg, zowel onderling als met de ouders, en op basis van eigen expertise en ervaring.

■ *Overleg en evaluatie*

Eens per twee maanden vindt er een overleg plaats tussen de KNO-artsen, logopedisten en soms ook de röntgenoloog die verbonden is aan het slikteam en/of de chef de clinique. Tijdens zo'n overleg worden de onderzoeken die zijn uitgevoerd geëvalueerd. Ook wordt gesproken over de wachtlijst voor het spreekuur en over relevante ontwikkelingen in binnen- en buitenland op het gebied van onderzoek bij kinderen met slikstoornissen.

■ *Documentatie van verzamelde informatie*

Sinds juni 2005 wordt voor een beschrijving van het röntgenologisch onderzoek gebruik gemaakt van een gedetailleerd formulier: '*Werkwijze uitvoering röntgenslikonderzoek oropharyngeale slikstoornissen*' waarop verslag wordt gemaakt van verschillende aspecten m.b.t. de uitvoering en uitkomsten van het onderzoek.

Na afloop van het slikspreekuur wordt in de meeste gevallen een verslag geschreven: het slikspreekuur onderzoeksverslag, dat is opgesteld in briefvorm op basis van de macro/brief kinderslikonderzoek¹⁰, en waarin een samenvatting wordt gegeven van het verloop van het slikspreekuur inclusief de bevindingen. Hierin komen aan de orde: de anamnese, de onderzoeken,

¹⁰ Macro/brief kinderslikonderzoek, 2005: Hierin staan alle onderzoeken genoemd die door de verschillende disciplines worden uitgevoerd en wordt een opzet gegeven voor het verslag van het slikspreekuur, zoals dat wordt verstuurd naar verwijzers, behandelend logopedisten e.a.. Zie ook §2.3.2 en bijlage 2.2.

de uitkomsten hiervan, de adviezen die gegeven werden en de afspraken die tijdens het slikspreekuur gemaakt zijn. Dit slikspreekuur onderzoeksverslag (hierna te noemen SSU-onderzoeksverslag) wordt o.a. verstuurd naar de verwijzende arts, de behandelend logopedist en eventueel nog andere behandelende (para)medici. Een kopie ervan wordt bewaard in het medische dossier van de patiënt. Zie ook §3.3.4. Voor klinische kinderen geldt echter vaak dat er geen SSU-onderzoeksverslag wordt gemaakt omdat de procedure van het slikonderzoek voor hen anders is dan die van het multidisciplinair kinderslikspreekuur. Zie hiervoor ook eerder deze paragraaf, onder het kopje: *Onderzoeken*.

Soms wordt bij de ouders en/of het kind nagevraagd hoe het kind en de ouder(s) het onderzoek en advies ervaren hebben, maar in de meeste gevallen verzamelt of documenteert het slikteam geen informatie hierover.

Omdat een (telefonische) follow-up of het maken van een controleafspraak geen standaardprocedure is, valt in de meeste gevallen voor het slikteam niet na te gaan wat eventuele gevolgen zijn van ná het slikspreekuur gevoerd beleid ten aanzien van de slikstoornis. Hierover heeft het slikteam over het algemeen dan ook geen of weinig informatie.

2.3.3 Instrumenten waarmee correlaties tussen multidisciplinair kinderslikonderzoek en -advies en veranderingen in slikproblematiek in kaart gebracht kan worden

Er is één instrument gevonden dat in geringe mate gebruikt kon worden om multidisciplinair slikonderzoek en -advies te evalueren. Dit was het instrument: *'Multidisciplinaire raadpleging kinderen met voedingsproblemen'*, (Rommel, 1996). Het is ontwikkeld voor/door de afdelingen kindergastro-enterologie en kindergeneeskunde ten behoeve van de multidisciplinaire raadpleging kinderen met voedingsproblemen van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven (zie bijlage 2.4) Dit is een 'voorstel tot een evaluatie-instrument en tevens logopedische steekkaart', dat tot doel heeft om onder andere anamnestiche, medische, onderzoeks- en adviesgegevens in kaart te brengen. Hiermee is het mogelijk een beeld te schetsen van de problematiek die speelt rond het kind, zowel specifiek m.b.t. de slik- en/of eetproblemen als gericht op meer algemene problematiek die daarmee in verband kan staan. De volgende onderdelen komen hierin aan de orde:

- Persoonlijke gegevens
- Anamnese
- Voedingsstatus bij aanmelding:
 - Orale voeding
 - Alternatieve voeding
- Medische gegevens:
 - Medische voorgeschiedenis
 - Medisch onderzoek
- Voedingsobservatie:
 - Logopedische observatie
 - Gedragmatige observatie
- Besluit
- Follow up

Aan de gegevens die in dit uitgebreide formulier verzameld worden, wordt echter geen specifieke, uitkomstmaat verbonden. Hierdoor kan met behulp van dit formulier wel worden weergegeven welke problematiek en/of vaardigheid op een bepaald moment aanwezig is, maar niet wat de ernstmaat of frequentie is van de problematiek of hoe effectief een bepaalde vaardigheid is op dat moment. Bij een evaluatie zou met dit formulier dan ook alleen kunnen worden vastgesteld of een bepaald probleem en/of specifieke vaardigheid ontstaan of verdwenen is, maar niet of er sprake is van een verbetering of verslechtering hierin.

Omdat het instrument wel specifiek gericht was op slikproblemen bij kinderen en een uitgebreide lijst bevatte van relevante parameters om deze problematiek in kaart te brengen, was het instrument wel bruikbaar als bron van parameters voor slikproblematiek. Na aanpassing heeft het kunnen dienen als 'werkversie' om een eerste gegevensinventarisatie mee uit te voeren en relevante gegevens uit de medische dossiers in over te nemen. Op dit 'werkdokument' (bijlage 3.1) wordt in §3.3.1 nader ingegaan.

Over slikonderzoek is weinig geschreven en dat geldt zeker voor slikonderzoek bij kinderen. Dit wordt bevestigd in een onderzoeksrapport van het NIVEL uit 2004 (Leemrijse e.a., 2004). Daaruit komt naar voren dat er nog weinig of geen (effect)onderzoek is gedaan naar eet- en drinkproblemen en slikstoornissen in het algemeen, terwijl de patiëntengroep groeit. Ook zijn er volgens dit rapport weinig uitkomstmaten en meetinstrumenten beschikbaar voor patiënten met slikstoornissen. In §2.1 over de effectiviteit van logopedische interventie in het algemeen, wordt geconcludeerd: "Slikstoornissen en eet- en drinkproblemen vormen een groeiende groep binnen de logopedie (...) waarnaar nog weinig of geen (effect)onderzoek is verricht". In §2.2 over klinimetrie en relevantie van uitkomstmaten: "Op het gebied van spraak-taalproblemen zijn veel uitkomstmaten en meetinstrumenten beschikbaar, terwijl er daarentegen voor slikstoornissen niet veel uitkomstmaten en/of meetinstrumenten beschikbaar zijn."

Over evaluatie van (beleving van) kinderslikonderzoek en correlaties tussen gegeven adviezen, gevoerd beleid en invloed daarvan op slikproblematiek en/of kwaliteit van leven bij kinderen zijn geen publicaties gevonden.

In het rapport van het NIVEL (§2.1) wordt melding gemaakt van één onderzoek naar problematiek bij kinderen, namelijk: drinkproblematiek bij zuigelingen in het UMC St. Radboud. Dit onderzoek loopt nog en is gericht op het vroegtijdig onderkennen van drinkproblemen eventueel ter onderbouwing van fysiotherapeutische en/of prelogopedische behandeling.

Er werden geen publicaties (effectstudies) gevonden die effecten beschrijven van multidisciplinair slikonderzoek en/of van advies dat na multidisciplinair slikonderzoek werd gegeven.

2.3.4 Protocollen en richtlijnen t.b.v. onderzoek, advies en evaluatie m.b.t. slikproblematiek bij kinderen.

Er zijn geen richtlijnen met betrekking tot kinderslikproblematiek gevonden. Wel zijn er enkele richtlijnen voor onderzoek en behandeling van dysfagie, maar deze zijn gericht op volwassenen en geven bovendien geen inzicht in hoe het onderzoek ervaren is en in hoeverre het advies en/of de behandeling invloed hebben gehad op de slikproblematiek.

Alle protocollen die gevonden zijn, hebben betrekking op slikonderzoek en slikbehandeling, maar deze zijn niet specifiek ontwikkeld voor slikproblemen bij kinderen. Deze protocollen zijn veelal multidisciplinair en gaan voornamelijk over orofaryngeale slikstoornissen na oncologische hoofd-halschirurgie en radiotherapie, en de uitvoering en beoordeling van röntgenslikvideo's. Protocollen met betrekking tot advies of evaluatie van kwaliteit van leven bij slikproblematiek bij kinderen zijn niet gevonden.

2.3.5 Kwaliteit-van-levenvragenlijsten met betrekking tot slikproblemen

Er werd één (engelstalig) instrument gevonden om de kwaliteit van leven te meten bij patiënten met slikproblemen: de SWAL-QOL (McHorney e.a., 2000), gericht op volwassenen met orofaryngeale slikstoornissen. Er is gebruik gemaakt van de voorlaatste versie van dit instrument. Deze bevat in totaal ca 185 items die vallen onder de volgende domeinen:

- Burden
- Food selection
- Symptoms
- Eating duration
- Eating desire

- Eating loss
- Fear
- Sleep
- Fatigue
- Communication
- Self-image
- Psychological distress
- Social functioning
- Role functioning
- Clinical information
- Options information
- Self-care advise
- Technical quality
- Patient-centered quality

Het is niet gelukt om dit instrument in handen te krijgen omdat na emailcontact met de ontwerper(s) van dit instrument en vervolgens doorverwijzing naar derden, uiteindelijk het contact spaak liep en de juiste persoon niet bereikt kon worden. Omdat er wel drie uitgebreide artikelen over dit instrument beschikbaar waren en daarin lijsten met items van langere en kortere versies van de SWAL-QOL stonden afgedrukt (zie bijlage 2.5) met een opsomming van de specifieke uitkomstmaten, is besloten om op basis van de beschikbare informatie verder te gaan. Hieronder staat kort iets over de opzet en inhoud van deze artikelen en het belang ervan voor het ontwikkelen van het evaluatie-instrument en protocol.

In *'The SWAL-QOL Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults: 1. Conceptual Foundation and Item Development'* (McHorney, 2000a) maken de onderzoekers duidelijk dat er in de periode 1980–2000 veel vooruitgang is geboekt met betrekking tot het ontwikkelen van meetbare, fysiologische uitkomstmaten bij dysfagie, maar dat er een leemte was op het gebied van instrumenten waarmee (meetbare) data verkregen konden worden over de gezondheidsaspecten vanuit het perspectief van de patiënt, zoals de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid. De SWAL-QOL is gemaakt met de bedoeling dit 'gat' op te vullen en zo meer informatie te verkrijgen over het effect van verschillende behandelmethodes op (de kwaliteit van leven van) patiënten. De opzet en het raamwerk van dit instrument en de ontwikkeling van de items met specifieke en meetbare uitkomstmaten worden in dit artikel vervolgens uitvoerig beschreven. In twee daarop volgende artikelen werd zeer uitvoerig geschreven over de verdere uitwerking, verfijning en het compacter maken van het instrument (McHorney, 2000b) en over de betrouwbaarheid en de validiteit van dit instrument (McHorney, 2002). Deze drie artikelen waren van belangrijke informatieve waarde bij de ontwikkeling van het eigen evaluatie-instrument en het daaruit ontwikkelde protocol. Hierin werd bijvoorbeeld informatie gevonden en werden ideeën opgedaan over belangrijke aspecten als het bepalen van relevante items/ parameters, uitgaan van het patiëntperspectief, aansluiten bij de indirecte doelgroep: het slikteam en het specifiek en meetbaar maken van vragen en uitkomstmaten. Items uit de SWAL-QOL die van toepassing konden zijn op kinderen met slikproblemen, zijn aangepast en verwerkt in het evaluatie-instrument. Zie ook §4.2. Verder zijn er meerdere kwaliteit-van-levenvragenlijsten gevonden die enige relatie met slikproblemen hebben. Bijvoorbeeld kwaliteit van leven bij reflux, sondevoeding en laryngectomie, maar deze vragenlijsten waren allen te specifiek om ingezet te kunnen worden bij het bepalen van de kwaliteit van leven van een groep kinderen met verschillende slikproblemen.

2.4 Samenvatting en conclusie literatuurstudie

Bij de literatuurstudie is weinig specifieke informatie gevonden met betrekking tot de evaluatie van een multidisciplinaire benadering van kinderen met slikproblemen en de invloed die dit heeft op het welzijn van die kinderen. Er bestaan wel multidisciplinaire eetteams die gespecialiseerd zijn in

voedingsproblemen bij kinderen en er bestaan speciale voedingssprekuren voor kinderen met eetproblemen, maar multidisciplinaire kinderslikteams en sliksprekuren voor kinderen bestaan, behalve in Leuven (België) en Utrecht, nog nauwelijks. KNO-onderzoek, logopedisch onderzoek en röntgenologisch onderzoek zijn in dat geval steeds gescheiden en er vindt dan geen samenwerking plaats tijdens het onderzoek of bij het opstellen van behandeladviezen. Een reden daarvoor is waarschijnlijk, dat het multidisciplinair kinderslikonderzoek in Nederland en België nog 'in de kinderschoenen' staat en op dit moment volop in ontwikkeling is. Multidisciplinaire sliksprekuren bestaan er al wel voor volwassenen in de meeste grote ziekenhuizen in Nederland, maar niet voor kinderen. Wel zijn diverse ziekenhuizen inmiddels bezig om een multidisciplinair sliksprekuur op te zetten. Deze geluiden werden ook gehoord op een symposium over kinderslikproblematiek in Nijmegen, november 2005.

Ook in het NIVEL-rapport (Leemrijse, 2004) waarin een overzicht wordt gegeven van lopend (logopedisch) onderzoek vanaf 1995 op het gebied van logopedie (en ergotherapie), zijn in het 'overzicht resultaten van systematic reviews' en 'resultaten van effectstudies' geen reviews of studies terug te vinden die betrekking hebben op multidisciplinair kinderslikonderzoek en/of mogelijke behandeladviezen naar aanleiding daarvan.

Dit kwam ook naar voren uit diverse buitenlandse literatuur maar er is onvoldoende informatie geraadpleegd om te mogen concluderen dat in specifieke uitheemse landen niet of nauwelijks gepubliceerd is over (evaluatie van) beleving en effect van multidisciplinair kinderslikonderzoek.

3 Dossierstudie.

Om te kunnen evalueren hoe het met onderzochte kinderen gegaan is, sinds zij het multidisciplinair kinderslikspreekuur in het WKZ bezochten, moest allereerst worden vastgesteld wat de beginsituatie van deze kinderen was ten tijde van het slikspreekuur. Hiertoe zijn de medische dossiers van deze kinderen bestudeerd en zijn relevante gegevens uit de dossiers overgenomen en geïnterpreteerd. Hoe dit is gebeurd en wat de resultaten waren van de dossierstudie staat in dit hoofdstuk beschreven.

3.1 Achtergrond en doel(en) van de dossierstudie

De dossierstudie stond op drie manieren in dienst van de evaluatie.

Ten eerste was de dossierstudie het middel om alle gegevens te inventariseren, die van belang konden zijn voor het zo volledig mogelijk vaststellen van de beginsituatie van elk van de kinderen die het slikspreekuur in een bepaalde periode bezochten. Op grond hiervan werd besloten of van afzonderlijke kinderen voldoende informatie beschikbaar was om in de evaluatie te worden meegenomen.

Ten tweede moest uit de dossierstudie duidelijk worden welke parameters van essentieel belang waren om (de invloed van) slikproblemen en adviezen die daarop betrekking hebben, goed in kaart te brengen. Dit was in hoofdzaak bepalend voor een eerste besluit over welke parameters in het evaluatie-instrument en/of in het, in een later stadium te ontwikkelen, protocol, zouden worden opgenomen. Dit wordt verder besproken in hoofdstuk 4: *Ontwikkeling van het evaluatie-instrument* en hoofdstuk 6: *Ontwikkeling van het protocol*.

Ten derde was een doel van de dossierstudie, om meer inzicht te verkrijgen in de specifieke problematiek die tijdens het multidisciplinaire kinderslikspreekuur aan de orde kwam, opdat met het evaluatie-instrument en het protocol, goed op de praktijk zou worden aangesloten. Daarnaast was de dossierstudie bedoeld om belangrijke aspecten van de onderzoekspopulatie¹¹ en hoe het slikspreekuur voor deze groep verlopen is, in kaart te brengen, zodat een algemene uitspraak gedaan kon worden over het verloop en de uitkomsten van het slikspreekuur.

Ten aanzien van de beginsituatie waren belangrijke aspecten om te inventariseren:

- De samenstelling van de onderzoeksgroep. (Leeftijd en sekse, medische achtergrond/algemene anamnese).
- Het 'rugzakje' dat de kinderen meebrachten. (Relevante interventies in het verleden).
- De slikproblematiek. (Klacht + overige problematiek specifiek m.b.t. het slikken en de voeding).
- De hulpvraag.
- Informatie m.b.t. de voedingssituatie: sondevoeding ja/nee, voedings-/vochtintake goed ja/nee.

Ten aanzien van het verloop en uitkomsten van het slikspreekuur waren van belang:

- De onderzoeken die gedaan zijn.
- De uitkomsten van de onderzoeken/diagnoses die gesteld zijn.
- De adviezen die gegeven zijn.

¹¹ De 25 kinderen die tussen 1 januari 2004 en 1 juli 2005 het multidisciplinair slikspreekuur van het WKZ bezochten, waarvan de dossiergegevens bestudeerd en in kaart gebracht zijn. Zie ook §3.4.2.

3.2 Onderzoeksvragen met betrekking tot de dossierstudie:

Op basis van bovenstaande doelen geformuleerde onderzoeksvragen waarop door middel van de dossierstudie antwoord werd verkregen:

1. Hoe is de onderzoekspopulatie samengesteld?
 - Wat is de verdeling in leeftijd en sekse?
 - Wat is de medische achtergrond/algemene anamnese van de verschillende kinderen? Welke bijkomende/onderliggende problematiek kan mogelijk samenhangen met de slik- en/of voedingsproblemen?
2. Wat is per kind de beginsituatie?
 - Wat zijn voor de slik- en/of voedingsproblematiek mogelijk relevante (para)medische ingrepen geweest in de periode voor het slikspreekuur?
 - Welke (slik)klacht(en) worden aangegeven?
 - ◊ Welke klachten geven ouders zelf aan?
 - ◊ Welke klachten worden verder nog genoemd door andere direct betrokkenen?
 - Welke hulpvragen zijn er gericht aan het multidisciplinaire slikteam?
 - ◊ Wat zijn belangrijke hulpvragen?
 - ◊ Van wie zijn deze hulpvragen afkomstig?
 - Welke andere relevante problematiek speelt er eventueel nog met betrekking tot het slikken en de voeding?
 - Hoe is de voedingssituatie?
 - ◊ Via welke weg vindt de voedingsinname plaats? (Sondevoeding/mond etc.)
 - ◊ Wat is er bekend over de voedingswaarde die kinderen binnenkrijgen en over de vochtintake?
3. Wat kan gezegd worden over verloop en uitkomsten van het multidisciplinaire kinderslikspreekuur?
 - Welke onderzoeken zijn er tijdens het slikspreekuur uitgevoerd?
 - Wat zijn de uitkomsten van de onderzoeken? Welke diagnose heeft het slikteam gesteld?
 - Welke adviezen zijn meegegeven?

3.3 Methode

Voorafgaand aan het bestuderen van de dossiers is door de leden van de projectgroep een format gemaakt waarin de te inventariseren gegevens uit alle dossiers overzichtelijk konden worden weergegeven. Hierbij is gebruik gemaakt van het reeds bestaande formulier *‘Multidisciplinaire raadpleging kinderen met voedingsproblemen’* van de afdeling kindergastro-enterologie en kindergeneeskunde van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven (België), dat nader beschreven staat in §2.3.3 en is opgenomen als bijlage 2.4.

3.3.1 Voorbereiding: opzet van een format om dossiergegevens te inventariseren

In het door de projectgroep opgestelde inventarisatieformat (zie bijlage 3.1) werd een selectie opgenomen van items en gegevens uit het instrument uit Leuven, soms in aangepaste vorm. Dit werd nog aangevuld met items die naar mening van de projectgroep relevant waren, maar die in het Leuveninstrument ontbraken. Een belangrijke overweging bij het bepalen of gegevens geïnterviewd moesten worden of niet en dus wel of niet als item moesten worden opgenomen in het format, was dat de gegevens geschikt moesten zijn om de beginsituatie van een kind zo specifiek én zo volledig mogelijk in kaart te brengen. Daarbij werd in eerste instantie nog een ruim bereik van gegevens aangehouden omdat voor aanvang van de dossierstudie nog niet precies duidelijk was welke gegevens uiteindelijk van essentieel belang zouden zijn voor de evaluatie. Om niet het risico te lopen dat bij de dossierstudie gegevens gemist of niet genoteerd zouden worden,

die later wel belangrijk zouden blijken zijn daarom relatief veel items opgenomen in het inventarisatieformat.

3.3.2 Eerste selectie dossiers

In eerste instantie zijn door het slikteam de medische dossiers geselecteerd van de kinderen die zij graag geëvalueerd zouden zien. Door hen werden dossiers opgevraagd van kinderen die in 2004 en 2005 het kinderslikspreekuur bezochten.

In 2004 viel het eerste slikspreekuur in maart en alle dossiers van de in totaal 19 kinderen die gezien waren, werden opgevraagd. Hieronder waren 15 poliklinische en 4 klinische kinderen. Dit leverde 18 dossiers op die door de projectgroep werden ingezien, één dossier was om onbekende reden niet beschikbaar.

Van het jaar 2005 werden alle dossiers opgevraagd van kinderen die tot het laatste moment van opvragen (rond 5 oktober) het slikspreekuur bezochten. Hieronder waren ook enkele kinderen die het slikspreekuur meerdere malen bezochten. In totaal werden er 15 dossiers ingezien van kinderen die in 2005 het slikspreekuur bezochten, waarvan in elk geval twee kinderen het slikspreekuur (ook) klinisch bezochten. Uiteindelijk werden in het hele jaar 2005 in totaal 28 kinderen gezien, waarvan 5 klinisch.

Dossiers die na opvragen niet beschikbaar kwamen zijn na enige tijd opnieuw opgevraagd maar een aantal dossiers is ook na herhaaldelijk opvragen niet tot de beschikking van de projectgroep gekomen. Redenen hiervoor die door het slikteam werden aangegeven waren, dat het dossier al was opgevraagd door iemand anders waardoor het op een andere afdeling lag of dat het dossier zoek was. In totaal zijn er dus 33 dossiers ter beschikking van de projectgroep gekomen (18 uit 2004 en 15 uit 2005).

3.3.3 In- en exclusiecriteria van dossiers

Voor het in- en excluseren van dossiers ten behoeve van de evaluatie en daarmee indirect ook de dossierstudie, zijn door de projectgroep de volgende criteria aangehouden:

Inclusiecriteria

- Het slikspreekuurbezoek in het WKZ vond plaats tussen 1 januari 2004 en 1 juli 2005.
- Zowel poliklinische kinderen als klinische kinderen.

Exclusiecriteria

- Ontbreken van het SSU-onderzoeksverslag¹² van het bewuste slikspreekuurbezoek.
- Onvoldoende beheersing van het Nederlands door de ouders, waarbij tolkhulp gewenst zou zijn om betrouwbaar te kunnen communiceren.

De reden dat alleen kinderen uit 2004 en 2005 zijn geselecteerd door het slikteam waren, dat gegevens van kinderen die het slikspreekuur vóór deze periode bezochten al onderwerp van studie waren geweest, voor een artikel dat in 2004 geschreven is over het slikspreekuur. Bovendien was een belangrijke reden dat er voor deze kinderen erg lang tussen het tijdstip van slikspreekuurbezoek en het tijdstip van evaluatie zou zitten, namelijk langer dan 1½ jaar. Dit werd beschouwd als een te lange periode voor de ouders om zich de situatie van hun kind ten tijde van het slikspreekuur nog voldoende nauwkeurig te kunnen herinneren.

Kinderen die na 1 juli 2005 het slikspreekuur bezochten werden niet in het evaluatief onderzoek opgenomen omdat de periode tussen het slikspreekuur en het invullen van het evaluatieformulier dan vier maanden of korter zou zijn. Naar verwachting zou deze periode in sommige gevallen te

¹² Een verslag dat is opgesteld in briefvorm op basis van de macro/brief kinderslikonderzoek en waarin een samenvatting wordt gegeven van het verloop van het slikspreekuur inclusief de bevindingen. Hierin komen aan de orde: de anamnese, de onderzoeken, de uitkomsten hiervan, de adviezen die gegeven werden en de afspraken die tijdens het slikspreekuur gemaakt zijn. Zie ook §2.3.2, onder: *Documentatie van verzamelde informatie* en §3.3.4.

kort zijn om een eventueel gevolg van gevoerd beleid (het al dan niet opgevolgde advies) te kunnen evalueren.

Omdat het SSU-onderzoeksverslag essentiële informatie bevatte over de anamnese en de onderzoeken, de uitkomsten daarvan en conclusies en adviezen die daaruit volgden, was het ontbreken van dit verslag reden om kinderen waarbij dit document niet was opgesteld, te excluderen van het evaluatief onderzoek.

In de meeste gevallen betrof dit klinische kinderen, die het spreekuur hadden bezocht terwijl zij waren opgenomen in het WKZ. Van deze kinderen werd vaak geen SSU-onderzoeksverslag geschreven omdat het onderzoek niet volgens de vaste procedure van het multidisciplinaire slikspreekuur ging. (Zie hiervoor ook §2.3.2, onder: *Onderzoeken*.)

Wanneer geen oudervragenformulier werd aangetroffen betekende dit dat belangrijke aanvullende informatie van de ouders m.b.t. de slikproblematiek ontbrak. Dit was echter onvoldoende reden om die kinderen te excluderen, mede omdat voor een deel van die informatie gold dat alsnog een vergelijking zou kunnen worden gemaakt tussen de beginsituatie en de eindsituatie op grond van de gegevens die d.m.v. het evaluatieformulier zouden worden verkregen. Zie voor uitgebreide informatie over dit formulier: hoofdstuk 4 *Ontwikkeling van het evaluatie-instrument*.

Het tweede exclusie-criterium: Het niet voldoende beheersen van de Nederlandse taal, waarbij het inschakelen van een tolk/vertaler gewenst zou zijn om betrouwbaar (schriftelijk) te kunnen communiceren, werd gehanteerd omdat het regelen hiervan teveel extra tijd en arbeid met zich mee zou brengen. Dit zou ten koste zijn gegaan van andere werkzaamheden die voor het project en de evaluatie noodzakelijk waren.

3.3.4 Verloop van de dossierstudie

Na aanvang van de literatuurstudie is gedurende vier weken door de projectgroep een dagdeel per week besteed aan het bestuderen van de medische dossiers. Het betrof dossiers die in het WKZ aangemaakt waren vanaf het eerste bezoek van een kind aan een afdeling van het Wilhelmina Kinderziekenhuis. In de dossiers werd gezocht naar relevante informatie van de kinderen voor het onderzoek en dit gegevens werden per kind genoteerd in een inventarisatieformat. Twee documenten bleken voornamelijk van belang voor het verkrijgen van gegevens die belangrijk waren om de beginsituatie van elk kind in kaart te brengen.

Het eerste document was het al eerder genoemde SSU-onderzoeksverslag (zie ook §2.3.2, onder: *Documentatie van verzamelde informatie*), dat opgesteld is aan de hand van de macro/brief Kinderslikonderzoek. Een overzicht van de hierin genoemde punten die achtereenvolgens in het SSU-onderzoeksverslag besproken kunnen worden, wordt gegeven in bijlage 2.2.

Een tweede document waaruit veel informatie geselecteerd werd, was de oudervragenlijst die de ouders voorafgaand aan het slikspreekuur toegezonden hadden gekregen, met het verzoek deze in te vullen en mee te brengen naar het spreekuur (zie ook §2.3.2, onder: *Aanmelding en oproep*). Indien dit ingevulde vragenformulier in de status aangetroffen werd, is deze benut om informatie uit te selecteren m.b.t. de (slik)problematiek, klacht en hulpvraag.

Daarnaast zijn, wanneer deze informatie beschikbaar was, aanvullende gegevens gehaald uit brieven van verwijzers en uit onderzoeks- en behandelverslagen, van ten hoogste 2,5 maand vóór het slikspreekuur, van behandelend logopedisten en andere (para)medische behandelaars die voor het onderzoek relevante informatie bevatten. Eenmaal werd aanvullende informatie gehaald uit een verslag van een telefonisch gesprek tussen de logopediste van het slikteam met een moeder, voorafgaand aan het slikspreekuur.

Aanvullende informatie uit deze laatstgenoemde documenten/verslagen kon betrekking hebben op:

- de hulpvraag van de ouder, de verwijzer of de behandelend logopedist/diëtist/arts
- uitkomsten en conclusies n.a.v. recent uitgevoerd logopedisch onderzoek (en in uitzonderingsgevallen: KNO of foniatisch onderzoek).
- medische (achtergrond) gegevens.

3.3.5 Selectie dossiergegevens ter verdere verwerking en bestudering

Met de dossierstudie is per kind een aantal gegevens verzameld. Deze gegevens zijn genoteerd om een zo volledig mogelijk beeld van de problematiek en relevante aspecten van de situatie van het onderzochte kind weer te geven. Tijdens het verzamelen en noteren van deze gegevens in de inventarisatieformats, werd gaandeweg steeds duidelijker welke specifieke gegevens de problematiek en de situatie van de kinderen uiteindelijk het best in kaart brachten en daarmee konden dienen als parameter voor de beginsituatie.

Bij het in- en excluseren van geïnventariseerde items als parameter om de beginsituatie mee vast te stellen, was het voornamelijk van belang dat de gegevens variabelen dienden te zijn van het advies en van aspecten die tijdens het slikspreekuur onderzocht konden worden. Hiermee wordt bedoeld dat uit het dossier die gegevens zijn gehaald die ofwel konden veranderen door het gegeven advies ofwel onderwerp konden zijn van onderzoek tijdens het slikspreekuur. Zo werden bijvoorbeeld items overgenomen die betrekking hadden op de manier van voedselinname, de problemen die zich rond de voeding voordeden, gezondheidsklachten die verband konden houden met slikproblematiek, maar ook items die informatie gaven over de anatomie en fysiologie van het mond- en keelgebied. Zie ook §3.4.

Om uitspraken te doen over de kinderen in de dossierstudie was het in enkele gevallen noodzakelijk om de kinderen te vergelijken met normaal ontwikkelende kinderen. Een tabel, die gebaseerd is op het boek 'Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen' (v.d Engel-Hoek, 2002), is daarbij als uitgangspunt genomen. In die tabel is weergegeven wanneer een kind gemiddeld een bepaalde consistentie tot zich neemt en op welke manier (zie bijlage 3.2.).

Daarnaast zijn uit de dossiers enkele persoonsgegevens overgenomen zoals initialen, geslacht, geboortedata en adresgegevens.

3.3.6 Dataverwerking

Uit de geselecteerde data is per kind de situatie vóór het bezoek aan het kinderslikspreekuur te herleiden, de zogenaamde beginsituatie (T0).

Deze beginsituatie is, nadat het evaluatieformulier ontwikkeld en verzonden was, schematisch in kaart gebracht in een Excelbestand op zo'n manier dat de eindsituatie (T1), die in een later stadium werd verkregen door middel van een evaluatieformulier dat door de ouders werd ingevuld, er gemakkelijk mee te vergelijken was. (Zie ook het overzicht van het Excelbestand in bijlage 3.3) Bij deze inventarisatie was het van belang om voornamelijk de gegevens die ten tijde van het slikspreekuur via de ouders verkregen waren in de evaluatie te betrekken. Dit omdat het evaluatieformulier ook alleen door de ouders ingevuld zou worden en er alleen zó een goede vergelijking gemaakt kon worden.

3.4 Resultaat van de dossierstudie.

De geïnventariseerde gegevens die gebruikt zijn als parameter om de beginsituatie ten behoeve van de evaluatie in kaart te brengen, vallen uiteen in de volgende onderdelen:

- leeftijd
- geslacht
- lengte en gewicht
- manier van voedingsinname (via de mond/neus-maagsonde/PEG-sonde of andere sonde)
- wijze van aanbieden/tot zich nemen van voeding (bijv. beker, fles, lepel, zelfstandig of met hulp)
- consistenties
- ervaringen van het kind tijdens het eten
- voedingswaarde
- medische achtergrond en algemene anamnese

- aanvullende problematiek specifiek met betrekking tot de voeding
- klacht
- hulpvraag
- onderzoeken tijdens slikspreekuur
- diagnose
- advies
- gemaakte afspraken.

Van de meeste van deze gegevens is de modus of het gemiddelde berekend en/of is een frequentietabel weergegeven, welke terug te vinden zijn in de navolgende subparagrafen en voor een groot deel ook in de bijlagen 3.4.1 t/m 3.4.13.

3.4.1 Uiteindelijke selectie dossiers ten behoeve van evaluatie

Van de 33 dossiers die in totaal ter beschikking kwamen, zijn er acht op basis van in- en exclusiecriteria, buiten de evaluatie komen te vallen. Hiervan zijn twee beschikbare dossiers nooit ingezien, omdat direct duidelijk was dat zij afvielen op grond van het exclusie criterium: tenminste vier maanden tussen slikspreekuurbezoek en het moment van versturen van de evaluatieformulieren. Voor zes dossiers gold dat wel een inventarisatie van relevante gegevens heeft plaatsgevonden maar dat deze gegevens vervolgens niet zijn overgenomen in de dataverwerkings-tabellen ten behoeve van het bepalen van de beginsituatie voor de evaluatie. Hiervan vielen vijf dossiers af omdat er geen SSU-onderzoeksverslag geschreven was of niet gevonden werd. Vaak betrof dit klinische kinderen. In één geval werd een dossier uitgesloten op grond van het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal door de ouder(s). Dit houdt in dat uiteindelijk 25 dossiers voor de eigenlijke dossierstudie geselecteerd werden ter verdere bestudering en verwerking van gegevens, op grond waarvan de beginsituatie van de betreffende kinderen kon worden vastgesteld. De resultaten van de dossierstudie zijn dan ook alleen gebaseerd op gegevens van deze 25 dossiers.

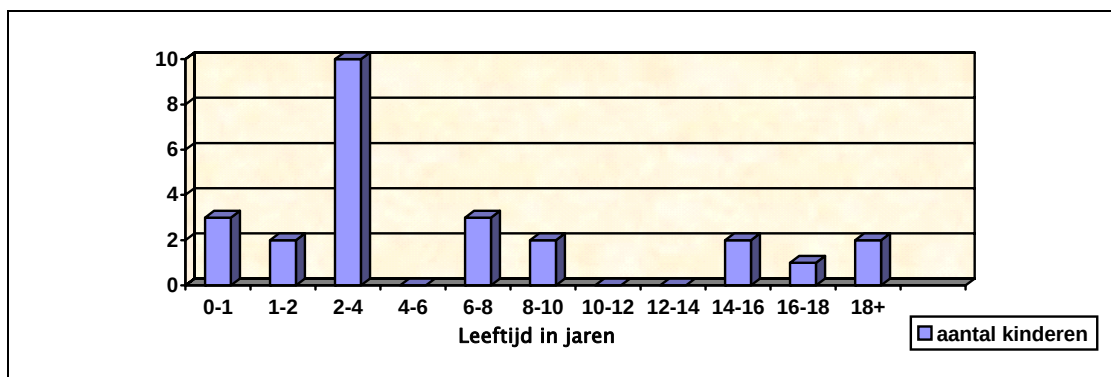
3.4.2 Onderzoekspopulatie

Bestudeerd en in kaart gebracht zijn de gegevens van 25 kinderen met slikproblemen die tussen 1 januari 2004 en 1 juli 2005 het multidisciplinair slikspreekuur van het WKZ bezochten.

■ *Leeftijd en sekse*

De onderzoekspopulatie bestond uit 10 meisjes en 15 jongens in de leeftijd van 2 maanden tot 24½ jaar¹³. De grootste groep bestond uit kinderen in de leeftijd onder de 4 jaar. Dit betrof 15 van de 25 kinderen, waarvan 10 in de leeftijd van 2 tot 4 jaar. Een reden daarvoor kan zijn dat de verschillende onderliggende oorzaken van complexe slikproblematiek bij kinderen vaak congenitaal en/of neurologisch van aard zijn (zie ook onder: *Medische achtergrond en algemene anamnese*), wat in de meeste gevallen zal betekenen dat de slikproblemen vanaf de geboorte aanwezig zijn of zich in de eerste levensjaren zullen ontwikkelen. Ook kan een belangrijke rol spelen dat overgangsfasen in het voedingspatroon, zoals de overgang van borstvoeding naar fles- of lepelvoeding, het introduceren van nieuwe consistenties of eet- en drinkgerei en het uitbreiden van de variaties in de voeding, vaak momenten zijn waarop zich problemen gaan voordoen. (Zie ook onder: *overige problematiek specifiek m.b.t. het slikken en de voeding*.) Deze veranderingen zullen over het algemeen in de eerste levensjaren plaatsvinden.

¹³ De adolescenten van achttien jaar en ouder behoren strikt genomen niet tot de doelgroep van het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Zij zijn om uitzonderingsredenen echter wel toegelaten tot het spreekuur. Zie §2.3.2. onder: *Aanmelding en oproep*.



Grafiek 3.1 Leeftijdsverdeling van de onderzoekspopulatie.

■ Medische achtergrond en algemene anamnese

Gestelde diagnoses

Een groot deel van de kinderen dat in dit onderzoek opgenomen is, heeft een complexe medische achtergrond. De meeste kinderen waren al gediagnosticeerd met diverse problematiek, voordat zij het slikspreekuur bezochten. Een verkort overzicht van de gestelde diagnoses die uit de algemene anamnese naar voren kwamen staat weergegeven in onderstaande tabel. Een volledig overzicht is te vinden in bijlage 3.4.1.

Er zaten 6 kinderen in een rolstoel. Omdat bij veel kinderen die in een rolstoel zitten ook sprake is van een afwijkende spierspanning, motoriek en/of houding en dit kan samenhangen met slikproblematiek is in bijlage 3.4.1 een aparte tabel weergegeven welke kinderen in een rolstoel zaten. In deze bijlage zijn deze kindnummers ook weer terug te vinden.

MEDISCHE ACHTERGROND / ALGEMENE ANAMNESE	
GESTELDE DIAGNOSES	N
Retardatie	11
Syndroom	6
Afwijkingen op oraal/faryngeaal/laryngeaal gebied	6
Cerebrale parese	3
Neurologische onrijpheid	1
Overige afwijkingen/stoornissen	19
Geen relevante diagnoses bekend	2

N = aantal keer dat betreffende diagnose gesteld is.

NB: Per kind zijn soms meerdere onderliggende aandoeningen aanwezig, hierdoor is het totaal van de medische diagnoses groter dan het aantal onderzochte kinderen.

Tabel 3.2 Medische achtergrond/algemene anamnese.

Uit de resultaten per kind (zie bijlage 3.4.1) blijkt dat een relatief groot deel van de kinderen (14 van de 25) een stoornis in (de werking van) de hersenen had, waarvan 11 psychomotorisch of anderszins geretardeerd waren. Daarbij moet worden aangetekend dat retardatie alleen als diagnose werd opgenomen, wanneer dit expliciet in het medisch dossier vermeld was. Wanneer bijvoorbeeld een kind als gevolg van een bepaald syndroom waarschijnlijk geretardeerd was, maar dit niet expliciet genoemd werd in het dossier, dan is dat niet meegenomen bij de telling van kinderen met retardatie. Het is dus mogelijk dat meer kinderen geretardeerd waren.

3.4.3 Beginsituatie bij aanvang slikspreekuur.

■ *Relevante (para-)medische interventies in de periode voor het slikspreekuur*

Kinderen die op het multidisciplinair slikspreekuur van het WKZ kwamen, waren in de meeste gevallen al bij één of meerdere (para)medici geweest voor onderzoek en/of behandeling van problemen die samen (kunnen) hangen met slik- en voedingsproblematiek.

Bij 14 van de 25 kinderen was sprake van medicatie, hiervan kreeg de helft (ook) antibiotica. 11 Kinderen hadden één of meer operatieve ingrepen ondergaan, 3 kinderen waren opgenomen geweest in een ziekenhuis voor (dreigende) dehydratatie/ ondervoeding of longontsteking, 11 kinderen hadden een KNO-/foniatrisch, radiologisch, logopedisch en/of gastro-enterologisch onderzoek ondergaan, 17 kinderen werden (ooit) begeleid door een logopedist voor slik(verwante) problematiek en bij 14 kinderen had een aanpassing ten aanzien van de voeding of voedingswijze plaatsgevonden (al dan niet op eigen initiatief van de ouders). In één geval was gestart met een gedragsmatige aanpak als interventie ten aanzien van slik- en/of voedingsproblemen en bij één kind hadden geen interventies plaatsgevonden of waren deze onbekend.

RELEVANTE INTERVENTIES IN DE PERIODE VOOR HET SSU	
INTERVENTIE	N
Logopedische therapie/begeleiding	17
Verandering in eten	14
Medicatie	14
Operatie	11
Onderzoeken	11
Ziekenhuisopname	3
Andere stappen	1
Geen relevante interventies bekend	1

N = aantal kinderen bij wie de betreffende interventie heeft plaatsgevonden.

Tabel 3.3 Relevantie interventies in de periode voor het slikspreekuur.

■ *Klacht*

De ouders die met hun kind naar het slikspreekuur kwamen, gaven steeds nul tot vijf klachten aan met betrekking tot de slikproblemen van hun kind. De meest voorkomende klachten vielen onder de noemer: 'weigeren van voeding of veel afweer vertonen' en 'verslikken in eten en/of drinken of een vermoeden daarvan' die respectievelijk bij 11 en 10 van de in totaal 25 kinderen genoemd werden. Deze klachten komen goed overeen met wat verwacht mag worden bij de doelgroep die het slikteam wil bereiken. In principe worden alleen kinderen voor het spreekuur opgeroepen, waarbij een vermoeden van of risico op aspiratie bestaat en dit zijn vaak ook de kinderen bij wie opvalt dat zij zich regelmatig verslikken.

Bij een groep kinderen die is geselecteerd op het (mogelijk) problematisch verlopen van het slikproces valt bovendien te verwachten dat voor veel van die kinderen het slikken en daarmee het eten en/of drinken geen plezierige ervaring betekent. Het weigeren van voeding of er heftig tegen gaan protesteren is dan een zeer verklaarbaar gevolg hiervan en het is dus ook niet vreemd dat dit als meest genoemde klacht naar voren komt.

Twee (paar) ouders kwamen naar het slikspreekuur zonder duidelijke klacht, of deze is niet geregistreerd. Bij één van hen ging het om een kind dat sinds de geboorte slikproblemen en een PEG-catheter had en was sprake van een 'monitor-afspraken' die volgde op twee eerdere afspraken, respectievelijk 8 en 17 maanden eerder. Dit om te beoordelen of het slikproces inmiddels zodanig verbeterd was dat een eventuele uitbreiding van voedingsmogelijkheden kon plaatsvinden. Bij het tweede kind waarvan geen klacht bekend was, viel uit de dossiergegevens geen klacht te herleiden. Er was wel een hulpvraag (voeding per os veilig?) maar het was onduidelijk waar die vandaan kwam en er werd geen informatie gevonden die herkenbaar was als afkomstig van de ouders.

In totaal werden 20 verschillende klachten genoteerd. Deels verwoord door de ouders zelf, deels aangegeven door verwijzers en behandelaars en deels verwoord door het slikteam n.a.v. de anamnese.

Hieronder staat een verkort klachtenoverzicht van de 7 meest voorkomende klachten. Een uitgebreid overzicht van de klachtenfrequentie en van de verschillende klachten per kind staan in bijlage 3.4.2 en 3.4.3.

MEEST VOORKOMENDE KLACHTEN	
KLACHT	<i>N</i>
Weigeren van voeding of veel afweer vertonen	11
Verslikken in eten en/of drinken of een vermoeden daarvan	10
Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken	5
Overgeven (voedsel komt uit de maag weer omhoog en wordt uitgespuugd)	5
Benauwdheid	4
Onvoldoende intake/conditie gaat achteruit	4
Voedsel in de mond nemen, maar niet kunnen of willen doorslikken	3

N = aantal keer dat betreffende klacht zich voordeed.

Tabel 3.4 Meest voorkomende klachten.

■ Hulpvraag

Ook voor de hulpvraag gold dat deze deels afkomstig was van de ouders zelf, deels kwam van verwijzers en behandelaars en deels verwoord is door het slikteam n.a.v. de anamnese. Het was in veel gevallen erg lastig om een hulpvraag van de ouders terug te vinden. Meestal was er geen sprake van een letterlijk geformuleerde hulpvraag. Soms kon desondanks de hulpvraag herleid worden uit opmerkingen van de ouders in de oudervragenlijst of uit informatie die verwoord was door het slikteam in het SSU-onderzoeksverslag. Op deze manier kon voor 8 kinderen een hulpvraag van de ouders worden vastgesteld. Het ging daarbij altijd om één hulpvraag. In 6 gevallen was er geen hulpvraag van de ouder(s) geformuleerd en viel deze ook niet te herleiden (maar waren er wel andere hulpvragen geformuleerd).

Bij 6 kinderen werden één of meer hulpvragen vermeld waarvan niet duidelijk was van wie deze afkomstig waren. De aard van de formuleringen deed daar vaak vermoeden dat het ging om een hulpvraag van een behandelend (para)medicus of verwijzend arts, maar het is niet uit te sluiten dat daar nog hulpvragen van ouders bij zaten. In 5 gevallen was er geen enkele hulpvraag terug te vinden (onbekend.)

Het grootste aantal hulpvragen van behandelende (para)medici en verwijzend artsen was afkomstig van logopedisten. Bij 9 kinderen waren één of meer hulpvragen van een logopedist afkomstig en bij één kind hadden de revalidatiearts en een logopedist samen enkele vragen geformuleerd. In totaal kwamen 16 hulpvragen van (o.a.) een logopedist.

Bij 6 kinderen waren er één of meer hulpvragen afkomstig van de behandelende of verwijzende KNO-, kinder-, revalidatie- of instellingsarts, gastro-enteroloog of plastisch chirurg. Zij kwamen met in totaal 14 hulpvragen. Op de volgende bladzijde staat in twee beknopte overzichten weergegeven wat geïnventariseerd is m.b.t. de hulpvraag van ouders en van wie andere hulpvragen afkomstig waren. Een uitgebreid resultatenoverzicht van de hulpvraag-inventarisatie, waarin ook de hulpvragers staan weergegeven, staat in bijlage 3.4.4.

HULPVRAAG VANUIT OUDERPERSPECTIEF		
		<i>N</i>
Hulpvraag van ouders was geformuleerd of viel uit dossierinformatie af te leiden		8
Hulpvraag van ouder(s) was niet geformuleerd en viel niet te herleiden, maar er was wel een hulpvraag van een verwijzend of behandelend (para)medicus bekend.		6
Onduidelijk van wie hulpvraag afkomstig was		6
Hulpvraag was onbekend/geen hulpvraag		5

N = aantal keer dat specifieke situatie m.b.t. tot de hulpvraag zich voordeed.

Tabel 3.5 Hulpvraag vanuit ouderperspectief.

TOTAAL VAN HULPVRAGEN PER HULPVRAGER		
HULPVRAGEN AFKOMSTIG VAN	AANTAL HULPVRAGEN TOTAAL	<i>N</i>
Logopedist(e)	16 (12)	10
Ouders	8	8
KNO-arts/foniater	3	2
Revalidatie-arts	2 (6)	1
Kinderarts	1	1
Instellingsarts	2	1
Gastro-enteroloog	1	1
Plastisch chirurg	1	1
Onduidelijk van wie hulpvraag afkomstig was	10	6
Hulpvraag was onbekend/geen hulpvraag	–	5

N = aantal kinderen bij wie één of meer hulpvragen afkomstig was van de betreffende hulpvrager.

NB. De hulpvragen die afkomstig waren van een logopedist en revalidatie-arts samen, zijn bij de logopedist meegeteld gezien het logopedisch karakter van de vragen. Dit ging om 4 hulpvragen. Tussen () is vermeld om welk aantal het zou gaan wanneer de vragen tot de revalidatie-arts gerekend waren.

Tabel 3.6, Totaal van hulpvragen per hulpvrager.

■ Overige problematiek specifiek m.b.t. het slikken en de voeding.

Naast de algemene (medische) problematiek van kinderen die bij de algemene anamnese naar voren kwam en de problemen die als klacht genoemd werden, was er nog een aanzienlijke hoeveelheid aan problematiek en aanvullende informatie over de voedings- en slikproblematiek die daarmee nog niet belicht was. Hiervan is een apart overzicht gemaakt (zie bijlage 3.4.5.)

Meest frequent werd genoemd: 'kan niet goed uit beker drinken' en 'kan niet goed kauwen' (beiden 9 keer) en 'na het slikken blijft voeding achter in de mond' (8 keer). Voorbeelden van informatie met betrekking tot de voedings- en slikproblematiek die daarnaast nog een belangrijke aanvulling gaf op de problematiek die als klacht naar voren kwam, zijn: 'Pijn: mijn kind geeft aan of wekt de indruk pijn te hebben bij het slikken van voeding en/of speeksel', 'Anders/ borrelig klinken van de stem na het slikken' en 'Slecht verdragen van brokjes in de voeding'.

Veel van deze problematiek kwam naar voren uit de oudervragenformulieren die door de ouders voorafgaand aan het sliksprekkuur zijn ingevuld. De concrete omschrijvingen van diverse aspecten van slik- en voedingsproblematiek in dit formulier, maakten het mogelijk om heel specifieke probleemomschrijvingen voor meerdere kinderen te 'scoren' en mee te tellen. Andere problematiek die werd genoemd door ouders (hetzij uit eigen beweging hetzij op aangeven van een logopedist of verwijzer) was vaak minder specifiek en daardoor minder goed onder één en dezelfde omschrijving

onder te brengen voor meerdere kinderen. Omwille van volledigheid en zorgvuldigheid is er daarom voor gekozen om aan elkaar verwante omschrijvingen van problematiek die dicht bij elkaar licht in de meeste gevallen toch apart te vermelden. Een uitgebreid overzicht hiervan is te vinden in bijlage 3.4.5.

Samenvattend had de aanvullende informatie over het algemeen te maken met één of meer van de volgende aspecten:

- De attitude en emoties van het kind ten aanzien van het eten/drinken en slikken.
- Tempo en hoeveelheid van eten/drinken.
- Specifieke consistenties en temperatuur van eten/drinken waarbij zich vooral problemen voordoen.
- Afwijkingen in de verwerking van voeding, zoals: achterblijven van voeding in de mond na het slikken en terugkomen van voeding door de neus.
- Afwijkingen in de sensibiliteit en motoriek van het mond-/keelgebied, zoals: problemen met kauwen.
- Verschijnselen die kunnen wijzen op aspiratie, zoals koortsaanvallen en borrelige stem na slikken.
- Verschijnselen die kunnen wijzen op slokdarm- of maagproblematiek, zoals: opboeren van zure lucht, terugkomen van voeding en overgeven.
- Factoren die de (slik)problematiek (lijken te) beïnvloeden.

■ Voedingssituatie

Orale voeding en sondevoeding

In onderstaande tabel wordt weergegeven via welke weg onderzochte kinderen hun voeding binnenkregen in de periode van het slikspreekuur.

ORALE VOEDING EN SONDEVOEDING	
	<i>N</i>
Via de mond	16
Via de mond en via neus/maag sonde	1
Via de mond en via PEG-sonde	5
Voornamelijk via PEG-sonde en minimaal via de mond	3
<i>N</i> = aantal keer dat betreffende manier van voedingsinname voorkwam.	

Tabel 3.7 Orale voeding en sondevoeding.

Voedingswaarde en vochtintake

Door ongeveer een derde deel van de ouders werd aangegeven dat hun kind voldoende voedingswaarde binnenkreeg. Ook ongeveer een derde gaf aan de voedingswaarde onvoldoende te vinden. In 5 dossiers zijn geen gegevens gevonden over de voedingswaarde die kinderen binnenkregen.

INTAKE VAN VOEDING EN VOCHT	
VOEDINGSWAARDE	<i>N</i>
Voldoende	9
Voldoende voedingsintake, maar duidelijk te weinig vochtintake	1
Voldoende voedingsintake, maar twijfels over voldoende vochtintake	2
Onvoldoende	8
Onbekend	5
<i>N</i> = aantal keer dat betreffende inschatting van voedingswaarde/vochtintake voorkwam.	

Tabel 3.8 Intake voeding en vocht.

Consistenties per kind.

Wanneer er zich slikproblemen voordoen kan het aanpassen van de consistenties een compenserende strategie zijn om tot een adequate slikbeweging te komen (Maks- v.d. Veer, 1995). Van de kinderen in de dossierstudie is in kaart gebracht welke consistenties zij in de periode rondom het slikspreekuur aangeboden kregen. Hoewel de meeste kinderen uit deze studie zich niet gemiddeld ontwikkelen, is er toch voor gekozen deze kinderen te vergelijken met gemiddeld ontwikkelende kinderen omdat alleen dan een helder beeld geschetst kan worden van de ernst van de doelgroep van het slikspreekuur.

In tabel 3.9 is te zien dat 15 van de 25 kinderen afwijken van de consistenties die een normaal ontwikkelend kind tot zich neemt. Vijf van deze kinderen krijgen geen vast voedsel aangeboden. Dit kan een zinvolle strategie zijn wanneer een kind bijvoorbeeld motorische problemen in de orale fase heeft. Drie kinderen krijgen geen dun vloeibaar aangeboden, wellicht omdat zij problemen ervaren met de slikreflex of met de laryngeale sluiting. Twee kinderen krijgen beide van hierboven genoemde consistenties niet aangeboden. Wellicht is er bij hen sprake van meervoudige problematiek. Dik vloeibaar met stukjes levert in twee van de gevallen problemen op. Hierover kan vermeld worden dat deze consistentie het moeilijkst te verwerken is omdat bij de verwerking zowel beheersing van het dik vloeibare als van de stukjes noodzakelijk is, dit vereist een goede coördinatie van de mondstructuren.

In tabel 3.9 is te zien welke consistenties de kinderen in der periode rond het slikspreekuur aangeboden kregen. In bijlage 3.4.8 is te zien op welke manier zij het aangeboden krijgen (lepel, fles) of tot zich nemen.

Consistentie/ontwikkeling	Kindnummer	Aantal
Geen dun vloeibaar	3, 6, 22	3
Geen dun vloeibaar en geen vast	20, 8	2
Geen dik vloeibaar		
Geen dik vloeibaar met stukjes	14	1
Geen dik vloeibaar met stukjes en geen vast	16	1
Geen dik vloeibaar en geen (harde) vaste voeding	17	1
Geen vast voedsel	2, 4, 9, 24, 25	5
(Vrijwel) volledig sondevoeding	7,13	2
Geen bijzonderheden ¹⁴	1, 5, 10, 11, 12, 15, 18, 19, 21, 23	10
	Totaal	25

Tabel 3.9 Inname consistenties.

■ Ervaringen rondom het eten

Zoals in §3.4.3 al is aangegeven is het niet verbazingwekkend dat bij kinderen met problematiek rondom het slikken de meest voorkomende klacht het weigeren van voeding is. Het slikken van eten of drinken zal problemen opleveren en wanneer zich dat maar vaak genoeg voordoet zal het kind (onbewust) zoeken naar een strategie om die nare ervaringen te stoppen. Weigeren kan zo'n strategie zijn (literatuur?). In de dossiers is hiervan elf keer melding gemaakt.

Wat in het kader van kinderen met slikproblemen wel verbazing wekt is dat er toch ook in vier van de 25 dossiers aangegeven staat dat kinderen graag eten, in twee dossiers werd er melding gedaan van kinderen die wel graag *willen* eten, maar die dit vanwege (gedeeltelijke) sondevoeding niet (altijd) mogen. Eén kind eet zelfs gretig, het gaat hier om dikvloeibare lepelvoeding bij een kind van drie maanden.

¹⁴ Vergeleken met normaal ontwikkelende kinderen volgens v.d Engel-Hoek

Van huilen tijdens of na de voeding en huilen wanneer het eten niet snel genoeg gegeven wordt is vijf keer een notitie van gemaakt. Deze eerste twee problemen kwamen voor bij één kind. Na onderzoek bleek dat bij dit kind een zeer groot risico op aspiratie bestaat, wat dit huilen mogelijk verklaard.

Het advies aan de ouders van dit kind is om de voeding per os te stoppen. Helaas konden de ouders vanwege een privé situatie geen mogelijkheid vinden om het evaluatieformulier te beantwoorden, want het zou voor het slikteam wel zeer interessant zijn om te vernemen hoe het met dit kind gaat. Dat de kinderen zich ondanks de problematiek toch op bepaalde gebieden normaal, hetzij iets vertraagd, ontwikkelen tonen de kinderen aan bij wie in de dossiers is gevonden dat zij nieuwsgierig zijn naar voedsel, alles willen uitproberen wat de ouders eten en zelf naar voeding vragen. Dit zijn kinderen van tweeëneenhalf jaar oud.

Een slikprobleem kan te maken hebben met een afwijkende orale sensibiliteit. Hierdoor kunnen zich bij het kind voorkeuren qua smaak of structuur voordoen. Dit is bij twee van de kinderen uit de dossierstudie het geval.

Tenslotte is er nog melding gemaakt van twee kinderen die slikproblemen hebben. Dit behoeft in het kader van het bezoek aan het slikspreekuur geen nadere toelichting.

Ervaring	Kindnummers	Totaal
Afweer/weigeren (veel) Afweer vertonen/weigering Lijkt niet te willen eten en/of drinken Aversie tegen brokjes in voeding	3, 4, 5, 6, 16, 20 3, 5, 8, 20 19	11
Graag eten Eet graag Wil (heel) graag eten (nu (gedeeltelijk) PEG) Eet gretig	9, 10, 13,14 7, 8 18	7
Huilen Huilen na eten en/of drinken Huilen tijdens de voeding Huilen wanneer niet snel voeding krijgt	1, 8 5, 8 14	5
Interesse in voeding Interesse in/nieuwsgierig naar voeding Probeert alles uit wat ouders eten Naar voeding vragen Tijdelijk geobsedeerd door eten	4,12 10 4 6	5
Voorkeur Voorkeur qua smaak en of structuur	7, 19	2
Slikproblemen Lijkt bang te zijn voor slikken Slikt niet graag of slecht	4 12	2
Onbekend Geen informatie in dossier gevonden	2, 11, 13, 15, 17, 21, 22, 23	8

Tabel 3.10 Ervaringen rondom het eten.

3.4.4 Het slikspreekuur

■ *Onderzoeken tijdens het slikspreekuur¹⁵*

Tijdens het slikspreekuur werd bij alle kinderen een röntgenologisch video-slikonderzoek afgenomen, op één kind na, waarbij de slikvideo is afgelast omdat er bij voorafgaand onderzoek geen afwijkingen aan het licht kwamen, anders dan coördinatieproblemen. Bij bijna alle kinderen werd een foniatrisch/KNO-onderzoek en een logopedisch onderzoek afgenomen. Bij het logopedisch onderzoek werd met name gekeken naar de mondmotoriek en werd het eten en drinken geobserveerd.

Bij het foniatrisch/KNO-onderzoek werd onder andere gekeken naar de anatomie van neus- keel- en mondholte. In de mond- en keelholte werden ook de reacties op tactiele prikkels (sensibiliteit en reflexen) geobserveerd.

Een onderdeel van dit onderzoek is het flexibel endoscopisch slikonderzoek (FEES), opgenomen op video. Omdat dit voor kinderen, met name die onder de 4 jaar, een belastend onderzoek is, is dit onderzoek maar bij een klein aantal kinderen afgenomen. Vaak wordt bij jonge kinderen afgezien van het FEES onderzoek om te voorkomen dat de meewerking tijdens het daaropvolgende röntgenslikonderzoek negatief beïnvloed wordt. Een uitgebreid overzicht van de onderzoeken is te vinden in bijlage 3.4.11.

ONDERZOEKEN MULTIDISCIPLINAIR KINDERSLIKSPEEKUUR	
ONDERZOEK	N
Röntgenologisch video-slikonderzoek	24
KNO-/foniatrisch onderzoek	23
Logopedisch onderzoek	22
Flexibele endoscopie (nasofaryngoscopie/laryngoscopie) FEES, door KNO-arts	10
Anamnese	onbekend

N = aantal keer dat betreffend onderzoek plaatsvond.

Tabel 3.11 Onderzoeken uitgevoerd tijdens het multidisciplinair kinderslikspreekuur.

■ *Diagnose: stoornissen per slikfase*

In de orale fase komen de meeste slikstoornissen voor.

Zeven kinderen blijken na onderzoek geen stoornis in één van de slikfases te hebben. Een uitgebreid overzicht van de diagnoses (per kind) is te vinden in bijlage 3.4.12. Er was in het SSU-onderzoeksverslag niet altijd een diagnose geformuleerd in termen van stoornissen per slikfase. Wanneer die diagnose niet aanwezig was zijn de andere diagnostische gegevens geïnterpreteerd en zijn deze ingedeeld bij de verschillende slikfases.

¹⁵ Een uitgebreide beschrijving van de procedure en inhoud van deze onderzoeken staat in §2.3.2 onder: *Onderzoeken*.

DIAGNOSES MULTIDISCIPLINAIR KINDERSLIKSPREEKUUR	
STOORNIS PER SLIKFASE	<i>N</i>
Stoornis in de orale voorbereidende fase	14
Stoornis in de orale fase	11
Stoornis in de faryngeale fase	8
Stoornis in de oesophageale fase	1
Geen stoornis in de slikfases	7
Stoornis was niet in één van deze categoriën in te delen en geen andere diagnose bekend.	2

N = aantal keer dat zich een stoornis in de betreffende slikfase voordeed.

Nb. Soms waren er problemen in meerdere slikfases, daarom is het totaal aantal van de diagnose per stoornis deze tabel groter dan het aantal kinderen.

Tabel 3.12 Diagnoses multidisciplinair kinderslikspreekuur.

■ Adviezen

Van de meegegeven adviezen is bijna de helft gericht op een verandering met betrekking tot het eten.

De adviezen waarin verwezen wordt naar een (para)medicus komen op de tweede plaats en als derde categorie adviezen wordt er regelmatig logopedische therapie voorgeschreven.

In tabel 3.13 is te zien hoe de grootste groep adviezen, die betrekking hadden op het eten, ook weer onder te verdelen zijn in het soort verandering dat geadviseerd wordt. In één geval werd geen advies uitgebracht omdat uit het onderzoek geconcludeerd werd er al uitgebreide begeleiding plaatsvindt ten behoeve van de intake van vast voedsel. Een uitgebreid overzicht van de verschillende adviezen die per categorie en per kind werden gegeven, is te vinden in bijlage 3.4.13.

ADVIEZEN MULTIDISCIPLINAIR SLIKTEAM WKZ	
ADVIES	<i>N</i>
Verandering in eten:	36
♦ wijziging in de wijze van aanbieden	14
♦ wijziging in consistentie	11
♦ wijziging manier van inname*	7
♦ wijziging in temperatuur	1
♦ anders	3
Doorverwijzingen:	17
♦ diëtiste	5
♦ kinderarts	3
♦ andere disciplines	7
♦ overig (bij vragen opnieuw contact opnemen met slikteam)	2
Logopedische therapie	9
Verandering in houding	7
Vervolg afspraak WKZ	4
Andere adviezen	3
Geen advies	1

N = aantal keer dat een bepaald advies gegeven werd.

Tabel 3.13 Adviezen multidisciplinair slikteam.

3.5 Discussie dossierstudie

Tijdens de dossierstudie kwamen een aantal discussiepunten naar voren. In de volgende paragrafen worden deze beschreven.

3.5.1 Documentatie

Over het algemeen geldt voor alle anamnese-, onderzoeks- en adviesgegevens dat deze niet helemaal consequent worden weergegeven. Zo worden bepaalde gegevens in het SSU-onderzoeksverslag niet altijd onder dezelfde kopjes besproken, worden motivaties om bepaalde onderzoeken niet uit te voeren¹⁶ soms wél en soms niet vermeld en soms wél en soms niet met bron, worden voor hetzelfde onderzoek of dezelfde aandoening soms verschillende termen gebruikt. Er wordt soms wel en soms geen hulpvraag geformuleerd, wordt de diagnose niet altijd gesteld in termen van wel/geen stoornis in één of meerdere slikfases en wordt informatie wisselend meer of minder specifiek en uitgebreid weergegeven. Dit maakt evaluatie moeilijk. Het niet gebruiken van een eenduidig format bij het schrijven van een SSU-onderzoeksverslag is een gemis geweest voor het verzamelen van alle gegevens van de kinderen.

Uit de dossiers kon weinig tot geen informatie gehaald worden met betrekking tot (de invloed van de slikproblematiek op) de kwaliteit van leven van het kind ten tijde van het slikspreekuur. Dit komt onder andere doordat deze informatie niet bevraagd werd tijdens de anamnese. Het gevolg hiervan was dat deze informatie dan ook niet systematisch verzameld en gedocumenteerd werd.

Zoals verwacht gold ook voor de beleving van het slikspreekuur dat hierover weinig tot geen informatie gehaald kon worden uit de dossiers. Dit komt waarschijnlijk omdat er geen duidelijk beleid is ten aanzien van het hanteren van deze aanvullende informatie. Van het systematisch verzamelen en vastleggen van deze gegevens, zodat deze bruikbaar zouden zijn voor evaluatie, is geen sprake. (Zie ook §2.3.2, onder: *Documentatie van verzamelde informatie*.)

3.5.2 Foutieve interpretatie

De geraadpleegde documenten uit de dossiers zijn de oudervragenlijst en het SSU-onderzoeksverslag. Bij de dossierstudie kon er op twee niveaus verkeerd geïnterpreteerd worden. Ten eerste omdat er, vooral bij het laatstgenoemde document, sprake is van een schriftelijke weergave van o.a. een gesprek, kan er door de opsteller van de brief onbewust enige 'vertekening' van de werkelijke uitspraken (van begeleiders van het kind) opgetreden zijn.

Ten tweede hebben de onderzoekers, ondanks dat zij getracht hebben zoveel mogelijk informatie letterlijk uit de brieven en de oudervragenlijsten te halen, niet kunnen voorkomen dat er op enkele onderdelen gezocht is naar verwoordingen die geïnterpreteerd konden worden als een antwoord op de vraag. Als er bijvoorbeeld geïnventariseerd moest worden wat de voedingstoestand van het kind was, dan zou het gegeven 'mijn kind groeit voldoende', geïnterpreteerd kunnen worden als 'een goede voedingstoestand'.

3.5.3 Ontbrekende gegevens

Van de uiteindelijke onderzoeksgroep, bestaande uit 25 kinderen, ontbraken er in vier dossiers de oudervragenlijsten. De vraag is hoeveel belangrijke informatie voor de dossierstudie hiermee is misgelopen.

In de twee documenten: de oudervragenlijst en het SSU-onderzoeksverslag, zijn bovendien soms onderdelen of aspecten niet of onvolledig ingevuld of benoemd.

¹⁶ Bijvoorbeeld omdat er een recent en voldoende uitgebreid verslag van een dergelijk onderzoek door een andere behandelaar is verkregen.

3.5.4 Samenstelling van de onderzoekspopulatie

De kinderen uit de onderzoekspopulatie variëren sterk in medische achtergrond en (ontwikkelings)-leeftijd. Dit maakt het vergelijken van kinderen onderling, binnen de onderzoekspopulatie, nagenoeg onmogelijk. Bovendien zijn er slechts 25 kinderen onderzocht waardoor het onmogelijk is betrouwbare conclusies te trekken met betrekking tot eventuele subgroepjes kinderen.

Van de zes kinderen die geëxcludeerd zijn vanwege het ontbreken van een SSU-onderzoeksverslag zijn er vijf klinisch onderzocht. Mocht het zo zijn dat er bij klinische kinderen specifieke problematiek voorkomt, dan bestaat de kans dat de uitkomsten van de dossierstudie niet representatief zijn voor de doelgroep van het slikspreekuur, namelijk klinische en poliklinische kinderen.

3.5.5 Overig

Het overzicht in bijlage 2.2, waarnaar in §3.3.4 verwezen wordt, is gemaakt aan de hand van een recentere versie dan de macro/brief op basis waarvan de door de projectgroep gelezen SSU-onderzoeksverslagen moeten zijn opgesteld. Gezien de inhoud en opmaak van deze verslagen lijkt de nieuwere versie echter niet ingrijpend veranderd t.o.v. de versie die voor de eerdere verslagen gebruikt is.

Het bleek niet in alle gevallen mogelijk om alleen op basis van gegevens die van de ouders kwamen, de beginsituatie vast te stellen voor alle gestelde parameters. Wanneer het in zo'n geval wel mogelijk was om de benodigde informatie te verkrijgen uit bijvoorbeeld een recent logopedisch verslag van een behandelend logopedist, dan is het belang om toch een uitspraak over een item te kunnen doen, vooropgesteld en is ook die informatie toegelaten als bron. (Zie ook §3.3.4).

4 Ontwikkeling van het evaluatie-instrument

Omdat uit de literatuurstudie bleek dat er geen evaluatie-instrument voor handen was dat toegepast zou kunnen worden bij het evalueren van het multidisciplinair kinderslikonderzoek van het Wilhelmina Kinderziekenhuis, moest een evaluatie-instrument ontwikkeld worden. Hierin dienden de parameters, die resulteren uit de literatuurstudie en de dossierstudie, opgenomen te worden.

In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens de overwegingen worden beschreven die genomen werden ten aanzien van de vorm en inhoud van het instrument. Ook zal beschreven worden hoe de scores van het instrument geïnterpreteerd dienen te worden.

4.1 Onderzoeksvragen m.b.t. het ontwikkelen van het evaluatie-instrument

Tijdens het ontwikkelen van het evaluatie-instrument zijn antwoorden gevonden op de volgende vragen:

- Welke vorm krijgt het evaluatie-instrument?
- Welke inhoud krijgt het evaluatie-instrument?
- Hoe worden de gegeven antwoorden gescoord, gewogen en geïnterpreteerd?

4.2 Methode

Op grond van de resultaten van de literatuurstudie en de dossierstudie is een evaluatie-instrument ontwikkeld. Het ontwikkelingsproces hiervan zal in dit hoofdstuk worden beschreven.

4.2.1 Vorm van het evaluatie-instrument

Bij het nemen van een beslissing ten aanzien van de vorm van het evaluatie-instrument, heeft een wens van het kinderslikteam van het WKZ een grote rol gespeeld: op de lange termijn zou het kinderslikteam van het WKZ over een protocol met parameters willen beschikken waarmee een voor- en nameting, met een tussenliggende periode van zes maanden, kan plaatsvinden, bij kinderen die het slikspreekuur bezocht hebben. Daarnaast was er de wens om, zowel bij de ouders als de kinderen, de beleving van het slikspreekuur na te gaan.

De projectgroep vond het belangrijk dat het instrument praktisch inzetbaar en efficiënt zou zijn voor de teamleden. Bij het nemen van een beslissing over de vorm van het instrument zijn er verschillende mogelijkheden tegen elkaar afgewogen. De belangrijkste hiervan was: schriftelijk tegenover mondelinge afname.

Een schriftelijke evaluatie zou, vergeleken met een telefonische evaluatie of een afspraak voor een evaluatie, voor de leden van het slikspreekuur minder tijdrovend zijn. Tevens maakt een schriftelijke enquête het op relatief eenvoudige wijze mogelijk om een database aan te leggen, waardoor het mogelijk wordt op een later tijdstip een onderzoek uit te voeren met een grote populatie. Op grond van deze argumenten is besloten om het evaluatie-instrument in de vorm van een schriftelijke enquête uit te voeren.

Het formulier diende een logische volgorde van vragen te hebben en deze vragen dienden per onderwerp gegroepeerd te staan. De vragen dienden eenduidig, concreet, helder, eenvoudig en neutraal (niet suggestief) geformuleerd te zijn (Migchelbrink, 2002).

Omdat de groep kinderen die het kinderslikspreekuur bezoeken in meerdere opzichten heterogeen is (bijv. leeftijd, cognitief niveau), was het niet mogelijk een evaluatieformulier op te stellen dat geschikt was om de kinderen zelf in te laten vullen. Om zo betrouwbaar mogelijke informatie te verkrijgen, is er voor gekozen om het evaluatieformulier te richten aan de ouders. Van de leden van het slikteam is vernomen dat ouders (of één van hen) in alle gevallen aanwezig zijn (geweest) bij het slikspreekuur en bovendien zijn de meeste ouders dagelijks bij de voeding van hun kind betrokken. Voor de ouders heeft een schriftelijke enquête ook voordelen: zij kunnen de vragenlijst op hun gemak invullen, hoeven hiervoor niet opnieuw naar het WKZ in Utrecht te reizen en kunnen misschien zelfs nog bepaalde gegevens thuis opzoeken.

Omdat het interpreteren en vergelijken van antwoorden op open vragen moeilijk gaat is ervoor gekozen om zoveel mogelijk meerkeuzevragen op te stellen, met daarbij soms nog de gelegenheid om een antwoord toe te lichten. Om de evaluatie objectief en meetbaar te maken moesten er scores aan de antwoordopties toegekend worden (zie §4.2.3).

Het evaluatie-instrument is dus een vragenlijst geworden die aan de ouders voorgelegd wordt, de naam van het instrument is *Evaluatieformulier slikspreekuur Wilhelmina kinderziekenhuis* geworden.

Er is voor gekozen om het evaluatieformulier in zowel papieren als digitale vorm uit te voeren. Ouders konden het papieren formulier per post en het digitale formulier per email ontvangen, al naar gelang hun voorkeur. Er zijn enkele voordelen van versturen per e-mail in vergelijking met versturen per post; het gemak van digitale verzending, de mogelijkheid van het gebruik van de helpfunctie, waarmee een vraag toegelicht kan worden, en de korte verzendtijd.

Er werd verwacht dat een nadeel van het verzenden per email zou zijn dat niet iedere informant over voldoende kennis en vaardigheid voor wat betreft het invullen en opslaan van het formulier en het toevoegen ervan als bijlage zou beschikken. Daarom is er bij de digitale versie een begeleidende e-mail meegezonden waarin de nodige kennis ten aanzien van het digitaal invullen en verzenden werd overgebracht.

Doordat bij het ontwikkelen van het evaluatieformulier de wens van het kinderslikteam, te beschikken over een protocol, in gedachten is gehouden, is er een versie ontstaan die op enkele gebieden in overeenstemming is met het uiteindelijke protocol. Het voordeel hiervan is dat bij toepassing van het evaluatieformulier, voor die delen van het evaluatieformulier, die ook in het protocol opgenomen zullen worden, deze toepassing zou kunnen gelden als eerste toetsing van het uiteindelijke protocol. Op die manier kunnen bij het omzetten van het evaluatieformulier naar protocol onvolkomenheden aangepast worden, wat het protocol te goede komt.

Op een aantal onderdelen moest het evaluatieformulier juist afwijken van het uiteindelijke protocol. Bijvoorbeeld bij vraagstelling van de onderdelen C, D en E. Omdat daar geen bruikbare gegevens met betrekking tot de beginsituatie van de kinderen waren, moest in het evaluatieformulier gevraagd worden naar de situatie ten tijde van het slikspreekuur in vergelijking met de huidige situatie. Dit is opgelost door de vragen in termen van '*het probleem is afgenomen, gelijk gebleven, toegenomen, e.d.*' te stellen. Omdat het uiteindelijke protocol onder andere uit een voormeting en een nameting zal bestaan kunnen de vragen daarbij wel gericht zijn op het meten van één moment, deze vragen zullen dus voor het protocol aangepast moeten worden.

4.2.2 Inhoud van het evaluatieformulier

Aangaande de inhoud van het evaluatieformulier had het slikteam van het WKZ ook enkele voorkeuren. Na de evaluatie zouden in ieder geval uitspraken gedaan moeten worden over:

- de invloed die de adviezen hadden op de (slik)problematiek van het kind
- de wijziging in de kwaliteit van leven van het kind als gevolg van de verandering in de slikproblematiek
- de beleving van het slikspreekuur door ouder en kind

In verband met de planning is, direct nadat alle dossiers waren bestudeerd, en nog voordat daaruit resultaten bekend waren begonnen aan het ontwikkelen van het evaluatieformulier. Het ontwikkelen van dit formulier heeft een groot deel van de projectperiode, ongeveer acht tot tien weken, in beslag genomen.

Uitgangspunt was daarbij in eerste instantie, het inventarisatieformat (zie §3.3.1 en bijlage 3.1) ten behoeve van de dossierstudie. Ook tijdens de dossierstudie was het van belang dat er, met behulp van een format, bruikbare parameters geselecteerd zouden worden. In de categorieën van het inventarisatieformat zijn wijzigingen en toevoegingen aangebracht (zie tabel 4.1) opdat de inhoud van het evaluatieformulier aan zou sluiten bij de specifieke wensen van het kinderslikteam van het WKZ en bovendien zou aansluiten op de informant (de ouders). Naast eigen ideeën over geschikte categorieën, werd daarvoor ook inspiratie opgedaan uit de domeinen die gehanteerd worden in de SWAL-QOL (McHorney, 2002) en de verschillende 'schalen' die genoemd worden in relatie tot bijvoorbeeld de TACQOL (Theunissen, 1999). Het laatste instrument, voluit 'TNO-AZL Children's Quality of Life questionnaire' wordt niet genoemd in de literatuurstudie omdat het instrument zelf nooit bestudeerd is. Er is alleen indirect kennis genomen van de daarin gehanteerde schalen, te weten: 'Physical complaints', 'Motor functioning', 'Autonomy', 'Cognitive functioning', 'Social functioning', 'Positive emotions' en 'Negative emotions'. De uiteindelijke keuze voor categorieën om de diverse items van het evaluatieformulier in onder te brengen, vindt u terug in de onderstaande tabel.

CATEGORIEËN INVENTARISATIEFORMAT (T.B.V. DOSSIERSTUDIE)	CATEGORIEËN EVALUATIEFORMULIER (T.B.V. EVALUATIE)
I Persoonlijke gegevens	Persoonlijke gegevens
II Voedingsstatus bij aanmelding	A. Algemene gegevens van uw kind
a) Orale voeding	B. De voeding van uw kind op dit moment
b) Alternatieve voeding	C. Problemen rond de voeding
III Medische gegevens	D. Dagelijkse activiteiten
IV Voedingsobservatie	E. Algemene toestand van uw kind sinds het slikspreekuur
a) Logopedische observatie.	F. Beleving van het slikspreekuur
b) Gedragmatige observatie.	G. Aanpak na het slikspreekuur
V Besluit	Mening over evaluatieformulier
VI Follow up	

Tabel 4.1 Inhoud inventarisatieformat en 'Evaluatieformulier slikspreekuur Wilhelmina Kinderziekenhuis'

In de tabel is te zien dat de categorieën I en II uit het inventarisatieformat overeenkomen met de categorieën Persoonlijke gegevens en A, B en C van het evaluatieformulier. De categorieën III en IV hebben geen vergelijkbare categorieën in het evaluatieformulier. De reden hiervoor is dat voor de categorieën III en IVa (para)medische kennis vereist is, waarover de meeste ouders niet beschikken. Wel zijn enkele items uit deze categorieën in eenvoudiger bewoordingen opgenomen in onderdeel C van het evaluatieformulier.

Categorie IVb is uit het evaluatieformulier gelaten omdat kinderen die uitgenodigd worden voor het kinderslikspreekuur bij het WKZ al geselecteerd zijn op het niet hebben van voedingsproblemen die van gedragmatige aard zijn.

Tenslotte zijn onderdeel V en VI niet in het evaluatieformulier opgenomen omdat ze alleen belangrijk zijn voor het in kaart brengen van de beginsituatie bij de dossierstudie.

Met onderdeel D, F en G wordt tegemoet gekomen aan de verzoeken van het WKZ, achtereenvolgens worden hiermee de kwaliteit van leven, de beleving van het slikonderzoek en het wel of niet opvolgen van het advies mee ondervraagd.

De vragen over de mening van de informant over het evaluatieformulier zijn toegevoegd zodat in een later stadium aanpassingen ten aanzien van het protocol gemaakt kunnen worden, waardoor het gebruiksvriendelijker wordt.

Bij het inventarisatieformat was er bewust voor gekozen om relatief veel items op te nemen (zie §3.3.1). Tijdens het ontwikkelen van het evaluatieformulier zijn deze items echter kritischer geselecteerd. De belangrijkste criteria voor het niet, of in aangepaste vorm, opnemen van een item worden hieronder beschreven.

Eén van de criteria was of een item met behulp van het dossier te beantwoorden was. Was dat niet het geval, dan kon er voor dat item ook geen beginsituatie vastgesteld worden, waarmee in een later stadium, ten behoeve van de evaluatie, de eindsituatie vergeleken zou kunnen worden. Voor enkele van deze items, met name die items die op problemen gericht waren, kon de vraag zo geformuleerd worden dat binnen één vraag naar een vergelijking tussen de situatie ten tijde van het slikspreekuur en de situatie ten tijde van het invullen van het evaluatieformulier gevraagd werd.

Bijvoorbeeld:

Het voedsel lijkt in de keel te blijven steken ⇨

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C10.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C10.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C10.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen
 - ☐ toegenomen
 - ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

Of:

Activiteit: spelen, school en vrijetijdsbesteding

De invloed van de slikproblemen (of de gevolgen daarvan) op het spelen, school en/of vrijetijdsbesteding, is in de periode na het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ (vrijwel) verdwenen
- ☐ afgenomen
- ☐ toegenomen
- ☐ (vrijwel) gelijk gebleven

Voor andere items, bijvoorbeeld het schema over de orale voeding, is getracht de belangrijkste delen in vragen weer te geven.

Een tweede criterium was of de ouders items die kennis van het mondgebied veronderstelde, bijvoorbeeld vragen over orale structuren, –reflexen en tonus, betrouwbaar zouden kunnen beantwoorden. Er is besloten deze vragen niet aan de ouders te stellen, met als argument dat wanneer de logopediste van het slikteam problemen met deze aspecten verwacht zij daar onderzoek naar doet.

Ten derde zijn items waarbij kennis van de medische terminologie vereist was, zoveel mogelijk vermeden. Deze items zijn in alledaags Nederlands weergegeven of weggelaten (bijvoorbeeld rumineren). In een enkel geval is een term welke voor leken anders gebruikt kan worden dan voor deskundigen expliciet omschreven. Zo is bijvoorbeeld ‘kokhalzen’ omschreven als ‘een braakbeweging zonder overgeven’.

Tenslotte zijn items waarvan we in de 31 bestudeerde dossiers geen melding vonden en die naar mening van de onderzoeksgroep te ver van de problematiek af stonden verwijderd, bijvoorbeeld ‘Hoe ziet het braaksel eruit?’

Behalve het verwijderen en aanpassen van items uit het inventarisatieformat zijn er ook items in het evaluatieformulier toegevoegd. Het gaat dan om items die voortkomen uit de parameters, die na het bestuderen van de dossiers en literatuur zinvol bleken, die in het huidige *Vragenformulier ten aanzien van slikstoornissen bij kinderen* van het kinderslikteam zijn opgenomen en die van

specifiek belang waren voor de evaluatie of die uit gesprekken met de leden van het slikteam voortgekomen zijn. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Wie waren er bij het slikspreekuur aanwezig? Wie van de gezinsleden is op dit moment het nauwst betrokken bij zijn/haar voeding?
- Lengte en gewicht van het kind op het moment van invullen
- Ervaringen van het kind tijdens het eten
- De problemen: neusregurgitatie, anders/borreling klinken van de stem na slikken, het voedsel lijkt in de keel te blijven steken, longontsteking/luchtweginfecties, pijn bij het slikken, opboeren van zure lucht
- De invloed van de slikproblemen op eten/slappen/spelen, school en vrijetijdsbesteding/omgang met vrienden, familie en anderen uit de omgeving.
- Vragen over de algemene gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven
- Vragen over de beleving van het slikspreekuur
- Vragen over de aanpak na het slikspreekuur en de invloed hiervan op de situatie van het kind.

Het definitieve evaluatieformulier is tot stand gekomen nadat allereerst de KNO-arts/foniater en een van de logopedisten van het slikteam, enkele malen inhoudelijke feedback hadden gegeven op conceptversies.

Enkele van de laatste versies zijn als test ingevuld door niet-deskundige lezers, met als doel onduidelijkheden te signaleren en een inschatting kunnen maken van de tijd die nodig is om het evaluatieformulier in te vullen. De knelpunten die daaruit voortkwamen zijn aangepast en de benodigde invultijd, 20 minuten, is op het formulier gezet.

Tenslotte heeft prof. Dejonckere, als KNO-arts/foniater werkzaam in het Utrechts Medisch Centrum, gekeken naar één van de laatste concepten en heeft ook hij nog een aantal aandachtspunten aangegeven.

Het definitieve evaluatieformulier is te vinden in bijlage 4.2. Hiervan is ook een digitale versie gemaakt.

4.2.3 Interpretatie van de antwoorden: scoring en weging

■ *Algemeen*

Het soort vragen in het evaluatieformulier en de wenselijkheid van ‘volledige antwoorden’, maakten dat met het formulier veel antwoorden in tekst verkregen zouden worden, die in onderling verband met elkaar beschouwd dienden te worden. Dit zou een veelheid aan informatie geven die gemakkelijk onoverzichtelijk zou worden door de hoeveelheid tekst.

Een manier om gemakkelijker inzicht te verkrijgen in eventuele relaties en verbanden die er bestaan tussen verschillende gegevens, is door aan de antwoorden een positieve, negatieve of neutrale waarde toe te kennen. Wanneer bijvoorbeeld op het onderdeel met vragen over specifieke problemen, steeds antwoorden met een negatieve waarde gegeven worden (bijv. veel pijn, erg benauwd), dan zal dit leiden tot een negatief gemiddeld eindresultaat voor dat onderdeel. Daarmee kan in één oogopslag duidelijk zijn dat er veel of ernstige problemen zijn. Aan zo’n waardetoekenning aan antwoorden is echter ook, onder andere, het risico verbonden dat er een te zwart-wit beeld ontstaat, waardoor voorbarige of zelfs verkeerde conclusies kunnen worden getrokken.

Er moest dus zeer zorgvuldig worden omgegaan met het toekennen van waardes aan antwoorden. Bij de analyse van de resultaten moest bovendien steeds alert gebleven worden op punten waar nuancering van de ‘score’ gewenst, zo niet noodzakelijk was om vertekening van het beeld te voorkomen. Het ontwikkelen van een goed betrouwbaar evaluatie-instrument met een degelijk onderbouwde scoring (en weging), is een proces van jaren. Toch heeft de projectgroep het als uitdaging gezien om in 5 maanden tijd iets van een aanzet hiertoe te geven, met het ontwikkelde evaluatie-instrument en met name: het daaruit voortgekomen (voorlopige) protocol (zie hoofdstuk 6 en 7).

■ *Scoring*

Om redenen zoals hiervoor gemeld, is ervoor gekozen om, waar mogelijk en zinvol, een score te verbinden aan de meerkeuzevragen. Daarbij werd in eerste instantie bepaald wat, voor elk van de vragen, de belangrijkste uitkomstmaat of -maten moest(en) zijn. In welke eenheid moest 'gemeten' worden om via de ouder een duidelijk en betrouwbaar beeld te krijgen van de situatie? Uiteindelijk kon voor een groot aantal vragen één of meerdere vaste uitkomstmaten (antwoordmogelijkheden) worden gevonden, waarbinnen een duidelijke gradatie bestond. Zo kon een probleem bijvoorbeeld 'afgenomen', 'toegenomen' of 'hetzelfde gebleven' zijn, de voedingswaarde kon (oa) 'voldoende', 'misschien te weinig' of 'duidelijk te weinig' zijn en de emoties rond de maaltijd konden uiteenlopen van (oa) 'plezier' en 'tevredenheid' naar 'angst' of 'frustratie'.

Aan deze antwoorden kon vervolgens een meer of minder positieve, negatieve of neutrale waarde worden verbonden. Dit is gebeurd door middel van het toekennen van een positief, negatief of neutraal puntenaantal: de scores. Door met deze scores, eventueel per onderdeel, een eindscore te berekenen, wordt in één oogopslag een indicatie verkregen van de situatie van het kind. Met de score is het bovendien mogelijk om gemiddeldes uit te rekenen voor bepaalde onderdelen of voor categorieën die over meerdere onderdelen reiken.

Bij enkele onderdelen/vragen (onderdelen C en de vragen E1, E2, F3, F5, F7, F8, F9 en het tweede deel van elke aankruisoptie van onderdeel G) zijn de antwoordopties per vraag, eerst nominaal gerangschikt. Dat wil zeggen in op- of aflopende volgorde. Hieraan is vervolgens een puntenwaardering toegekend, waarbij per vraag een maximumscore van 10 en een minimumscore van -10 behaald kon worden, evenredig verdeeld over het aantal antwoordopties en de waarde die zij (naar mening van de projectgroep) vertegenwoordigden. De scores van de vragen van onderdeel D wijken daarvan iets af omdat daar een minimale score van -5 behaald kan worden.

Aan de open vragen (onderdeel A, B1, B2, B3, B4, het eerste deel van elke aankruisoptie van onderdeel G en de vragen waarin een mening over de vragenlijst gevraagd wordt) is geen scoring of weging toegekend.

Bij de vragen (F4, F6, F10, F11) geldt ook steeds de minimale score -10 en de maximale score 10, alleen kunnen ouders bij deze vragen meerdere antwoordmogelijkheden aankruisen. De score is opgebouwd uit de punten die aan hun antwoordmogelijkheden verbonden zijn.

Twee vragen (F1, F2) zijn ja/nee vragen waarin een mening gevraagd wordt over de informatie-uitwisseling voorafgaand aan het slikspreekuur. Hieraan is een scoring verbonden, waarmee dit aspect als positief of negatief geëvalueerd wordt. Het antwoord 'ja' (= voldoende geïnformeerd), krijgt hier 10 punten, het antwoord 'ja, maar...' krijgt 5 punten en dan heeft de invuller ruimte voor opmerkingen. Het antwoord 'nee' (= onvoldoende geïnformeerd), krijgt -10 punten en daarbij wordt een argument gevraagd.

■ *Weging*

Behalve de score hebben de vragen van de onderdeel C ook een weging gekregen. De weging maakt het mogelijk om onderscheid te maken in de mate waarin de verschillende items en/of onderdelen meegewogen worden in de eindscore. Op basis hiervan kan ook een *gewogen* gemiddelde uit gerekend worden. Het uitgangspunt voor alle items is een weging van 1, dat wil zeggen dat alle items in gelijke mate meewegen in de eindscore. Vervolgens is er, in stappen van een kwartpunt, onderscheid in weging tussen verschillende items aangebracht. Bij het toekennen van de weging werd rekening gehouden met:

- het aspiratierisico: problemen die een sterk verband houden met aspireren hebben een zwaardere weging gekregen. Problemen waarbij dat verband minder sterk is hebben een lagere weging gekregen.
- de last die het kind ondervindt: problemen die erg belastend zijn hebben een zwaardere weging gekregen dan problemen waarbij de last minder is.
- het risico op ondervoeding: de problemen waardoor het kind geen/nauwelijks voedsel tot zich kan nemen of binnen kan houden hebben een iets zwaardere weging gekregen.

WEGING	PROBLEEM (ONDERDEEL C)
0,5	uit de mond lopen, tongprotrusie, opboeren van zure lucht
0,75	afhappen, kauwen
1	neusregurgitatie, anders klinken van de stem, blijven steken in de keel, kokhalzen, pijn bij het slikken, traag eten, stoppen met eten na enkele hapjes, zuigen, ander slikprobleem
1,25	weigeren, niet kunnen of willen doorslikken, overgeven
1,5	hoesten/kuchen
1,75	verslikken, longontsteking

Tabel 4.2 Toekenning wegingsfactor aan specifieke problematiek.

De weging van de overige vragen is 1.

Een overzicht van de minimale en maximale score en weging per item en van de methode van interpreteren van de antwoorden is te vinden in bijlage 4.1.

In deze bijlage is ook te lezen welke uitkomsten in tekst, welke uitkomsten in score en welke uitkomsten in tekst en score in het Excel bestand weergegeven worden.

De uitkomsten uit de onderdelen A en B zullen in tekst worden weergegeven.

Van de items C1 tot en met C21 zullen de scores bij elkaar opgeteld worden en gedeeld worden door 21. Deze eindscore geeft een indruk van de verandering van de slikproblemen in de periode na het slikspreekuur. De totaalscore dient als volgt geïnterpreteerd te worden:

- 10 : de slikproblemen zijn er niet meer
- 5 : de slikproblemen zijn afgenomen
- 0 : de slikproblemen zijn hetzelfde gebleven
- 5 : de slikproblemen zijn toegenomen
- 10 : de slikproblemen zijn ontstaan
- n.v.t : van slikproblemen is geen sprake

Ook van de vier items van onderdeel D zullen de scores opgeteld worden en gedeeld worden door vier. Deze eindscore geeft een indruk van verandering van de invloed die de slikproblemen in de periode na het slikspreekuur op de dagelijkse activiteiten (sociale activiteit eten, het slapen, spelen/school en vrijetijdsbesteding en de omgang met vrienden/familie en anderen uit de omgeving) gehad hebben. De totaalscore dient als volgt geïnterpreteerd te worden:

- 10 : de invloed van de slikproblemen op de dagelijkse activiteiten is verdwenen
- 5 : de invloed van de slikproblemen op de dagelijkse activiteiten is afgenomen
- 0 : de invloed van de slikproblemen op de dagelijkse activiteiten is gelijk gebleven
- 5 : de invloed van de slikproblemen op de dagelijkse activiteiten is toegenomen

Van de twee items bij onderdeel E wordt ook een gemiddelde eindscore berekend. Deze eindscore geeft een indruk van de verandering in de algemene toestand (gezondheidstoestand en kwaliteit van leven) van het kind. Hiervoor geldt:

Hoe dichterbij de eindscore bij 10 ligt hoe beter de algemene toestand van het kind is geworden. Hoe dichterbij de score bij -10 ligt, des te slechter de algemene toestand van het kind geworden is.

Het gemiddelde van de items van onderdeel F zegt iets over de beleving van het slikspreekuur door ouder en kind. Hoe positiever de score des te positiever de beleving en vice versa.

Het eerste deel van elke vraag van onderdeel G is open vraag en vraagt naar een toelichting over de gevolge aanpak.

Tenslotte vraagt het tweede deel van elke vraag van onderdeel G hoe de aanpak na het slikspreekuur de situatie/het welbevinden van het kind heeft beïnvloed. Worden de scores van deze vragen opgeteld en gemiddeld, dan kunnen de eindscores met behulp van onderstaand schema geïnterpreteerd worden.

- 10 : de aanpak na het slikspreekuur heeft de situatie van het kind aanzienlijk verbeterd

- 5 : de aanpak na het slikspreekuur heeft de situatie van het kind enigszins verbeterd
- 2,5 : de aanpak na het slikspreekuur heeft de situatie van het kind onvoldoende verbeterd
- 0 : de aanpak na het slikspreekuur heeft de situatie van het kind niet verbeterd
- 5 : de aanpak na het slikspreekuur heeft de situatie van het kind enigszins verslechterd
- 10 : de aanpak na het slikspreekuur heeft de situatie van het kind aanzienlijk verslechterd

Om een uitspraak te doen over de kwaliteit van leven dienen alle vragen die hierop betrekking hebben bij elkaar gezien te worden. Het gaat om de vragen B4, D1, D2, D3, D4 en E2.

Voor de algemene gezondheidstoestand van het kind geldt dat de vragen A1, A2, A3, A4 en E1 bij elkaar de meest complete indruk van dit aspect geven.

Voor alle eindscores geldt dat er bij de eindscore sprake is van een gemiddelde score, afgerond op twee decimalen, hierdoor kunnen ook tussenliggende scores voorkomen, maar omdat gebruik is gemaakt van intervalscores/nominale scores/lineaire scores kunnen deze scores met de bovenstaande schaal vergeleken worden. Bij een kind met een eindscore van 6,66 zijn de problemen dus meer afgenomen dan bij een kind met een eindscore van 5 en minder dan bij een kind met een eindscore van 10.

Ten aanzien van de resultaten van de evaluatie zullen er naast de eindscores bij de onderdelen C, D, E, F en G voor deze vragen ook een modus en/of een frequentietabel met de uitkomsten in tekst weergegeven worden.

De inhoud en vorm van het evaluatieformulier is, na toepassing, geëvalueerd en de aanpassingen die daaruit voortkwamen, werden doorgevoerd in de laatste fase van het onderzoek, waarbij ook werd teruggegrepen op de oudervragenlijst, die tot voor kort door het slikspreekteam werd gebruikt om de beginsituatie van een kind in kaart te brengen (zie bijlage 2.3). Het evaluatieformulier en de oudervragenlijst werden 'samengenomen' en aangepast tot 'Vragenformulier (T0) slikspreekuur Wilhelmina kinderziekenhuis', 'Vragenformulier (T1) slikspreekuur Wilhelmina kinderziekenhuis' en 'Enquête slikspreekuur'. Gezamenlijk vormen deze drie nieuwe evaluatie-instrumenten: het (voorlopige) Protocol, dat verder behandeld wordt in hoofdstuk 6 en 7.

4.3 Resultaat

Er is een vragenlijst ontwikkeld, die als evaluatie-instrument kan worden afgenomen aan de ouders van de kinderen die het slikspreekuur bezochten. Van deze vragenlijst, *Evaluatieformulier slikspreekuur Wilhelmina kinderziekenhuis* genoemd, is zowel een digitale als schriftelijke versie gemaakt.

Het evaluatieformulier bestaat uit zeven onderdelen (zie tabel 4.1), waarbij elk onderdeel uit meerdere vragen bestaat. Er zijn zowel open als gesloten vragen. Daar waar mogelijk zijn score en weging aan de antwoorden toegekend. Met dit formulier is evaluatie mogelijk.

4.4 Discussie

4.4.1 Vorm van het evaluatie-instrument

Hoewel er tijdens het ontwikkelen van het evaluatieformulier getracht is uit alle mogelijke vormen van evalueren die manier te kiezen die het beste aansloot bij (de doelstelling en onderzoeksvragen van) het project, kon niet onder nadelen van de gekozen methode uitgekomen worden.

De nadelen van het evaluatieformulier zouden kunnen zijn dat ouders de vragenlijst niet invullen of de vragenlijst niet begrijpen. Bij per post verzonden formulieren is er niemand die een toelichting kan geven.

Een tweede punt van discussie bij de vorm van het evaluatie-instrument heeft betrekking op de meerkeuzevragen. In §4.2.1 wordt onderbouwd waarom er gekozen is voor meerkeuze vragen in het evaluatieformulier. De keerzijde hiervan is dat de ouders verplicht worden hun antwoord onder te brengen bij een van de aangegeven opties. Een gevolg hiervan is dat belangrijke, specifieke en of persoonlijke gegevens of informatie verloren gaan.

4.4.2 Keuze informant

Een punt van discussie dat onafhankelijk is van de vorm van het evaluatieformulier, maar te maken heeft met de vraag of de ouder in kan schatten hoe het kind op de volgende drie aspecten scoort is: de ervaring van het kind tijdens het eten, de kwaliteit van leven van het kind en de beleving van het slikspreekuur van het kind.

Over dit tweede aspect is uit publicaties het volgende bekend:

‘Een van de meest belangrijke vragen in het veld van de HRQoL (Health Related quality of life) assessment bij kinderen, is de vraag wie degene zou moeten zijn die de vragen uit de vragenlijst moet beantwoorden. Is dat het kind zelf of zijn/ haar ouder.

De antwoorden die de ouders geven kunnen beïnvloed zijn door hun eigen ongerustheid en de manier waarop de ouders zich aanpassen of instellen op de situatie van hun kind. Daarnaast zal het verhaal van de ouders niet helemaal compleet zijn omdat zij hun kind niet in elke situatie en op elk moment bij hen in de buurt kunnen hebben. Op deze manier kan de subjectieve ervaring en de eigen waarneming van de kwaliteit van leven door het kind, over het hoofd gezien worden.

Aan de andere kant heeft het laten invullen van de HRQoL door het kind zelf ook zijn nadelen.

Een kind kan tekort schieten in de nodige taalvaardigheid, zo ook in de cognitieve mogelijkheden om de vragen te kunnen interpreteren. Daarnaast speelt nog het eventuele gebrek aan de ‘lange termijn kijk’ op gebeurtenissen.’ Kamphuis (1987).

Deze twijfel zou ook geplaatst kunnen worden bij het eerste en het derde aspect.

4.4.3 Onderbouwing scoring en weging

Door score en weging aan het instrument te verbinden is een aanzet gegeven tot standaardisering. De score is toegekend op basis van de mening van de projectgroepleden. Deze mening is gebaseerd op opgedane kennis uit de opleiding en uit de dossiers van de kinderen die het slikspreekuur van het WKZ reeds bezocht hebben. Er is getracht te komen tot een eerlijke scoring en weging, maar toch blijft deze toekenning arbitrair.

Als aanbeveling voor nader onderzoek zou wetenschappelijke, statistische basering van de scoring en weging zinvol zijn.

4.4.4 Discussie

Een punt van discussie aangaande *de weging* is dat deze is toegekend door de projectgroepleden, zij hebben zelf geen slikproblemen. Er is getracht zoveel mogelijk een voorstelling te maken van de *algemene* invloed van een probleem.

Ook kon er helaas in de uitkomstmaten geen rekening gehouden worden met de ernstgradaties en de gradatie in frequentie die een probleem kan hebben. Ook in de weging is dit daarom buiten beschouwing gebleven. Voor een kind dat zich vaak en heftig verslikt in eten, wordt het item ‘verslikken’, dan ook even zwaar gewogen als voor een kind dat zich slechts een enkele keer licht verslikt in eten. Dit was inherent aan het doel van het evaluatieformulier: informatie verzamelen waarvan óók gegevens over de beginsituatie (ten tijde van het slikspreekuur) beschikbaar waren óf waarvan gegevens over de beginsituatie door middel van het evaluatieformulier verkregen zouden worden.

5 Evaluatie

Na voltooiing van het evaluatieformulier kon dit in de praktijk worden toegepast. In dit hoofdstuk staan alle stappen beschreven die ondernomen zijn om tot de uiteindelijke resultaten te komen. In §5.5 worden die resultaten vervolgens beschreven.

5.1 Onderzoeksvragen

Onderstaande onderzoeksvragen zullen in dit hoofdstuk aan de orde komen:

- a. Hoe is het multidisciplinair kinderslikspreekuur door het kind en de ouder(s) beleefd?
 - b. Welk verband bestaat er tussen (al dan niet opgevolgde) adviezen en veranderingen in de slikproblematiek en/of de kwaliteit van leven van het onderzochte kind.
- Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de onderstaande subvragen:
- Welk beleid is gevoerd ten aanzien van de (slik)stoornis van het kind in de periode nadat het advies werd gegeven? Is het advies van het slikteam opgevolgd?
 - Welk invloed heeft het gevoerde beleid, volgens de ouders, gehad op de pathologie van het slikken, de veiligheid van het slikken, de (fysieke en mentale) beleving van het slikken en de kwaliteit van leven van het kind?

5.2 Methode van versturen en ontvangen evaluatieformulier

Om bovenstaande vragen te beantwoorden zijn de ouders van de 25 geïncludeerde kinderen uit de dossierstudie telefonisch benaderd door een stagiaire van het WKZ met de vraag of ze de ontwikkelde vragenlijst (zie hoofdstuk 4), *het Evaluatieformulier slikspreekuur Wilhelmina Kinderziekenhuis* zouden willen ontvangen, met het verzoek om deze in te vullen en te retourneren. De voorkeur van de projectgroep ging er naar uit om deze per email te versturen. Wanneer de ouders hierop negatief reageerden, werd gevraagd of zij het formulier wel per post wilden ontvangen, het schriftelijk in wilden vullen en per post retourneren. Nadat de uiterste inleverdatum van de evaluatieformulieren verstreken was, zijn de ouders van wie nog geen formulier ontvangen was door een lid van de onderzoeksgroep gebeld. Er is geïnformeerd of het evaluatieformulier bij hen angekommen is en er is hulp aangeboden bij het invullen. Daarnaast is de mogelijkheid om het evaluatieformulier alsnog per post te ontvangen aangeboden.

5.3 Resultaten van versturen en ontvangen evaluatieformulieren

Tijdens de telefonische benadering van de ouders door de stagiaire van het WKZ hebben 24 ouders aangegeven het evaluatieformulier te willen ontvangen. Tweederde van deze groep ouders wilde het formulier per email ontvangen, eenderde ontving het liever per post.

Voor de uiterste inleverdatum was er één formulier per email geretourneerd. Uit de telefonische benadering door twee van de proctleden bleek dat vijf van de ouders die het formulier per email toegestuurd gekregen hadden, er uiteindelijk, om uiteenlopende redenen (computer defect, niet handig met de mail), de voorkeur aan gaven het formulier per post te ontvangen. Hier is per direct gehoor aan gegeven.

De overige ouders deelden mee dat zij alsnog het evaluatieformulier zouden invullen en retourneren.

Uiteindelijk zijn er nog zes formulieren per email geretourneerd en zeven per post. In totaal zijn er dus veertien formulieren geretourneerd. Van die veertien formulieren was er één, met opgaaf van reden, blanco geretourneerd. Deze is in de evaluatie buiten beschouwing gelaten.

5.3.1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie

De uiteindelijke onderzoeksgroep voor deze evaluatie bestond uit dertien kinderen, van wie negen jongens en vier meisjes. De leeftijd van deze kinderen tijdens het slikspreekuur was gemiddeld vijf jaar en 3 maanden. De periode tussen het bezoek aan het slikspreekuur en het invullen van het evaluatieformulier bedroeg gemiddeld 11 maanden. Echter, van één van de in de evaluatie betrokken kinderen (nr.18) konden alleen de onderdelen A, B en F geëvalueerd worden, omdat de ouders, door een verkeerde datum in het formulier, de situatie van hun kind hebben vergeleken met een slikspreekuur dat heeft plaatsgevonden vóór het spreekuur waarvan de beginsituatie in kaart was gebracht.

5.4 Methode van evalueren

Er moest op verschillende manieren worden geëvalueerd omdat het evaluatieformulier ook uit meerdere onderdelen, met diverse vraagvormen bestond. Vervolgens dienden er verbanden gelegd te worden tussen de verschillende onderdelen.

5.4.1 Evaluatie per onderdeel

Doordat de vorm van de vragen in het evaluatieformulier verschilt, geldt ook voor de manier van evalueren dat deze per vraag/vragenonderdeel kan verschillen. Bij de onderdelen A: *Gewicht en lengte* en B: *De voeding van uw kind*, is de voormeting (T0) naast de informatie gelegd die is verkregen uit het evaluatieformulier, de nameting (T1), en is een vergelijking gemaakt tussen de situatie ten tijde van het slikspreekuur en de situatie ten tijde van het invullen van het evaluatieformulier. Voor onderdeel A zijn voorafgaand aan de vergelijking op grond van de lengte, het gewicht en de leeftijd van de kinderen de bij behorende Body Mass Index's (BMI's) uitgerekend voor beide tijdstippen (T0 en T1). Dit is gedaan met behulp van de BMI voor kinderen.

De vragen van de onderdelen C: *Problemen rond de voeding*, D: *Dagelijkse activiteiten* en E: *Algemene toestand van uw kind sinds het slikspreekuur*, zijn zo geformuleerd dat er gevraagd wordt naar de situatie ten tijde van het slikspreekuur in vergelijking met de huidige situatie.

Omdat er bij onderdeel F: *Beleving van het slikspreekuur*, geen sprake is van een voor- en nameting is een vergelijking uitgesloten. De antwoorden van onderdeel F geven op zichzelf al een resultaat van de beleving van het slikspreekuur. Hetzelfde geldt voor onderdeel G: *Aanpak na het slikspreekuur*. Bij beide is geturfd hoe vaak een antwoord is gescoord door de ouders.

Vervolgens zijn uit alle verkregen resultaten conclusies getrokken die bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De interpretatie van het evaluatieformulier en de verwerking van de verkregen gegevens heeft plaatsgevonden zoals beschreven in §4.2.3.

5.4.2 Evaluatie van de opvolging van de adviezen

Om een antwoord te krijgen op de subvraag, of het meegegeven advies door het slikspreekteam aan de ouders is opgevolgd, is onderdeel G vergeleken met de adviezen die na afloop van het slikspreekuur zijn meegegeven aan de ouders. De ouders dienden aan de hand van vooraf opgestelde categorieën te antwoorden en daarbij een toelichting te geven. De leden van het slikspreekteam echter, hadden geen beperking in het formuleren en gebruikte daarbij geen format.

Om te bepalen of de stappen die de ouders na het slikspreekuur hebben ondernomen overeenkomen met de adviezen die zij na afloop van het slikspreekuur hebben ontvangen zijn er zes categorieën gecreëerd: geheel opgevolgd, geheel opgevolgd +, gedeeltelijk, gedeeltelijk +, nee en onbekend.

Het oordeel 'geheel opgevolgd' werd gegeven wanneer alle adviezen van het slikspreekteam opgevolgd waren. 'Gedeeltelijk' was van toepassing wanneer er per maximaal drie meegekregen adviezen minstens één is opgevolgd. De toevoeging '+' duidt aan dat er, door de ouders, extra stappen zijn ondernomen die niet direct terug te vinden zijn in de meegekregen adviezen. Deze stappen zijn mogelijk op eigen initiatief of op advies van andere (para)medici genomen. 'Nee' werd gegeven als geen van de meegekregen adviezen door de ouders waren opgevolgd.

5.4.3 Verbanden tussen verschillende onderdelen

Om meer te weten te komen over de algehele voor- of achteruitgang van de kinderen, zijn de gegevens van diverse onderdelen uit het evaluatie-instrument bij elkaar opgeteld en is een gemiddelde berekend. Bij onderdelen die geen scoring bevatten, zijn de gegevens naast elkaar gelegd en vergeleken. De volgende onderdelen en items zijn gekoppeld:

- Het soort advies, de opvolging van het advies en de Problemen rond de voeding (C), om te kunnen zien of het advies invloed heeft gehad op de slikproblematiek.
- Het soort advies, de opvolging van het advies en de Kwaliteit van leven), om te kunnen zien of het advies invloed heeft gehad op de Kwaliteit van leven van het kind.
- Beleid (veranderingen m.b.t. de voeding), BMI en Voedingswaarde, om iets te kunnen zeggen over de invloed die het beleid heeft gehad op de voedingstoestand.
- Advies met betrekking tot consistentie en beleid (veranderingen in consistentie), consistenties (B3) en Problemen rond de voeding (C), om te zien of aanpassing in consistentie de slikproblematiek beïnvloedt.
- Problemen rond de voeding (C) en Kwaliteit van leven (B4, D1, D2, D3, D4 en E2). Verbetert de kwaliteit van leven als de slikproblemen verminderen? Is er een relatie tussen deze onderdelen?
- Beleving slikspreekuur (F) en opvolging van de adviezen. Heeft de beleving van het slikspreekuur invloed op de mate van opvolging van de adviezen?

5.5 Resultaten die voortkomen uit de evaluatie

Per onderdeel van het evaluatie-instrument wordt beschreven wat de resultaten van de evaluatie waren. Ook wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: Hoe is het multidisciplinair kinderslikspreekuur door het kind en de ouder(s) beleefd? Verder staat in deze paragraaf beschreven in hoeverre de adviezen van het slikspreekteam opgevolgd werden door de ouders. Resultaten met betrekking tot de invloed van het advies op de slikproblematiek en/of het welbevinden van het kind staan beschreven in §5.6.

5.5.1 Resultaten per onderdeel van het evaluatie-instrument

■ *Algemene toestand van het kind:*

De algemene toestand van de kinderen kan geëvalueerd worden door de BMI's van de kinderen te interpreteren en te vergelijken met de toestand ten tijde van het slikspreekuur. Ook bestaat er een vraag in het evaluatieformulier waarbij ouders aan kunnen kruisen hoe zij de algemene gezondheidstoestand van hun kind inschatten (E1).

Gezien de vaak ontbrekende gegevens van het gewicht en de lengte ten tijde van het slikspreekuur (T0) en éénmaal in het evaluatieformulier (T1) konden niet alle BMI's worden uitgerekend. Van vijf kinderen is de BMI T0 en een BMI T1. Bij deze kinderen zijn de BMI's van T1 iets verminderd t.o.v. T0, maar beide BMI's vallen binnen de marge van een gezond lichaamsgewicht.

Bij één kind was er ten tijde van het slikspreekuur sprake van overgewicht. Bij nazoeken in de medische geschiedenis bleek het overgewicht kenmerkend te zijn voor het syndroom waarvan sprake is bij dit kind.

Eén kind moest buiten beschouwing gelaten worden omdat zijn leeftijd op beide tijdstippen (T0 en T1) beneden de 2 jaar lag en de BMI niet geschikt is voor kinderen beneden die leeftijd.

Verder was er bij twee kinderen sprake van ondergewicht en bij vier kinderen van een gezond gewicht op het moment van invullen van het evaluatieformulier (T1). Er zijn van deze kinderen geen T0 gegevens bekend. De BMI's van de onderzochte kinderen waarvan alle gegevens bekend waren, waren niet significant hoger of lager dan ten tijde van het slikspreekuur. In bijlage 5.1.1 staan de BMI's van T1 per kind weergegeven in schalen waarop gedetailleerder te zien is hoe de voedings-toestand is.

Kind	BMI T0	Obesitas/gezond/ ondergewicht	BMI T1	Obesitas/gezond/ ondergewicht
3	x	x	14,74	ondergewicht
4	x	x	13,83	gezond
6	x	x	11,72	ondergewicht
7	15,7	gezond	14,7	gezond
10	x	x	13,54	gezond
11	20,81	obesitas	x	x
12	16,61	gezond	16,54	gezond
13	15,85	gezond	14,14	gezond
15	x	x	15,61	gezond
17	14,37	gezond	13,88	gezond
18*				
20	14,81	gezond	14	gezond
24	x	x	17,24	gezond

x → gegevens ontbreken

*** → kind is beide tijdstippen jonger dan 2 jaar. Voor kinderen jonger dan 2 jaar geldt de BMI voor kinderen niet.

Tabel 5.1 BMI van geëvalueerde kinderen op moment van T0 en T1.

Op vraag E1 werd door ouders van negen van de twaalf kinderen geantwoord dat de algemene toestand van hun kind sinds het spreekuur vooruit gegaan is. Van de overige drie kinderen gaven de ouders aan dat het ongeveer hetzelfde gebleven is.

■ Voedingssituatie

Aan dit onderdeel is geen score verbonden, omdat er met scorepunten in de evaluatie geen rekening gehouden kan worden met factoren als chronologische leeftijd en ontwikkelingsniveau. In dit deel van de evaluatie is wel rekening gehouden met de chronologische leeftijd van de kinderen, maar de factor ontwikkelingsniveau is buiten beschouwing gelaten, omdat daar te weinig specifieke gegevens over gevonden konden worden.

Er ontbraken veel gegevens van de voormeting in de dossiers, maar de gegevens die er waren, zijn vergeleken met de antwoorden die de ouders hebben gegeven in het evaluatieformulier bij onderdeel B en zijn zonnodig gekoppeld aan chronologische leeftijd.

Orale voeding en sondevoeding:

Bij zes kinderen is de situatie op het moment van invullen van het evaluatieformulier niet gewijzigd wat betreft het krijgen van voeding via de mond en/of via een sonde (ten opzichte van het moment van het slikspreekuur). Twee kinderen die op het moment van het slikspreekuur geheel of gedeeltelijk hun voeding kregen via een sonde, kregen later alleen nog orale voeding. Eén kind is veranderd van alleen orale voeding naar orale en sondevoeding en één kind ging van zowel orale als sondevoeding naar alleen nog sondevoeding. Van de twee overige kinderen waren de gegevens uit

het formulier niet te interpreteren, doordat de vraag verkeerd was ingevuld. Aan de bovenstaande gegevens kan niet direct een negatief oordeel verbonden worden, omdat een overstap van orale voeding naar sondevoeding bijvoorbeeld, niet altijd een achteruitgang hoeft te betekenen. De gezondheidstoestand kan juist vooruit gaan, doordat het kind niet meer aspireert en daardoor geen last van longontstekingen meer heeft. Een positief oordeel kan gegeven worden wanneer een kind van volledige of gedeeltelijke sondevoeding naar volledig orale voeding overstapt of wanneer een kind van volledige sondevoeding naar gedeeltelijke sondevoeding overstapt. Twee kinderen zijn op dit onderdeel vooruitgegaan. In bijlage 5.1.2 staan alle gegevens met betrekking tot orale voeding en sondevoeding in een tabel weergegeven.

Wijze van aanbieden / tot zich nemen van voeding:

In de onderstaande tabel is per kind de leeftijd, het eet- en drinkgerei, de mate van zelfstandigheid van het eten op de twee meetmomenten weergegeven. Ook is er per kind getracht te bepalen of er sprake is van vooruitgang of achteruitgang en of de gegevens die bij de nameting (T1) verkregen zijn, passen bij de leeftijd van het kind.

Er zijn evenveel kinderen vooruit als achteruit gegaan wat betreft het eet- en drinkgerei dat gebruikt werd en het al dan niet zelfstandig eten van het kind. Twee kinderen die vooruit zijn gegaan, zijn jonger dan vier jaar. Bij jonge kinderen kan ook zonder interventie vooruitgang verwacht worden in zes maanden. Een vooruitgang in het gebruik van eetgerei of in de zelfstandigheid, betekent niet dat de voedingssituatie verbeterd is. Doordat een kind bijvoorbeeld zelf uit een beker drinkt, kan het zo zijn dat het zich vaker verslikt, of dat er meer vocht uit de mond loopt.

In vergelijking met normaal ontwikkelende kinderen zonder slikstoornis eten veel kinderen minder zelfstandig. Voorbeelden van oorzaken hiervoor zijn dat er veel kinderen psychomotorisch geretardeerd zijn en mogelijk ook dat er speciale eettechnieken toegepast moeten worden om het aspiratierisico te verlagen.

Tabel 5.2 Wijze van aanbieden/tot zich nemen van voeding

Kind nr	Leef-tijd T0	T0	Leef-tijd T1	T1	Conclusie per kind
3	15;6	Van een lepel, met een vork. Eet zelf met hulp	16;11	Wordt gevoed, krijgt drinken aangeboden, van metalen vork/lepel	Beide momenten hetzelfde eetgerei (passend bij leeftijd). Eet niet meer zelf met hulp, maar wordt gevoed. Achteruitgang, is niet passend bij leeftijd
4	2;6	Metalen lepeltje, beker en een spuitje.	3;9	Eet zelf met hulp; plastic lepel/vork, uit een beker. Krijgt drinken aangeboden; uit beker, door rietje	Lepel eerst metaal, later plastic. Eerst spuitje later rietje. Vooruitgang: Kind drinkt iets zelfstandiger. Mate van zelfstandigheid is niet passend bij leeftijd.
6	17;6	Met lepel.	18;9	Wordt gevoed, krijgt drinken aangeboden, van metalen en plastic lepel/vork	<i>Geen verandering.</i> Mate van zelfstandigheid is niet passend bij leeftijd.
7	2;4	Met een lepeltje en uit een open beker.	3;6	eet en drinkt zelf, met metalen en plastic lepel/vork, uit de hand, uit beker met tuit en neusuitsparing en door een rietje	Eerst open beker, later beker met tuit en neusuitsparing en ook rietje. <i>Geen duidelijke verbetering/verslechtering.</i>

Kind nr	Leef-tijd T0	T0	Leef-tijd T1	T1	Conclusie per kind
10	2;6	Met een lepel, uit een beker zonder tuit.	3;6	Zelfst.: beker. Met hulp: metalen lepel/vork. Gevoed: met. lepel/vork	Beker, lepel/vork. Geen verandering. Eetgerei is passend bij leeftijd, mate van zelfstandigheid niet.
11	2;3	Met een lepeltje, uit een gewone beker.	3;3	Zelfst.:eten en drinken. Metalen lepel/vork. Plastic lepel/vork.	Geen beker meer. Achteruitgang.
12	2;5	Drinken aangeboden uit gewone beker. Voeding van lepel, uit hand.	3;5	Wordt gevoed, krijgt het drinken aangeboden. Van een plastic lepel/vork, uit een beker met neusuitsparing, door een rietje, anders: gewone beker.	Geen duidelijke verbetering/verslechtering
13	2;2	Met een lepeltje, af en toe beker, spuitje: dun vloeibaar.	3;2	Wordt gevoed, krijgt het drinken aangeboden. <i>Verder niet goed aangekruist.</i>	<i>Niet te interpreteren.</i> Mate van zelfstandigheid is niet passend bij leeftijd.
15	6;0	Elke wijze.	6;10	Eet en drinkt zelfstandig, van een metalen lepel/vork, uit een beker. Drinkt met hulp. Krijgt het drinken aangeboden	<i>Niet te interpreteren.</i> Waarschijnlijk geen verandering van eetgerei. Drinken is niet zelfstandig. Dit is niet passend bij leeftijd.
17	6;8	Fles en lepel.	7;6	Drinkt zelf met hulp; uit een beker met tuit, door een rietje. Wordt gevoed van een metalen lepel/vork, van een plastic lepel/vork.	Eerst fles, later tuitbeker en rietje. Vooruitgang. Tuitbeker en de mate van zelfstandigheid passen niet bij leeftijd van het kind.
18	3mnd. 2 wkn	Met een lepeltje	1;1	Wordt gevoed en krijgt drinken aangeboden; van een plastic lepel/vork, uit de hand, uit een normale beker	Eet inmiddels ook uit de hand en drinkt uit beker. Vooruitgang. Eetgerei is passend bij de leeftijd, mate van zelfstandigheid niet helemaal.
20	2;3	Rolyan lepeltje, fles met flexibele tuit.	2;11	Wordt gevoed; van een plastic lepel/vork	Drinkt niet meer uit fles, maar er komt niets voor in de plaats. Achteruitgang. Mate van zelfstandigheid niet passend bij leeftijd.
24	6;6	In elk geval rietje en lepel.	7;3	Eet zelfstandig, eet met hulp en wordt gevoed van metalen lepel/vork	<i>Niet te interpreteren.</i> Drinkt niet meer met een rietje.

Tabel 5.2 –vervolg– Wijze van aanbieden/tot zich nemen van voeding

Voedselconsistenties:

De helft van de kinderen krijgt op beide meetmomenten evenveel verschillende consistenties voedsel aangeboden. Er zijn ongeveer evenveel kinderen die na het slikspreekuur meer consistenties aangeboden kregen, als kinderen die er minder kregen. Aanpassingen in de consistentie kunnen gedaan zijn omdat dat een advies van het slikteam was of om een andere reden. In §5.5.4 staat meer beschreven over opvolging van adviezen. Een tabel met alle consistenties die kinderen aangeboden kregen en een conclusie per kind staat in bijlage 5.1.3.

Ervaringen tijdens het eten/drinken:

De meeste kinderen reageren niet positiever of negatiever op eten en drinken dan ze deden ten tijde van het slikspreekuur. Vijf van de 13 kinderen konden niet in dit deel van de evaluatie betrokken worden omdat van hen de beginsituatie (T0) onbekend was. Twee kinderen hadden op het moment van de nameting meer negatieve reacties ten aanzien van de voeding dan voorheen en één kind had juist positievere reacties. De reactie die in het evaluatieformulier het meest aangekruist werd, was 'afkeer'. Verder werden plezier, tevredenheid en frustratie regelmatig gescoord. Alle reacties en de conclusies per kind staan beschreven in bijlage 5.1.4 Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat ervaringen en reacties rond de voeding na het slikspreekuur niet veel veranderen.

Voedingswaarde:

Ten tijde van het slikspreekuur hadden 4 van de 13 kinderen duidelijk of waarschijnlijk een te lage voedingswaarde voor een goede gezondheid. Van drie kinderen was de voedselintake onbekend. Bij de nameting waren dat er twee, waarvan één kind ook bij de voormeting te weinig binnenkreeg. Vier van de 13 kinderen hebben ten tijde van de nameting een betere voedingstoestand dan voorheen. Eén kind is achteruitgegaan. In bijlage 5.1.5 is te lezen hoe de voedingstoestand op beide momenten voor elk kind was.

■ *Verskillende voedingsproblemen:*

Voor de volgende twee onderdelen waren geen dossiergegevens nodig om te kunnen evalueren. Aan de onderdelen zijn scores verbonden, zodat bijvoorbeeld gemiddelden per kind over een heel onderdeel of gemiddelden over de hele onderzoeksgroep per vraag berekend konden worden. Ten tijde van het slikspreekuur hadden de kinderen gemiddeld 10 voedingsproblemen. Op het moment van de nameting zijn er gemiddeld vier van deze problemen verdwenen, drie zijn er ongeveer hetzelfde gebleven, twee zijn er afgenomen en één is er toegenomen. Bij twee kinderen is er na het slikspreekuur een probleem rond de voeding ontstaan. Het ging om de problemen: Niet kunnen/willen doorslikken van voeding en Hoesten tijdens de maaltijd.

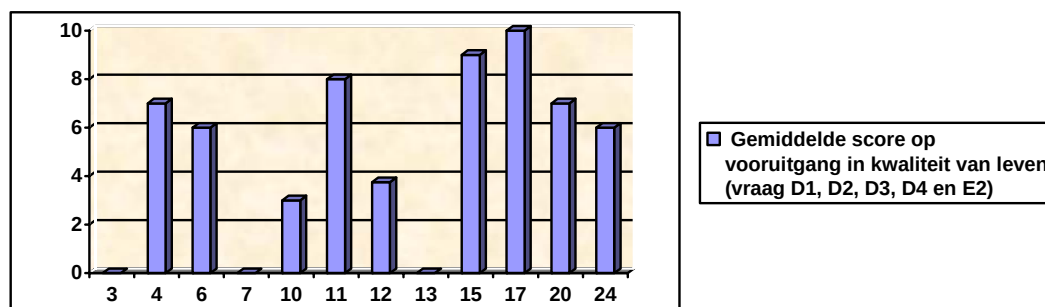
De problemen die in verhouding het meest vaak zijn verdwenen of afgenomen, zijn: Overgeven, verslikken, Longontsteking en/of luchtweginfectie en Het terugkomen van voedsel door de neus. Het stoppen met eten na enkele hapjes, Problemen met zuigen, met Afhappen en met Kauwen en Het uit de mond lopen van eten/drinken zijn problemen die qua frequentie vaak hetzelfde zijn gebleven of toe zijn genomen. In de twee tabellen in bijlage 5.1.6 en 5.1.7 is precies na zoeken welke kinderen welke problemen hadden en hoe het op het moment van T1 met deze problemen gaat.

■ *Kwaliteit van leven van het kind*

De antwoorden op de vragen B4, D1, D2, D3, D4 en E2 geven samen een beeld van de kwaliteit van leven van de kinderen. Omdat vraag B4 (Ervaringen tijdens eten/drinken) geen score bevat, kan deze niet in een gemiddelde score van kwaliteit van leven opgenomen worden. De scores bij de andere vragen wegen allen even zwaar. Bij negen van de twaalf kinderen is de kwaliteit van leven volgens de ouders verbeterd. Bij de andere drie kinderen gaven de ouders aan dat er geen verandering was.

Gemiddeld scoorden de kinderen 4,896 → 5 punten op kwaliteit van leven. Dit betekent dat de invloed van de slikproblemen op de dagelijkse activiteiten zijn verminderd maar niet verdwenen en

dat de kwaliteit van leven iets verbeterd is. Van kind 7 en kind 12 zijn de gemiddelde scores berekend op basis van vier in plaats van vijf antwoorden, omdat er bij elk één D-vraag niet was ingevuld.



Grafiek 5.1 Gemiddelde score op vooruitgang in kwaliteit van leven.

5.5.2 Beleving van het multidisciplinaire kinderslikspreekuur door ouders en kind.

Met onderdeel F uit het evaluatie-instrument is nagegaan hoe de ouders beoordelen dat hun kind het slikspreekuur beleefd heeft en hoe de ouders zelf het slikspreekuur beleefd hebben. Omdat er bij vrijwel alle items duidelijk een of twee antwoorden het meest aangekruist werden, wordt er in de onderstaande tekst voornamelijk ingegaan op die antwoorden. Het exacte aantal ouders dat een bepaald antwoord heeft gegeven is na te lezen in bijlage 5.1.8.

■ *Vragenlijst voorafgaand aan het slikspreekuur*

Tien ouders vonden dat de vragenlijst die zij voorafgaand aan het slikspreekuur ontvingen geschikt was om de problemen van hun kind mee in kaart te brengen. Een ouder vond dat de meeste vragen niet voor zijn/haar kind gelden. En een ouder had de behoefte meer uit te leggen bij de vragenlijst, maar kon dat niet kwijt.

■ *Inlichtingen voorafgaand aan het slikspreekuur*

Negen ouders voelden zich voldoende ingelicht over wat hen en hun kind te wachten zou staan tijdens het slikspreekuur. Eén ouder stelt voor dat er nog iets meer uitgelegd zou kunnen worden. Eén ouder voelde zich wel voldoende ingelicht, maar daarin heeft de eigen logopediste een rol gespeeld. En één ouder heeft deze vraag niet beantwoord.

■ *Lengte van het slikspreekuur.*

Door acht ouders wordt de lengte van het slikspreekuur voor hun kind over het algemeen ingeschat als goed. Drie ouders gaven aan dat het iets te lang was.

Een ouder heeft deze vraag niet beantwoord.

Op een ouder na vonden ouders zelf de lengte van het slikspreekuur goed.

■ *Beleving van het slikspreekuur*

In de meeste gevallen denken de ouders dat hun kind het slikspreekuur heeft ervaren als leuk, vervelend en spannend. Eenmaal gaf een ouder aan dat het kind het slikspreekuur als eng heeft ervaren.

■ *Belasting door de onderzoeken*

Tien van de ouders hebben aangegeven dat de onderzoeken voor hun kind niet of een beetje belastend waren. Eén ouder gaf aan dat de onderzoeken voor het kind behoorlijk belastend waren. Geen van de ouders vond de onderzoeken zeer belastend voor hun kind. En een ouder heeft deze vraag niet ingevuld.

Voor de ouders zelf is het onderzoek voornamelijk als niet of een beetje belastend ervaren. Een ouder vond het onderzoek behoorlijk belastend.

■ *Benadering door de onderzoekers*

De ouders schatten in dat hun kind de benadering door de onderzoekers tijdens het slikspreekuur als voornamelijk als vriendelijk en prettig hebben ervaren.

Eén ouder gaf aan dat zijn/haar kind de benadering onprettig vond.

De ouders vonden zelf dat zij door de onderzoekers vriendelijk, persoonlijk en prettig werden benaderd.

■ *Uitleg bij de onderzoeken*

De ouders vonden de uitleg bij de onderzoeken goed of duidelijk. Eén ouder heeft deze vraag niet ingevuld.

■ *Het advies*

De adviezen die de leden van het kinderslikteam naar aanleiding van de onderzoeken aan de ouders gegeven hebben werden door de ouders ervaren als duidelijk, voldoende uitgebreid, passend bij de problematiek, passend bij het kind, aansluiten op de wensen en goed uitvoerbaar.

5.5.3 Gevolgd beleid ten aanzien van de slikstoornis van het kind na het slikspreekuur en de invloed daarvan op de situatie/ het welbevinden van het kind.

Elf van de twaalf ouders hebben ingevuld welke stappen zij na het slikspreekuur ondernomen hebben. Eén ouder heeft het hele onderdeel, om onbekende reden, niet ingevuld.

Gemiddeld hebben de ouders 2 á 3 stappen ondernomen.

De meest ondernomen stap is de verandering met betrekking tot het eten, dat wil zeggen dat er bijvoorbeeld een wijziging in consistentie, in temperatuur, in hoeveelheid, in de wijze van aanbieden of in iets anders is aangebracht. Deze stap is door negen van de twaalf ouders ondernomen.

Op tweede plaats komt logopedische therapie. Deze actie is door zeven van de twaalf ouders ondernomen. Een actie die ook door meer dan de helft van de ouders ondernomen is, namelijk door vier ouders, het laten uitvoeren van een operatie, bijvoorbeeld een tongreductie of neus- en/of keelamandelen laten verwijderen.

Verandering van houding is in vier gevallen toegepast na het slikspreekuur.

Het toedienen van medicatie is bij geen van de ouders een stap geweest die na het slikspreekuur ondernomen is.

De ondernomen stappen hebben in geen geval de situaties van de kinderen verslechterd. In alle gevallen is er sprake van geen of een positieve verandering.

Van de zes kinderen die een operatie hebben ondergaan gaven alle ouders aan dat de situatie van hun kind aanzienlijk is verbeterd. Bij drie van de zeven kinderen die met logopedische therapie zijn gestart of dit hebben voortgezet is er sprake van een aanzienlijk verbeterde situatie. Bij de overige vier is de situatie enigszins verbeterd.

Bij de negen kinderen waar bij er een verandering met betrekking tot eten is doorgevoerd, vinden de ouders van zeven kinderen dat er sprake is van een aanzienlijke verbetering van de situatie van hun kinderen, één ouder vindt de situatie enigszins verbeterd en 1 ouder vindt de situatie onvoldoende verbeterd. De verandering van de houding bij het eten heeft bij drie kinderen de situatie aanzienlijk verbeterd en bij twee kinderen enigszins verbeterd, volgens hun ouders. De ouders van één kind geven aan een andere aanpak, welke onbekend, te hebben toegepast. Deze heeft onvoldoende verbetering opgeleverd.

5.5.4 Het gevolgde beleid vergeleken met de gegeven adviezen

In het totaal zijn er aan de ouders van de dertien kinderen 23 adviezen meegegeven, daarvan zijn er in het totaal 16 adviezen zijn opgevolgd. Bij één evaluatieformulier is onderdeel G helemaal niet ingevuld, hiervan ontbreken de gegevens over het wel of niet opvolgen van de adviezen die zijn meegegeven naar aanleiding van het bezoek aan het slikspreekuur.

■ Per kind

De ouders van vier kinderen hebben het advies dat zij meekregen in zijn geheel opgevolgd, de ouders van twee kinderen hiervan hebben daarnaast nog andere stappen ondernomen. In het totaal hebben de ouders van vijf kinderen het meegekregen advies gedeeltelijk opgevolgd. Van deze ouders van de vijf kinderen hebben de ouders van twee kinderen het advies gedeeltelijk opgevolgd, maar hebben daarnaast andere stappen ondernomen.

Uit de vergelijking tussen meegegeven adviezen en gevolgd beleid na het slikspreekuur blijkt dat elk ouderpaar tenminste één van de adviezen heeft opgevolgd.

Kind nr.	Geheel opgevolgd	Geheel opgevolgd +	Gedeeltelijk	Gedeeltelijk +	Niet opgevolgd	Onbekend
3				x		
4						
6			x	x		
11			x			
12						
13						x
15	x					
17		x				
18		x				
20	x					
24			x			
Totaal:	2	2	3	2	0	1

+ = extra ondernomen stappen die niet direct terug te vinden zijn in de meegekregen adviezen. Deze stappen zijn mogelijk op eigen initiatief of op advies van andere (para)medici genomen.

Tabel 5.3 Gevolgd beleid versus gegeven adviezen.

■ Per categorie

Van de acht keer dat het advies; een verandering met betrekking tot het eten, werd gegeven, geven zes ouders aan dit advies opgevolgd te hebben. De volgende adviezen; operatie, logopedische therapie en verandering van houding zijn achtereenvolgens twee, drie en één keer meegegeven. Deze werden allemaal, zoals de ouders aangeven, voor een groot deel opgevolgd.

Het advies om een eet-therapeut of diëtiste te benaderen werd drie keer gegeven en daarvan twee keer opgevolgd. Twee keer werd het advies gegeven om de resterende voeding via de sonde te geven en een keer om de sonde op maat te laten maken. Geen van de drie ouders benoemt dit ook bij het beleid dat na het slikspreekuur is gevolgd.

Een aantal ouders, namelijk acht, hebben in het totaal 11 stappen ondernomen die niet direct terug te vinden zijn in de adviezen die zij mee kregen. Mogelijk zijn deze stappen op eigen initiatief of op advies van andere (para)medici genomen. Een aantal voorbeelden hiervan zijn gedeeltelijk hieronder beschreven: het steeds na drie happen op laten hoesten, verandering m.b.t. eten, nl hoeveelheid, in manier van aanbieden en consistentie, en het oprichten van een eeteetam.

5.6 Verbanden tussen verschillende uitkomsten

5.6.1 Invloed van het advies op de problemen rond de voeding

Van alle kinderen van wie de ouders alle adviezen hebben opgevolgd (en eventueel zelf extra stappen hebben ondernomen) zijn de problemen rond de voeding (in meer of mindere mate) verminderd. Bij één van deze kinderen zijn zelfs alle problemen verdwenen. Of deze positieve resultaten een direct effect zijn van het gegeven advies is niet bekend. Van de kinderen van wie de ouders de adviezen deels hebben opgevolgd (en eventueel zelf extra stappen hebben ondernomen) lopen de resultaten sterk uiteen. Bij één kind zijn de problemen toegenomen, bij één ander kind zijn de problemen verdwenen. De andere kinderen zijn in meer of mindere mate vooruit gegaan. Van één kind is het gevolgde beleid onbekend. De problemen van dit kind zijn gemiddeld hetzelfde gebleven.

5.6.2 Invloed van het advies op de kwaliteit van leven

De Kwaliteit van leven van de kinderen van wie de ouders alle adviezen hebben opgevolgd is bij vier van de vijf kinderen verbeterd. Van twee van die kinderen was de kwaliteit van leven zelfs zeer veel verbeterd. Eén kind uit deze groep is niet verbeterd of verslechterd wat betreft kwaliteit van leven. Van de ouders die de adviezen gedeeltelijk opgevolgd hebben is de kwaliteit van leven van de meeste kinderen verbeterd, bij één kind is de kwaliteit van leven enigszins verslechterd en bij één kind was er geen verandering op dit onderdeel. Ook bij het kind van wie het beleid onbekend is, is er geen verandering gevonden.

5.6.3 Invloed van aanpassing in consistentie op de problemen rond de voeding

Om te zien of aanpassing in consistentie de slikproblematiek beïnvloedt is gekeken naar bij welke kinderen aanpassingen in consistentie gedaan waren. Daarna werd bekeken of deze kinderen hoger scoorden dan de anderen. Dit bleek niet het geval. De vier kinderen om wie het ging scoorden niet significant hoger (of lager) dan de rest van de kinderen.

5.6.4 Invloed van de problemen rond de voeding op de kwaliteit van leven

Als de slikproblemen (onderdeel C) verminderen, dan verbetert de kwaliteit van leven (onderdeel D) meestal. Bij het ene kind is de kwaliteit van leven meer veranderd en bij het andere kind de slikstoornis. Bij de twee kinderen van wie de problemen rond de voeding zijn toegenomen, is de kwaliteit van leven niet veranderd.

5.6.5 Invloed van de beleving van het sliksprekeuur op het opvolgen van de adviezen

De vijf ouders die alle adviezen hebben opgevolgd en eventueel zelf extra stappen hebben ondernomen, hebben het sliksprekeuur waarschijnlijk niet positiever beleefd dan de andere ouders. Er is zelfs één geval waarbij de score voor beleving maar net boven de nul uitkomt, terwijl het advies helemaal opgevolgd is.

5.7 Discussie bij de evaluatie

5.7.1 Divers

■ *Beperkt aantal geretourneerde en bruikbare evaluatieformulieren*

Ondanks dat de 24 ouders tot twee keer toe telefonisch hebben aangegeven het evaluatie formulier in te zullen vullen en te retourneren, heeft de onderzoeksgroep er uiteindelijk 13 retour gekregen. Dit is een nadeel van een schriftelijke evaluatie. De reden dat bijna de helft van de ouders het formulier niet geretourneerd heeft, is tijdens dit onderzoek niet meer achterhaald. Naar eventuele oorzaken kan alleen gegist worden.

Mogelijke oorzaken, die zowel de digitale als de analoge versie betreffen, zijn dat het evaluatie formulier te lang en/of te moeilijk was of dat de periode waarin het verstuurd is bij de ouders ongelegen kwam.

De andere vermoedelijke aandachtspunten richten zich vooral op de digitale versie. Toen de ouders voor de tweede keer telefonisch benadert werden, gaven vijf ouders aan, die in eerste instantie een formulier per email thuis gestuurd hadden gekregen, liever toch het formulier per post te ontvangen. Andere benaderde ouders hadden wellicht op dat moment het document nog niet geopend en waren zich er nog niet van bewust dat het digitale formulier hen ook problemen op zou leveren en zo eventueel een geslaagde verzending zou tegengaan. Wanneer dit is gebeurd zou dat een verklaarbare oorzaak kunnen zijn van het beperkte aantal geretourneerde evaluatieformulieren per mail.

Daarnaast kwam het voor dat het ingevulde digitale formulier niet goed werd meegestuurd als bijlage, waardoor relevante gegevens verloren gingen. Dit is door extra uitleg via de mail opgelost, maar deze voorvallen duiden wel op de complexiteit van het invullen en retourneren van het digitale formulier.

■ *Variatie in periode tussen slikspreekuur en invullen evaluatie formulier*

Doordat de kinderen over een periode van 18 maanden het slikspreekuur bezochten varieert de periode tussen het bezoek aan het slikspreekuur en het ontvangen van het evaluatieformulier van 6 tot ruim 20 maanden. Deze variabele zou invloed kunnen hebben gehad op de werking van de adviezen en het gevolgde beleid en daarnaast ook op de uiteindelijke resultaten die gemeten worden. In een korte periode kan een opgevolgd advies minder effect vertonen dan wanneer hetzelfde advies in een langere periode opgevolgd wordt. Anderzijds, wanneer de periode tussen bezoek aan het slikspreekuur en het ontvangen van het evaluatieformulier lang is geweest, bestaat de kans dat de gegeven antwoorden, door vervaging en vertekening van herinneringen van langer geleden, minder betrouwbaar zijn. Bij dit onderzoek is dit onoverkomelijk geweest gezien het uitgangspunt van waar het onderzoek is gestart.

■ *Interpretatie*

Een ander discussiepunt was dat niet opgemaakt kan worden of een probleem bijvoorbeeld ontstaan is als gevolg van het opvolgen van het advies van het sliktteam of dat er een andere oorzaak voor was. Dit gold voor iedere aankruisoptie, want ook wanneer een ouder aangekruist had dat het slikprobleem verdwenen was, wilde dat nog niet zeggen dat die verbetering een direct gevolg was van het advies van het slikspreekuur.

5.7.2 De onderzoeksgroep

De respondentengroep was te klein om echt betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de invloed van verschillende adviezen op het welbevinden van het onderzochte kind in het algemeen.

Ook was de respondentengroep (bestaande uit 13 kinderen) te klein om subgroepen te maken van kinderen met dezelfde problematiek. Dit had vergelijking tussen kinderen binnen een groep beter mogelijk gemaakt, evenals vergelijking tussen verschillende groepen.

5.7.3 Betrouwbaarheid van de resultaten

■ *Inschatten van gevoelens*

Bij de onderdelen D (dagelijkse activiteiten), E (algemene toestand van uw kind sinds het slikspreekuur) en F (beleving van het slikspreekuur) wordt de ouder gevraagd te beoordelen hoe hun kind iets beleefd (heeft) of zich voelt. De antwoorden die de ouder geeft zijn subjectief en kunnen een vertekend beeld geven van de werkelijke beleving of gevoelens van het kind.

■ *Interpretatie van vragen door ouders*

Ondanks pogingen om het taalgebruik aan te passen aan de doelgroep en de ouders die niet goed Nederlands spreken te excluderen van onderzoek, bleek toch bij de tweede telefonische benadering dat enkele ouders de vragenlijst moeilijk vonden. Dit bleek ook uit de antwoorden; niet alle vragen werden goed geïnterpreteerd en soms bleken er congruentiefouten te zitten binnen de antwoorden van een formulier.

De aanvullende opmerkingen van ouders bij vraag F1: *Vond u dat de vragenlijst die u voorafgaand aan het slikspreekuur is toegestuurd, geschikt was om de problemen van uw kind in kaart te brengen*, lijken niet altijd te corresponderen met de gestelde vraag. Het lijkt erop dat sommige ouders in plaats van de vragenlijst die voorafgaand aan het slikspreekuurbezoek ingevuld moest worden, het evaluatieformulier in gedachten hebben gehad. Mogelijk is dit een gevolg van de lange tijd die sinds het slikspreekuur is verstreken.

Bij vraag G.1 bestaat een aankruisoptie 'verandering van de houding'. De omschrijving van deze optie was niet specifiek genoeg geformuleerd. Uit de geretourneerde evaluatieformulieren bleek namelijk dat tweemaal de optie aangekruist is waarbij het woord 'houding' anders is opgevat. Er werd een beschrijving gegeven van de attitude van het kind tijdens het eten in plaats van de lichaamshouding die bedoeld werd. In het protocol is deze vraag anders geformuleerd (zie §6.3.2, onder: Onderdeel F, en bijlage Protocol.).

Iets anders dat opviel aan het onderdeel 'Beleid' was dat controleafspraken of doorverwijzingen en het aanleggen van een sonde niet genoemd werden door de ouders als ondernomen stappen. Of deze vormen van beleid wel gevolgd zijn, is onbekend. Er zijn wel adviezen gegeven met betrekking tot aanpassing van de sonde en er is meerdere malen verwezen naar een andere discipline. Deze vormen van beleid staan niet specifiek genoemd in onderdeel G, maar konden wel ingevuld worden bij: 'andere stappen die ondernomen zijn'. Om onvolledige informatie in de toekomst te voorkomen is dit in het protocol aangepast.

Bij het verder nalopen op vragen die verkeerd geïnterpreteerd zouden kunnen worden door de ouders, viel bij vraag B5 een gemis op. Er wordt hier niet duidelijk gemaakt dat het om de voedingswaarde gaat die het kind in het totaal via de mond *en/of* via de sonde binnenkrijgt. Ouders zouden bij invulling de sonde-voeding achterwege hebben kunnen laten.

■ *Interpretatie van de gegeven antwoorden*

Tijdens het verwerken van de antwoorden uit de geretourneerde formulieren bleek dat de meerkeuzevragen niet altijd correct ingevuld¹⁷ waren. Omdat er, mogelijk door gebrek aan ruimte voor aanvullingen, geen uitleg bij die antwoorden stond, waren vooral de antwoorden op onderdeel C moeilijk te interpreteren. Om ervoor te zorgen dat alle formulieren op de zelfde wijze geïnterpreteerd zouden worden, is voor dit onderdeel een antwoordsleutel ontwikkeld. Deze is te

¹⁷ Met niet correct ingevuld wordt hier bedoeld: het aankruisen van meerdere antwoordopties terwijl maar één antwoord aangekruist had mogen worden of het overslaan van een deel van een vraag, terwijl de rest van de antwoorden op die vraag erop wijzen dat het wel ingevuld had moeten worden.

vinden in het document: 'Antwoordsleutel bij onderdeel C' dat te vinden is in de 'Handleiding interpretatie en notatie kindgegevens' in bijlage 4.1.

Bij de evaluatie van onderdeel G: *Het beleid*, kon enige interpretatie van de antwoorden niet vermeden worden. Dit is een gevolg van een schriftelijke enquête, omdat de mogelijkheid om door te vragen bij een onduidelijk antwoord niet bestaat. Wanneer de ouders als beleid logopedie hebben genoemd en in het advies staat dat niet, dan is teruggezocht in de medische geschiedenis of het kind al logopedisch begeleid werd. Wanneer dit het geval was, dan zijn deze twee tegen elkaar weggestreept en wordt dit niet geteld als extra ondernomen stap.

De ouders dienden aan de hand van vooraf opgestelde categorieën te antwoorden en daarbij een toelichting te geven. De leden van het slikteam hadden daarentegen geen beperking in het formuleren en gebruikte daarbij geen format. Het moge duidelijk zijn dat deze twee vormen van formuleren niet exact met elkaar te vergelijken zijn.

Dit lag voornamelijk aan het verschil in formulering door de onderzoekers en door de ouders. Het advies is door de leden van het slikteam geformuleerd, hierbij werd geen eenduidige wijze van notatie gehanteerd. Het beleid is door de ouders in het evaluatieformulier ingevuld.

5.7.4 De invloed van het advies

De invloed van een advies van het slikteam van het WKZ op het kind is afhankelijk van meerdere aspecten. Wanneer bijvoorbeeld het advies logopedische behandeling opgevolgd is, maar geen effect heeft gehad, kan dat advies verkeerd gegeven zijn, maar het kan ook zo zijn dat de behandelend logopedist niet kundig is op dat gebied, of dat de frequentie van behandelingen te laag was. Het verband tussen het gegeven advies en de uitwerking van het advies is dus afhankelijk van meerdere factoren. Een ander voorbeeld is dat een baby problemen had met zuigen, maar dat het door de groei en ontwikkeling over dat probleem heen gegroeid is en dus als het ware spontaan hersteld is. In dat geval is het moeilijk om onderscheid te maken of het herstel een gevolg is van de ondernomen acties of spontaan is.

5.7.5 Ontbrekende items

Tijdens de evaluatie werd een vraag die informeert naar de houding (zitten, liggen, staan) van het kind tijdens het eten, gemist. Bij het inventariseren van de resultaten van de dossierstudie is geconstateerd dat een vraag naar de totale hoeveelheid vocht die het kind binnenkrijgt ontbrak, terwijl deze vraag wel van belang gebleken is.

6 Ontwikkeling van het protocol ten behoeve van prospectief onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het gebruikte evaluatie-instrument heeft gediend als basis voor en is omgezet naar het (voorlopig) protocol. Er wordt bij het bespreken van de aanpassingen onderscheid gemaakt tussen:

- 1) punten waarvan het tijdens de ontwikkeling van het evaluatie-instrument al duidelijk was dat het protocol er qua vorm en inhoud deels anders uit zou moeten gaan zien;
- 2) aanpassingen naar aanleiding van punten van aandacht die voortkwamen uit het gebruik van het evaluatieformulier.

6.1 Onderzoeksvragen

- 1 Aan welke criteria moet het protocol voldoen?
- 2 Op welke wijze gaat aan de gestelde criteria voldaan worden?
 - Op welke punten zal het protocol afwijken ten opzichte van het evaluatieformulier in verband met het verschillend doel dat de beide instrumenten dienen (prospectief onderzoek versus retrospectief onderzoek) en de verschillen in gebruik (meting T0 en T1 apart, versus meting $\Delta T0/T1$) en mogelijkheden (bijvoorbeeld: zeer concrete en specifieke vragen en uitkomstmaten, versus meer algemene vragen en minder veelzeggende uitkomstmaten)?
 - Welke aanpassingen in vorm en inhoud komen voort uit de discussie naar aanleiding van de evaluatie en ervaringen met het gebruik van het evaluatieformulier?
- 3 Hoe moeten de uitkomsten van het protocol worden geïnterpreteerd?

6.2 Voorwaarden voor het protocol

Het slikteam heeft bij de start van het project een aantal criteria opgegeven waaraan het protocol moest voldoen. Het protocol moest werkbaar zijn in de praktijk en invulbaar zijn voor de ouders van de kinderen die op het slikspreekuur komen. De ouders moesten de problematiek van hun kind goed aan kunnen gaan geven. Hierdoor zou de oudervragenlijst die tot voor kort door het slikteam voorafgaand aan het spreekuur aan de ouders werd toegestuurd om de slikproblematiek van hun kind in kaart te brengen, overbodig worden. Met het protocol moest een gestandaardiseerde en systematische wijze van inventarisatie en evaluatie uitgevoerd kunnen worden. Om een evaluatie mogelijk te maken moest het protocol dus een voor- en een nametingsinstrument bevatten, waarmee de situatie van het kind ten tijde van het slikspreekuur en de situatie van het kind een half jaar na het slikspreekuur in kaart gebracht kon worden. Dit protocol zou hiertoe parameters moeten bevatten die de slikproblemen en de invloed hiervan op bepaalde aspecten van het leven van een kind aantonen. Daarnaast zou het slikteam van het WKZ graag de beleving van het slikspreekuur door de ouders en het kind geëvalueerd zien. Dit betekende dat het protocol uit drie delen/ formulieren zou gaan bestaan, namelijk een voormeting T0 (voorafgaand aan het spreekuur), een nameting T1 (een half jaar na het spreekuur) en een enquête die de beleving van het slikonderzoek door ouders en kind bevraagt (meegegeven na afloop van het spreekuur).

6.3 Methode van ontwikkelen

Van elke categorie die of item dat is toegevoegd, verwijderd of gewijzigd, wordt de nieuwe vorm en/of inhoud hieronder besproken.

6.3.1 De vorm van het protocol

Een aantal aanpassingen stond al voor de ontwikkeling van het evaluatie-instrument vast. Deze aanpassingen kregen vorm en werden doorgevoerd op basis van de literatuurstudie, dossierstudie en in overleg met het slikteam. Deze veranderingen hadden bijna allemaal betrekking op de vorm en hadden te maken met het verschil tussen het gebruik van het evaluatieformulier dat een vergelijking maakt tussen twee tijdstippen, en het uiteindelijke protocol dat de situatie van het kind op twee verschillende tijdstippen meet. Deze aanpassingen zullen in deze paragraaf besproken worden.

Daarnaast stonden twee veranderingen aan de inhoud van het protocol al vast. Ten eerste was het in het evaluatieformulier niet nodig om te vragen of het kind in een rolstoel zat, want deze gegevens waren al verkregen uit de dossierstudie. In het voorlopige protocol was deze vraag wel belangrijk omdat hiermee ook de T0 gegevens verzameld moeten worden. Ten tweede was er bewust voor gekozen om in het evaluatieformulier maar drie voedselconsistenties te noemen omdat dit beter aansloot bij de verzamelde T0 gegevens uit de dossierstudie, waardoor een betere vergelijking mogelijk was tussen T0 en T1.

In overleg met het slikteam is er voor gekozen om in het protocol vijf consistenties op te nemen en dit tevens uit te breiden met gecombineerde gegevens over de temperatuur van de voeding, waardoor specifiek advies aan de ouders over de voedselconsistenties en temperatuur van voeding ook specifiek kan worden geëvalueerd.

■ *Voor- en nameting*

Allereerst zijn de vragen van de onderdelen C, D en E uit het evaluatieformulier, die naar het verschil tussen de situatie ten tijde van het slikspreekuur en de huidige situatie informeren, omgevormd tot vragen die naar de situatie op een bepaald moment vragen. De momenten waarop deze vragen worden ingezet zijn de momenten van de voormeting (T0) en nameting (T1). Omdat de nieuwe vorm van vragen in het protocol minder complex was geworden dan de vorm die gebruikt werd in het evaluatieformulier, creëerde dat nieuwe mogelijkheden op het gebied van volledigheid. In het evaluatieformulier werd bij onderdeel C alleen gevraagd naar de aan- of afwezigheid van een slikprobleem en bij onderdeel D en E naar de verandering van een situatie. In het protocol wordt bij onderdeel C, waar van toepassing, ook gevraagd naar de ernst van het probleem, de frequentie waarmee het probleem zich voordoet en de consistentie waarbij het probleem voorkomt. In onderdeel D is toegevoegd dat gevraagd wordt naar de aanwezigheid van hinder bij verschillende dagelijkse activiteiten door de slikproblemen/voedingsproblemen en naar de ernst van die hinder. In onderdeel E werd toegevoegd dat, evenals bij onderdeel C, de ouder gevraagd wordt om een ernstmaat aan te geven wanneer zij antwoorden op de vraag.

Beoordelingsschalen

Om de ouders de mogelijkheid te geven genuanceerder te antwoorden dan mogelijk is bij meerkeuze antwoorden, zijn veel antwoorden in het protocol omgezet in 10-puntsschalen. Hierin zijn twee soorten beoordelingsschalen te onderscheiden: ernstschalen en frequentieschalen. Daarbij is geprobeerd om de subjectiviteit, die ontstaat door verschillende interpretaties van de schalen door de ouders, zoveel mogelijk te beperken door steeds concrete beschrijvingen te verbinden aan enkele van de waarden op de schaal. Hierbij is er bewust voor gekozen om in elk geval de uitersten van ernst of frequentie en enkele tussengradaties op de schaal aan te geven, maar daarnaast aan de ouders de ruimte te geven om 'er tussenin' te gaan zitten met hun beoordeling. Bovendien zijn de uitersten en tussengradaties die staan aangegeven op de schalen, vaak niet verbonden aan maar één specifieke waarde op de schaal en juist bewust op de grens tussen bepaalde waarden geplaatst

of over meerdere waarden reikend, zodat de ouders niet 'blind' kiezen voor een omschrijving maar een keuze moeten maken of zij vinden dat hun kind op die schaal meer links of rechts van die beschrijving thuishoort. Met de concrete omschrijvingen is dus vooral een indicatie gegeven voor de betekenis van verschillende waarden op de schaal, zodat een groot interpretatieverschil tussen ouders onderling hopelijk voorkomen wordt, zonder dat dit leidt tot een al te sterk 'leidend of sturend' effect.

Deze concrete beschrijvingen die, naar mening van de projectgroep, horen bij een bepaalde ernst- of frequentiemaat zijn steeds heel specifiek toegespitst op het onderwerp van de vraag. Hierdoor verschillen de beoordelingsschalen per vraag vrijwel altijd in meer of mindere mate van elkaar. Op de ernstschaal is zodoende vrijwel altijd de ernstmaat per item verschillend en kan heel specifiek de ernst van een probleem of situatie aangegeven worden. Op diezelfde manier kan op de frequentieschaal, waarbij de frequentiemaat bij de meeste items verschilt, de frequentie van een probleem of situatie aangegeven worden in een uitkomstmaat die daarbij goed aansluit.

Wanneer bij de verschillende onderdelen nog consistenties konden worden aangegeven die van belang waren, zijn deze wel opgesteld als aankruisopties omdat het onwaarschijnlijk is dat de consistenties daarbij verkeerd worden geïnterpreteerd, gezien de duidelijke voorbeelden in een apart kader. Dit kader was ook al aanwezig in het evaluatieformulier maar in het T0 en T1-formulier van het protocol zijn hier meer voorbeelden bij gegeven en zijn er bovendien vijf consistenties aan toegevoegd.

Ook onderdeel G uit het evaluatieformulier: *Aanpak na het slikspreekuur*, werd in het protocol opgenomen, zij het in gewijzigde vorm, zowel in het T0-formulier (de voormeting) als in het T1-formulier (de nameting).

In het protocol is dit echter onderdeel F geworden in plaats van G, omdat het T0 en T1-formulier één onderdeel minder bevatten dan het evaluatieformulier. Zie ook onder het volgende kopje. Daarbij zijn ook de vragen van dit onderdeel gewijzigd omdat zij zowel in het T0- als in het T1-formulier, moesten worden geherformuleerd opdat zij passend zouden zijn bij het tijdstip waarop de meting gedaan wordt. Dat leidde tot een verschil in inhoud en aanpak van de vragen in de beide formulieren. Dit wordt verder besproken in §6.3.2. In het protocol is de titel van dit onderdeel bij de voormeting (T0): *Tot nu toe gevolgd beleid*, en de titel van dit onderdeel bij de nameting (T1): *Aanpak sinds het slikspreekuur*.

■ *Beleving van het slikspreekuur*

Onderdeel F: *Beleving van het slikspreekuur* uit het evaluatie-instrument, was overbodig om op te nemen in de voormeting (T0) omdat het slikspreekuur dan nog niet heeft plaatsgevonden. De voormeting (T0) wordt namelijk voor het slikspreekuur aan de ouders van het kind toegezonden. Voor de nameting (T1) gold eveneens dat het tijdstip van bevragen (een half jaar na het slikspreekuur) geen handig tijdstip was om de beleving van het slikspreekuur na te vragen. Ten eerste zou dit voor de ouders betekenen dat zij zich een half jaar na dato nog goed moesten kunnen herinneren wat zij en hun kind destijds van het slikspreekuur vonden en dat zal in veel gevallen toch minder betrouwbare gegevens opleveren dan wanneer dit direct na het slikspreekuur gebeurt. Daar komt nog bij dat wanneer de beleving van het slikspreekuur niet binnen korte tijd na het spreekuur (twee à drie weken) bevraagd wordt, het risico bestaat dat andere ervaringen, gedachten en gevoelens, zoals het wel of geen effect hebben van een meegegeven advies dat men ondertussen heeft opgevolgd, gaan meespelen in de beoordeling van het slikspreekuur zelf. Om die redenen was het wenselijk om het oorspronkelijke onderdeel F van het evaluatieformulier, uit het T0- en T1-formulier te laten en het in plaats daarvan als los instrument in het protocol op te nemen. Dit derde instrument werd het formulier: 'Enquête slikspreekuur'. Dit formulier zal direct na het slikspreekuur meegegeven worden aan de ouders omdat de ervaring van het slikspreekuur dan nog vers in het geheugen ligt van de ouder. Dit heeft bovendien als bijkomend voordeel dat er bij vraag F1 geen verwarring meer kan ontstaan over de vragenlijst waarnaar verwezen wordt, zoals werd aangegeven in §5.7.1, onder: *Interpretatie vragen door ouders*.

Nu onderdeel F uit de voor- en nameting van het protocol is gehaald zal onderdeel G: *het beleid*, de plaats innemen van onderdeel F in het verslag. Het onderdeel beleid is in het protocol nu onderdeel F. Voor het afnemen van het T1-formulier is gekozen voor het tijdstip van een half jaar na het slikspreekuur omdat het inzetten van de nameting (T1) met de onderdelen, A, B, C, D, E en F pas nuttig is wanneer er een effect van de adviezen verwacht wordt. Volgens het slikteam is dat na een periode van ongeveer zes maanden.

Naast de in deze paragraaf doorgevoerde veranderingen zijn alle formuleringen in het protocol passend gemaakt bij het tijdstip waarop de meting wordt uitgevoerd.

6.3.2 De inhoud van het protocol

De selectie van de parameters voor het protocol is deels voortgekomen uit de toepassing van het evaluatieformulier. Deze toepassing is een eerste toetsing geweest van het uiteindelijke protocol. Van de fouten en onvolledigheden die na afloop van het gebruik van het evaluatieformulier aan het licht kwamen zijn aantekeningen gemaakt. Van belang hierbij waren de ervaringen met het evaluatieformulier van de projectgroep zelf, maar ook de beoordeling die de ouders aan het formulier gaven. Dit werd in kaart gebracht aan de hand van twee vragen in het evaluatieformulier waarin ouders werd gevraagd naar hun mening over dit formulier (zie §4.2.2). Deze aantekeningen zijn allemaal gerelateerd aan de inhoud van het protocol en zijn meegenomen bij de ontwikkeling van het protocol. Er is één uitzondering en deze betreft de nummering die is aangebracht bij het onderdeel beleid.

Welke onderdelen/items aangepast zouden moeten worden staat genoemd in de discussie van hoofdstuk 5: *De evaluatie*, §5.7. In die paragraaf staan ook de argumenten voor deze aanpassingen. Hieronder staat beschreven hoe de inhoudelijke aanpassingen zijn gedaan.

■ *Vraag I en II*

Aan de vragen I en II van T0 is een vraag III toegevoegd. In dit onderdeel wordt nu ook aan de ouders gevraagd aan te geven wat de belangrijkste reden is om met hun kind naar het slikspreekuur te komen. Mits deze vraag altijd (voldoende concreet en uitgebreid) wordt ingevuld of bij de anamnese wordt nagevraagd en terplekke ingevuld, is op deze manier de hulpvraag van de ouders duidelijk te achterhalen. Deze vraag was ook al aanwezig in de oudervragenlijst die tot op heden altijd voorafgaand aan het slikspreekuur wordt opgestuurd en is dus in wezen uit dit instrument overgenomen. Wel is daarbij gekozen voor een andere formulering, omdat deze vraag in de oudervragenlijst vaak niet of te weinig veelzeggend werd ingevuld en dit met de gewijzigde formulering misschien verbetert.

■ *Onderdeel A (algemeen)*

In de voormeting (T0) is aan het onderdeel A: *Algemene gegevens van uw kind*, een vraag toegevoegd die er naar informeert of het kind in een rolstoel zit (vraag A3). Zie ook §6.3.1.

■ *Onderdeel B (voeding) en C (problematiek)*

Zowel in de voormeting als in de nameting is een vraag toegevoegd (B4) die informeert naar de lichaamshouding (zittend, liggend etc) van het kind tijdens het eten en drinken. Daarnaast zijn aan de antwoordopties in het protocol bij vraag B2 voedingsconsistenties toegevoegd die het kind aangeboden kan krijgen. Dit betreft de volgende vijf voedingsconsistenties; geprakt voedsel, fijn gemalen voedsel, voeding met korrels/ stukjes/brokjes, harde voedingswaren en droge voedingswaren. Bij vraag B2 wordt de ouder ook gevraagd om naast het aankruisen van de voedingsconsistentie, ook aan te geven of het warm of koud eten betreft. Zie ook §6.3.1.

Vraag B6, die zowel in de voormeting (T0) als in de nameting (T1) voorkomt, is verduidelijkt door in de vraag te vermelden dat de voedingswaarde die het kind de laatste tijd binnenkrijgt, het totaal van voeding via de mond en via de sonde is. Het laatste deel van deze zin, ontbrak namelijk bij de formulering van deze vraag in het evaluatieformulier.

Daarnaast ontbrak een vraag naar de totale hoeveelheid vocht die het kind binnenkreeg. Deze is als vraag B7 toegevoegd aan voormeting en nameting.

Waar van toepassing, zijn ook aan de antwoordopties bij onderdeel C, de bij onderdeel B aangevulde voedingconsistenties toegevoegd waarop de slikproblemen betrekking kunnen hebben.

■ *Onderdeel D (dagelijkse activiteiten) en E (gezondheidstoestand en kwaliteit van leven)*

Bij de vragen van onderdeel D en E zijn enkel wijzigingen in de formulering doorgevoerd.

■ *Onderdeel F (beleid)*

Bij onderdeel F in het protocol (voorheen in het evaluatieformulier: onderdeel G) is de antwoord-optie: 'er zijn geen stappen ondernomen' naar voren gehaald. Dit is nu de eerste i.p.v. de laatste antwoordoptie. Het oude item 'verandering van houding' is in het protocol geherformuleerd en heet daar 'verandering van lichaamshouding', omdat alleen de term houding verwarrend was en enkele malen verkeerd geïnterpreteerd werd. Verder heeft het nieuwe onderdeel F er drie aankruisopties bij gekregen. In de voor- en nameting kunnen ouders nu aankruisen of er een beleid gevolgd is ten aanzien van het aanleggen van een sonde en zo ja, wat voor een sonde en in welke periode (item F1.2a). Daarnaast kan in de nameting aangekruist worden bij item F1.9, of er naar aanleiding van het slikspreekuur een controle-afpraak heeft plaatsgevonden met iemand van het WKZ, waarbij vervolgens ook de naam en de functie van de contactpersoon ingevuld moeten worden en wat er tijdens deze afspraak en eventuele vervolgspraken voor stappen ondernomen zijn.

Ook kan in de nameting nu de aankruisoptie gekozen worden waaronder vermeldt staat of er na doorverwijzing door het slikteam (naar bijvoorbeeld een longarts, gastro-enteroloog, logopedist of diëtist) een afspraak heeft plaatsgevonden (item F1.10). Hierbij moet ook de naam, functie, plaats, naam van de instelling (indien van toepassing) en wat er tijdens deze afspraak en eventuele vervolgspraken voor stappen zijn ondernomen, vermeld worden.

Wanneer de aankruisoptie 'logopedische therapie' in de voormeting (T0) wordt aangekruist, dan wordt vervolgens toestemming aan de ouders gevraagd om contact op te nemen met de behandelend logopedist(e), zodat meer informatie over de behandeling kan worden opgevraagd.

De oorspronkelijke b vragen die in het evaluatieformulier bij onderdeel 'Beleid' (G) vermeld stonden, zijn in de voormeting (T0) van het protocol achterwege gelaten. Dit besluit is ten tijde van het ontwikkelen van het protocol genomen toen bleek dat deze b vragen in de voormeting te weinig relevante informatie op zouden leveren en dan het vragenformulier onnodig met bijna een hele pagina zou verlengen.

6.3.3 Interpretatie van de uitkomsten

Door de voor- en nameting naast elkaar te leggen, kunnen de leden van het slikteam hun conclusies trekken over de nieuwe situatie van het kind ten opzichte van de situatie van het kind ten tijde van het slikspreekuur. Per vraag kan er voor een kind gekeken worden of er vooruitgang, achteruitgang of geen verschil is in de toestand van het kind met betrekking tot de slikproblematiek. De kinderen zijn echter onderling op deze manier moeilijk te vergelijken. Wanneer het slikteam dit laatst genoemde wel graag zou willen, dan zou zij gebruik moeten maken van de scoring en weging (zie §4.2.3), waarmee ook gewerkt is bij de evaluatie. Er wordt een score aan de antwoorden verbonden, eventueel per onderdeel, en een eindscore berekend. Vervolgens kunnen beide eindscores, of opgetelde scores per onderdeel, van de T0 en T1 worden vergeleken. In één oogopslag wordt er zo een indicatie verkregen van de situatie van het kind zelf en van het kind in vergelijking met de andere onderzochte kinderen. Met enkele aanpassingen aan de scores bij nieuwe of veranderde vragen, een vernieuwd bijbehorend 'Scoring evaluatieformulier' en een vernieuwde versie van het Excelbestand waarin de gegevens weergegeven en bewerkt kunnen worden is dit scoresysteem goed te gebruiken om de uitkomsten van het ingezette protocol te interpreteren. Het toekennen van scores aan antwoorden maakt de resultaten van de evaluatie

meetbaar. Door aan de vragen concrete en heel specifieke, vaste uitkomstmaten te verbinden worden antwoorden verkregen die bovendien zoveel mogelijk objectief en vergelijkbaar zijn.

6.4 Resultaat

Het protocol bestaat uit drie vragenformulieren die ieder op een ander tijdstip worden gebruikt, namelijk een 'Vragenformulier (T0)', een 'Vragenformulier (T1)', en een 'Enquête slikspreekuur' (zie bijlage Protocol).

De T0 en T1-formulieren zijn net als het evaluatieformulier opgebouwd uit categorieën. Welke categorieën dat zijn en uit hoeveel items deze bestaan is te zien in onderstaande tabel. Voor het 'Enquête slikspreekuur' formulier geldt dat deze uit 10 items bestaat die allemaal informeren naar de beleving van het slikspreekuur door ouders en door het kind.

Categorieën Vragenformulier (T0)	Enquête slikspreekuur	Categorieën vragenformulier (T1) (tevens T2,T3,T4 etc.)
Persoonsgegevens (2 items) Registratiegegevens (3 items) Achtergrondgegevens en hulpvraag (3 items) A. Algemene gegevens van uw kind (3 items) B. De voeding van uw kind op dit moment (7 items) C. Problemen rond de voeding (21 items) D. Dagelijkse activiteiten (4 items) E. Algemene toestand van uw kind (2 items) F. Tot nu toe gevolgd beleid (8 items*)	10 items	Persoonsgegevens (2 items) Registratiegegevens (5 items) Achtergrondgegevens (2 items) A. Algemene gegevens van uw kind (2 items) B. De voeding van uw kind op dit moment (7 items) C. Problemen rond de voeding in het afgelopen half jaar (21 items) D. Dagelijkse activiteiten (4 items) E. Algemene toestand van uw kind sinds het slikspreekuur (2 items) F. Aanpak sinds het slikspreekuur (10 items*)

**deze nummering is alleen belangrijk voor de gebruikers van het protocol zodat er in documentatie en besprekingen eenvoudig verwezen kan worden naar deze items.*

Tabel 6.1 Inhoud protocol.

Er is voor gekozen om van de drie formulieren in het protocol geen digitale versie te maken. Het is allereerst de keus aan het slikteam om te beslissen welke versie zij willen gebruiken. Bij het nemen van een besluit kan het slikteam de ervaringen van de projectgroep, met het verzenden van het evaluatieformulier (zie §4.4.1), in overweging nemen.

Wanneer het slikteam de keuze open laat is het aan de ouders om een voorkeur aan te geven.

Aangezien het vragenformulier (T0) wordt verzonden naar de ouders nadat een kind is aangemeld bij het slikspreekuur, wordt het slikteam aangeraden om direct bij aanmelding de ouders hierover hun voorkeur te laten uitspreken. Wanneer zij aangeven het vragenformulier (T0) per email te ontvangen wordt naast het woonadres ook het emailadres genoteerd.

Het formulier 'Enquête slikspreekuur' zal direct na het slikspreekuur aan de ouders worden meegegeven. Er wordt gevraagd aan de ouders om het formulier binnen drie weken ingevuld naar het slikspreekuur te retourneren.

Zes maanden na het slikspreekuur zal vragenformulier (T1) door het slikteam aan de ouders toegestuurd worden. Zoals eerder genoemd kan deze verzending ook per post of per email gebeuren. Op het voorblad staat vermeldt dat de ouders wordt verzocht om het formulier binnen drie weken ingevuld terug te zenden.

Dit laatste formulier kan meerdere malen ingezet worden om de voortgang van een kind op verschillende tijdstippen na het bezoek aan het slikspreekuur te meten. T1 kan dus ook ingezet worden als T2, T3, T4 etc.

6.5 Discussie

Het discussiepunt dat al eerder genoemd werd in de discussie bij de dossierstudie (zie §3.5.4) zal hier nogmaals genoemd moeten worden. De gegevens over de wijze van aanbieden, het tot zich nemen van voeding en de consistenties die verkregen worden door middel van de vragenformulieren, kunnen niet los gezien worden van leeftijd en ontwikkelingsniveau. De projectgroep is niet tot een oplossing gekomen om dit probleem te verhelpen en dit zal dus als aandachtspunt meegenomen moeten worden bij het gebruik in de toekomst, van het ontwikkelde (voorlopig) protocol.

7 Aanbevelingen bij gebruik van het protocol

Gaandeweg worden in het hele projectverslag discussiepunten en aandachtspunten aangehaald. De genoemde punten die direct betrekking hebben op de evaluatie van het slikspreekuur met behulp van het ontwikkelde protocol staan hieronder nog eens vermeldt.

De oudervragenlijst die tot voor kort door het slikteam gebruikt werd om de beginsituatie van het kind in kaart te brengen, is niet altijd volledig ingevuld. Het is onvermijdelijk dat dit ook voor gaat komen bij de vragenformulieren uit het protocol. Daarom wordt aan de leden van het slikteam aangeraden, om er tijdens de anamnese altijd op te letten dat er geen gegevens ontbreken in het T0-formulier. Mocht dit wel het geval zijn, dan zouden zij deze vragen nog eens met de ouders na kunnen lopen en waar mogelijk alsnog samen met de ouders kunnen invullen opdat de gegevens voor evaluatie altijd zo compleet mogelijk zijn.

Wanneer er gegevens ontbreken in het T1-formulier zal het lastiger zijn om eventuele ontbrekende gegevens alsnog te verkrijgen. Dit is ook weer afhankelijk van de reden waarom gegevens ontbreken. Mogelijk hebben de ouders niet de tijd of gelegenheid gehad om er (voldoende uitgebreid) naar te kijken of vonden zij het lastig om de vragen te beantwoorden. In dat geval zouden de leden van het slikteam, als tegemoetkoming aan de ouders, de vragenlijst (nog eens) telefonisch met de ouders kunnen nalopen, als de ouders daartoe bereid zijn. Ontbrekende gegevens kunnen dan alsnog ingevuld worden. In andere gevallen zal wellicht naar een andere oplossing gezocht moeten worden.

Wanneer het protocol ingezet gaat worden, zullen de ouders veel gegevens (zie §1.4) aanleveren die geëvalueerd kunnen worden. Toch zal sommige informatie geheel of gedeeltelijk door de onderzoekers zelf consequent aangevuld moeten worden. Dit betreft naast de anamnese bijvoorbeeld ook gegevens over: de medische achtergrond, de onderzoeken, de diagnose en het advies. Wanneer dit zorgvuldig gebeurt, en de ouders leveren de gevraagde informatie aan, dan kan het hele proces vanaf de aanmelding tot aan het vaststellen van het resultaat van de nieuwe situatie van het kind, met het ontwikkelde protocol goed in kaart worden gebracht. Een aanbeveling hierbij is, om de 'Macro/brief kinderslikonderzoek 2005' uit te breiden met:

- kopjes waaronder bepaalde gegevens moeten worden besproken;
- motivaties te noteren waarom bepaalde onderzoeken wel of niet uit gevoerd zijn;
- eenduidige termen voor de verschillende onderzoeken en de verschillende aandoeningen te gebruiken;
- de hulpvraag van de ouders te formuleren;
- een diagnose te formuleren in termen van wel/geen stoornis in één of meerdere slikfases.

Een aandachtspunt voor het slikteam is dat zij ook consequent een SSU-onderzoeksverslag¹² (binnen het team ook wel kortweg: 'brief' genoemd) schrijven voor de klinisch onderzochte kinderen, net zoals dit al gedaan wordt voor de poliklinische kinderen. Dit verslag is een belangrijk document en kan er voor zorgen dat ook deze klinische kinderen in de toekomst vaker betrokken kunnen worden bij de evaluatie.

De meeste meegegeven adviezen die geteld werden in dit onderzoek waren van logopedische aard (zie §3.4.4, onder: *Adviezen*). Onduidelijk is nog of dit realistische gegevens zijn. Dit beeld kan namelijk vertekend zijn omdat de logopediste de SSU-onderzoeksverslagen schrijft. Hierdoor kan het verslag meer logopedisch getint zijn en komt de inbreng van de overige disciplines wellicht minder duidelijk naar voren.

In dat geval kunnen, wanneer overige leden van het slikteam dit na doorlezing van het gemaakte SSU-onderzoeksverslag nodig achten, alsnog andere (para)medische aspecten en bijbehorende adviezen uitgebreider beschreven worden.

Zowel bij de verzending van de evaluatieformulieren per post als per mail, worden in dit onderzoeksverslag kanttekeningen geplaatst (§4.2.1 en §5.7.1, onder: *Beperkt aantal geretourneerde en bruikbare evaluatieformulieren*). Een belangrijk nadeel van het per email verzonden digitale formulier was, dat hierin nog teveel mogelijkheden zaten om het 'fout' te doen. Ideaal zou bijvoorbeeld zijn wanneer het technisch niet mogelijk zou zijn om het formulier te verzenden, wanneer nog vragen onbeantwoord zijn die wel beantwoord moeten worden. Ook zou het veel schelen wanneer foutieve antwoordcombinaties automatisch geblokkeerd zouden worden. (Zoals bijvoorbeeld het gelijktijdig, bij één en hetzelfde item, aankruisen van de antwoordoptie 'het probleem was aanwezig, maar nu niet meer' en de optie 'het probleem is toegenomen'. Iets dat zeer waarschijnlijk tot extra complicaties heeft geleid, bij het invullen van het digitale evaluatieformulier, was dat de verschillende vragen, met de cursor moesten worden doorlopen maar dat daarbij heel gemakkelijk ongewild (en ongemerkt) ook hokjes konden worden geselecteerd (aangevinkt) of juist gedeselecteerd (blanco gemaakt). Dit heeft geleid tot situaties waarin de projectleden misschien wel konden vermoeden wat er door de invuller bedoeld werd, maar in dat geval was geen sprake meer van een 'zuiver gegeven' en moest worden volstaan met een interpretatie. Wanneer je aan een evaluatie 'harde conclusies' wilt kunnen verbinden, is het toch wenselijk, zo niet noodzakelijk, om situaties waarin nog slechts geïnterpreteerd kan worden, zoveel mogelijk te vermijden.

Ten slotte bleek ook het correct opslaan en verzenden van de formulieren voor meerdere ouders erg lastig. Bij verzending per email, van een digitaal vragenformulier, zal in de toekomst een manier moeten worden gevonden waarbij het niet mogelijk is om het formulier in onjuist formaat te verzenden. Het meest praktisch zou dan waarschijnlijk zijn wanneer er een besturingsprogramma aan het formulier verbonden is, dat foutieve handelingen blokkeert en ervoor zorgt dat het automatisch onder een voorgeprogrammeerde naam, op een goede manier wordt opgeslagen. De vorm van het digitale evaluatieformulier had wat dat betreft nog teveel kinderziektes en deze vorm wordt dan ook niet aangeraden voor de T0- en T1-vragenformulieren uit het protocol.

De projectgroep vermoedt dat plaatsing van de vragenformulieren op het internet de meeste van bovenstaande problemen zal ondervangen en ziet dit als een goede aanvullende mogelijkheid om in te zetten bij het toekomstig gebruik van het ontwikkelde protocol. Waarschijnlijk zal dit het gebruik voor sommige ouders vergemakkelijken. Zeker wanneer zij via de email een link toegestuurd krijgen die alleen hoeft te worden aangeklikt en de rest zich dan vanzelf wijst.

Een dergelijke email kan echter ook weer snel uit het zicht verdwijnen waardoor men er later niet meer aan denkt om hierop actie te ondernemen en het vragenformulier vergeten wordt. Aan een dergelijke aanpak zijn bovendien ook weer andere nadelen verbonden. Zo zal het ontwikkelen van een goed formulier op internet (met besturingsprogramma?) waarschijnlijk nog de nodige tijd in beslag gaan nemen en er zullen zeer waarschijnlijk ook kosten aan verbonden zijn. Bij plaatsing op internet zal ook sprake moeten zijn van een gedegen beveiliging in verband met de privacy-gevoelige informatie.

Er zullen echter naar verwachting ook altijd ouders blijven die het vragenformulier liever thuis per email of schriftelijk ontvangen of de voorkeur geven aan telefonische afname. Een nadeel van telefonische afname kan dan zijn dat de ouder zich hierdoor eerder geïntimideerd kan voelen of het gevoel kan hebben niet lang genoeg over vragen te kunnen nadenken of eerder genoemde antwoorden niet gemakkelijk te kunnen herzien. Dit zou kunnen leiden tot willekeurige of 'te snelle' antwoorden die weinig tot geen waarde hebben voor de evaluatie. Mogelijk is telefonische afname wel een uitkomst voor diegenen die moeite hebben met de Nederlandse en/of schriftelijke taal. Wanneer dit vermoed wordt kan ervoor gekozen worden om tijdens het anamnesegegesprek bij de

ouders na te gaan hoe zij (een half jaar later) het liefste benaderd zouden willen worden met het vragenformulier.

Resumerend lijken de nadelen van het schriftelijke (papieren) exemplaar (log 'ouderwets' instrument, print- en verzendkosten, thuis belandend bij oud papier) nog goed te kunnen opwegen tegen de nadelen van andere manieren van aanpak. Een papieren exemplaar zal misschien vaker en langer in het zicht blijven dan een e-mail of een link naar een web-pagina, maar voor anderen geldt dit juist weer niet. In elk geval bleek voor een behoorlijk aantal mensen uit de doelgroep van het slikteam te gelden dat uiteindelijk een papieren formulier via de post nog steeds een gemakkelijker manier van communiceren is dan via de computer.

Samenvatting

Tijdens het maandelijks multidisciplinair kinderslikspreekuur in het Wilhelmina Kinderziekenhuis worden er door de keel-, neus- en oorarts/foniater, de logopediste en de röntgenoloog kinderen met slikproblemen onderzocht.

Het onderzoek tijdens dit slikspreekuur bestaat uit :

- anamnese
- logopedische functioneel onderzoek
- foniatisch onderzoek en
- röntgenologisch slikonderzoek

Aan de hand van de resultaten van de onderzoeken krijgen de ouders een advies mee naar huis. In de meeste gevallen wordt er geen vervolgspraak gemaakt.

Om na te gaan hoe het de kinderen vergaat die in de periode van januari 2004 tot en met juli 2005 onderzocht zijn, heeft evaluatief onderzoek plaatsgevonden. In het kader daarvan is een evaluatie-instrument ontwikkeld. Voorafgaand aan de ontwikkeling van dit instrument heeft literatuurstudie en dossierstudie plaatsgevonden.

Een belangrijke conclusie van de literatuurstudie was dat er nauwelijks publicaties over multidisciplinaire benadering van slikproblemen bij kinderen zijn. Wel konden (delen van) een aantal instrumenten als basis of inspiratiebron dienen voor het ontwikkelen van het evaluatie instrument.

In de dossierstudie zijn de dossiergegevens (medische gegevens en gegevens over de voedings-situatie ten tijde van het slikspreekuur) over de beginsituatie van 25 kinderen geïnventariseerd en geordend. Alle relevante gegevens zijn in een inventarisatieformat gezet met parameters, zodat het in kaart brengen van veranderingen in de slikproblematiek mogelijk zou zijn.

Voor het evaluatie-instrument is vervolgens een selectie van de items (parameters) uit het inventarisatieformat, omgezet in vragen die qua inhoud en taal pasten bij de kennis van de ouders). Deze vragen werden opgenomen in een oudervragenlijst: het evaluatieformulier, waarmee de eindsituatie in kaart kon worden gebracht. Vervolgens zijn er, in overleg met het slikteam, vragen over kwaliteit van leven, vragen over beleving van het slikonderzoek door ouder en kind en vragen over het wel of niet opvolgen van het meegekregen advies toegevoegd aan het evaluatieformulier. Dit formulier kon zowel schriftelijk als digitaal ingevuld worden door de ouder(s) of verzorger(s) van de kinderen.

Van parameters waarvan geen gegevens over de beginsituatie bekend waren uit de dossiers, zijn deze alsnog door middel van de vragenlijst geïnventariseerd. Er is getracht alle vragen eenduidig, concreet, eenvoudig en neutraal te formuleren.

Er is vooral gekozen voor meerkeuzevragen, waarbij aan de verschillende antwoordmogelijkheden een score gekoppeld was om de uitkomsten van de evaluatie inzichtelijker en meetbaar te maken. Aan de items die betrekking hebben op het soort slikproblematiek, is ook een weging toegekend, zodat er onderscheid gemaakt kon worden tussen ernstige slikproblemen en minder ernstige slikproblemen. Bij open vragen zijn de antwoorden geïnterpreteerd of werden deze als tekst weergegeven in de evaluatie.

Vragen in het evaluatieformulier werden in de volgende categorieën ondergebracht:

- Persoonlijke gegevens
- De voeding van uw kind op dit moment
- Problemen rond de voeding
- Dagelijkse activiteiten
- Algemene toestand van uw kind sinds het slikspreekuur
- Beleving van het slikspreekuur
- Aanpak na het slikspreekuur

De evaluatie is uitgevoerd op basis van de 13 formulieren die ingevuld terugkwamen. Daarbij werden de gegevens uit de evaluatieformulieren vergeleken met de gegevens van de beginsituatie uit de dossiers.

Voor wat betreft de voedingssituatie bleek deze gemiddeld niet voor- of achteruit te zijn gegaan. Bij een evaluatie van elk kind afzonderlijk zijn wel verschillen gevonden.

Bij evaluatie van aanwezige voedingsproblemen bleek dat er van de gemiddeld tien voedingsproblemen die (per kind) uit de dossiers kwamen, gemiddeld vier verdwenen, twee afgenomen, drie hetzelfde gebleven en één toegenomen zijn.

De kwaliteit van leven van de kinderen, is volgens de meeste ouders verbeterd en de meeste ouders en kinderen hebben het slikspreekuur positief beleefd.

Er zijn naar aanleiding van het, op het slikspreekuur gegeven, advies gemiddeld 2 à 3 stappen ondernomen in het beleid ten aanzien van de slikproblematiek. Alle ouders hebben tenminste één advies opgevolgd.

Er lijkt een positief verband te bestaan tussen de opvolging van adviezen en de verandering in de slikproblematiek. Ook lijkt er een positief verband te zijn tussen de verandering in slikproblematiek en de kwaliteit van leven. Of er een direct verband is tussen de opvolging van adviezen en de kwaliteit van leven is niet duidelijk. Verrassend was, dat er geen verband gevonden werd tussen aanpassing van de voedselconsistentie en verandering in de slikproblematiek. Ook tussen de beleving van het slikspreekuur en de opvolging van adviezen lijkt geen verband te bestaan.

Om prospectief onderzoek in de toekomst mogelijk te maken, is uit het evaluatieformulier een protocol ontwikkeld, bestaande uit 3 formulieren die gezamenlijk twee evaluatie-instrumenten vormen. Met dit protocol is een bijdrage geleverd aan de standaardisatie van gegevensinventarisatie en evaluatie.

Door ouders, voorafgaand aan het slikspreekuur en een half jaar later, dezelfde specifieke vragen te laten beantwoorden, in plaats van gebruik te maken van gegevens uit dossiers, zijn de uitkomsten beter vergelijkbaar, meetbaar en betrouwbaarder. De vorm en inhoud van het evaluatieformulier zijn aangepast om tot een geschikt protocol te komen. Zo word in het protocol bijvoorbeeld, de beleving van het slikspreekuur in een aparte enquête, kort na het spreekuur, bevraagd. Dit is het formulier 'Enquete slikspreekuur'. De twee andere formulieren zijn: 'Vragenformulier (T0)' en 'Vragenformulier (T1)'. Samen vormen zij een tweede evaluatie-instrument waarmee respectievelijk de beginsituatie en de eindsituatie met betrekking tot de slikproblematiek en de invloed daarvan op het kind, in kaart kunnen worden gebracht.

Met behulp van het protocol bestaande uit de drie formulieren die voor specifieke doeleinden en afnamemomenten zijn ontworpen, kan de benodigde informatie verkregen worden en kunnen groepen kinderen in de toekomst met elkaar vergeleken worden.

Verklarende woordenlijst

BMI:

Body Mass Index; geeft aan of het gewicht in balans is met de lengte. Het gewicht wordt daarbij gedeeld door uw lengte in het kwadraat.

BMI voor kinderen:

Body Mass Index speciaal voor kinderen in de leeftijd 2 t/m 21 jaar. Houdt rekening met sekse en leeftijd (jaren en maanden).

Cochrane:

Evidence-based medicine-databank die vooral bruikbaar door de volledige systematic-reviews

Evaluatieformulier:

Een formulier dat door de projectgroep is ontwikkeld om het slikspreekuur en de uitwerkingen van de meegegeven adviezen te evalueren.

FEES-onderzoek:

Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (Flexibel endoscopisch videoslikonderzoek)

Flexibele endoscopie:

De structuur en het functioneren van de slikorganen wordt met behulp van een flexibele camera inwendig onderzocht, waarbij eventueel ook gekeken wordt naar het verloop van het slikken van met methyleenblauw gekleurd drinken en/of eten via het FEES-onderzoek.

Foniatrisch onderzoek:

Door de KNO-arts/foniater worden o.a. de anatomie, motoriek en sensibiliteit van mond- en farynxgebied inclusief de faryngeale reflexen, de larynxmotoriek en de anatomie en sensibiliteit van de larynx onderzocht.

Google:

Reguliere zoekmachine

Google scholar:

zoekmachine opgezet voor het hoger onderwijs en de wetenschap met het doel wetenschappelijke publicaties beschikbaar te maken.

Instrument uit Leuven:

Formulier 'multidisciplinaire raadpleging kinderen met voedingsproblemen'(Rommel, 1996), welke als basis heeft gediend voor het 'ontwikkelde' inventarisatieformat.

Inventarisatieformat:

Format (werkdokument), gebaseerd op het instrument uit Leuven, om de dossiergegevens te inventariseren.

Kennisnet:

Kennisnet is een internetorganisatie van en voor het onderwijs en heeft daarmee nadrukkelijk een publieke taak.

Klinische kinderen:

Het kind is opgenomen in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht), locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), en verblijft daar ten tijde van het slikonderzoek door het slikteam van het WKZ.

Kwaliteit van leven:

Het welbevinden van het kind. In dit verslag wordt hieronder verstaan: de mate waarin het kind plezier beleeft aan het leven en lol heeft in dagelijkse activiteiten. Hoe voelt het kind zich in het algemeen? Dit wordt gemeten aan de hand van de domeinen: algemene gezondheid, invloed van slikproblematiek op dagelijkse en sociale activiteiten en psychisch welbevinden van het kind.

Logopedisch functioneel slikonderzoek:

Door de logopedist worden o.a. de structuren in de mond, de sensibiliteit, motoriek en tonus in het mond-/keelgebied, de orale reflexactiviteit en de coördinatie van het slikken onderzocht, deels in de vorm van eet- en drinkobservatie met behulp van door de ouders zelf meegebracht eten, deels anders.

Macro/brief kinderslikonderzoek:

Hierin staan alle onderzoeken genoemd die door de verschillende disciplines kunnen worden uitgevoerd en wordt een opzet gegeven voor het verslag van het slikspreekuur, zoals dat wordt verstuurd naar verwijzers, behandelend logopedisten e.a.

Multidisciplinair kinderslikteam van het WKZ:

Een team dat bestaat uit een logopedist, een KNO-arts/foniater en een röntgenoloog en multidisciplinair onderzoek doet bij kinderen bij wie de slikfunctie niet goed verloopt en/of bij wie aspiratie vermoed wordt.

NIVEL:

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Oudervragenlijst:

Een vragenformulier, dat na aanmelding van een kind bij het slikspreekuur aan de ouders wordt toegezonden, waarin gevraagd wordt naar de hulpvraag, gegevens met betrekking tot de aard, ernst, frequentie en het verloop van de problematiek, gegevens over eet- en drinkgedrag en relevante medische gegevens.

Parameters: Variabele gegevens van het advies en van aspecten die tijdens het slikspreekuur onderzocht konden worden

Picarta:

Een webpagina waarop gezocht kan worden naar boeken, tijdschriften en tijdschriftartikelen die in Nederland aanwezig zijn.

Poliklinische kinderen:

Deze kinderen hebben een afspraak op de polikliniek van het UMC Utrecht, locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ).

Protocol:

Een document waarmee vóór en tijdens het slikspreekuur informatie kan worden verzameld t.b.v. het vaststellen van de beginsituatie en een half jaar later t.b.v. het vaststellen van de eindsituatie (de follow-up), zodat evaluatie mogelijk is. Daarnaast wordt hiermee de beleving van het slikspreekuur door ouder en kind in kaart gebracht.

Pubmed:

Een service op het internet van het National Library of Medicine, een zoekprogramma naar artikelen over medische onderwerpen, waarvan de meeste artikelen afkomstig zijn van Medline

Röntgenologisch video-slikonderzoek:

Een onderzoek waarbij een contrastmiddel (meestal bariumpap) geslikt moet worden en waarbij door middel van röntgendoorlichting een video-opname gemaakt wordt van het slikproces, om zo de oorzaak van slikproblematiek te achterhalen en eventueel uit te testen welke logopedische behandeltechnieken effectief zijn.

SSU-onderzoeksverslag: Slikspreekuur onderzoeksverslag.Slikspreekuur:

Een spreekuur waar een multidisciplinair team achtereenvolgens de volgende onderzoeken afneemt; anamnese, functioneel logopedisch onderzoek, foniatisch onderzoek (mogelijk ook een FEES-onderzoek) en röntgenologisch onderzoek, bij kinderen bij wie de slikfunctie niet goed verloopt en/of bij wie aspiratie vermoed wordt.

SSU: SlikspreekuurSlikspreekuur onderzoeksverslag:

Een verslag dat is opgesteld in briefvorm op basis van de macro/brief kinderslikonderzoek en waarin een samenvatting wordt gegeven van het verloop van het slikspreekuur inclusief de bevindingen. Hierin komen aan de orde: de anamnese, de onderzoeken, de uitkomsten hiervan, de adviezen die gegeven werden en de afspraken die tijdens het slikspreekuur gemaakt zijn.

SWAL-QOL:

Een (engelstalig) instrument om de kwaliteit van leven te meten bij patiënten met slikproblemen: gericht op volwassenen met orofaryngeale slikstoornissen (McHorney e.a., 2000).

Systematic reviews:

Een overzicht van alle primaire onderzoeksstudies, waarbij gebruik gemaakt wordt van een expliciete en reproduceerbare methode. Een goed uitgevoerd systematisch review levert de meest valide informatie en daarmee het best beschikbare bewijs voor de effectiviteit van een interventie (Sakett et al., 2000)

UMC Utrecht: Universitair Medische Centrum UtrechtUMC St. Radboud: Universitair Medisch Centrum St. Radboud, NijmegenU.P.S.I.S: Utrechtse Pediatrische Stoel voor Interactief SlikonderzoekWKZ: Wilhelmina Kinderziekenhuis

Literatuurlijst

1. Aalders, IJ., E. Joosten (1996). Protocol voor slikrevalidatie. *Logopedie en Foniatrie*, vol.68, nr.2, p.32–36.
2. Costa, S.P. da (1997). Slikproblemen bij kinderen. *Logopedie en Foniatrie*, vol.69, nr. 2, p.34–39.
3. Dejaeger, E., A. Goeleven (2005). Een multidisciplinaire raadpleging voor patiënten met chronische slikstoornissen; de eerste ervaringen, 1996/'02 te Leuven. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 149, p.251–256.
4. Dusick, A. (2003). Investigation and management of dysphagia. *Seminars in pediatric neurology*, vol.10, nr.4, p.255–264.
5. Engel–Hoek, L. van den (2002). *Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen*, 2^e druk. Assen: Van Gorcum.
6. Engel–Hoek, L. van den, K van Hulst, M van Gerven (2004). Slikmotoriek, diagnose en therapie, een teambenadering, *Samenvatting refereeravonden kindergeneeskunde*.
7. Gerven, L. van, L. v.d. Engel–Hoek (2002). Logopedische diagnostiek van zuigen en slikken bij jongen kinderen, *Logopedie en Foniatrie*, vol.74, nr.3, p.71–75.
8. Kamphuis, R.P. (1987). The concept of quality of life in pediatric oncology. In: Aaronson NK, Beckman J, eds. The quality of life of cancer patients. New York: Ravenpress.
9. Leemrijse, C, E. Steultjens, M. Dorgelo, E. v.d Ende (2004). Prioritering van onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van ergotherapie en logopedie, NIVEL.
10. Logemann, J. (2002). *Slikstoornissen: Onderzoek en behandeling*, 2^e druk. Lisse: Swets & Zeitlinger.
11. Maks–v.d.Veer, S (1995). De logopedist als spil in het multidisciplinaire slikteam, *Logopedie en Foniatrie*, vol 67, nr.11, p.278–282.
12. McHorney, C.A., D.E. Bricker, A.E. Kramer, J.C. Rosenbek, J. Robbins, K.A. Chignell, J.A. Logemann, C. Clarke, (2000a). The SWAL–QOL Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults: I. Conceptual Foundation and Item Development. *Dysphagia*, vol.15, p.15–121.
13. McHorney, C.A., D.E. Bricker, J. Robbins, A.E. Kramer, J.C. Rosenbek, K.A. Chignell (2000b). The SWAL–QOL Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults. II. Item Reduction and Preliminary Scaling. *Dysphagia*, vol.15, p.122–133.
14. McHorney, C.A., J. Robbins, K. Lomax, J.C. Rosenbek, K. Chignell, A.E. Kramer, D.E. Bricker(2002). The SWAL–QOL and SWAL–CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, vol.17, p.97–114.
15. Migchelbrink, F. (2002). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

16. Miller, C.K., J.P. Willging (2003). Advances in the evaluation and management of pediatric dysphagia. *Current opinion in otolaryngology and head and neck surgery*, vol.11, nr.6, p.442–446.
17. Rommel, N., M. Smet, G. Veereman–Wauters (2000). Logopedische diagnostiek van voedings– en slikproblemen bij jonge kinderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol.56, nr.5, p.324–331.
18. Rommel, N. (1996). *Voedingsproblemen bij jonge kinderen: diagnostiek – verhandeling aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Licentiaat in de Logopedie en Audiologie*. Katholieke Universiteit van Leuven.
19. Siktberg, L.L., D.L. Bantz (1999). Management of Children With Swallowing Disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 13, p.223–229.
20. Theunissen, N.C.M. (1999). *Health related quality of life in Children*. Ridderkerk, Ridderprint offsetdrukkerij b.v.
21. Veereman–Wauters, G., N. Rommel, I. Hoffman, E. van Elsacker, K. Demeter, P. Marien (2000). Multidisciplinaire aanpak van voedingsproblemen bij kinderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol.56, nr.5, p.315–319.
22. Wolf, Lynn S., Robin P. Glass (1992). *Feeding and Swallowing disorders in Infancy: Assessment and management*. San Antonio, Texas: Therapy Skill Builders.
23. Wijck, A. van, M. Menheere (2004). Een multidisciplinaire benadering: het kinderslikspreekuur. *Logopedie en Foniatrie*, vol.76, nr.5, p.571–577.
24. Wijck, A. van, M. Menheere (2004). De ontwikkeling van een speciale slikstoel voor kinderen. *Logopedie en Foniatrie*, vol.76, nr.5, p.580–583.

Internetsites:

1. www.gezondebasis.nl
2. www.uzleuven.be
3. www.umcn.nl

Symposium:

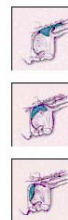
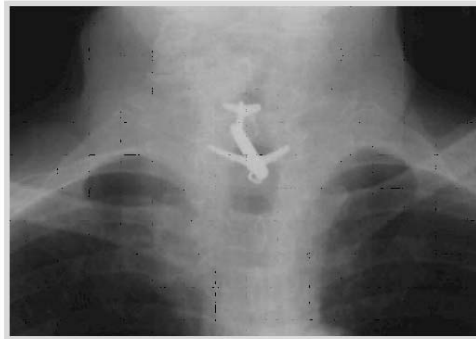
Slikken in Etappes, UMC St Radboud, 3 november 2005

Bijlagen 'Multidisciplinair kinderslikonderzoek'

Multidisciplinair Kinderslikonderzoek

Evaluatie van:

- invloed van adviezen op slikproblematiek en kwaliteit van leven;
 - beleving van onderzoek en advies tijdens een multidisciplinair kinderslikspreekuur.
- Ontwikkeling van een protocol.



Multidisciplinair Kinderslikonderzoek

Auteursrechtverklaring

De auteurs verklaren het volledige auteursrecht op hun werk te bezitten. Zij vrijwaren de afdeling Logopedie van de Hogeschool van Utrecht voor alle vorderingen van derden, betreffende inhoud en vorm van de producten. Vermenigvuldiging en verspreiding van het product, is zonder toestemming van de afdeling Logopedie, projectbegeleider en auteurs in gezamenlijk overleg, niet toegestaan. De auteurs zullen bij een eventuele publicatie, gebaseerd op het product, de afdeling Logopedie slechts vermelden na verleende toestemming.

Colofon

Projectleden:	Fleur Bakker, Arjenne Swart, Lizet van Woudenberg, Eva Zijp
Projectbegeleider:	Hermine Stumpel
2 ^e Beoordelaar:	Florentine Schepers
Datum:	Juli 2006

Inhoudsopgave bijlagen

Bijlagen bij hoofdstuk 2: Literatuurstudie

- 2.1 Beschrijving zoektocht literatuur
- 2.2 Macro/brief kinderslikonderzoek verslag 2005
- 2.3 Oudervragenlijst kinderslikspreekuur WKZ
- 2.4 Instrument: '*Multidisciplinaire raadpleging kinderen met voedingsproblemen*' uit Leuven
- 2.5 Voorlopige versie SWAL-QOL

Bijlagen bij hoofdstuk 3: Dossiersstudie

- 3.1 Inventarisatie-format
- 3.2 Overzicht uitgangspunt ontwikkeling van het eten en drinken
- 3.3 Overzicht inhoud van het Excel bestand
- 3.4 Tabellen in volgorde van Excel bestand
 - 3.4.1 Overzicht medische achtergrond/Algemene anamnese
 - 3.4.2 Overzicht van klachtfrequentie
 - 3.4.3 Overzicht van soort klachten per kind
 - 3.4.4 Overzicht hulpvraag
 - 3.4.5 Overige problematiek
 - 3.4.6 Overzicht interventies in de periode voor het slikspreekuur
 - 3.4.7 Gewicht en lengte: BMI T0
 - 3.4.8 Wijze van aanbieden/tot zich nemen van voeding
 - 3.4.9 Voedselconsistenties per kind in volgorde van leeftijd
 - 3.4.10 Ervaring van het kind tijdens het eten?
 - 3.4.11 Afgenomen onderzoeken tijdens slikspreekuur
 - 3.4.12 Diagnose ingedeeld in slikfases
 - 3.4.13 Uitgebrachte Adviezen Multidisciplinair slikteam WKZ

Bijlagen bij hoofdstuk 4: Ontwikkeling van het evaluatie-instrument

- 4.1 Handleiding interpretatie en notatie kindgegevens
- 4.2 Evaluatie-formulier

Bijlagen bij hoofdstuk 5: Evaluatie

- 5.1 Tabellen evaluatie in volgorde van beantwoorden onderzoeksvragen.
 - 5.1.1 BMI T1
 - 5.1.2 Vergelijking T0 en T1: Orale voeding en/of sondevoeding
 - 5.1.3 Vergelijking T0 en T1: Voedselconsistenties die het kind aangeboden krijgt
 - 5.1.4 Vergelijking T0 en T1: Ervaring van het kind tijdens het eten
 - 5.1.5 Vergelijking T0 en T1: Voedingswaarde
 - 5.1.6 Situatie voedingsproblemen T1
 - 5.1.7 Verschillende voedingsproblemen T1
 - 5.1.8 Beleving slikspreekuur
 - 5.1.9 Gevoerd beleid
 - 5.1.10 Invloed van de ondernomen stappen op de situatie/ het welbevinden van het kind

Bijlagen bij hoofdstuk 2: Literatuurstudie

2.1 Beschrijving zoektocht literatuur

De zoektocht heeft op internet plaatsgevonden via PubMed, Picarta, Cochrane, Google, Google scholar en via de virtuele mediatheek van het Hogeschool Utrecht. Daarnaast is bij de leden van het kinderslikteam van het WKZ geïnformeerd naar relevante literatuur.

Vraag 1: *Welke ontwikkelingen zijn er in Nederland en België op het gebied van multidisciplinaire benadering van slikproblemen bij kinderen?*

Zoektermen NE: Kinderslikspreekuur/kinderslikteam, multidisciplinair team, slikproblemen, dysfagie.
Zoektermen ENG: Children dysphagia team, team approach, swallowing/deglutition disorders, dysphagia.
Limits: Kinderen 0-18, Nederland en België.
Uitkomsten: Enkele artikelen uit verschillende landen, gericht op:
– een specifiek onderzoek (bv videofluoroscopie) en/of
– en specifieke doelgroep (bv kinderen met neurologische problematiek)
– specifieke problematiek (bv een te grote tong)
– behandeling van slikstoornissen
Geselecteerd op: Nederland en België, diagnostiek in het algemeen en advisering, teambenaderingen en kinderen in het algemeen.
Resultaat zoektocht: 6 artikelen:
– Dejaeger, E.N., Rommel (2000). Multidisciplinaire aanpak van voedingsproblemen bij kinderen: methodologische mogelijkheden om dysfagie te objectiveren via manofluoroscopie. Tijdschrift voor Geneeskunde, vol.56, nr.5, p.320-323.
– Dejaeger, E., A. Goeleven (2005). Een multidisciplinaire raadpleging voor patiënten met chronische slikstoornissen; de eerste ervaringen, 1996/'02 te Leuven. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, nr. 149, p.251-256. (volwassenen)
– Engel-Hoek, L. van den, K van Hulst, M Van Gerven, slikmotoriek, diagnose en therapie, een teambenadering, Samenvatting refereeravonden kindergeneeskunde, najaar 2003-voorjaar 2004.
– Veereman-Wauters, G., N. Rommel, I. Hoffman, E. van Elsacker, K. Demeter, P. Marien (2000). Multidisciplinaire aanpak van voedingsproblemen bij kinderen. Tijdschrift voor Geneeskunde, vol.56, nr.5, p.315-319.
– Wijck, A. van, M. Menheere (2004). Een multidisciplinaire benadering: het kinderslikspreekuur. Logopedie en Foniatrie, vol.76, nr.5, p.571-577.
– Wijck, A. van, M. Menheere (2004). De ontwikkeling van een speciale slikstoel voor kinderen. Logopedie en Foniatrie, vol.76, nr.5, p.580-583.

Vraag 2: *Hoe ziet de aanpak van het slikspreekuur door het slikteam van het WKZ eruit; waaruit bestaat dergelijk onderzoek; door wie wordt het uitgevoerd? Wat is de huidige gang van zaken tijdens het kinderslikspreekuur in het WKZ?*

Zoektermen NE: Kinderslikspreekuur/kinderslikteam, Wilhelmina kinderziekenhuis (WKZ)
Zoektermen ENG: –
Limits: Nederland
Resultaat zoektocht: 2 artikelen:
– Wijck, A. van, M. Menheere (2004). Een multidisciplinaire benadering: het kinderslikspreekuur. Logopedie en Foniatrie, vol.76, nr.5, p.571-577.
– Wijck, A. van, M. Menheere (2004). De ontwikkeling van een speciale slikstoel voor kinderen. Logopedie en Foniatrie, vol.76, nr.5, p.580-583.

Vraag 3: *Bestaan er instrumenten waarmee correlaties tussen multidisciplinair kinderslikonderzoek en -advies en veranderingen in de slikproblematiek en/of de kwaliteit van leven¹ van onderzochte kinderen in kaart gebracht kan worden? Zijn er publicaties die dergelijke correlaties beschrijven?*

¹ Gemeten aan de hand van de domeinen: algemene gezondheid, invloed van slikproblematiek op dagelijkse en sociale activiteiten en psychisch welbevinden van het kind.

Zoektermen NE: Effect, multidisciplinaire benadering, slikstoornissen, dysfagie
Zoektermen ENG: Results, team approach, swallowing disorders, dysphagia
Limits: Eerst gezocht op alleen kinderen van 0–18 , daarna zonder die limiet.
Uitkomsten: Artikelen, over verschillende onderzoeken/behandelingen van slikproblemen, waarvan sommige bij specifieke doelgroepen, (bv:Nissen fundoplicatie, auscultatie bij bedlegerige patiënten met een vermoeden van aspiratie, PEG bij psychomotorisch geretardeerden, videofluoroscopie bij cp kinderen).
Geselecteerd op: Teams waarvan de doelgroep en de werkwijze zoveel mogelijk overeenkomt met de doelgroep, werkwijze en samenstelling van het kinderslikteam in het WKZ, namelijk; kinderen van 0–18 jaar en onderzoek en advies door logopedist, röntgenoloog, KNO-arts/foniater.
Resultaat zoektocht: 2 artikelen:
 – Dejaeger, E., A. Goeleven (2005). Een multidisciplinaire raadpleging voor patiënten met chronische slikstoornissen; de eerste ervaringen, 1996/'02 te Leuven. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, nr. 149, p.251–256. (volwassenen)
 – Singh V., M.J. Brockbank, R.A. Frost, S. Tyler (1995). Multidisciplinary management of dysphagia: the first 100 cases. The Journal of Laryngology and Otology, vol.109, nr.5, p.419–424. (volwassenen)

Vraag 4: *Bestaan er richtlijnen en protocollen aangaande onderzoek, advies en evaluatie van slikproblematiek bij kinderen?*

Zoektermen NE: Richtlijn, protocol, onderzoek, advies/advisering, evaluatie slikproblemen, dysfagie.
Zoektermen ENG: Guideline, protocol, assessment, advice, evaluation, swallow(ing) disorders, deglutition disorders, dysphagia.
Limits: –
Uitkomsten: Geen protocollen of richtlijnen gericht op kinderen en slikproblematiek. Enkele tientallen protocollen en richtlijnen gericht op volwassenen en specifiek op onderzoeken (bv röntgenslikvideo) en behandelingen van slikproblemen bij bepaalde doelgroepen (bv bij patiënten na (operatie van) hoofdhalsscarcinoom, verpleeghuisbewoners, CVA patiënten).
Geselecteerd op: Multidisciplinair onderzoek en/of advies en evaluatie m.b.t. kinderen met slikproblemen.
Resultaat zoektocht: Geen bruikbare bestaande richtlijnen/protocollen gevonden.

Vraag 5: *Wat is er bekend over de invloed van slikproblematiek op de kwaliteit van leven bij kinderen en welke vragenlijsten bestaan er om deze invloed in kaart te brengen?*

Zoektermen NE: Kwaliteit van leven, vragenlijst, slikstoornissen.
Zoektermen ENG: Quality of life (QoL), questionnaire, swallow(ing) disorders/deglutition disorders/dysphagia.
Limits: –
Uitkomsten: 1. Tientallen artikelen over kwaliteit van leven vragenlijsten voor verschillende specifieke stoornissen met daarin een enkele vraag over slikken, (bv kwaliteit van leven bij mensen die leven met een PEG sonde, bij gelaryngectomeerden, bij patiënten met een nasopharyngeaal carcinoom, bij patiënten met maligne oesofageale dysfagie, bij patiënten met reflux, bij patiënten met gastrointestinale stoornissen, bij patiënten met hoofd en halskanker).
 2. Discussies over of je een vragenlijst over de kwaliteit van leven van een kind door de ouders in kan en mag laten vullen.
Geselecteerd op : 1. Vragenlijst die specifiek gericht is op slikstoornissen.
 2. Informatie over het verschil in het afnemen van een kwaliteit van leven vragenlijst bij ouders of bij een kind zelf.
Resultaat zoektocht:
 1. Serie van 3 artikelen over de ontwikkeling van de SWAL-QOL en de SWAL-CARE, een Kwaliteit van leven vragenlijst gericht op volwassenen met orofaryngale dysphagie:
 – McHorney, C.A., D.E. Bricker, A.E. Kramer, J.C. Rosenbek, J. Robbins, K.A. Chignell, J.A. Logemann, C. Clarke,

- (2000a). The SWAL-QOL Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults: I. Conceptual Foundation and Item Development. *Dysphagia*, vol.15, p.15–121.
- McHorney, C.A., D.E. Bricker, J. Robbins, A.E. Kramer, J.C. Rosenbek, K.A. Chignell (2000b). The SWAL-QOL Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults. II. Item Reduction and Preliminary Scaling. *Dysphagia*, vol.15, p.122–133.
 - McHorney, C.A., J. Robbins, K. Lomax, J.C. Rosenbek, K. Chignell, A.E. Kramer, D.E. Bricker(2002).The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, vol.17, p.97–114.
2. Boeken over het ontwikkelen van kwaliteit van leven vragenlijsten voor kinderen:
- Fayers, P., R. Hays (2005) Assessing quality of life in clinical trials, second edition. Oxford University Press Inc.
 - Theunissen, N.C.M. (1999). Health related quality of life in Children. Ridderkerk, Ridderprint offsetdrukkerij b.v.
3. Artikel:
- Nguyen, N.P., Ch. Frank, C.C. Moltz, P. Vos, H.J. Smith, U. Karlsson, S. Dutta, A. Midyett, J. Barloon, S. Sallah (2005). Impact of dysphagia on quality of life after treatment of head-and-neck cancer. International journal of radiation oncology, biology, physics, vol.61, nr.3, p. 772–778.

2.2 Macro/brief kinderslikonderzoek 2005

Aan de hand van onderstaande punten worden de onderzoeksverslagen opgesteld van multidisciplinair slikspreekuur in het WKZ.

- Slikanamnese
 - Ontstaan klacht, verloop, ondernomen acties/therapie, effect, huidige voedingstoestand, hulpmiddelen die bij de voeding worden gebruikt.
- Algemene anamnese
- Foniatisch onderzoek
 - Indruk van de algehele conditie, patiënt heeft wel/geen sonde, patiënt heeft wel/geen canule.
 - Bevindingen n.a.v. onderzoek: mond- en farynxonderzoek (anatomie, motoriek, sensibiliteit), faryngeale reflexen (kookhalreflex, hoestreflex), neusdoorgankelijkheid d.m.v. spiegelonderzoek, velofaryngeale functies (neusspiegelonderzoek), endoscopisch onderzoek (palatumfunctie, velofaryngeale functie, farynxmusculatuur), larynx (anatomie, sensibiliteit), larynxmotoriek (sfincterfunctie van de larynx, larynxheffing) fonatie (stroboscopisch trillingspatroon), stase (sinus piriformus li/re, valleculae), slokdarmmond, slikreflex, provocatie met kleurstof, toestand in vergelijking met het laatste onderzoek.
- Logopedische functioneel onderzoek
 - Orale reflexactiviteit t.b.v. voedselopname, tonus wangen/lippen/kaak/tong, willekeurige mondmotoriek t.b.v. voedselopname, zelfstandig eten/hulp bij eten, slikfunctie (beschrijving van de orale fase), stemkwaliteit, spraak (geen bijzonderheden/afwijkend/ nasaal/geen spraak), afwijkende mondgewoonten (open monddrag/kwijlen).
- Röntgen-videoslikonderzoek
 - Gebruikt(e) contrastmiddel(len) vermengd met verschillende consistenties voeding, nl.....
 - Verschillende houdingen, hoeveelheden, manieren van aanbieden (lepel, beker, spuitje) die tijdens onderzoek van toepassing waren.
 - Geobserveerde stoornis in de orale/faryngeale/oesophageale fase van het slikken, initiële slikbeweging: aanwezig/afwezig/vertraagd.
 - Orale transportfase, velofaryngeale afsluiting, neusregurgatie, faryngeale fase, epiglottisfunctie, larynxheffing, larynxspincterfunctie, residu: valleculae li/re, sinus piriformus li/re, dorsale farynxwand, aspiratie/penetratie, hoestreactie, UES², slikinstructies wel/niet mogelijk, effecte van deze instructies.
- Conclusie
 - Slikstoornis ja/nee, symptomen... in defase, wel/niet te verbeteren door gerichte slikinstructies. Aspiratie bij dun vloeibaar/dik vloeibaar/vast voedsel.
- Advies
 - Houding, starten metconsistentie, orale plaatsing, hoeveelheid, materiaal, frequentie, opbouw uitgevoerd door de ouders/logopedist.
 - Orale voeding mogelijk ja/nee/met beperkingen.
 - Contact met de diëtiste:.....
 - Aanvullend onderzoek: gastro-enteroloog/pediater/kno-arts/psycholoog/slikmanometrie.
- Controle
 - Ja/nee.
 - Begeleiding door een logopediste ja/nee.
- Follow up
 - Verwijzende instantie, slikteam, geen follow up, anders
 - .

² Upper oesophageal sphincter (bovenste slokdarm sfincter).

2.3 Oudervragenlijst kinderslikspreekuur WKZ

Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht afdeling stem, spraak, taal en gehoor (sstg-centrum)

Vragenformulier ten aanzien van slikstoornissen bij kinderen

(versie 010-2005)

Datum onderzoek:

Onderzoeker:

Ingevuld door:

Verwijzer:

Naam:

Adres:

Tel:

Lengte:

Gewicht:

Rolstoel: ja / nee

Deze gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.

Het is belangrijk dat u deze lijst geheel invult. Indien deze lijst vragen bevat die al ruimschoots aan de orde zijn geweest tijdens een eerder bezoek op een andere afdeling in het WKZ, hoeft u die vragen niet in te vullen.

De aanleiding voor dit onderzoek is:

De voornaamste klacht is:

1. Zijn er problemen met betrekking tot:
 - ☐ de hersenfunctie
 - ☐ het gehoor
 - ☐ het taalbegrip
 - ☐ de taalproductie
 - ☐ de bouw van het lichaam
 - ☐ het bewegen nl....
 - ☐ de lichamelijke conditie
 - ☐ de ademhaling nl....
 - ☐ de maag/darmfunctie
 - ☐ het eten-en drinken
 - ☐ het verdragen van de voeding (allergie) nl....
2. Hoe zijn de problemen ontstaan?
 - ☐ geleidelijk
 - ☐ plotseling
3. Wanneer zijn de eerste slikklachten opgetreden?
 - ☐ meteen na de geboorte
 - ☐ sinds de start van bijvoeding nl....
 - ☐ anders nl....
4. Zijn de klachten sinds het ontstaan van de slikproblemen:
 - ☐ verergerd
 - ☐ verminderd
 - ☐ hetzelfde
 - ☐ wisselend

5. Zijn de slikproblemen:
☐ constant aanwezig nl....
☐ met tussenpozen aanwezig nl....
☐ in een bepaald patroon aanwezig nl....
6. Kunt u een duidelijke oorzaak aangeven voor de slikproblemen van uw kind?
☐ ja nl....
☐ nee
7. Op welke wijze eet uw kind?
☐ borst
☐ fles
☐ beker
☐ lepel
☐ per neussonde
☐ per maagsonde
☐ per sonde en door de mond
☐ anders nl....
8. Wat is de klacht van uw kind?
☐ krijgt onvoldoende eten en/of drinken binnen
☐ kan niet goed uit de fles /borst drinken
☐ kan niet goed uit de beker drinken
☐ kan niet goed af happen
☐ kan niet goed kauwen
- ☐ het voedsel wordt ondanks veel mondbewegingen niet naar de keel getransporteerd
☐ het eten en drinken loopt uit de mond nog voordat mijn kind slikt
☐ er blijft na het slikken voedsel achter in de mond ☐ veel ☐ weinig
☐ het voedsel is verzameld in de wangen
☐ het voedsel zit vaak tegen het gehemelte geplakt
- ☐ het voedsel lijkt in de hals te blijven steken
☐ het voedsel komt na het slikken weer terug in de mond
☐ het voedsel komt na het slikken terug door de neus
☐ anders nl....
9. Heeft uw kind last van hoesten ondanks dat het niet verkouden is?
☐ ja kies dan uit de volgende mogelijkheden
☐ mijn kind gaat hoesten voorafgaand aan het slikken
☐ mijn kind hoest na het slikken en er komt daarbij geen voeding terug
☐ mijn kind hoest na het slikken zodanig dat er voeding terugkomt
☐ mijn kind gaat hoesten tijdens het slikken
☐ mijn kind hoest een paar keer per dag
☐ mijn kind hoest een paar keer per maaltijd
☐ mijn kind hoest bij elke hap en slok
☐ mijn kind heeft een ander/borreliig stemgeluid na het slikken van voedsel
☐ anders nl....
☐ nee
10. Geeft uw kind nog andere reacties rondom de voedingssituatie?
☐ mijn kind laat veel boertjes na/tijdens het eten
☐ mijn kind boert zure lucht op
☐ mijn kind huilt altijd na het eten/drinken
☐ mijn kind lijkt niet te willen eten/drinken en vertoont veel afweer
☐ anders nl....

11. Treden de slikproblemen voornamelijk op bij:
O dunne vloeistoffen zoals bijvoorbeeld bij water, melk, limonade
O dikke vloeistoffen zoals bijvoorbeeld bij vla, yoghurt
O droge etenswaren zoals bijvoorbeeld bij koekjes
O harde etenswaren zoals bijvoorbeeld bij broodkorstjes
O warm voedsel zoals bijvoorbeeld bij avondeten
O koud voedsel zoals bijvoorbeeld bij ijs of koude limonade
O anders nl.
12. Lijkt uw kind pijn te hebben tijdens het slikken?
O ja nl....
O nee
O af en toe
O mijn kind kan de pijn goed aangeven: O ja O nee
13. Heeft uw kind regelmatig last van koorts?
O ja nl....
O nee
O onbekend
14. Heeft uw kind wel eens longontsteking gehad?
O nee
O ja nl....
15. Is uw kind al behandeld voor de slikklachten?
O nee
O ja nl....
O door een logopedist
O door iemand anders nl....

O er is geoefend nl....
O er is een verslag van de behandeling
O ik neem het behandelverslag mee op onze afspraak
O de gegevens van de behandelaar zijn:
naam:
adres:
tel:
16. Gebruikt uw kind medicijnen?
O nee
O ja nl....

Als u nog iets toe te voegen hebt over de slikproblemen van uw kind, dan kunt u de ruimte hieronder gebruiken om dit te beschrijven.

2.4 Instrument: 'Multidisciplinaire raadpleging kinderen met voedingsproblemen' uit Leuven



III Voedingsstatus bij aanmelding.

A) Orale voeding

hoeveel voedingen per dag	aard / consistentie aanbod	hoeveelheid	duur	problemen en wanneer ? (voor, tijdens, na)

- heeft het kind een uitgesproken ☐ voorkeur en welke ☐ smaak
- ☐ afkeur ☐ temperatuur.....
- ☐ allergie ☐ dikte
- ☐ aanbidding
- ☐ hoeveelheid

- welke zijn de problemen ?

- ☐ weigeren van ☐ fles ☐ voor de voeding
- ☐ lepel ☐ na enkele slokken of happen
- ☐ fopspeen
- ☐ teruggeven
- ☐ braken
- ☐ rumineren
- ☐ selectief eten
- ☐ traag
- ☐ snel vermoeid
- ☐ eten uit de mond laten lopen
- ☐ voedsel in de mond houden en niet slikken
- ☐ onvoldoende zuigen
- ☐ problemen tijdens het overschakelen
- ☐ van vloeibaar naar halfvast
- ☐ van halfvast naar vast
- ☐ wenen
- ☐ zuurstof O₂ tekort
- ☐ verslikken
- ☐ ademhalingsmoeilijkheden
- ☐ andere

- in welke omstandigheden eet het kind het best ?

- ☐ in een rustige omgeving
- ☐ in een omgeving met veel afleiding
- ☐











☐ afwachten verder medisch onderzoek betreffende

☐ slikvideo

☐

☐ doorverwijzen naar :

.....

☐ voorstel advies diëetiek

VII Follow up

volgende afspraak :

.....

2.5 Voorlopige versie SWAL-QOL





Bijlagen bij hoofdstuk 3: Dossiersstudie

3.1 Inventarisatie-format

I Persoonlijke gegevens:

Dossier of patiëntnummer :
Initialen :
Geslacht :
Geboortedatum :
Chronologische leeftijd :
Onderzoeksdatum :

Thuisituatie:.....
.....
.....

Contactgegevens ouders: kopie van de brief maken en controleren of de onderstaande gegevens kloppen met de meest recente gegevens uit de status. Verbeter dit zonodig op de brief.

- naam
- telefoonnummer
- emailadres

Aanmeldingsprobleem/hulpvraag :
.....
.....

II Voedingsstatus bij aanmelding

A) Orale voeding

Hoeveel voedingen per dag Momenten	Aard/consistentie Aanbod	Hoeveelheid	Duur	Problemen en wanneer? (voor, tijdens, na)

- Heeft het kind een uitgesproken: ☐ voorkeur en welke ☐ smaak.....
☐ afkeur ☐ temperatuur.....
☐ allergie ☐ dikte.....
☐ aanbieding.....
☐ hoeveelheid.....

- Welke zijn de problemen? Wanneer en bij welke consistentie?

- ☐ weigeren van ☐ fles ☐ voor de voeding
- ☐ lepel ☐ na enkele slokken of happen
- ☐ fopspeen

- ☐ teruggeven
- ☐ braken
- ☐ rumineren (herkauwen)
- ☐ selectief eten
- ☐ traag
- ☐ snel vermoeid
- ☐ eten uit de mond laten lopen
- ☐ voedsel in de mond houden en niet slikken
- ☐ onvoldoende zuigen
- ☐ problemen tijdens het overschakelen
 - ☐ van vloeibaar naar halfvast
 - ☐ van halfvast naar vast
- ☐ huilen
- ☐ zuurstof tekort
- ☐ verslikken
- ☐ ademhalingsmoeilijkheden
- ☐ andere :

– In welke omstandigheden eet het kind het best?

- ☐ in een rustige omgeving
- ☐ in een omgeving met veel afleiding
- ☐

– Hoe verloopt de voeding bij minder/niet vertrouwde personen (verpleging, vrienden,.....)?

- ☐ idem als bij vertrouwde personen
- ☐ vlotter
- ☐ minder goed

– In welke houding wordt het kind meestal gevoed? :

– Hoe eet/ drinkt het kind?

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ uit de fles | met welke speen? : | |
| ☐ met een lepeltje: | ☐ plastic | ☐ metaal |
| ☐ uit een beker | ☐ met tuit | ☐ zonder tuit |

– Merkt men enige evolutie in het eten

- ☐ vooruitgang
- ☐ achteruitgang

– Neemt het kind een fopspeen in de mond? ☐ ja
☐ nee

– Heeft men de indruk dat het kind pijn heeft tijdens het voeden? ☐ ja
☐ nee

– Slaapt het kind 's nachts door? ☐ ja
☐ nee, waarom niet?

– Heeft het kind borstvoeding gekregen? ☐ ja
☐ nee

– Wat doet men als het kind weigert te eten?

– Hoe ziet het braaksel eruit?

– Komt het kind volgens de ouders goed bij in gewicht? ☐ ja
☐ nee

– Welke voedingen hebben de ouders geprobeerd?

B) Alternatieve voeding

– aard: sondevoeding via
☐ gastrostomie
☐ Total Parental Nutrition (TPN)
☐ Intra veneuze voeding
☐ neus-maagsonde

– duur: vanaf.....tot.....

III Medische gegevens

– gastro-enterologische gegevens op het moment van aanmelding:

☐ reflux
☐ oesophagitis
☐ maagontsteking
☐ allergie
☐

andere.....

– huidig gewicht :.....percentiel :.....

– huidige lengte :.....percentiel :.....

IV Voedingsobservatie

A) Logopedische observatie. ☐ niet van toepassing

– Orale structuren
(mond, keel, gebit, kaakstand e.a. misvormingen)

☐ lijkt normaal
☐

afwijkend.....

☐ niet geobserveerd

– Tonus

☐ lijkt normaal
☐ afwijkende algemene tonus

☐ basistonus ☐ hypertoon
☐ hypotoon
☐ enkel tijdens de voeding ☐ hypertoon
☐ hypotoon

- | | |
|---------------------------|---|
| | ☐ afwijkende lokale tonus |
| | ☐ hoofdcontrole |
| | ☐ tong |
| | ☐ lippen |
| | ☐ kaak |
| | ☐ wang |
| | ☐ niet geobserveerd |
| - Reactie op stimuli | ☐ lijkt normaal |
| | ☐ onvoldoende alerte toestand bij aanvang van de voeding |
| | ☐ te snel afzwakken van het waakzaamheidsniveau |
| | ☐ overgevoelig ☐ ongevoelig ☐ tactiele stimuli |
| | ☐ visuele stimuli |
| | ☐ auditieve stimuli |
| - Mondmotorische functies | |
| | ☐ speekselcontrole |
| | ☐ normaal |
| | ☐ afwijkend |
| | ☐ niet geobserveerd |
| | ☐ zuigen |
| | ☐ normaal |
| | ☐ afwijkend ☐ lipsluiting |
| | ☐ ryhme |
| | ☐ tong ☐ tongduwen |
| | ☐ protrusie over de liprand |
| | ☐ retractie |
| | ☐ onvoldoende aanzuigen |
| | ☐ onvoldoende beweeglijkheid |
| | ☐ andere :..... |
| | |
| | ☐ coördinatie / ademhaling |
| | ☐ efficiëntie |
| | ☐ kracht |
| | ☐ niet geobserveerd |
| | ☐ slikken |
| | ☐ normaal |
| | ☐ afwijkend ☐ vermoeden van aspiratie risico |
| | ☐ andere :..... |
| | ☐ niet geobserveerd |
| | ☐ afbijten |
| | ☐ nog niet verondersteld beheerst |
| | ☐ normaal |
| | ☐ afwijkend :..... |
| | ☐ niet geobserveerd |
| | ☐ kauwen |
| | ☐ nog niet verondersteld beheerst |
| | ☐ normaal |
| | ☐ afwijkend |
| | ☐ ritme |

- ☐ kracht
- ☐ bilateraal
- ☐ andere :.....
- ☐ niet geobserveerd

B) Gedragmatige observatie.

☐ niet van toepassing

- ☐ selectief
 - ☐ kleur
 - ☐ consistentie
 - ☐ smaak
 - ☐ temperatuur
 - ☐ aanbod
 - ☐ hoeveelheid
- ☐ totale weigering
- ☐ braken
 - ☐ als vlucht
 - ☐ als
- ☐ kokhalzen (vluchtgedrag)
- ☐ bolus in de mond houden en niet willen slikken
- ☐ eten uit de mond laten lopen
- ☐ afwijkend slikgedrag
- ☐ spuwen
- ☐ eten weggooien
- ☐ traag eten (erg afgeleid)
- ☐ spelen met eten
- ☐ slikfobie
- ☐ verslikken
- ☐ huilen
- ☐ afweerreacties bij voedselaanbieding
- ☐ hoesten
- ☐ andere.....

V Besluit

– Diagnose:

– Het probleem van de voeding kan als volgt worden getypeerd:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ sensopatisch | ☐ infantiele encephalopathie (CP) | ☐ ziekte von Recklinghause |
| ☐ gedragmatig | ☐ spierziekte | ☐ schisis |
| ☐ mondmotorisch | ☐ aangeboren syndroom | ☐ oesophagusatresie |
| | ☐ halfzijdige verlamming | ☐ gastro oesophageale reflux |
| ☐ psychogene stoornis | ☐ geen bekende pathologie | |

– Advies:

- ☐ uitstellen orale voeding
- ☐ stopzetten van orale voeding
- ☐ voortzetten van orale voeding mits:
 - ☐ advies m.b.t.
 - ☐ aanpak (gedragmatig)
 - ☐ voedselconsistentie
 - ☐ hoeveelheid

- Meer gegevens.....

- 1) door: ☐ medicus :
☐ psycholoog :
☐ logopedist :
2) frequentie :
3) therapie :

- ☐ doorverwijzen naar :
- ☐ afwachten verder medisch onderzoek betreffende:
- ☐ slikvideo
- ☐
- ☐ voorstel advies diëtiëk

Volgende afspraak :

[illegible]

3.2 Overzicht uitgangspunt ontwikkeling van het eten en drinken

GEMIDDELDE VAN OVERGANGEN IN CONSISTENTIES (Bron v.d Engel-Hoek, 2002):

Leeftijd	Consistentie	Aanbieden via
0 tot en met 4 mnd	Alleen dun vloeibaar	Borst, fles
Vanaf 4 a 6 mnd	Dik vloeibaar/ Gepureerd	Lepel, met hulp
Vanaf 7 a 8 mnd	Vast voedsel	Uit de hand
Vanaf 10 mnd a 1 jaar	Vloeibaar	Uit beker met hulp
Vanaf 12 mnd a 2 jaar	Vloeibaar	Uit rietje

3.3 Overzicht inhoud van het Excel-bestand

Tabblad	Inhoud blad
1. Samenvatting	– Medische achtergrond/ Algemene anamnese – Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding – Klacht – Hulpvraag – Onderzoek(en) – Diagnose/uitkomst onderzoek – Advies – Beleid na het slikspreekuur – Periode na het slikspreekuur
2. Voor en nameting	Geslacht Leeftijd T0 Leeftijd T1 Evaluatie-formulier is ingevuld door ... Bij het slikspreekuur waren aanwezig ... Momenteel is het nauwst betrokken bij de voeding ... A: Gewicht en lengte bij invullen evaluatie-formulier Gewicht- en lengteverandering na het slikspreekuur B: Voeding van het kind op moment van invullen evaluatie-formulier (5 items)
3. Scores	C: Problemen rond de voeding (21 items) D: Invloed van problemen op dagelijkse activiteiten (4 items) E: Algemene toestand van het kind sinds het slikspreekuur (2 items) F: Beleving van het slikspreekuur (11 items) G: Aanpak na het slikspreekuur (7 items)
4. Beoordeling v/h evaluatie-formulier en extra opmerkingen door ouders.	Mening over het evaluatieformulier. Eventueel mening over het digitaal invullen. Opmerkingen van ouders die op het formulier zijn bijgeschreven.

3.4 Tabellen in volgorde van Excel bestand

3.4.1 Overzicht medische achtergrond/Algemene anamnese

GESTELDE DIAGNOSES (DIE MOGELIJK RELEVANT ZIJN. VERMELD ZOALS IN MEDISCH DOSSIER)	KINDNUMMER	N
Cerebrale parese		3
Cerebrale dystone tetraparese	20	1
Hypertone quadriplegie	12	1
Niet nader omschreven	8	1
Neurologische onrijpheid	1	1
Retardatie		11
Psychomotorisch	3, 6, 8, 9, 13, 17, 23, 25	8
Motorisch	24	1
Mentaal	21	1
Niet nader omschreven	16	1
Syndroom		6
Syndroom van Opitz	7	1
Syndroom van Crouzon	11	1
CHARGE-associatie	18	1
Syndroom van Down	22	1
Beckwith Wiedemann Syndroom	24	1
Vermoeden van Kabuki Syndroom	10	1
Afwijkingen op oraal/faryngeaal/laryngeaal/ gebied		6
Macroglossie	11, 18	2
Hypoplasie van de maxilla	18	1
Palatoschisis	20	1
Dubbele uvula	20	1
Larynxfissuur	7	1
Congenitale stembandstilstand	13	1
Slechte abductie stembanden	14	1
Overige afwijkingen/stoornissen:		19
Epilepsie	3, 6, 8, 20, 21, 25	6
Gastro-oesophagale reflux	8, 13, 17, 24	4
Microcephalie	8, 13	2
Afwijking bronchi (Bronchiëctasie, malacie v/d li. hoofd-bronchus).	6, 13	2
Afwijking trachea (Cleft: slokdarm/trachea; tracheomalacie)	7	1
Afwijking wervelkolom (Kyphoscoliose)	6	1
Afwijkende werking schildklier (Subklinische hypothyreoïdie)	22	1
Hartafwijking	19	1
Liss encephalie	25	1
Apneu perioden	15	1
Vermoeden van autisme	16	1
Aan autisme verwante problemen	23	1
Groeistoornis	11	1
Spina bifida	14	1
Immunodeficiëntie	6	1
Albinisme	19	1
Geen mogelijk relevante diagnoses bekend	2, 4	2
<i>NB: Per kind zijn soms meerdere onderliggende aandoeningen aanwezig, hierdoor is het totaal van de medische diagnoses groter dan het aantal onderzochte kinderen.</i>		

3.4.2 Overzicht van klachtfrequentie

KLACHT	N
Weigeren van voeding of veel afweer vertonen	11
Verslikken in eten en/of drinken of een vermoeden daarvan	10
Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken	5
Overgeven (voedsel komt uit de maag weer omhoog en wordt uitgespuugd)	5
Benauwdheid	4
Onvoldoende intake/conditie gaat achteruit	4
Voedsel in de mond nemen, maar niet kunnen of willen doorslikken	3
Traag eten: de maaltijd van mijn kind duurt langer dan een half uur	2
Moeite met slikken/hoorbaar slikken	2
Voedsel komt terug door de neus	1
Het voedsel lijkt in de keel te blijven steken	1
Luchtpijp lijkt dicht te gaan bij het eten	1
Longontsteking en/of luchtweginfectie(s)	1
Problemen met het afhappen	1
Na het slikken blijft voeding achter in de mond	1
Huilen tijdens de voeding	1
Koortsaanvallen	1
Kind is niet betrokken bij de maaltijd	1
(Open monddrag)	1
(Veel productie van snot)	1
Geen klacht	2

AANTAL KLACHTEN PER KIND	AANTAL KINDEREN
0	2
1	5
2	9
3	4
4	3
5	2
TOTAAL	25

3.4.3 Overzicht van soort klachten per kind

KIND	AANT.KLACHTEN	SOORT KLACHT
1	1	Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan.
2	4	Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken; Overgeven (voedsel komt uit de maag weer terug en wordt uitgespuugd); Benauwdheid.
3	3	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Onvoldoende intake/conditie gaat achteruit.
4	5	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Voedsel in de mond nemen maar niet kunnen of willen doorslikken; Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken; Overgeven (voedsel komt uit de maag weer terug en wordt uitgespuugd).
5	4	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken; Moeite met slikken/hoorbaar slikken; Huilen tijdens de voeding.
6	1	Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan.
7	2	Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Koortsaanvallen.
8	3	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Benauwdheid.
9	1	Moeite met slikken/hoorbaar slikken.
10	4	Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken; Overgeven (voedsel komt uit de maag weer terug en wordt uitgespuugd); Traag eten: de maaltijd van mijn kind duurt langer dan een half uur; Kind is niet betrokken bij de maaltijd.
11	5	Voedsel in de mond nemen maar niet kunnen of willen doorslikken; Het voedsel lijkt in de keel te blijven steken; Traag eten: de maaltijd van mijn kind duurt langer dan een half uur; Na het slikken blijft voeding achter in de mond; (Open monddrag).
12	2	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Problemen met het afhappen.
13	1	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen;
14	2	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Onvoldoende intake/conditie gaat achteruit.
15	2	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Overgeven (voedsel komt uit de maag weer terug en wordt uitgespuugd).
16	2	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Onvoldoende intake/conditie gaat achteruit.
17	3	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Onvoldoende intake/conditie gaat achteruit; Overgeven (voedsel komt uit de maag weer terug en wordt uitgespuugd).
18	0	Geen klacht
19	1	Voedsel in de mond nemen maar niet kunnen of willen doorslikken.
20	2	Benauwdheid; (Luchtpijp lijkt dicht te gaan bij het eten).
21	2	Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Benauwdheid.
22	3	Weigeren van voeding of veel afweer vertonen; Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Longontsteking en/of luchtweginfectie(s).
23	2	Voedsel komt terug door de neus; (Veel productie van snot).
24	0	Geen klacht
25	2	Verslikken in eten of drinken of een vermoeden daarvan; Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken.

3.4.4 Overzicht hulpvraag

HULPVRAAG	KINDNUMMER
Ouders: Totaal: 8	
Is er een relatie tussen recidiverende luchtweginfecties en het frequent verslikken?	2
Graag onderzoek naar oorzaak van weigeren van voeding, en advies hierover.	3
Is er een organische oorzaak voor de slikproblemen, of is het gedragsmatig?	4
Komt de voeding wel allemaal in de slokdarm, of mogelijk ook in de luchtpijp/ longen?	7
Slikken kost steeds meer moeite. Kan hiervoor een oorzaak gevonden worden?	9
Moet er nog een keer geopereerd worden? (Gaat om tongreductie.)	11
Valt te achterhalen of er slikproblemen zijn?	16
Uitsluiten/aantonen van afwijkingen in de functie/anatomie van mond, keel, slokdarm, maag.	17
Hulpvraag van ouder(s) was niet geformuleerd en viel niet te herleiden, maar er was wel een hulpvraag van een verwijzend of behandelend (para)medicus.	10, 12, 13, 15, 22, 25
Logopedist(e): Totaal: 10	
Graag slikvideo om duidelijk beeld te krijgen van slikproces.	3
Verzoek om slikvideo	4
Graag slikonderzoek en vooral slikvideo. Graag aanvullende adviezen.	7
Hoe is het verloop van de faryngeale en oesophageale fase v/d slik? Is er sprake van reflux of vernauwing van de oesophagus? Is de maaglediging adequaat?	10
Hoe beweegt de tong zich in de mondholt in de orale fase van de slik?	11
Blijft er eten hangen?	12
Is er sprake van aspiratie bij dik vloeibaar en/of dun vloeibaar?	13
Zijn er anatomische afwijkingen?	15
Slikvideo om reden verslikken te achterhalen.	22
... en revalidatie-arts samen: Verloopt het slikproces veilig? Geeft slikonderzoek aanknopingspunten voor verder onderzoek naar de stridor? Is er kwalitatief verschil te zien bij verschillende consistenties en/of houdingen? Geeft slikonderzoek aanknopingspunten voor verdere begeleiding op gebied van eten en drinken?	20
KNO-arts/foniater Totaal: 2	
Hoe is de functie van het strotteklepje?	7
Gaarne slikonderzoek, zonodig slikvideo om probleem te beoordelen. Graag advies voor zo veilig mogelijk slikken.	25
Revalidatie-arts Totaal: 1	
Hoe verloopt het slikproces (verloop faryngeale en oesophageale fase): verslikt zij zich regelmatig? Is er iets dat het slikken bemoeilijkt ? Zie ook onder logopedist(e) i.v.m. formuleren hulpvragen in samenspraak.	12
Kinderarts Totaal: 1	
Onzekerheid over hoe slikken verloopt, mogelijk aspiratie na innemen van voeding.	7
Instellingsarts Totaal: 1	
Hoe verloopt eten/drinken van verschillende substanties? Kan op grond van uitkomsten een keuze gemaakt worden t.a.v.: doorgaan met huidige wijze voeding en vocht aanbieden of overgaan op PEG ?	3
Gastro-enteroloog Totaal: 1	
Gaarne slikvideo om slik- dan wel passageprobleem uit te sluiten.	16

Plastisch chirurg	Totaal: 1	
Is de tong te groot; is tongreductie nodig?		11
Onduidelijk van wie hulpvraag afkomstig is	Totaal: 6	
Aspiratie bij dun vloeibare voeding? Verzoek om slikvideo ter bevestiging/uitsluiting van vermoeden van aspiratie.		6
N.a.v. geobserveerde incidenten bestaat er twijfel: is orale voedingsintake veilig?		8
Wat is de invloed van de spondylodese op het slikmechanisme? Zijn er osteofyten in cervicale wervels? Opent de cricopharyngeus normaal?		9
Waarom is er hoorbare slik en niet goed weggrijpen van voeding? Waarom weigeren brokjes in gladde voeding? Hoe verloopt de orale en faryngeale slikfase?		14
Kunnen dik vloeibare en dun vloeibare voeding veilig per os worden gegeven?		18
Slikvideo om te observeren of inname dun vloeibaar via rietje veilig kan doorgaan.		24
Hulpvraag is onbekend	Totaal: 5	1, 5, 19, 21, 23

- NB. 1 *Daar waar vragen doorlopend achter elkaar vermeld worden, worden zij gerekend tot één en dezelfde hulpvraag. Daar waar de vragen onder elkaar vermeld staan en telkens op een nieuwe regel beginnen, worden zij gerekend tot een nieuwe hulpvraag.*
- NB. 2 *De hulpvragen die afkomstig waren van een logopedist en revalidatie-arts samen, zijn bij de logopedist vermeld gezien het logopedisch karakter van de vragen.*

3.4.5 Overzicht overige problematiek

PROBLEMATIEK SPECIFIEK M.B.T. DE VOEDING ANDERS DAN KLACHT EN MEDISCHE ACHTERGROND/ALGEMENE ANAMNESE	KINDNUMMER	N
Weigeren van voeding of veel afweer vertonen	6, 19, 20	3
Huilen tijdens of direct na de voeding, tranen in de ogen bij het slikken van voeding	1, 5, 19	3
Kind is niet betrokken bij de maaltijd / toont (soms) totaal geen interesse in eten	8	1
Huilt soms na drinken (wil dan meer).	8	1
Traag eten: de maaltijd van mijn kind duurt langer dan een half uur	4, 5, 8, 19	4
Stoppen met eten na enkele hapjes	4	1
Lijkt erge honger en dorst te hebben	17	1
Onvoldoende intake/conditie gaat achteruit	5, 8, 12, 15, 19, 22	6
Het eten en/of drinken loopt nog voor het slikken uit mond	8, 13, 25	3
Voedsel wordt ondanks veel mondbewegingen niet naar keel getransporteerd	4, 8, 25	3
Voedsel is/wordt verzameld in wangen	14, 15, 19	3
Na het slikken blijft voeding achter in de mond	4, 6, 8, 12, 13, 14?, 24, 25	8
Na het slikken zit voeding tegen het verhemelte geplakt	6, 8, 13	3
Voedsel in de mond nemen, maar niet kunnen of willen doorslikken	5	1
Moeite met slikken/hoorbaar slikken	14	1
Pijn: mijn kind geeft aan of wekt de indruk pijn te hebben bij het slikken van voeding en/of speeksel	2, 5?, 11, 15, 19	5
Lijkt bang te zijn voor slikken	4	1
Voedsel komt na het slikken terug in de mond	4, 5, 14, 20	4
Voedsel komt terug door de neus	22	1
Tijdens toedienen sondevoeding komt voeding omhoog 'terug' in de mond	4	1
Uitspugen van eten	13, 19	2
Het voedsel lijkt in de keel te blijven steken	12, 15, 20, 22	4
Benauwdheid	2, 12	2
Kokhalzen tijdens de maaltijd (braakbeweging zonder overgeven)	12	1
Overgeven (voedsel komt uit de maag weer omhoog en wordt uitgespuugd)	8, 12	2
Verslikken in eten en/of drinken of een vermoeden daarvan	5, 20	2
Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken	24	1
Hoesten voorafgaand aan het slikken	6	1
Hoesten tijdens het slikken	(5), 7, 11, 22	4
Hoesten na slikken	1, 3, 7, 8, 9, 20, 22	7

Anders/ borrelig klinken van de stem na het slikken	3, 5, 6, 20, 24	5
Longontsteking en/of luchtweginfectie(s)	2, 6, (14), 24	4
Koortsaanvallen	4, 7, 14, 25	4
Laat veel boertjes tijdens/na het eten	12, 14, 15	3
Opboeren van zure lucht	2, 12	2
Reflux/reflux-oesophagitis	17	1
Afwijkende mondmotoriek	7	1
Afwijkende sensibiteit van mond en/of keelgebied	5, 16	2
Kan niet goed uit fles/borst drinken	1, 25	2
Kan niet goed uit beker drinken	5, 6, 7, 8, 13, 16, 20, 22, 24	9
Kan niet goed afhappen	6, 8, 13, 20, 21, 24, 25	7
Kan niet goed kauwen	6, 7, 8, 13, 14, 16, 20, 21, 24	9
(Slik)problemen bij overgang naar lepelvoeding	5	1
(Slik)problemen bij (overgang van borstvoeding naar) flesvoeding	10, 14	2
Slecht verdragen van brokjes in de voeding	5, 14, 16, 19	4
Vooraf problemen bij droge en/of harde etenswaren en warm voedsel.	4, 10, 11, 12	4
Vooraf problemen bij dun vloeibaar, droge en harde voedingswaren.	7	1
Vooraf problemen bij dik vloeibaar, droge en harde voedingswaren	14	1
Vooraf problemen bij dun vloeibaar, vast/hard voedsel en warm eten.	21	1
Vooraf problemen bij vast voedsel	19	1
Vooraf problemen bij dik vloeibaar	22	1
Soms op rug liggend aangetroffen met mond vol voeding, leidend tot verslikken	1	1
Als flesvoeding door een vreemde gegeven wordt treedt verslikken eerder op	1	1
Tijdens eten overstrekken, slikken lijkt dan beter te gaan	20	1

14? = vanwege onduidelijkheid of eten is doorgeslikt, of vast is blijven zitten achter in de keel, of tegen het verhemelte geplakt zit.

5? = vanwege twijfel van de ouders of dit het geval is.

(5) = tussen haakjes want is specificatie van wat ook al bij klacht genoemd werd.

(14) = tussen haakjes want: 'vaak op het randje van longontsteking'.

3.4.6 Overzicht Interventies in de periode voor het slikspreekuur

RELEVANTE (PARA)MEDISCHE INTERVENTIES VOORAFGAAND AAN HET SLIKSPREEKUUR	KINDNUMMER
<u>Medicatie</u> Totaal aantal kinderen:14	
Atrovent, Pulmicort, Salbutamol, Bactrimel.	2
Depakine, Trileptal, Melatonine.	3
Melatonine i.v.m. slaapproblemen	4
Depakine, Topamax, Beconase, Combivent + regelm. antibiotica.	6
Losec (+ in verleden Bactrimel.)	7
Depakine, Sabril, Omeprazol, Forlax(?)	8
Losec, Motilium, Bactrimel (dagelijks).	13
Dridase, Nitrofurantoïne, Trimethoprim.	14
Prepulsid (gestopt met Losec)	17
Lioresal, Rivotril (voor epilepsie)	20
Depakine (voor epilepsie)	21, 25
Profylaxe: Co-trimoxazol.	22
Zithromax	24
<u>Operatie</u> Totaal aantal kinderen:11	
Adenotomie	3, 17
Adenotonsillectomie	20
Middenoorbuisjes	3
Vele operaties o.a. voor de slokdarm/trachea	7
Plaatsing tracheostoma + tracheocanule	18
Tongreductie	11
Aanleg gastrostoma	12
Plaatsing PEG-sonde	6, 7, 8, 13, 18, 20, 24
Thal-fundoplicatie	24
<u>Ziekenhuisopname</u> Totaal aantal kinderen: 3	
8 x i.v.m. benauwdheidsklachten met koorts/verhoging	2
Div. ziekenhuis opnames i.v.m. spugen en voedsel weigeren	4
Div. malen opgenomen i.v.m. dreigende dehydratie	5
<u>Onderzoeken</u> Totaal aantal kinderen:11	
(24-uurs) PH-metrie om te bepalen of reflux aanwezig is	4, 18
Slikfoto's	5
KNO-onderzoek	5
Foniatisch onderzoek	6, 23
Vele scopiën	7
Röntgenslikonderzoek	9
Logopedisch onderzoek	10, 23, 25
Gastroscopie	17
Eerder slikspreekuurbezoek WKZ	18, 24
<u>Logopedische therapie/begeleiding</u> Totaal aantal kinderen:17	
I.v.m. voedingsproblemen.	4
I.v.m. slikklachten.	8, 9, 15, 16, 20, 21
Met als doel: gewinning aan vast voedsel en verbeteren van het slikken.	5

Met als doel: stimuleren van mondmotoriek en eten en drinken.	7
Met als doel stimulering van lip- en met name tongmotoriek.	11
Voor eten/drinken en communicatie	12
Eenmaal gezien door logopedist dwnnteam	22
Trainen van velum (blaas- en zuig oefeningen)	23
Voor slikken, mondmotoriek en spraak.	24
Advies door logopedist van revalidatiecentrum	25
Niet nader omschreven	3, 13
<u>Verandering in eten, namelijk</u> Totaal aantal kinderen:14	
Wijziging in consistentie:	
• Dun vloeibaar wordt ingedikt	3, 17
• Alleen dik vloeibaar en vaste voeding als erom gevraagd wordt	6
• Vast voedsel wordt niet meer aangeboden	17
• Eet alleen dik vloeibaar zonder stukjes	20
• Indikken met Nutilis	22
• Eet dik vloeibaar en gepureerd voedsel. Dun vloeibaar gaat via PEG.	24
Wijziging in temperatuur:	
• Eet alleen voeding op kamertemperatuur	20
Wijziging in wijze van inname (PEG, neus-maagsonde):	
• Langdurige periodes met sondevoeding (via neus-maagsonde).	3
• Sondevoeding v.a. 7 maanden, daarnaast orale intake (via neus-maagsonde).	4
• Sondevoeding sinds geboorte, sinds 3 jaar (vanaf ca 4 jaar oud): PEG.	24
• PEG sinds geboorte.	7
• Sinds één jaar PEG.	6
• PEG sinds ca een ½ jaar.	8
• PEG sinds enkele maanden.	13, 18
• PEG sinds 1 maand.	20
• Eerste 9 maanden na geboorte neus-maagsonde.	10
• vanaf 2 wkn oud: 3 à 4 maanden sondevoeding gehad in verleden.	19
Anders, namelijk:	
• Bijvoeding / aanvullende voeding (Fortimel, Fortini, Nutrilon etc.).	16, 19
<u>Andere stappen</u> Totaal aantal kinderen:1	
Gedragsmatige aanpak is gestart.	17
<u>Geen relevante interventies bekend</u> Totaal aantal kinderen:1	1

3.4.7 Tabel: Gewicht en lengte: BMI T0 (A1, A2, A3, A4)

KIND	BMI T0	OBESITAS/GEZOND / ONDERGEWICHT
1*		
2*		
3	x	x
4	x	x
5*	x	x
6	x	x
7	15,7	gezond
8	x	
9	15,62	ondergewicht
10	x	x
11	20,81	obesitas
12	16,61	gezond
13	15,85	gezond
15	x	x
16	15,36	gezond
17	14,37	gezond
18*		
19	16,83	gezond
20	14,81	gezond
21	x	x
22	x	x
23	x	x
24	x	x
25	x	x

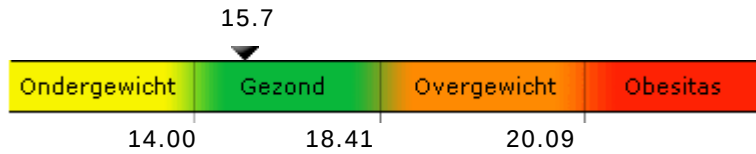
X → lengte en/of gewicht ontbreekt

** → kind is jonger dan 2 jaar. Voor kinderen jonger dan 2 jaar geldt de BMI voor kinderen niet.*

Kind 7

T0

De BMI is 15.7

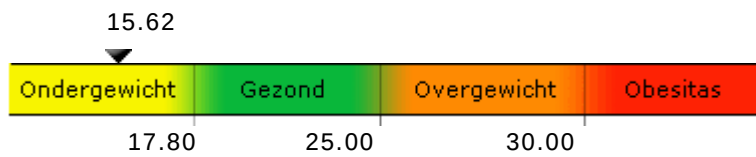


Kind 9

T0

De BMI is 15.62

Ondergewicht.

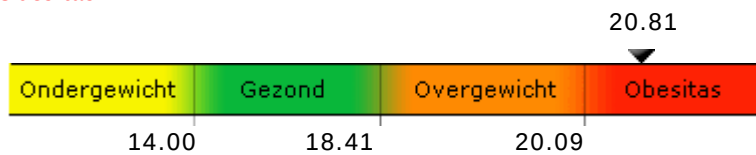


Kind 11

T0

De BMI is 20.81

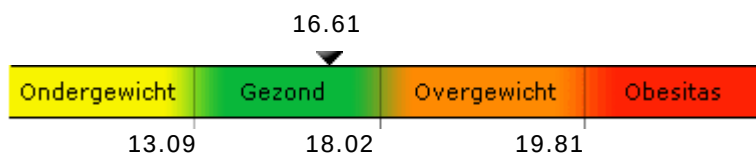
Obesitas.



Kind 12

T0

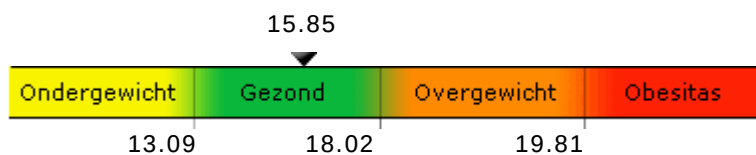
De BMI is 16.61



Kind 13

T0

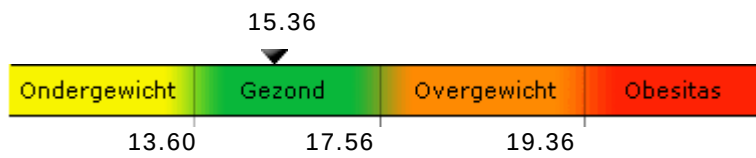
De BMI is 15.85



Kind 16

T0

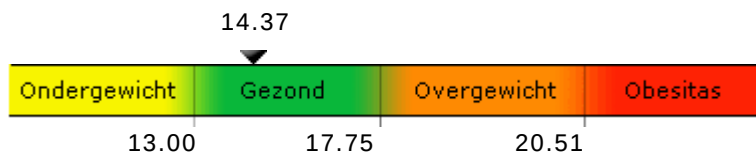
De BMI is 15.36



Kind 17

T0

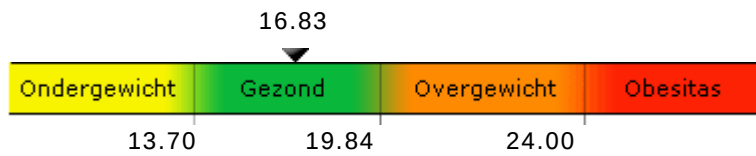
De BMI is 14.37



Kind 19

T0

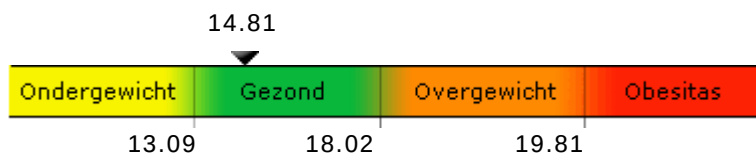
De BMI is 16.83



Kind 20

T0

De BMI is 14.81



3.4.8 Wijze van aanbieden/tot zich nemen van voeding (B2)

LEEFTIJD T0	KIND NUMMER	WIJZE VAN AANBIEDEN/TOT ZICH NEMEN VAN VOEDING T0-SITUATIE
0;2	1	Uit Difraxfles met bodemventiel en kromme hals + speen met klein gaatje.
3mnd 2w	18	Met een lepeltje.
0;9	2	Uit de fles, met lepel en uit een beker.
1;0	5	Uit de fles, met een lepel en uit een beker.
1;7	14	Drinkt m.b.v. fles + speen, uit beker, met rietje. Hapt af van lepel. Propt eten in mond.
1;10	25	Fles en lepel.
2;2	13	Met een lepeltje, af en toe beker, spuitje: dun vloeibaar.
2;3	11	Met een lepeltje, uit een gewone beker.
2;3	20	Rolyan lepeltje, fles met flexibele tuit.
2;4	7	Met een lepeltje en uit een open beker.
2;5	12	Drinken aangeboden. uit gewone beker. Voeding v. lepel, uit hand.
2;6	4	Metalen lepeltje, beker en een spuitje.
2;6	10	Met een lepel, uit een beker zonder tuit.
3;1	22	Fles en lepel. Wil graag alles zelf doen maar heeft hulp nodig bij het eten.
3;4	16	Fles en lepel. Beker.
6;0	15	Elke wijze.
6;6	24	In elk geval rietje en lepel.
6;8	17	Fles en lepel.
9;4	23	In elk geval: beker, uit de hand.
9;10	19	Met lepel en vork. Beker
14;7	21	Met een lepel. Beker.
15;6	3	Van een lepel, met een vork. Eet zelf met hulp.
17;6	6	Met lepel.
19;4	9	Met een lepel en uit een beker.
24;5	8	Met een lepeltje.

3.4.9 Voedselconsistenties per kind in volgorde van leeftijd (B3)

Leeftijd	Kindnr	Dun vl.	Dik vl	Vast	Overige opmerkingen	Ontwikkeling
0;2	1	x				Geen bijzonderheden
3 mnd; 2 wkn	18	³	x			Geen bijzonderheden
0;9	2	x	x			Geen vast
1;0	5	x	x		Gepureerd eten	Geen bijzonderheden
1;7	14	x		x	Dik vloeibaar zonder stukjes	Geen dik vloeibaar met stukjes
1;10	25	x	x		Brood en koekjes m. vocht fijngemaakt tot papperige subst.. Gepureerd warm eten.	Geen vast voedsel
2;2	13				Alleen PEG-sonde.	Volledig sondevoeding
2;3	11	x	x	x		Geen bijzonderheden
2;3	20		x		Glad gemalen dik vloeibare voeding, soms nog ingedikt.	Geen dun vloeibaar en vast
2;4	7				Dagelijks kleine beetjes dik vloeibaar dun vloeibaar, gepureerd (glad) eten, fruit. Soms: sabbelen op liga.	Vrijwel volledig sondevoeding
2;5	12	x	x	x	Minimale hoeveelheden.	Geen bijzonderheden
2;6	10	x	x	x		Geen bijzonderheden
2;6	4	x	x		Probeert af en toe vast voedsel, maar slikt niet door	Geen vast voedsel
3;1	22		x	x		Geen dun vloeibaar
3;4	16	x			Dik vloeibaar zonder korreltjes of brokjes.	Geen dik vloeibaar met stukjes en geen vast
6;0	15	x	x	x		Geen bijzonderheden
6;6	24	x	x		En gepureerd (warm) eten.	Geen vast voedsel
6;8	17	x			En enkele zachte fruitstukjes.	Geen dik vloeibaar en geen harde vaste voeding
9;4	23	x	x	x		Geen bijzonderheden
9;10	19	x	x	x		Geen bijzonderheden
14;7	21	x	x	x		Geen bijzonderheden
15;6	3		x	x		Geen dun vloeibaar
17;6	6		x	x	Wanneer kind er zelf om vraagt.	Geen dun vloeibaar
19;4	9	x	x		En prakjes	Geen vast voedsel
24;5	8		x		gemalen warm eten en koud eten/drinken.	Geen dun vloeibaar en geen vast voedsel

³ mogelijk ook dun vloeibaar, maar dit kon niet duidelijk uit het dossier opgemaakt worden.

3.4.10 Ervaring van het kind tijdens het eten? (B4)

Kind nummer	Leeftijd	Ervaring
1	0;2	Huilt soms kort na het eten en drinken
2	0;9	Onbekend
3	15;6	lijkt niet te willen drinken, vertoont veel afweer, geen duidelijke voorkeur qua smaak
4	2;6	Afweer (weigeren) van dun vloeibaar. Nieuwsgierig naar voeding en vraagt ernaar. Geen afkeer v. smaken of structuren. Lijkt bang te zijn voor slikken.
5	1;0	Lijkt niet te willen eten en drinken, vertoont veel afweer, huilt vaak tijdens de voeding.
6	17;6	Vertoont regelmatig veel afweer. Was wel (tijdelijk?) geobsedeerd door eten.
7	2;4	Wil heel graag eten. Lijkt voorkeur te hebben v. pittiger smaken.
8	24;5	Soms huilen na drinken: wil dan méér. Wil graag voeding per os. Ook soms geen interesse voor eten (weig.) of huilen bij eten.
9	19;4	Eet graag
10	2;6	Eet graag. Probeert alles uit wat ouders eten. Kauwt er op en slikt soms door.
11	2;3	Onbekend
12	2;5	Wil meestal wel eten, slikt echter niet graag (of slecht). Wel interesse voor eten en smaken.
13	2;2	Onbekend
14	1;7	Eet graag. Moet heftig huilen als hij niet snel genoeg zijn voeding krijgt.
15	6;0	Onbekend
16	3;4	Veel afweer en weigering.
17	6;8	Onbekend
18	3 mnd; 2 wkn	Eet gretig
19	9;10	Aversie tegen brokjes in dun vloeibare en dik vloeibare voeding. Eet graag: pannenkoeken, vissticks, patat.
20	2;3	Ouders: Lijkt niet zo graag te willen eten. Veel afweer (ws a.g.v. tonusprobleem)
21	14;7	Onbekend
22	3;1	Onbekend
23	9;4	Onbekend
24	6;6	Onbekend (geen afweer)
25	1;10	Onbekend (geen afweer)

3.4.11 Tabel: Afgenomen onderzoeken tijdens slikspreekuur

SOORT ONDERZOEK	KINDNUMMERS
Anamnese:	Onbekend
Logopedisch onderzoek (door logopedist):	Totaal: 22 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25 <i>Niet afgenomen bij:</i> <i>7 : reden onbekend</i> <i>18: reden onbekend</i> <i>24: reden: er was wel overleg met behandelend logopedist</i>
Foniatrisch- / KNO-onderzoek (door KNO-arts):	Totaal 23 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 <i>Niet afgenomen bij:</i> <i>7: reden onbekend</i> <i>13: reden onbekend</i>
Flexibele (nasofaryngoscopie/) laryngoscopie (door KNO-arts)	Totaal 10 1, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 18, 19, 22 <i>Redenen van niet afnemen onderzoek: onbekend</i>
Röntgenonderzoek/ slikonderzoek (door röntgenoloog):	Totaal 24 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 <i>Niet afgenomen bij:</i> <i>1: afgelast omdat er bij voorafgaand onderzoek geen afwijkingen aan het licht kwamen, anders dan coördinatieproblemen.</i>

3.4.12 Diagnose ingedeeld in slikfases

DIAGNOSE	KINDNUMMER
Stoornis in de orale voorbereidende fase	3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 25
Stoornis in de orale transportfase	3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 20, 21, 22, 25
Stoornis in de faryngeale fase	3, 7, 8, 9, 17, 20, 22, 24
Stoornis in de oesophageale fase	7
Geen stoornis in de slikfases	2, aspiratie lijkt uitgesloten als oorzaak van luchtwinf. 4, geen reflux, geen org afwijkingen die slikprobl kunnen veroorz. 10, geen aspir, adeq maaglediging, geen reflux 15, geen reflux, kissing tonsillen, retrognatie 16, gedrag en overgevoeligheid in mondgebied 18, geen aspiratie 23, geen aspiratie, onvold gecoördin. slik bij vermoeidh. en niet nadenken
Stoornis was niet in één van deze categoriën in te delen en geen andere diagnose bekend.	1, 5

Nb. Soms waren er problemen in meerdere slikfases, daarom is het totaal aantal van deze tabel groter dan het aantal kinderen

3.4.13 Uitgebrachte adviezen multidisciplinair slikteam WKZ

ADVIES		Kindnr.
Medicatie:	Totaal aantal adviezen: 0	
Operatie:	Totaal aantal adviezen: 2	
• Mogelijk tongreductie?		11
• Neus- en keelamandelen verwijderen.		15
Logopedische therapie:	Totaal aantal adviezen: 9	
• Voortzetten logopedische begeleiding.		4, 5, 20
• Voortzetten logopedische therapie (lip- en tongmotoriek verder verfijnen).		11
• Logopedische therapie gericht op het verbeteren van de orale voeding.		13
• Logopedische therapie voortzetten.		18
• Logopedische therapie in samenspraak met diëtiste en eettherapeut.		19
• Begeleiding (observatie en adviezen) eten en drinken door logopedist.		22
• Voortzetten van verhemelte oefeningen (blaas- en zuigspelletjes), is ook stimulerend voor lipmotoriek.		23
Verandering in eten namelijk:	Totaal aantal adviezen: 36	
<u>Wijziging in consistentie:</u>		
• Alleen dik vloeibaar en vast.		3
• Geen dik vloeibaar met stukjes.		5
• Alleen vaste en stevig ingedikte voeding.		6
• Gepureerd warm en dik vloeibaar zonder stukjes, Craquotte en lange vinger uitproberen.		7
• Orale voeding is veilig, dik vloeibaar eventueel iets aanlengen met water, voeding smeugig maken en eventueel een slokje water nageven.		9
• Zowel dik als dun vloeibaar mag, geen vaste voeding i.v.m. aspiratie.		13
• Vast voedsel door zeef wrijven i.p.v. staafmixer, steeds grover maken.		14
• Dun vloeibare en dik vloeibare voeding is mogelijk. Geen stukken die gekauwd moeten worden.		21
• Dun vloeibaar indikken (gebeurde al). Dik vloeibare en vaste voeding voortzetten.		22
• Geen dun vloeibaar geven.		24
• Alle consistenties kunnen gegeven worden. Vaste voeding pureren of prakken met veel vocht (geen grote vaste delen).		25
<u>Wijziging in temperatuur:</u>		
• Eventueel uitproberen of warm eten beter gaat dan koud.		9
<u>Wijziging in hoeveelheid:</u>		

<u>Wijziging in de wijze van aanbieden:</u>	
• Pauzes inbouwen, niet meer van fles en speen wisselen.	1
• Iets kleinere lepel (m.n. in periode van ziekte).	2
• Volgende hapje pas als het vorige goed weg is, eventueel slokje water tussendoor. Beker introduceren.	5
• Op een lepel aanbieden.	6
• Vloeibare voeding uit een beker met neusuitsparing. Na elk slokje even wachten.	7
• Af en toe wachten totdat de volgende hap wordt aangeboden.	9
• Extra slokjes water aanbieden bij vast en droog voedsel.	11
• Vast voedsel mondjesmaat aanbieden.	12
• Introductie van beker, trainen van afhappen, experimenteren met kauwen.	13
• Overgaan op drinken uit beker of door middel van een rietje, flesvoeding d.m.v. een speen met een iets groter gat.	14
• Lepelvoeding uitbreiden en af en toe de fles aanbieden.	18
• Hapjes rustig, met pauzes aanbieden, zodat kans gegeven wordt om bij te ademen door hoofd naar achteren te leggen. Wachten tot adem rustig is. Max. etenstijd aanhouden: 30 min.	20
• Eten dient gecontroleerd te gebeuren. Pas volgende hap aanbieden als vorige is doorgeslikt. Snel drinken dient onderbroken te worden.	21
• Kleine hapjes geven.	25
<u>Wijziging manier van inname:</u>	
• Restvoeding m.b.v. een PEG-catheter toedienen.	6
• Voeding per os kan uitgebreid worden.	7
• Voeding een ½ jaar per os stoppen, bij onvoldoende winst na ½ jaar weer beginnen, consequentie ws eetvaardigheid volledig verloren. Af en toe een slokje water mag wel.	8
• Orale voeding naast PEG voortzetten.	12
• Orale voeding voortzetten.	14, 19
• Eten dat niet binnen max. eettijd gegeten kan worden via PEG-catheter toedienen.	20
<u>Anders:</u>	
• Kauwen stimuleren, voedsel in de wangzak aanbieden, gekruid eten proberen, slikactie initiëren door de mondbodem te stimuleren.	5
• Kauwen stimuleren.	14
• Zo min mogelijk (dikke) melkproducten laten drinken (i.v.m. slijmproductie die onvoldoende weggeslikt kan worden). Eventueel na melkproducten een paar hapjes fruit of groente geven.	24
<u>Verandering in houding:</u>	Totaal aantal adviezen: 7
• Voedingshouding aanpassen, zijlig in bed.	1
• Rechtop zitten bij drinken. Hoofd niet te ver naar achteren bij slikken.	5
• Hoofdbewegingen niet tegenhouden, niet achterover liggend laten eten.	9
• Optimale zithouding realiseren.	13
• Zoeken naar houding waarin hoofd iets naar voren ligt, maar wel ruimte is om andere houding op te zoeken indien gewenst.	20
• Zoveel mogelijk in verticale houding laten drinken.	22
• Letten op houding.	25
<u>Vervolg afspraak WKZ:</u>	Totaal aantal adviezen: 4
• Telefonische follow-up.	1
• Bij blijvende verdenking aspiratie → nieuw onderzoek.	7
• Controle afspraak over een ½ jaar.	8
• Controle over ca 1 à 2 jaar kan eventueel afgesproken worden om te bekijken of de techniek veranderd/verbeterd is en of dun vloeibare voeding gegeven kan worden.	22

<u>Doorverwijzingen:</u>	Totaal aantal adviezen: 17	
<u>Kinderarts:</u>		
• Informeren bij kinderarts i.v.m. reageren bij verslikken.		1
• Telefonisch overleg m. kinderarts: korte termijn afspraak op polikliniek in Zwolle. Verder onderzoek en behandeling in ziekenhuis aldaar.		17
• Kinderarts over intake.		18
<u>Diëtiste:</u>		
• Afspraak diëtiste, bij onvoldoende intake PEG-catheter aanbrengen.		3
• Met diëtiste uitrekenen hoeveel per os, resterende via PEG-catheter toedienen.		7
• Contact met diëtiste voor totale PEG-sonde voeding.		8
• Overleg met diëtiste.		18
• Ouders zoeken contact met diëtiste voor begeleiding voedingssituatie.		25
<u>Andere disciplines/instanties:</u>		
• Voortzetten orthopedagogische begeleiding.		4
• Sonde op lengte laten maken door verpleegkundige.		4
• Telefonisch advies door eettherapeut.		4
• Overleg met apotheek: medicatie via sonde mogelijk?		8
• Onderzoek door cardioloog.		10
• Longarts nodig om juiste diagnose te stellen.		10
• Afspraak bij stafid KNO i.v.m. geconstateerde oorproblematiek: halfjaarlijkse controle.		23
<u>Overig:</u>		
• Bij nieuwe vragen contact opnemen met Mevr. Zwitserlood?		24
• Bij vragen kan met M. Menheere contact op worden genomen.		25
<u>Andere adviezen:</u>	Totaal aantal adviezen: 3	
• Long conditie blijven controleren.		7
• Overleg met ouders "wat doen bij verslikken": mondkeelholte vrijmaken met vinger. Heimlich-manoeuvre (werd uitgelegd en voorgedaan.) Verslikincidenten af en toe (1 week) turven.		21
• Zoveel mogelijk lipsluiting en neusademhaling stimuleren, i.v.m. vele snot en dichtzitten neus.		23
<u>Geen adviezen:</u>	Totaal aantal keer geen advies: 1	
• Geen		16

Bijlagen bij hoofdstuk 4: Ontwikkeling van het evaluatie-instrument

HANDLEIDING

INTERPRETATIE EN NOTATIE KINDGEGEVENS

(BIJ EXCEL-BESTAND 'TABELLEN KINDGEGEVENS EN SCORING')

- SCORING EVALUATIEFORMULIER
- TOELICHTING ONDERDEEL C
- ANTWOORDSLEUTEL ONDERDEEL C (SCORENOTATIE EN -INTERPRETATIE)
EN TOELICHTING SCORENOTATIE ONDERDEEL G
- VERKLARING SYMBOLEN, AFKORTINGEN EN GEBRUIK VAN KLEUR IN TEKST

SCORING EVALUATIE-FORMULIER

Vr.nr:	Inhoud:	Antwoordopties:	Weergave in Excel:	<u>Weging:</u>	<u>Totaal vraag:</u>	<u>Overnemen in:</u>
A1	Huidig gewicht		tekst	1		Voor- en nameting
A2	Huidige lengte		tekst	1		Voor- en nameting
A3	△ Gewicht	Aangekomen	tekst	1		Voor- en nameting
		Afgevallen	tekst	1		
		Niet veranderd	tekst	1		
A4	△ Lengte	Gegroeid	tekst	1		Voor- en nameting
		Niet gegroeid	tekst	1		
B1	Hoe voeding	Mond	tekst	1		Voor- en nameting
		Mond + sonde	tekst	1		
		Sonde	tekst	1		
		Anders	tekst	1		
B2	Wijze v. inname	Zie schema	tekst	1		Voor- en nameting
B3	Soort voeding	Vast voedsel	tekst	1		Voor- en nameting
		Dik vloeibaar	tekst			
		Dun vloeibaar	tekst			
B4	Ervaring eten	Plezier	tekst	1		Voor- en nameting
		Tevredenheid	tekst	1		
		Irritatie	tekst	1		
		Frustratie	tekst	1		
		Angst	tekst	1		
		Verdriet	tekst	1		
		Ongeduld	tekst	1		
		Afkeer	tekst	1		
		Weet ik niet	tekst	1		
		Anders	tekst	1		
B5	Voedingswaarde	Ruim voldoende	tekst	1		Voor- en nameting
		Voldoende	tekst	1		
		Misschien te weinig	tekst	1		
		Waarschijnlijk te weinig	tekst	1		
		Duidelijk te weinig	tekst	1		
		Weet ik niet	n.v.t.	1		
C1	Weigeren	Nooit aanwezig	n.v.t.	1,25	Max. 10	Scores
		Ontstaan	-10			
		Verdwenen	10			
		Aanwezig:	0			
		afgenomen	5			
		toegenomen	-5			
		hetzelfde	0			
C2	Uit mond lopen	Nooit aanwezig	n.v.t.	0,5	Max. 10	Scores
		Ontstaan	-10			
		Verdwenen	10			
		Aanwezig:	0			
		afgenomen	5			
		toegenomen	-5			
		hetzelfde	0			

<u>Vr.nr:</u>	<u>Inhoud:</u>	<u>Antwoordopties:</u>	<u>Weergave in Excel:</u>	<u>Weging:</u>	<u>Totaal vraag:</u>	<u>Overnemen in:</u>
C3	Tongprotrusie	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	0,5	Max. 10	Scores
C4	Niet kunnen/ willen doorslikken	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1,25	Max. 10	Scores
C5	Neusregurgatie	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1	Max. 10	Scores
C6	Verslikken	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1,75	Max. 10	Scores
C7	Hoesten/kuchen	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1,5	Max. 10	Scores
C8	Anders klinken stem	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1	Max. 10	Scores
C9	Blijven steken in keel	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1	Max. 10	Scores

<u>Vr.nr:</u>	<u>Inhoud:</u>	<u>Antwoordopties:</u>	<u>Weergave in Excel:</u>	<u>Weging:</u>	<u>Totaal vraag:</u>	<u>Overnemen in:</u>
C10	Longontsteking	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1,75	Max. 10	Scores
C11	Kokhalzen	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1	Max. 10	Scores
C12	Overgeven	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1,25	Max. 10	Scores
C13	Pijn bij het slikken	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1	Max. 10	Scores
C14	Traag eten	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1	Max. 10	Scores
C15	Stoppen met eten na enkele hapjes	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	1	Max. 10	Scores
C16	Opboeren zure lucht	Nooit aanwezig Ontstaan Verdwenen Aanwezig: afgenomen toegenomen hetzelfde	n.v.t. -10 10 0 5 -5 0	0,5	Max. 10	Scores

Vr.nr: Inhoud: Antwoordopties: Weergave in Excel: Weging: Totaal vraag: Overnemen in:

C17	Zuigen	Nooit aanwezig	n.v.t.	1	Max. 10	Scores
		Ontstaan	-10			
		Verdwenen	10			
		Aanwezig:	0			
		afgenomen	5			
		toegenomen	-5			
		hetzelfde	0			
C18	Afhappen	Nooit aanwezig	n.v.t.	0,75	Max. 10	Scores
		Ontstaan	-10			
		Verdwenen	10			
		Aanwezig:	0			
		afgenomen	5			
		toegenomen	-5			
		hetzelfde	0			
C19	Kauwen	Nooit aanwezig	n.v.t.	0,75	Max. 10	Scores
		Ontstaan	-10			
		Verdwenen	10			
		Aanwezig:	0			
		afgenomen	5			
		toegenomen	-5			
		hetzelfde	0			
C20	Ander slikprobleem	Nooit aanwezig	n.v.t.	1	Max. 10	Scores
		Ontstaan	-10			
		Verdwenen	10			
		Aanwezig:	0			
		afgenomen	5			
		toegenomen	-5			
		hetzelfde	0			
C21	Slikklachten algemeen	[verdwenen]	[-]	1	Max. 10	Scores
		Afgenomen	10			
		Toegenomen	-10			
		Hetzelfde	0			
D1	Eten	Verdwenen	tekst/ 10	1	Max. 10	Scores
		Afgenomen	tekst/ 5			
		Toegenomen	tekst/ -5			
		Gelijk gebleven	tekst/ 0			
D2	Slapen	Verdwenen	tekst/ 10	1	Max. 10	Scores
		Afgenomen	tekst/ 5			
		Toegenomen	tekst/ -5			
		Gelijk gebleven	tekst/ 0			
D3	Spelen	Verdwenen	tekst/ 10	1	Max. 10	Scores
		Afgenomen	tekst/ 5			
		Toegenomen	tekst/ -5			
		Gelijk gebleven	tekst/ 0			
D4	Contact	Verdwenen	tekst/ 10	1	Max. 10	Scores
		Afgenomen	tekst/ 5			
		Toegenomen	tekst/ -5			
		Gelijk gebleven	tekst/0			

Vr.nr: Inhoud: Antwoordopties: Weergave in Excel: Weging: Totaal vraag: Overnemen in:

E1	Algemene gezondheidstoestand	Vooruit gegaan Achteruit gegaan Hetzelfde	tekst/ 10 tekst/ -10 tekst/ 0	1	Max. 10	Scores
E2	Kwaliteit van leven	Duidelijk verbeterd Iets verbeterd Ongeveer hetzelfde Iets achteruit gegaan Duidelijk achteruit gegaan	tekst/ 10 tekst/ 5 tekst/ 0 tekst/ -5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
F1	Vragenlijst vooraf goed	Ja Ja, maar Nee, want	tekst/10 tekst/ 5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
F2	Voor gevoel voldoende ingelicht vooraf	Ja Ja, maar Nee, want	tekst/ 10 tekst/ 5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
F3	Lengte spreekuur kind	Goed Te kort Iets te lang Veel te lang	tekst/10 tekst/ -5 tekst/ -5 tekst/ -10	1	Max. 10	Scores
F4	Beleving spreekuur kind	Leuk Vervelend Eng Spannend Saai	tekst/ 10 tekst/ -4 tekst/ -4 tekst/ 0 tekst/ -2	1	Max. 10	Scores
F5	Onderzoeken belastend ja/nee kind	Niet belastend Beetje belastend Behoorlijk belastend Zeer belastend	tekst/10 tekst/ 0 tekst/ -5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
F6	Benadering onderzoekers (kind)	Vriendelijk Onvriendelijk Prettig Onprettig	tekst/ 5 tekst/ -5 tekst/ 5 tekst/ -5	1	Max. 10	Scores
F7	Lengte spreekuur ouder	Goed Te kort Iets te lang Veel te lang	tekst/ 10 tekst/ -5 tekst/ -5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
F8	Spreekuur belastend ja/nee ouder	Niet belastend Beetje belastend Behoorlijk belastend Zeer belastend	tekst/ 10 tekst/ 0 tekst/ -5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
F9	Uitleg bij onderzoeken (ouder)	Duidelijk Onduidelijk Te uitgebreid Te beknopt Goed	tekst/ 10 tekst/ -10 tekst/ -5 tekst/ -5 tekst/ 10	1	Max. 10	Scores

<u>Vr.nr:</u>	<u>Inhoud:</u>	<u>Antwoordopties:</u>	<u>Weergave in Excel:</u>	<u>Weging:</u>	<u>Totaal vraag:</u>	<u>Overnemen in</u>
F10	Benadering slik-team (ouder)	Vriendelijk Onvriendelijk Persoonlijk Onpersoonlijk Prettig Onprettig	tekst/ 3,33 tekst/-3,33 tekst/ 3,33 tekst/-3,33 tekst/ 3,33 tekst/-3,33	1	Max. 10	Scores
F11	Gegeven advies	Duidelijk Onduidelijk Voldoende uitgebreid Te uitgebreid óf Te beknopt Passend bij probl. kind N. passend bij probl. kind Passend bij kind Niet passend bij kind Aansluitend op wensen Niet aansluitend op wensen Goed uitvoerbaar Moeilijk of niet uitvoerbaar	tekst/ 1,66 tekst/-1,66 tekst/ 1,66 tekst/-1,66 tekst/-1,66 tekst/ 1,66 tekst/-1,66 tekst/ 1,66 tekst/-1,66 tekst/ 1,66 tekst/-1,66 tekst/ 1,66 tekst/-1,66	1	Max. 10	Scores
G1.1a	Medicatie	Open	tekst	1		Samenvatting
b	Invloed wel-bevinden kind	Aanzienlijk verbeterd Enigszins verbeterd Onvoldoende verbeterd Niet verbeterd Enigszins verslechterd Aanzienlijk verslechterd	tekst/10 tekst/ 5 tekst/2,5 tekst/0 tekst/-5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
G1.2a	Operatie	Open	tekst	1		Samenvatting
b	Invloed welbe-bevinden kind	Aanzienlijk verbeterd Enigszins verbeterd Onvoldoende verbeterd Niet verbeterd Enigszins verslechterd Aanzienlijk verslechterd	tekst/ 10 tekst/ 5 tekst/ 2,5 tekst/ 0 tekst/-5 tekst/-10	1	Max. 10	Scores
G1.3a	Logopedische therapie	Open	tekst	1		Samenvatting
b	Invloed welbe-bevinden kind	Aanzienlijk verbeterd Enigszins verbeterd Onvoldoende verbeterd Niet verbeterd Enigszins verslechterd Aanzienlijk verslechterd	tekst/ 10 tekst/ 5 tekst/ 2,5 tekst/ 0 tekst/ -5 tekst -10	1	Max. 10	Scores
G1.4a	Verandering in wijze van eten	In consistentie, nl In temperatuur, nl In hoeveelheid, nl In wijze van aanbieden Anders	tekst tekst tekst tekst tekst	1		Samenvatting

<u>Vr.nr:</u>	<u>Inhoud:</u>	<u>Antwoordopties:</u>	<u>Weergave in Excel:</u>	<u>Weging:</u>	<u>Totaal vraag:</u>	<u>Overnemen in:</u>
b	Invloed welbe- bevinden kind	Aanzienlijk verbeterd Enigszins verbeterd Onvoldoende verbeterd Niet verbeterd Enigszins verslechterd Aanzienlijk verslechterd	tekst / 10 tekst / 5 tekst/ 2,5 tekst/ 0 tekst/ -5 tekst/ -10	1	Max. 10	Scores
G1.5a	Verandering in houding	Open	tekst	1		Samenvatting
b	Invloed welbe- bevinden kind	Aanzienlijk verbeterd Enigszins verbeterd Onvoldoende verbeterd Niet verbeterd Enigszins verslechterd Aanzienlijk verslechterd	tekst/ 10 tekst/ 5 tekst/ 2,5 tekst/ 0 tekst/ -5 tekst/ -10	1	Max. 10	Scores
G1.6a	Andere stappen	Open	tekst	1		Samenvatting
b	Invloed welbe- bevinden kind	Aanzienlijk verbeterd Enigszins verbeterd Onvoldoende verbeterd Niet verbeterd Enigszins verslechterd Aanzienlijk verslechterd	tekst/ 10 tekst/ 5 tekst/ 2,5 tekst/ 0 tekst/ -5 tekst/ -10	1	Max. 10	Scores
G1.7	Geen stappen	Er zijn geen stappen ondernomen	tekst	1		Samenvatting
	Wat vond u van de vragenlijst?	Open.....	tekst			Beoordeling Ev. Form.
	Hoe vond u het om deze vragenlijst digitaal in te vullen?	Open.....	tekst			Beoordeling Ev. Form.

TOELICHTING BIJ ONDERDEEL C

Bij onderdeel C is sprake van de volgende niveau-indeling:

Voorbeeld:

C1. Weigeren van voeding of veel afweer vertonen ⇒

Dit probleem was:

- | | |
|---|---|
| ☐ ten tijde van het slikspreekuur <u>niet aanwezig en nu ook niet</u> . (Ga verder met punt C2.) | Dit is antwoordoptie A |
| ☐ ten tijde van het slikspreekuur <u>niet aanwezig, maar nu wel</u> . (Ga verder met punt C2.) | Dit is antwoordoptie B |
| ☐ ten tijde van het slikspreekuur <u>aanwezig, maar nu niet meer</u> . (Ga verder met punt C2.) | Dit is antwoordoptie C |
| ☐ ten tijde van het slikspreekuur <u>aanwezig en nu nog steeds</u> ; dit is sinds het slikspreekuur: | Dit is antwoordoptie D |
| ☐ afgenomen a → | ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar |
| ☐ toegenomen b → | ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar |
| ☐ ongeveer hetzelfde c → | ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar |



= niveau I



= niveau II



= niveau III

- Alleen aan niveau I en II is een puntenwaardering verbonden (de score).
- In principe geldt: het hoogste niveau telt. Waarbij niveau I het hoogste niveau is en niveau III het laagste niveau. Omdat gegeven antwoorden niet altijd de logische opzet van de vraag volgen, kan verwarring ontstaan over hoe deze vragen gescoord moeten worden. Om ervoor te zorgen dat antwoorden altijd op dezelfde wijze gescoord worden, is een antwoordsleutel in de vorm van een stroomschema opgesteld. Zie hiervoor de volgende pagina.

ANTWOORDSLEUTEL BIJ ONDERDEEL C:

(SCORENOTATIE EN -INTERPRETATIE)

1. Alléén op niveau I is iets aangekruist:

a ■ Er is één vakje aangekruist:

Antwoordoptie **A, B** of **C** is aangekruist

----> scoring is resp.: n.v.t., -10, 10

Antwoordoptie **D** is aangekruist

----> scoring: 0

b ■ Er zijn meerdere vakjes aangekruist, **score-notatie in rood**:

Antwoordoptie **A** en één of meer andere opties is aangekruist

----> **n.v.t.**

Antwoordoptie **B, C** en/of **D** is aangekruist

----> tel de scores van optie **B, C** en/of **D** (resp. **10, -10** en **0**) bij elkaar op.

2. Alléén op niveau II is iets aangekruist (score-notatie in rood):

a ■ Antwoordoptie a óf b is aangekruist, eventueel in combinatie met antwoordoptie c:

Ga bij med. achtergrond en bij klacht na of van de T0 bekend is of het probleem toen al genoemd werd:

Zo ja (aanwezig op T0) ----> scoor alsof ook optie **D** werd aangekruist. --> scoring **a** of **a + c**: **5**
scoring **b** of **b + c**: **-5**

Zo nee (niet aanwezig op T0) ----> optie **a** is dan niet geldig --> **n.v.t.**

----> optie **b** interpreteren als optie **B** --> **-10**

Onbekend ----> scoring is **5** resp. **-5**

b ■ Antwoordoptie a én b of a, b en c of c is aangekruist:

----> scoring is **0**

3. Alléén op niveau III is iets aangekruist (score-notatie in rood):

Hier wordt 'teruggeredeneerd' welke opties op een hoger niveau aangekruist hadden moeten worden.

Voorbeeld:

Dit probleem was:

☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C2.)

☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C2.)

☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C2.)

☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:

☐ afgenomen →

☒ bij vast voedsel

☐ bij dik vloeibaar

☐ bij dun vloeibaar

☐ toegenomen →

☐ bij vast voedsel

☐ bij dik vloeibaar

☐ bij dun vloeibaar

☐ ongeveer hetzelfde →

☐ bij vast voedsel

☒ bij dik vloeibaar

☐ bij dun vloeibaar

Dit wordt geïnterpreteerd als:

Dit probleem was:

☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C2.)

☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C2.)

☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C2.)

☒ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:

☒ afgenomen →

☒ bij vast voedsel

☐ bij dik vloeibaar

☐ bij dun vloeibaar

☐ toegenomen →

☐ bij vast voedsel

☐ bij dik vloeibaar

☐ bij dun vloeibaar

☒ ongeveer hetzelfde →

☐ bij vast voedsel

☒ bij dik vloeibaar

☐ bij dun vloeibaar

4. Op niveau I en II is iets aangekruist:

a ■ Op niveau I is één vakje aangekruist en op niveau II één of meer vakjes:

Antwoordoptie **A, B** of **C** is aangekruist:

----> niveau II in de scoring negeren, scoring van niveau I als bij **1a**.

Antwoordoptie **D** is aangekruist:

----> tel de scores van optie **a, b** en/of **c** (resp. 5, -5 en 0) bij elkaar op.

b ■ Op niveau I zijn meerdere vakjes aangekruist en op niveau II één of meer vakjes:

----> niveau II in de scoring negeren, scoring van niveau I als bij **1b**, **score-notatie in rood**.

5. Op niveau II en III is iets aangekruist:

----> niveau III wordt niet gescoord, scoring van niveau II als bij **2**, **score-notatie in rood**.

6. Op niveau I en III is iets aangekruist:

a ■ Op niveau I is één vakje aangekruist en op niveau III één of meer vakjes:

Antwoordoptie **A, B** of **C** is aangekruist:

----> niveau III wordt niet gescoord, scoring niveau I als bij **1**.

Antwoordoptie **D** is aangekruist:

----> niveau I in de scoring negeren, scoring van niveau III als bij **3**, **score-notatie in rood**.

7. Op niveau I, II en III is iets aangekruist:

a ■ Op niveau I is één vakje aangekruist en op niveau II en III één of meer vakjes:

----> niveau III wordt niet gescoord, scoring van niveau I en II als bij **4a**.

b ■ Op niveau I zijn meerdere vakjes aangekruist en op niveau II en III één of meer vakjes:

----> niveau III wordt niet gescoord, scoring van niveau I en II als bij **4b**.

Bij vraag C20:

Wanneer de bovenste antwoordoptie is aangekruist:

----> scoren als n.v.t.

Wanneer niets is aangekruist:

----> scoren als n.v.t.

TOELICHTING SCORENOTATIE BIJ ONDERDEEL G:

Niet aangekruist = n.v.t.

VERKLARING SYMBOLEN, AFKORTINGEN EN KLEURGEBRUIK

TOELICHTING BIJ DE TABELLEN KINDGEGEVENS EN HET EXCEL-BESTAND

Bij alle onderdelen:

n.i. = vraag/probleem is niet ingevuld/aangekruist, waar dit wel had gemoeten. De vraag telt niet mee.

g.b. = geen bijzonderheden

Een rood driehoekje (▼) in de rechter bovenhoek van een cel is een verwijzing naar tabblad: 'Beoordeling Ev. Form.' (Tabel: Beoordeling Evaluatieformulier en extra opmerkingen); punt 3; extra opmerkingen.

Een sterretje achter tekst is een verwijzing naar tabblad: 'Beoordeling Ev. Form.' (Tabel: Beoordeling Evaluatieformulier en extra opmerkingen); punt 3; extra opmerkingen.

Tekst is rood = vraag is verkeerd ingevuld, waardoor het soms niet mogelijk was om interpretatie te voorkomen.

Tekst is oranje = antwoord lijkt niet te corresponderen met de vraag.

Blauwe tekst in tabellen Samenvatting = door projectgroep toegevoegde diagnose-indeling in termen van 'stoornis in een specifieke slikfase', daar waar deze formulering niet werd gehanteerd in de brief en de projectgroep het mogelijk achtte om dit te herleiden op basis van (uitkomsten van) onderzoeksgegevens.

Groene tekst = informatie afkomstig uit het onderzoeksverslag van het slikspreekuur (de 'brief').

Roze tekst = informatie afkomstig uit de oudervragenlijst die ouders voorafgaand aan het slikspreekuur is toegezonden door het slikteam.

Cursieve tekst = extra opmerking, motivatie of uitleg bij weergegeven informatie. Interpretatie van de projectleden.

EVALUATIE-FORMULIER

SLIKSPREEKUUR WILHELMINA

KINDERZIEKENHUIS.

Graag terugzenden vóór 30 november 2005 naar:

Wilhelmina Kinderziekenhuis
Afdeling SSTG-c t.a.v. M. Menheere
Huispost KJ 01.521.0
Postbus 85090
3508 AB Utrecht

(Hiervoor is een antwoordenvelop ingesloten)

Uw kind heeft op het slikspreekuur in het WKZ bezocht en naar aanleiding daarvan is toen een advies gegeven. Deze vragenlijst is om te onderzoeken hoe het nu met uw kind gaat. Op die manier kan bepaald worden in hoeverre het slikspreekuur en het gegeven advies, effect hebben gehad op (het welbevinden van) uw kind en op (het welbevinden van) alle onderzochte kinderen samen. Ook staan in deze vragenlijst vragen over hoe u en uw kind het slikspreekuur beleefd hebben.

Dr. A. van Wijck (KNO-arts/foniater) en mevr. M. Menheere (logopediste) willen dit alles graag weten, zodat zij ook collega's in andere ziekenhuizen kunnen informeren over het effect van de werkwijze van het WKZ slikteam. Ook kan het kinderslikspreekuur naar aanleiding van de gegeven antwoorden mogelijk verbeterd worden. Uw bijdrage aan dit onderzoek wordt daarom zeer op prijs gesteld.

De gegevens die u verstrekt zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen.

In deze vragenlijst zijn steeds meerdere antwoorden mogelijk, tenzij anders staat aangegeven.

Graag onderstaand kader volledig invullen:

eft kind:
portdatum:
m van invullen:
vuld door: ☐ moeder
☐ vader
☐ anders, nl.:
.....

In te vullen door onderzoekers:

Kalenderleeftijd op invuldatum:
.....
Kalenderleeftijd ten tijde van slikspreekuur:
.....
Periode verstreken sinds het slikspreekuur:
.....

I. Bij het slikspreekuur waren als begeleiders van het kind aanwezig:

- ☐ Moeder
☐ Vader
☐ Anders, nl.....

II. Wie van de gezinsleden is op dit moment het nauwst betrokken bij zijn/haar voeding (eten en drinken)?

- ☐ Moeder
☐ Vader
☐ Vader en moeder in gelijke mate
☐ Anders, nl.....



ALGEMENE GEGEVENS VAN UW KIND

A1. Huidig gewicht:..... kg.

A2. Huidige lengte:..... cm.

A3. Mijn kind is in de periode na het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ aangekomen, nl.:kg*
☐ afgevallen, nl.:kg
☐ niet van gewicht veranderd

** als u het niet precies weet, vult u het dan bij benadering in.*

A4. Mijn kind is in de periode na het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ gegroeid, nl.:cm*
☐ niet gegroeid

** als u het niet precies weet, vult u het dan bij benadering in.*

Wanneer mogelijk onderstaand deel **B** graag (laten) invullen door diegene die het nauwst betrokken is bij de voeding.

B DE VOEDING VAN UW KIND OP DIT MOMENT

Eten en drinken kan in verschillende vormen worden ingenomen, van vast tot vloeibaar. Hieronder staan voorbeelden van verschillende consistenties. Bij het invullen van alle vragen die gericht zijn op de voeding kunt u de onderstaande voorbeelden als richtlijn aanhouden.

Consistentie	Bijvoorbeeld
Vast	Brood, komkommer, aardappel
Dik vloeibaar	Vla, yoghurt, gladde appelmoes
Dun vloeibaar	Water, melk

B1. Hoe kreeg uw kind zijn/haar voeding de afgelopen twee weken ? (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

Wanneer het eten in de afgelopen twee weken afweek van de gebruikelijke voedingssituatie (door ziekte of andere speciale omstandigheden), kunt u dan aangeven hoe het voeden normaal gesproken verloopt?

- ☐ alleen via de mond
- ☐ via de mond en door middel van een sonde ⇒
 - ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus)
 - ☐ PEG-sonde (via de buik)
 - ☐ andere sonde
- ☐ alleen door middel van een sonde ⇒
 - ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus) *Ga verder met vraag B5*
 - ☐ PEG-sonde (via de buik) *Ga verder met vraag B5*
 - ☐ andere sonde *Ga verder met vraag B5*
- ☐ anders:

B2. Kruis aan wat over het algemeen van toepassing is.

Mijn kind: ☐ eet zelfstandig ☐ drinkt zelfstandig	Mijn kind ☐ eet zelf met hulp ☐ drinkt zelf met hulp	Mijn kind: ☐ wordt gevoed ☐ krijgt het drinken aangeboden
↓	↓	↓
☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ door een rietje ☐ uit de borst ☐ anders.....	☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ door een rietje ☐ anders.....	☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ door een rietje ☐ anders.....

B3. Mijn kind eet en drinkt:

- ☐ vast voedsel (zoals brood, stuk komkommer, aardappel)
- ☐ dik vloeibaar (zoals vla, yoghurt, gladde appelmoes)
- ☐ dun vloeibaar (zoals water, melk)

B4. Wat ervaart uw kind tijdens het eten?

- ☐ plezier
- ☐ tevredenheid
- ☐ irritatie
- ☐ frustratie
- ☐ angst
- ☐ verdriet
- ☐ ongeduld
- ☐ afkeer
- ☐ weet ik niet
- ☐ iets anders:

B5. De voedingswaarde die mijn kind de laatste tijd binnenkrijgt is naar mijn idee, voor een goede gezondheid (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ Ruim voldoende
- ☐ Voldoende
- ☐ Misschien te weinig
- ☐ Waarschijnlijk te weinig
- ☐ Duidelijk te weinig
- ☐ Weet ik niet



PROBLEMEN ROND DE VOEDING

C1. Weigeren van voeding of veel afweer vertonen ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C2.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C2.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C2.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ ongeveer hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar

C2. Het eten en/of drinken loopt nog voor het slikken uit de mond ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C3.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C3.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C3.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen ☐ toegenomen ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C3. Onopzettelijk uit de mond 'duwen' van het eten door de tong ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C4.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C4.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C4.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen
 - ☐ toegenomen
 - ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C4. Voedsel in de mond nemen maar niet kunnen of willen doorslikken ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C5.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C5.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C5.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen →
 - ☐ toegenomen →
 - ☐ ongeveer hetzelfde →
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar

C5. Voedsel komt terug door de neus ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C6.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C6.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C6.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen →
 - ☐ toegenomen →
 - ☐ ongeveer hetzelfde →
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar

C6. Verslikken in eten en/of drinken of ☐ Een vermoeden daarvan ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C7.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C7.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C7.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen →
 - ☐ toegenomen →
 - ☐ ongeveer hetzelfde →
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij vast voedsel
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dik vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ bij dun vloeibaar

C7. Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: vlak voor, op het moment van of korte tijd na het slikken ⇒

Dit was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C8.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C8.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C8.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ ongeveer hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar

C8. Anders/borrelig klinken van de stem na het slikken ⇒

Dit was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C9.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C9.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C9.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ ongeveer hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar

C9. Het voedsel lijkt in de keel te blijven steken ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C10.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C10.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C10.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen ☐ toegenomen ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C10. Longontsteking en/of luchtweginfectie(s) ⇒

Deze problematiek was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C11.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C11.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C11.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen ☐ toegenomen ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C11. Kokhalzen tijdens de maaltijd (braakbeweging zonder overgeven) ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C12.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C12.)

↓ De vraag gaat door op de volgende bladzijde ↓

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C12.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ ongeveer hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar

C12. Overgeven (voedsel komt uit de maag weer omhoog en wordt uitgespuugd) ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C13.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C13.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C13.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ ongeveer hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar

C13. Pijn: mijn kind geeft aan of wekt de indruk pijn te hebben bij het slikken van voeding en/of speeksel ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C14.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C14.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C14.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar ☐ bij speeksel
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar ☐ bij speeksel
 - ☐ ± hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar ☐ bij speeksel

C14. Traag eten: de maaltijd van mijn kind duurt langer dan een ½ uur ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C15.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C15.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C15.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ ongeveer hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar

Wat is hier volgens u (mogelijk) de oorzaak van?

.....

.....

C15. Stoppen met eten na enkele hapjes ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C16.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C16.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C16.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ toegenomen → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar
 - ☐ ongeveer hetzelfde → ☐ bij vast voedsel ☐ bij dik vloeibaar ☐ bij dun vloeibaar

C16. Opboeren van zure lucht ⇒

Dit probleem was:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C17.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C17.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C17.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen ☐ toegenomen ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C17. Problemen met het zuigen ⇒

Deze problemen waren:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C18.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C18.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C18.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen ☐ toegenomen ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C18. Problemen met het afhappen ⇒

Deze problemen waren:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C19.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C19.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C19.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen ☐ toegenomen ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C19. Problemen met het kauwen ⇒

Deze problemen waren:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga eventueel verder met punt C20.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga eventueel verder met punt C20.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga eventueel verder met punt C20.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen ☐ toegenomen ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C20. Ander slikprobleem, nl.: ⇒

Deze problemen waren:

- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig en nu ook niet. (Ga verder met punt C21.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur niet aanwezig, maar nu wel. (Ga verder met punt C21.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig, maar nu niet meer. (Ga verder met punt C21.)
- ☐ ten tijde van het slikspreekuur aanwezig en nu nog steeds; dit is sinds het slikspreekuur:
 - ☐ afgenomen
 - ☐ toegenomen
 - ☐ ongeveer hetzelfde gebleven

C21. Over het algemeen vind ik dat de (slik)klachten van mijn kind, sinds het slikspreekuur (*1 antwoord a.u.b.*):

- ☐ zijn afgenomen
- ☐ zijn toegenomen
- ☐ ongeveer hetzelfde gebleven zijn

D DAGELIJKSE ACTIVITEITEN

D1. Sociale activiteit: eten

De invloed van de slikproblemen (of de gevolgen daarvan) op het eten is in de periode na het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ (vrijwel) verdwenen
- ☐ afgenomen
- ☐ toegenomen
- ☐ (vrijwel) gelijk gebleven

D2. Activiteit: slapen

De invloed van de slikproblemen (of de gevolgen daarvan) op de nachtrust van mijn kind is in de periode na het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ (vrijwel) verdwenen
- ☐ afgenomen
- ☐ toegenomen
- ☐ (vrijwel) gelijk gebleven

D3. Activiteit: spelen, school en vrijetijdsbesteding

De invloed van de slikproblemen (of de gevolgen daarvan) op het spelen, school en/of vrijetijdsbesteding, is in de periode na het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ (vrijwel) verdwenen
- ☐ afgenomen
- ☐ toegenomen
- ☐ (vrijwel) gelijk gebleven

D4. Sociaal contact: omgang met vrienden, familie en anderen uit de omgeving

De invloed van de slikproblemen (of de gevolgen daarvan) op het sociale contact is in de periode na het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ (vrijwel) verdwenen
- ☐ afgenomen
- ☐ toegenomen
- ☐ (vrijwel) gelijk gebleven

E ALGEMENE TOESTAND VAN UW KIND SINDE HET SLIKSPREEKUUR

E1. Ik vind dat de algemene gezondheidstoestand van mijn kind (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- ☐ vooruit gegaan is
- ☐ achteruit gegaan is
- ☐ ongeveer hetzelfde gebleven is

E2. Ik vind dat de kwaliteit van leven* van mijn kind (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*):

- | | |
|---|--|
| ☐ duidelijk verbeterd is: | hij/zij voelt zich duidelijk prettiger |
| ☐ iets verbeterd is: | hij/zij voelt zich iets prettiger |
| ☐ ongeveer hetzelfde is: | hij/zij voelt zich ongeveer hetzelfde |
| ☐ iets achteruit gegaan is: | hij/zij voelt zich iets onprettiger |
| ☐ duidelijk achteruit gegaan is: | hij/zij voelt zich duidelijk onprettiger |

* Het welbevinden van uw kind. Dit is de mate waarin uw kind plezier beleeft aan het leven en lol heeft in dagelijkse activiteiten. Hoe voelt uw kind zich over het algemeen?

F

BELEVING VAN HET SLIKSPREEKUUR – Invullen indien (één van) u bij het slikspreekuur aanwezig was.–

F1. Vond u dat de vragenlijst die u voorafgaand aan het slikspreekuur is toegestuurd, geschikt was om de problemen van uw kind goed in kaart te brengen? (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

- ☐ Ja
☐ Ja, maar
☐ Nee, want.....

F2. Voelde u zich vooraf voldoende ingelicht over wat u en uw kind te wachten zou staan tijdens het slikspreekuur? (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

- ☐ Ja
☐ Ja, maar
☐ Nee, want

F3. Voor mijn kind was de lengte van het slikspreekuur (volgens mij) (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ goed ☐ te kort ☐ iets te lang ☐ veel te lang

Eventueel opmerking:

F4. Mijn kind vond het slikspreekuur (volgens mij):

- ☐ leuk ☐ vervelend ☐ eng ☐ spannend ☐ saai

Eventueel opmerking:

F5. De onderzoeken waren (volgens mij) voor mijn kind (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ niet belastend ☐ een beetje belastend ☐ behoorlijk belastend ☐ zeer belastend

Eventueel opmerking:

F6. Mijn kind heeft de benadering door de onderzoekers tijdens het slikspreekuur (volgens mij) ervaren als:

- ☐ vriendelijk ☐ onvriendelijk ☐ prettig ☐ onprettig

Eventueel opmerking:

F7. Ik vond zelf de lengte/duur van het slikspreekuur (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ goed ☐ te kort ☐ iets te lang ☐ veel te lang

Eventueel opmerking:

F8. Het slikspreekuur was voor mij (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ niet belastend ☐ een beetje belastend ☐ behoorlijk belastend ☐ zeer belastend

Eventueel opmerking:

F9. Ik vond de uitleg bij de onderzoeken (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ duidelijk ☐ onduidelijk ☐ te uitgebreid ☐ te beknopt ☐ goed

Eventueel toelichting:

F10. Ik vond de manier waarop ik benaderd werd tijdens het sliksprekkuur:

- ☐ vriendelijk ☐ onvriendelijk ☐ persoonlijk ☐ afstandelijk ☐ prettig ☐ onprettig

Eventueel opmerking.....

F11. Ik vond het advies dat werd gegeven (*A.u.b. steeds één keus maken uit de opties die naast elkaar staan*) :

- ☐ duidelijk ☐ onduidelijk
- ☐ voldoende uitgebreid ☐ te uitgebreid ☐ te beknopt
- ☐ passen bij de problematiek van mijn kind ☐ niet passen bij de problematiek van mijn kind
- ☐ passen bij mijn kind ☐ niet passen bij mijn kind
- ☐ aansluiten op mijn wensen en vragen ☐ niet aansluiten op mijn wensen en vragen
- ☐ goed uitvoerbaar ☐ moeilijk of niet uitvoerbaar

Eventueel opmerking:

G AANPAK NA HET SLIKSPREEKUUR

Kruis aan en beschrijf zo specifiek mogelijk wat er aan de slikproblematiek gedaan is:

G1. Welke stappen zijn er sinds het slikspreekuur ondernomen?

- ☐ Medicatie voor:

Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ aanzienlijk verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

- ☐ Operatie(s):

Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ aanzienlijk verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd

↓ De vraag gaat door op de volgende bladzijde ↓

- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

- ☐ Logopedische therapie:
-
-

Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ aanzienlijk verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

- ☐ Verandering m.b.t. het eten, namelijk (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- wijziging consistentie:
-
- wijziging temperatuur:
-
- wijziging hoeveelheid:
-
- wijziging in de wijze van aanbieden:
-
- anders:
-

Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ aanzienlijk verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

- ☐ Verandering van houding, nl.:
-
-

Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ aanzienlijk verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

- ☐ Andere stappen die ondernomen zijn, nl.:
-

.....
.....
Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*) :

- ☐ aanzienlijk verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

☐ Er zijn geen stappen ondernomen.

BEOORDELING EVALUATIE-FORMULIER

1. Wat vindt u van deze vragenlijst?

.....

.....

.....

.....

HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN !

Bijlagen bij hoofdstuk 5 : Evaluatie:

5.1 Tabellen evaluatie in volgorde van beantwoorde onderzoeksvragen.

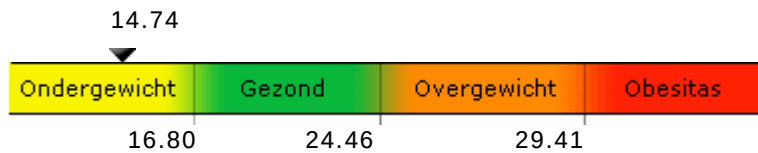
5.1.1 BMI T1

Kind 3

T1

De BMI is 14.74

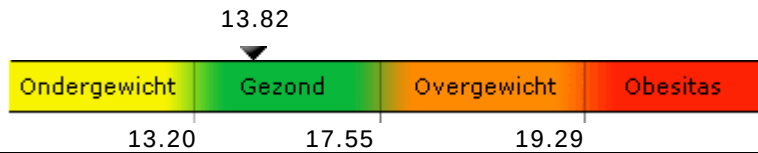
Uw kind heeft **ondergewicht**.



Kind 4

T1

De BMI is 13.82



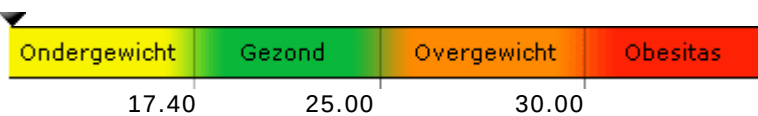
Kind 6

T1

De BMI is 11.72

Uw kind heeft **ondergewicht**.

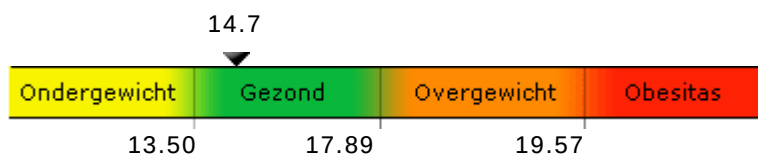
11.72



Kind 7

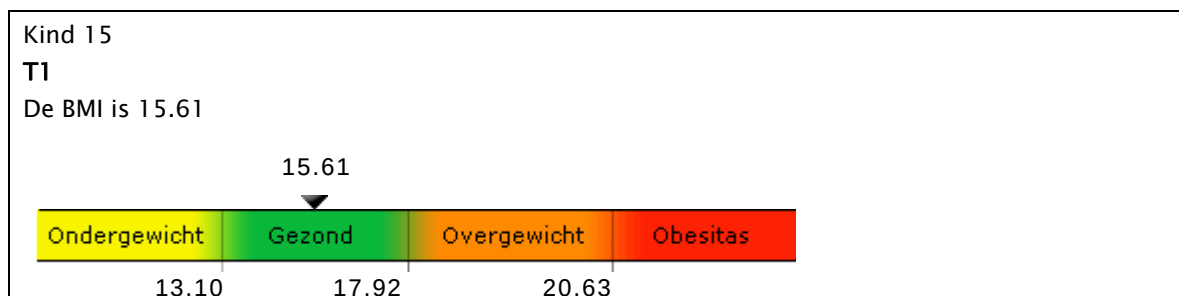
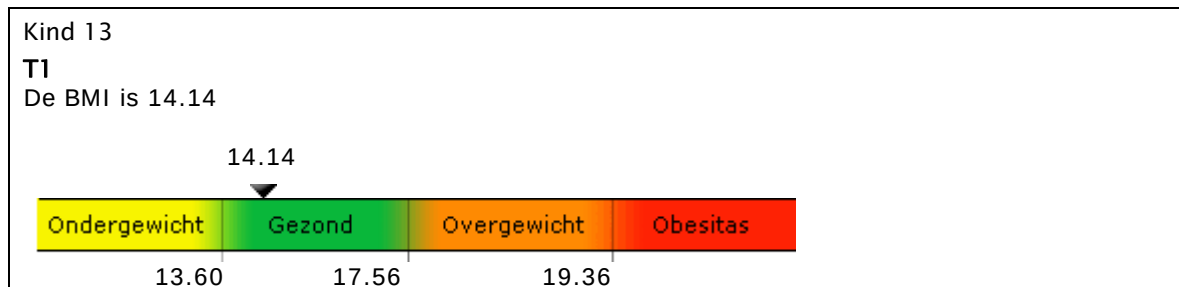
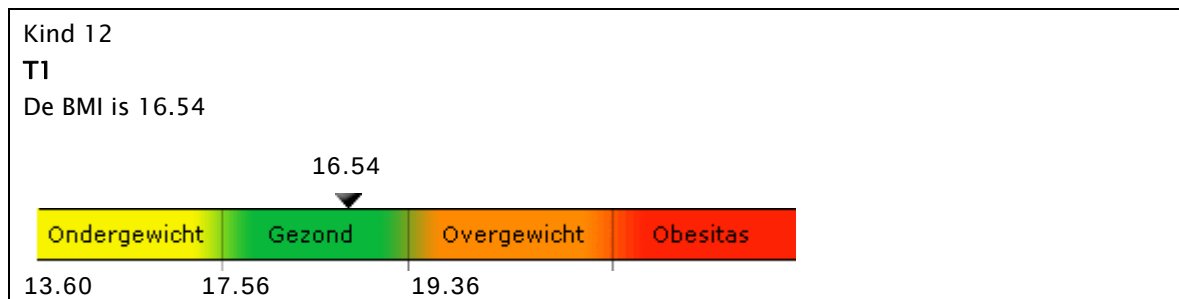
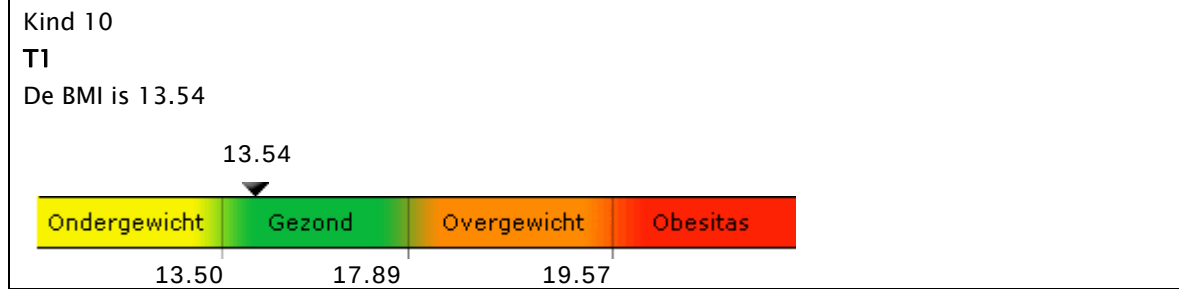
T1

De BMI is 14.7



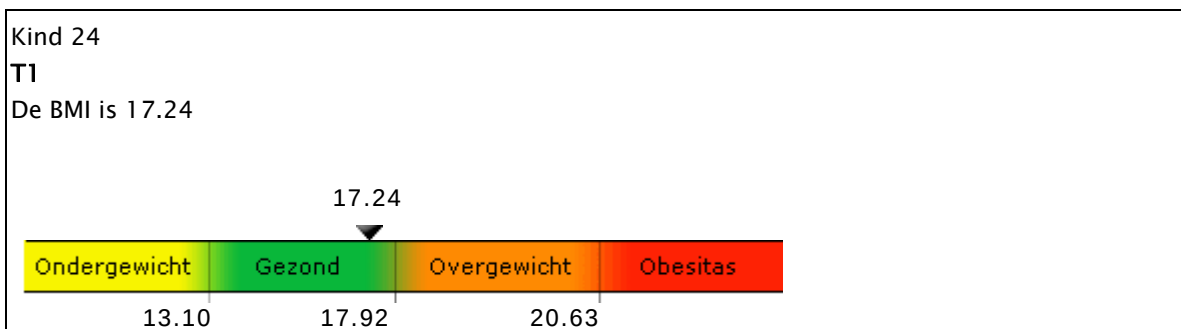
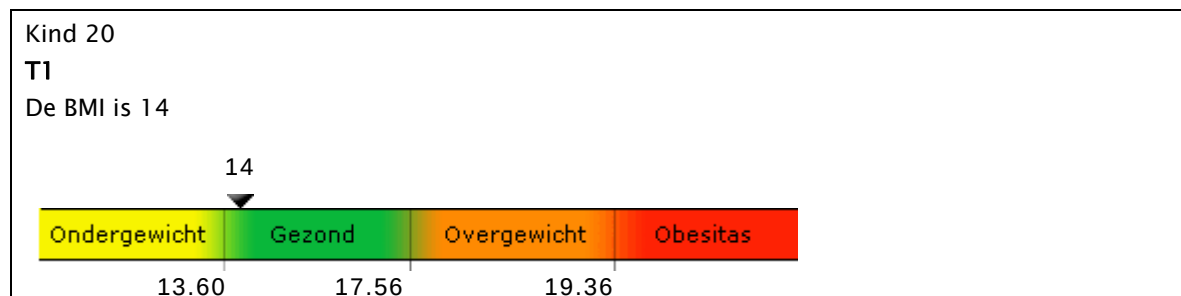
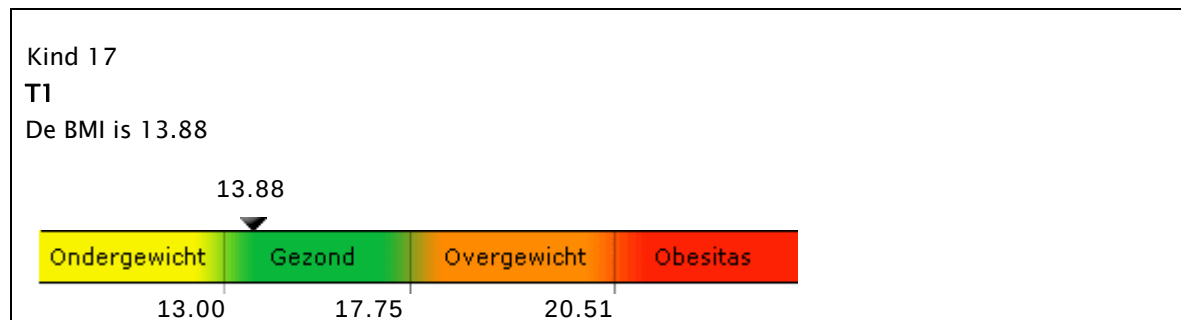
5.1 Tabellen evaluatie in volgorde van beantwoorde onderzoeksvragen.

5.1.1 BMI T1



5.1 Tabellen evaluatie in volgorde van beantwoorde onderzoeksvragen.

5.1.1 BMI T1



5.1.2 Vergelijking T0 en T1: Orale voeding en/of sondevoeding

WIJZE VAN VOEDINGSINNAME	KINDNUMMERS	
	T0	T1
Alleen via de mond	3, 10, 11, 15, 17	4, 10, 11, 17, 18
Via de mond en dmv een neus maagsonde	4	3
Via de mond en dmv een PEG sonde	6, 12, 13, 18, 20,	6, 12, 20, 24
Via de mond en dmv een andere sonde	24	
Alleen dmv een neus-maag sonde		
Alleen dmv een PEG sonde		13
Alleen dmv een andere sonde	7	
Anders		
Niet goed ingevuld		7, 15

5.1.3 Vergelijking T0 en T1: Voedselconsistenties die het kind aangeboden krijgt

KINDNR.	LFT T0	T0	LFT T1	T1	CONCLUSIE PER KIND
3	15;6	Dik vloeibaar, vast voedsel (oa. brood met pindakaas).	16;11	Vast voedsel en dik vloeibaar.	<i>Geen verandering.</i>
4	2;6	Dik vl. en dun vl. Probeert af en toe vast voedsel (enkele th.l.), kauwt, spuugt 't dan uit (slikt niet door).	3;9	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	Van 2 consistenties en een beetje, naar 3 cons. Meer consistenties.
6	17;6	Vast en dik vloeibaar wanneer kind er zelf om vraagt.	18;9	Dik vast en dik vloeibaar.	<i>Geen verandering.</i>
7	2;4	Dag. kl. beetjes dik vl., dun vloeibaar, gepur. (glad) eten, fruit. Soms: sabbelen op liga.	3;6	Vast voedsel, dik vloeibaar en dun vloeibaar.	Eerst 3 cons. een beetje, later 3 cons. <i>Zelfde aantal cons.</i>
10	2;6	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	3;6	Dik vloeibaar, dun vloeibaar. (Ouder kruist wel bij C12, C13, C14 de optie: bij vast voedsel aan.).	Krijgt geen vast voedsel meer? Van 3 cons. naar 2. Minder consistenties.
11	2;3	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding.	3;3	Vast voedsel.	Van 3 cons. naar 1. Minder consistenties.
12	2;5	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding, minimale hoeveelheden.	3;5	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	Geen verandering
13	2;2	Alleen PEG-sonde.	3;2	Dun vloeibaar.*	Van 0 cons. naar 1. Meer consistenties.
15	6,0	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding.	6,10	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	<i>Geen verandering.</i>
17	6;8	Dik vloeibaar en enkele zachte fruitstukjes.	7;6	Vast voedsel*, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	Van 1 cons. en een beetje, naar 3 cons. <i>Meer consistenties.</i>
18	3 mnd; 2 wkn	Dik vloeibaar (en dun vloeibaar?).	1;1	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	Van 1 cons. naar 3. <i>Meer consistenties.</i>
20	2;3	Glad gemalen dik vloeibare voeding, soms nog ingedikt.	2;11	Dik vloeibaar.	<i>Geen verandering.</i>
24	6;6	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en gepureerd (warm) eten.	7;3	Dik vloeibaar.	Van 3 cons. naar 1. <i>Minder consistenties.</i>

5.1.4 Vergelijking T0 en T1: Ervaring van het kind tijdens het eten

KIND NR.	LEEF-TIJD T0	T0	LEEF-TIJD T1	T1	CONCLUSIE PER KIND :
3	15;6	Lijkt niet te willen drinken, vertoont veel afweer. Geen duidelijke voorkeur qua smaak.	16;11	Afkeer.	Niet verbeterd/verslechterd.
4	2;6	Afweer (weigeren) van dun vloeibaar. Nieuwsgierig naar voeding en vraagt ernaar. Geen afkeer v. smaken of structuren. Lijkt bang te zijn voor slikken.	3;9	Tevredenheid*, afkeer.**	Niet verbeterd/verslechterd.
6	17;6	Vertoont regelmatig veel afweer. Was wel (tijdelijk?) geobsedeerd door eten.	18;9	Plezier en afkeer en iets anders: nl Afhankelijk van zijn gezondheids toestand positieve of negatieve reactie.	Niet verbeterd/verslechterd.
7	2;4	Wil heel graag eten. Lijkt voorkeur te hebben v. pittiger smaken.	3;6	Tevredenheid, irritatie, frustratie, angst, afkeer.	T1 Meer negatieve reacties.
10	2;6	Eet graag. Probeert alles uit wat ouders eten. Kauwt er op en slikt soms door.	3;6	Frustratie, angst en afkeer.	T1 Meer negatieve reacties.
11	2;3	Onbekend.	3;3	Plezier, tevredenheid.	Onbekend.
12	2;5	Wil meestal wel eten, slikt echter niet graag (of slecht). Wel interesse voor eten en smaken.	3;5	Plezier, iets anders: Gezellig samen zijn.	T1 Positievare reacties.
13	2;2	Onbekend	3;2	Plezier.	Onbekend.
15	6;0	Onbekend.	6;10	Tevredenheid.	Onbekend.
17	6;8	Onbekend.	7;6	Tevredenheid, irritatie, frustratie, angst, afkeer	Onbekend.
18	3mnd. 2 wkn	Eet gretig	1;1	Plezier, tevredenheid, ongeduld.	Niet verbeterd/verslechterd.
20	2;3	Ouders: Lijkt niet zo graag te willen eten. Veel afweer (ws a.g.v. tonusprobleem.)	2;11	Frustratie, afkeer.	Niet verbeterd/verslechterd.
24	6;6	Onbekend. (Geen afweer).	7;3	Plezier,frustratie,ongeduld	Onbekend.

5.1.5 Vergelijking T0 en T1: Voedingswaarde

VOEDINGSWAARDE	T0 KINDNUMMERS	N	T1 KINDNUMMERS	N
Ruim voldoende		0	7, 11, 17, 24	4
Voldoende	6, 7, 11, 13, 18, 24	5	3, 6, 10, 15, 18, 20	6
Misschien te weinig	-	0	13	1
Waarschijnlijk te weinig	15	1	4	1
Duidelijk te weinig	3, 4, 17	3	12	1
Onbekend	10, 12, 20	3		0

5.1.6 Situatie voedingsproblemen T1

KIND	AANTAL PROBLEMEN T0	VERDWENEN	AFGENOMEN	TOEGENOMEN	ONGEVEER HETZELFDE	ONTSTAAN
3	8	0	0	5	3	0
4	9	5	4	0	0	0
6	11	0	5	0	6	1
7	9	3	1	1	4	0
10	13	4	7	1	1	0
11	12	12	0	0	0	0
12	10	4	5	0	1	0
13	5	0	0	1	4	0
15	10	6	0	0	4	1
17	8	8	0	0	0	0
20	16	4	4	3	5	0
24	8	0	2	0	6	0
TOTAAL	119	46	28	11	34	2

- Gemiddeld waren er $119/12 = 10,000 \rightarrow 10$ problemen per kind aanwezig ten tijde van het slikspreekuur
- Gemiddeld zijn er $46/12 = 3,833 \rightarrow 4$ problemen per kind verdwenen in de periode na het slikspreekuur tot de evaluatie.
- Gemiddeld zijn er $28/12 = 2,333 \rightarrow 2$ problemen per kind afgenomen in de periode na het slikspreekuur tot de evaluatie.
- Gemiddeld zijn er $11/12 = 0,917 \rightarrow 1$ probleem per kind toegenomen in de periode van na het slikspreekuur tot de evaluatie
- Gemiddeld zijn er $34/12 = 2,833 \rightarrow 3$ problemen per kind ongeveer hetzelfde gebleven in de periode van na het slikspreekuur tot de evaluatie.
- Bij 2 kinderen zijn er twee nieuwe problemen in de periode van na het slikspreekuur ontstaan tot de evaluatie.

5.1.7 Verschillende voedingsproblemen T1

	AANTAL KEER	TOEGENOMEN		AFGENOMEN		HETZELFDE GEBLEVEN		VERDWENEN		ONTSTAAN	
PROBLEEM		KIND	N	KIND	N	KIND	N	KIND	N	KIND	N
C1	10	3, 7, 20	3	4, 10,	2	6	1	11, 12, 17, 15	4	–	0
C2	3	3	1	12	1	20	1	–	0	–	0
C3	5	3	1	12	1	20	1	11, 15	2	–	0
C4	9	3, 13, 20	3	4, 10, 12	3	7	1	11, 15	2	6	1
C5	3	–	0	10	1	–	0	17, 20	2	–	0
C6	10	3	1	6, 20, 24	3	13	1	7, 11, 12, 15, 17	5	–	0
C7	10	–	0	6, 20	2	3, 7, 13, 24	4	4, 10, 11, 17	4	15	1
C8	4	–	0	6	1	7, 24	2	11	1	–	0
C9	5	–	0	–	0	24	1	10, 11, 15, 20	4	–	0
C10	6	10	1	6, 7, 24	3	–	0	4, 20	2	–	0
C11	5	–	0	20	1	15	1	4, 10, 11	3	–	0
C12	7	–	0	10, 20,	2	–	0	4, 7, 12, 15, 17	5	–	0
C13	3	–	0	–	0	10	1	11, 4	2	–	0
C14	8	–	0	4, 10	2	6, 7, 12, 15	4	11, 20	2	–	0
C15	9	20	1	4, 10, 12	3	6, 13, 15, 24	4	17	1	–	0
C16	1	–	0	–	0	–	0	17	1	–	0
C17	5	–	0	–	0	6, 20, 24	3	7, 10	2	–	0
C18	6	–	0	–	0	3, 6, 13, 20	4	11, 12	2	–	0
C19	7	–	0	12	1	6, 15, 20, 24	4	11, 17	2	–	0
C20	3	–	0	6, 10	2	3	1	–	0	–	0
TOTAAL	119		11		28		34		46		2

5.1.8 Beleving slikspreekuur

F1: Vond u dat de vragenlijst die u voorafgaand aan het slikspreekuur is toegestuurd, geschikt was om de problemen van uw kind in kaart te brengen?

	Kindnummers	Totaal
Ja	3,4, 7, 10, 11, 15, 17, 18, 20, 24	10
Ja, maar	13	1
Nee, want	6	1
Niet ingevuld		
	Totaal	12

F2: Voelde u zich vooraf voldoende ingelicht over wat u en uw kind te wachten zou staan tijdens het slikspreekuur?

	Kindnummers	Totaal
Ja	3, 4, 7, 11, 15, 17, 18, 20, 24	9
Ja, maar	6, 10	2
Nee, want		
Niet ingevuld	13	1
	Totaal	12

F3: Voor mijn kind was de lengte van het slikspreekuur (volgens mij):

	Kindnummers	Totaal
Goed	4, 6, 7, 10, 15, 17, 20, 24	8
Te kort		
Iets te lang	3, 11, 18	3
Veel te lang		
Niet ingevuld	13	1
	Totaal	12

F4: Mijn kind vond het slikspreekuur (volgens mij) (meerdere antw. mogelijk):

	Kindnummers	Totaal
Leuk	7, 11, 15, 24	4
Vervelend	3, 11, 17, 18, 20	5
Eng	13	1
Spannend	4, 10, 15, 18	4
Saai		
Niet ingevuld	6	1
	Totaal	15

F5: De onderzoeken waren (volgens mij) voor mijn kind:

	Kindnummers	Totaal
Niet belastend	3, 7, 11, 15	4
Een beetje belastend	4, 6, 10, 17, 18, 24	6
Behoorlijk belastend	20	1
Zeer belastend		
Niet ingevuld	13	1
	Totaal	12

F6: Mijn kind heeft de benadering door de onderzoekers tijdens het slikspreekuur volgens mij ervaren als:

	Kindnummers	Totaal
Vriendelijk	4, 6, 7, 10, 11, 15, 17, 20, 24	9
Onvriendelijk		
Prettig	13, 18	2
Onprettig	3	1
Niet ingevuld		
	Totaal	12

F7: Ik vond zelf de lengte/duur van het slikspreekuur:

	Kindnummers	Totaal
Goed	4, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 24	11
Te kort		
Iets te lang	3	1
Veel te lang		
Niet ingevuld		
	Totaal	12

F8: Het slikspreekuur was voor mij:

	Kindnummers	Totaal
Niet belastend	4, 7, 11, 15, 20, 24	6
Een beetje belastend	3, 6, 10, 17, 18	5
Behoorlijk belastend	13	1
Zeer belastend		
Niet ingevuld		
	Totaal	12

F9: Ik vond de uitleg bij de onderzoeken:

	Kindnummers	Totaal
Duidelijk	3, 4, 7, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 24	10
Onduidelijk		
Te uitgebreid		
Te beknopt		
Goed	10	1
Niet ingevuld	6	1
	Totaal	12

F10: Ik vond de manier waarop ik benaderd werd tijdens het slikspreekuur:

	Kindnummers	Totaal
Vriendelijk	4, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 24	11
Onvriendelijk		
Persoonlijk	3, 18	2
Afstandelijk		
Prettig	18	1
Onprettig		
Niet ingevuld		
	Totaal	14

F11: Ik vond het advies dat werd gegeven:

	Kindnummers	Totaal
Duidelijk	3, 4, 6, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 24	10
Onduidelijk		
Voldoende uitgebreid	4, 7, 10, 11, 17, 18	6
Te uitgebreid		
Te beknopt		
Passen bij problematiek	3, 4, 6, 10, 11, 15, 17, 18, 20	9
Niet passen bij problematiek		
Passen bij mijn kind	4, 7, 10, 11, 17, 18	6
Niet passen bij mijn kind		
Aansluiten op mijn wensen	4, 7, 10, 11, 15, 17, 18	7
Niet aansluiten op mijn wensen		
Goed uitvoerbaar	4, 6, 10, 11, 17, 18	6
Moeilijk of niet uitvoerbaar		
Niet ingevuld	8	1
	Totaal	44

5.1.9 Gevoerd beleid

BELEID	KINDNUMMER	TOTAAL	OVEREENKOMSTIG HET ADVIES
G1.1 Medicatie		0	Ja
G1.2 Operatie	10, 11, 15, 17, 20 10 11 15 17 20	5	Mogelijk indirect (a.g.v. doorverwijzing). Ja Ja Mogelijk indirect (a.g.v. doorverwijzing). Nee (mogelijk wordt hier een operatie vóór het SSU bedoeld)
G1.3 Logopedische therapie	3, 4, 7, 10, 11, 12, 24 3 4 7 10 11 12 24	7	Niet geregistreerd als advies (er is sprake v. voortzetting). Ja Niet geregistreerd als advies (er is sprake v. voortzetting). Niet geregistreerd als advies (er was al een logopedist bij betrokken). Ja (continuering). Niet geregistreerd als advies (er is sprake v. voortzetting). Niet geregistreerd als advies (er is sprake v. voortzetting).
G1.4 Verandering mbt eten: – wijziging in consistentie – wijziging in temperatuur – wijziging in hoeveelheid – wijziging in de wijze van aanbieden – anders	3, 4, 6, 7, 10, 20, 24 3 6 7 20 24 – 4 10 20 6 7 10 20 24	7	Ja (continuering). Ja Ja Nee Ja Mogelijk indirect (a.g.v. doorverwijzing). Mogelijk indirect (a.g.v. doorverwijzing). Mogelijk (i.v.m. max. etenstijd en rest via PEG) Ja Ja Mogelijk indirect (a.g.v. doorverwijzing) Ja (i.v.m. rustig tempo en pauzes) Nee
G1.5 Verandering in houding	3, 20 3 20	2	Nee Ja
G1.6 Andere stappen die ondernomen zijn	3, 7 3 7	2	Onbekend Nee
G1.7 Geen stappen ondernomen	–	0	
Niet ingevuld	8, 13	2	
TOTAAL		23	

5.1.10 Tabel: Invloed van de ondernomen stappen op de situatie/ het welbevinden van het kind

	AANZIENLIJK VERBETERD	ENIGSZINS VERBETERD	ONVOLDOENDE VERBETERD	NIET VERBETERD	ENIGSZINS VERSLECHTERD	AANZIENLIJK VERSLECHTERD
G1.1 Medicatie						
G1.2 Operatie	10, 11, 15, 17, 20					
G1.3 Logopedische therapie	4, 7, 11	3, 10, 24	12			
G1.4 Verandering mbt eten: – wijziging in consistentie – wijziging in temperatuur – wijziging in hoeveelheid – wijziging in de wijze van aanbieden – anders	4, 6, 7, 11, 20, 24	3	10			
G1.5 Verandering in houding	11, 20, 24	3, 4				
G1.6 Andere stappen die ondernomen zijn			3			
G1.7 Geen stappen ondernomen						

TABELLEN KINDGEGEVENS EN SCORING

(EXCEL-BESTAND)

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Tabellen: Samenvatting per kind	5
Tabel: Samenvatting Kind 1	6
Tabel: Samenvatting Kind 2	7
Tabel: Samenvatting Kind 3	8
Tabel: Samenvatting Kind 4	9
Tabel: Samenvatting Kind 5	10
Tabel: Samenvatting Kind 6	11
Tabel: Samenvatting Kind 7	12
Tabel: Samenvatting Kind 8	13
Tabel: Samenvatting Kind 9	14
Tabel: Samenvatting Kind 10	15
Tabel: Samenvatting Kind 11	16
Tabel: Samenvatting Kind 12	17
Tabel: Samenvatting Kind 13	18
Tabel: Samenvatting Kind 14	19
Tabel: Samenvatting Kind 15	20
Tabel: Samenvatting Kind 16	21
Tabel: Samenvatting Kind 17	22
Tabel: Samenvatting Kind 18	23
Tabel: Samenvatting Kind 20	25
Tabel: Samenvatting Kind 21	26
Tabel: Samenvatting Kind 22	27
Tabel: Samenvatting Kind 23	28
Tabel: Samenvatting Kind 24	29
Tabel: Samenvatting Kind 25	30
Tabellen: Voor- en nameting per kind	31
Tabel: Voor- en nameting Kind 1 t/m 3	32
Tabel: Voor- en nameting Kind 4 t/m 6	33
Tabel: Voor- en nameting Kind 7 t/m 9	34
Tabel: Voor- en nameting Kind 10 t/m 12	35
Tabel: Voor- en nameting Kind 13 t/m 15	36
Tabel: Voor- en nameting Kind 16 t/m 18	37
Tabel: Voor- en nameting Kind 19 t/m 21	38
Tabel: Voor- en nameting Kind 22 t/m 24	39
Tabel: Voor- en nameting Kind 25	40
Tabellen: Scores per kind	41
Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdeel C	42
Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdeel C	43
Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdeel C	44
Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdeel C	45
Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdeel C	46
Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdelen D en E	47
Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdelen D en E	48
Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdelen D en E	49
Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdelen D en E	50
Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdelen D en E	51
Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdeel F	52
Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdeel F	53

Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdeel F	54
Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdeel F	55
Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdeel F	56
Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdeel G	57
Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdeel G	58
Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdeel G	59
Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdeel G	60
Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdeel G	61
Tabellen: Beoordeling Evaluatieformulier en extra opmerkingen	63
Tabel: Beoordeling evaluatieformulier en extra opmerkingen, Kind 1 t/m 6	64
Tabel: Beoordeling evaluatieformulier en extra opmerkingen, Kind 7 t/m 11	65
Tabel: Beoordeling Evaluatieformulier en extra opmerkingen, Kind 12 t/m 17	66
Tabel: Beoordeling evaluatieformulier en extra opmerkingen, Kind 18 t/m 25	67
Tabellen: Diverse berekeningen op basis van gegevens	69
Tabel: Totaalscore Kind 1 t/m 5 op onderdelen (C, D en E), F en G	70
Tabel: Totaalscore Kind 6 t/m 10 op onderdelen (C, D en E), F en G	70
Tabel: Totaalscore Kind 11 t/m 15 op onderdelen (C, D en E), F en G	70
Tabel: Totaalscore Kind 16 t/m 20 op onderdelen (C, D en E), F en G	71
Tabel: Totaalscore Kind 21 t/m 25 op onderdelen (C, D en E), F en G	71
Tabel: Gemiddelde aantal punten respondent-kinderen op onderdelen C, D, E, F en G	72
Tabel: Gewogen gemiddelde aantal punten respondent-kinderen op onderdelen C, D, E, F en G	72
Tabel: Overzicht van aantal respondent-kinderen en totale en gemiddelde (gewogen) score's per onderdeel.	74
Tabellen: Kwaliteit van leven en Algemene gezondheid	75
Tabel: Kwaliteit van leven respondent-kinderen	76
Tabel: Algemene gezondheid respondent-kinderen	77

Tabellen: Samenvatting per kind

Tabel: Samenvatting Kind 1

	Kind 1
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Neurologische onrijpheid, oorzaak onbekend. Voedingsproblemen ontstaan ca 1 wk na geboorte. Problematiek is wisselend, zonder duidelijke oorzaak. Ontwikkelt zich verder goed. Geen ziekteperiodes, geen medicatie.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Soms op rug liggend aangetroffen met mond vol voeding -> leidend tot verslikken. Als vreemde de fles geeft treedt verslikken eerder op. Soms(brief)/altijd(OVL) kort huilen na het eten. Kan niet goed uit fles/borst drinken. Hoesten na verslikken.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Verslikken. Verslikken en blauw worden tijdens drinken en ook 's nachts na de voeding. Stikt dan bijna.
Hulpvraag	Verwijzer is kinderarts, hulpvraag onbekend.
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: onderzoek van neus, mond en keel. Flexibele nasofaryngo- / laryngoscopie. Logopedisch onderzoek: voedingsobservatie. Slikvideo is afgelast omdat er bij voorafgaand onderzoek geen afwijkingen aan het licht kwamen, anders dan coördinatieproblemen.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Anatomie, motoriek, sensibiliteit en zoek- en zuigreflex: geen afwijkingen. Coördinatieproblemen a.g.v. neurologische onrijpheid. Stridor. Gebrek aan zuigritme, sterke zuigkracht. Stoornis in de orale fase.
Advies	Uitleg is gegeven over beste voedingshouding. Inbouwen van pauzes. Hoe te reageren bij verslikken: ev. meer info inwinnen bij kinderarts. Niet meer van fles of speen wisselen. 's Nachts in zijlig in bedje met iets verhoogd hoofdeinde. Video maken, slikmoment vastleggen. Er volgt een telefonische follow-up. Afhankelijk van de bevindingen na tel. gesprek: advies over verdere behandeling.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 8 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 2

	Kind 2
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Regelmatig luchtweginfecties. Sinds okt. 2003 8 x in ziekenhuis i.v.m. benauwdheidsklachten met koorts/verhoging. Tussen de infecties door gaat het eten en drinken goed. Medicatie: Atrovent, Pulmicort, Salbutamol, Bactrimel.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Klachten zijn aanwezig sinds de geboorte, met tussenpozen, vooral wanneer benauwd. Lijkt af en toe pijn bij het slikken te hebben. Boert zure lucht op.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Recidiverende benauwdheidsklachten, verslikken, hoesten en overgeven. Verslikt zich vaak tijdens eten (zeker wanneer benauwd). Blijft tot lang na de voeding boeren en overgeven. Frequent verslikken met teruggeven van voeding, m.n. tijdens luchtweginfectie. Is dan benauwd en moet steeds hoesten. Zowel bij dun vloeibaar als bij dik vloeibaar.
Hulpvraag	Is er een relatie tussen recidiverende luchtweginfecties en het frequent verslikken?
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: anatomie, motoriek en sensibiliteit van mond en keel. Observatie van eten (fruithapje): mondmotoriek en ademhaling. Röntgenslikvideo: dun vloeibaar.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Momenteel geen slikstoornis. Aspiratie lijkt uitgesloten als oorzaak van luchtweginfecties. Lepel te breed, past niet tussen bovenkaak. Geen verslikken waargenomen tijdens onderzoek. Verder geen bijzonderheden. Geen stoornis in de slikfases, op moment van onderzoek.
Advies	Een iets kleinere lepel zal het afhappen vergemakkelijken, met name van belang in perioden van ziekte.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 7 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 3

	Kind 3
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Psychomot. retardatie. Hypotonie. Epilepsie (vaak insult bij stevig vasthouden of stressvolle situatie). Adenotomie. Div. keren middenoorbuisjes. Rolstoelgeb.. Med.: Depakine, Trileptal, Melatonine. Langdurige periodes met sondevoeding (neus-maag). Logop. begeleiding. Dun vl. wordt ingedikt.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Tijdens eten en met name drinken: hoesten en vochtige stem (vlgs logo.). Verslikken en hoesten sinds babytijd. Krijgt onvoldoende drinken binnen. Hoest na het slikken. Lijkt niet te willen drinken en vertoont veel afweer.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Slecht drinken. Stil verslikken. Weigert dun vloeibaar (wisselend). Er is onvoldoende intake.
Hulpvraag	Gevraagd wordt naar onderzoek voor de oorzaak (v. weig.) en advies. Instellingsarts: Hoe verloopt eten/drinken v. versch. substanties? Kan op grond van uitkomsten keuze gemaakt worden t.a.v.: doorgaan met huidige wijze voeding en vocht aanbieden of overgaan op PEG? Logopediste: slikvideo om duidelijk beeld te krijgen van slikproces.
Onderzoek(en)	Foniatisch onderz.: mond- en keelholte, anatomie, motoriek, sensibiliteit en reflexen. Flexibele laryngoscopie: tijdens dit onderzoek ontstond een epileptische aanval van enkele seconden. Logop. funct. slikonderz.: Observatie eten (brood), weigering dun vl. en dik vl.. Röntgenvideo-slikonderz.: brood, Barium onverdund, Isovist onverdund.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Slikstoornis voor dun vl. o.b.v. verminderde sens. in de larynx. Sens. in mondgebied lijkt verhoogd, vooral achterin. Daar: makkelijk kokhals- en hoestreflex. Sens. in keel verminderd: bij aanraking epiglottis en stemb. geen hoest- of wurgrefl.. Weinig laterale tongbeweging. Kauwt nauwelijks. Oraal transp. duurt lang. Dun vl.: latente penetratie, verlate hoestreactie. Slikinstructies niet mogelijk. Stoornis in orale voorbereidende fase, orale transportfase en faryngeale fase.
Advies	Voortzetten van aanpassing van consistentie: alleen dik vloeibaar en vast voedsel. Aan diëtiste zal advies worden gevraagd m.b.t. berekenen vocht en calorie intake. Mocht dit onvoldoende zijn dan PEG-catheter aanbrengen. Controle-afpraak werd niet gemaakt.
Beleid na het slikspreekuur	G1.3a: Logopedische therapie. G1.4a: Verandering m.b.t het eten; Wijziging in de wijze van aanbieden: drinken verdikt. G1.5a: Verandering van houding. G1.6a: Andere stappen.
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 5 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 4

	Kind 4
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Sondevoeding (neus-maag) v.a. 7 mnd., daarnaast orale intake v. alle consistenties. Pinda-allergie. Div. ziekenh.opnames i.v.m. spugen, voedsel weigeren, erg lang doen over voeding. Regelm. 2 à 3 dagen koorts zonder duid. oorz. (verdw. zonder beh.). PH-metrie 1e levensj: geen reflux. Logop. i.v.m. voedingsprobl.. Melatonine i.v.m. slaapproblemen. Gezondheid goed.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Wil graag eten/drinken proberen maar stopt na enkele hapjes/slokjes. [Wel kauwen vast voedsel, soms doorslikken, maar meestal weer uitspugen.] Ingevuld door logo o.b.v. info uit brieven: Krijgt onvold. eten/ drinken binnen (vanw. spugen). Voedsel wordt ondanks veel mondbew. niet n. keel getransp. (poosje kauwen--> uitspugen). Na slikken blijft voedsel achter in de mond. Voedsel komt na slikken terug in de mond. Hoesten zodanig dat voeding terugkomt. Hoest 's nachts (--> spugen). Lijkt niet te willen eten/drinken en vertoont veel afweer. Vooral problemen bij: droge en harde etenswaren en warm voedsel. Info uit logop. verslag d.d. 07-07-04: Sondevoeding duurt 20-60 min. Tijdens toediening komt voeding terug, soms leidend tot spugen (kan tot enkele uren na voeding voorkomen). Danootje: 15 tot 60 min.. Hoesten tijdens of na inname orale voeding (wisselend), zowel bij vast voedsel als bij dik vloeibaar. Lijkt bang te zijn voor slikken.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Geformuleerd door logo o.b.v. info uit brieven: Niet willen eten, spugen, hoesten voor het spugen, neemt voeding in de mond maar slikt niet door (spuugt 't weer uit). Frequent spugen na voeding, tot galbraken toe (houdt soms 45 min. aan). Soms hoesten, enkele maal verslikken.
Hulpvraag	Revalidatiearts verwijst op verzoek van beh. logopedist door naar slikspreekuur voor slikvideo. Hulpvraag logopedist en ouders: Is er een organische oorzaak van de slikproblemen of is het gedragsmatig? Behandelend logopedist kwam met verzoek om een slikvideo te laten maken.
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: In mond en keelholte zijn anatomie, sensibiliteit en reflexen onderzocht. Observatie van (zelfst.) eten en drinken: lepeltje Danootje en slokje koffie. Röntgenslikonderzoek: 5 cc. Isovist in eigen fles, daarna Barium in eigen fles. Logopedisch onderzoek: Vragen gesteld aan ouders en beh. logopedist.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Vlotte slik met goede passage faryngeaal en oesophageaal. Geen afwijkingen in maagontlediging. Geen reflux. Sonde ligt boven de maagingang. Geen organische afwijking die de slikproblemen in de hand werken. Geen stoornis in de slikfases.
Advies	Logopedische begeleiding (<i>was er al</i>) en voortzetting van ortho-pedagogische begeleiding. Door verpleegkundige sonde op lengte laten maken. De eettherapeut van het WKZ zal gevraagd worden telefonisch adviezen te geven.
Beleid na het slikspreekuur	G1.3a: Logopedische therapie; Langzaam opbouwen orale voeding + begeleiding orthopedagoge (gedrag rondom voeding) en vroegbehandelingsgroep. G1.4a: Verandering m.b.t. het eten; Wijziging in de hoeveelheid: toename. Wijziging in de wijze aanbieden: afbouwen sondevoeding naar normale voeding. Gedragstherapie, thuis ook dwang gebruikt. G1.5a: Verandering in houding; na slikspreekuur was duidelijk dat er geen medisch slikprobleem was. Therapie is met name gericht op gedrag + vertrouwen opbouwen in eetsituatie. G1.7a: Logopedische begeleiding sinds 5 mnd afgerond, orthopedagogische begeleiding sinds 3 mnd afgerond.
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 3 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 5

	Kind 5
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Eerste 6 wkn vlot drinken, daarna terugval in drinkpatr.: overstrekken en hoofd wegdraaien, huilen. Overgang lepelvoeding z. moeizaam. Div. malen opgen. i.v.m. dreig. dehydratie. Slikfoto's d.d. 29-04-04: g.b.. Consult dermatoloog: constitutioneel eczeem. Verder gezond, goede voedingstoestand en mot. ontw.. Consult KNO-arts: lichte hyposens. in mondgeb. Logop. begel.: gewenning aan v. voedsel + slikken verbeteren. Gaat inmiddels langz. beter.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Afhappen en kauwen goed maar er wordt praktisch niet doorgeslikt. Voeding duurt gemiddeld 3 kwartier tot een uur m.b.v. veel afleiding en geduld. Krijgt onvold. drinken binnen. Kan niet goed uit beker drinken. Voedsel komt na slikken terug in mond. Hoest en verslikt zich vaak bij eten en drinken. Hoest tijdens slikken. Hoest paar keer per maaltijd. Ander/borrelig stemgeluid na slikken van voedsel. Lijkt niet te willen eten/drinken en vertoont veel afweer (huilt vaak tijdens voeding). Misschien pijn tijdens slikken (i.v.m. vaak huilen tijdens eten/drinken).
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Moeite met slikken van eten en drinken. Slikken is hoorbaar. Huilt vaak tijdens voeding. Hoest regelmatig tijdens voeding, heeft zelfs moeite met slikken eigen speeksel. Weigeren van fles- en lepelvoeding. Slecht verdragen van brokjes i.d. voeding. .
Hulpvraag	Niet geformuleerd.
Onderzoek(en)	KNO-onderz.: Anatomie, motoriek, sensibiliteit en reflexen van mond en keel. Röntgenslikonderz.: Isovist in fles, groentepuree met Barium. Logop. onderz.: Sensibiliteit en reflexen in mondgebied. Observatie van eten en drinken.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Geen organische afwijkingen gevonden (die de voedselweigeren verklaren). Er lijkt wat hyposensibiliteit, verminderde kokhalsreflex. Slikreflex wat vertraagd. Mog. wordt voedselbrok achter in keel onvold. waargenomen, m. als gevolg hoesten of verslikken. Geen aspiratie. Stoornis in de orale fase en faryngeale fase.
Advies	Logop. begel.voortzetten. Volgende hapje pas als vorige goed weg is, ev. water tussendoor. Gekruider eten prob.. Geen (dik) vl. met stukjes. Kauwen stimul. (bv. plakje salami in gaasje, op laten kauwen, zelf nog vasth.). Voedsel in wangzak aanbieden. Slikactie initiëren door mondbodem te stimul. Rechttop laten zitten bij drinken. Beker (m. handvaten en neusuitsp.) introduceren(?). Hoofd niet tever naar achteren bij slikken.
Beleid na het slikspreekuur	<i>Na 1/2 jaar zou behandelend logopedist schriftelijk verslag uitbrengen aan WKZ van vorderingen met slikken.</i>
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 3 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 6

	Kind 6
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Psychomot. retardatie t.g.v. een ringchromosoom 14. Epilepsie. Kypho-scoliose. Sinds 1 jaar PEG. Immunodeficientie. Recidiverende pneumonieën en een bronchiëctasie. Fon. onderz. 06-04. Daarna 2 mndn n.p.o. i.v.m. penetr. en asp. bij dun vl.. Geen effect op luchtwegen. Daarna dik vl. + vast als erom gevraagd wordt, rest via PEG. Goede lich. cond.. Med. Depakine, Topamax, Beconase, Combivent + regelm. antibiotica.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Bij onderzoek foniatisch spreekuur UMC was penetratie en aspiratie te zien bij het drinken van dun vloeibaar uit een gewone beker. Kan niet goed uit beker drinken, afhappen, kauwen. Na slikken blijft (weinig) voedsel achter i.d. mond. Voedsel zit vaak tegen verhemelte geplakt. Hoesten voorafgaand a/h slikken (?). Ander/borrelig stemgeluid na slikken voedsel. Lijkt niet te willen eten/ drinken en vertoont veel afweer (regelmatig). Bij slikonderzoek UMC bleef blauw gekleurde vloeistof op stembanden staan.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Vermoeden van verslikken na test met vloeistof tijdens foniatisch onderzoek in UMC. Vermoeden van aspiratie bij dun vloeibare voeding.
Hulpvraag	Aspiratie bij dun vloeibare voeding? Verzoek om slikvideo ter bevestiging/uitsluiting van vermoeden van aspiratie.
Onderzoek(en)	Foniatisch onderz.: observ. mond- en keelstructuren en sens. en mot.. KNO-onderz.: flex. laryngoscopie m. video-opname en voedselprovocatie. Sens. en refl. in hypofarynx en larynx. Observ. dik vl. (lepel) en dun vl. (lepel, beker) Logop. onderz.: observ. eten en drinken. Röntgen-slikvideo: dik vl. met Barium (lepel), 3 cc Isovist (lepel).
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Aspiratie van dun vl. voeding (bij drinken uit beker en v. lepel) met een vertr. hoestrefl.. Oorz. is ws verminderde sens. in hypofarynx- en larynxgebied. Pas bij aanraken stembanden treedt hoestreactie op. Onvold. zuigfunctie. Te snel doorlopen dun vl. bij te grote hoeveelheid ineens. Onvold. kauwfunctie. Vertr. oraal transp. door kleven bolus aan verhemelte. Stoornis in de orale voorbereidende fase en orale transportfase.
Advies	Alleen vaste en stevig ingedikte voeding op een lepel aanbieden. Wat niet binnen de normale etenstijd gegeten wordt kan via de PEG-catheter worden toegediend. Controle afspraak niet gemaakt.
Beleid na het slikspreekuur	G1.4a: Verandering m.b.t het eten; wijziging consistentie: alleen nog verdikte vloeistoffen. Wijziging in aanbieden; verdikte vloeistof alleen nog met lepel.
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 2 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 7

	Kind 7
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Syndr. v. Opitz (larynxfissuur; cleft: slokdarm/trachea; tracheomalacie). Vele operaties en scopieën. PEG sinds geb.. V.a. 6 mndn: kleine beetjes eten. Na verwijd. canule (04-04) is mondmot. verbeterd, maar sindsd: wekelijks koortsaanv. m. onduidel. oorzo.. Logop. begel. v. stimul. mondmot. eten en drinken. Op aanraden logo. nu alleen halfvaste voeding -> minder koorts dan bij dun vl.. Med.: Losec (+ in verleden Bactrimel.) Goede conditie.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Kan niet goed uit beker drinken. Kan niet goed kauwen (mondmotoriek ongetraind). Artsen: (nog) niet actief oefenen i.v.m. angst v. longontsteking. Hoest na het slikken (maar niet altijd) zonder dat voeding terugkomt. Hoest tijdens slikken. Hoest een paar keer p/d.. Probl. bij dun vl., droge en harde voedingswaren. Tel. gespr. moeder/ M.Menheere, d.d. juli '04: Mag leren eten van behandelend arts, heeft er veel interesse in en wil heel graag eten MAAR: koortsaanvallen sinds start orale voeding.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Na verwijdering trachea canule zeer regelmatig koortsaanvallen. Onzekerh. over hoe slikken verloopt. Mogelijk aspiratie na innemen voeding.
Hulpvraag	Verwezen door kinderarts: Onzekerheid over hoe slikken verloopt, mogelijk aspiratie na innemen van voeding. KNO-arts: Hoe is de functie van het strotteklepje? Behandelend logoped.: graag slikonderzoek en vooral slikvideo. Graag aanvullende adviezen. Ouders: komt voeding wel allemaal in slokdarm, of mogelijk ook in luchtpijp/ longen?
Onderzoek(en)	Röntgen-slikonderz.: Dik vloeibaar (Danoontje m. Barium, v. 1 cc n. 5 cc, lepel; Isovist 10 cc, tuitbeker.)
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Geen aanwijzingen voor ernstige aspiratie. Danoontje werd vlot, goed weggeslikt. Bij 4e en 5e slokje Isovist: minimale aspiratie door residu in bovenste slokd.sfincter, m. geringe hoestreactie. Bij toenem. hoeveelh. iets overloop in trachea. [Verslag logop. onderz. beh. logo. d.d.02-08-04: tonus, sens., reflexen mondgebied normaal. Open mondgedr.. Lipsluiting en zuigen goed. Tongbewegingen beperkt.] Stoornis in de faryngeale fase en oesophageale fase.
Advies	Voeding per os kan uitgebreid worden. Gepur. warm eten en dik vl. zonder stukjes met een lepel. Craquotte en lange vinger uitproberen. Vloeibare voeding met een beker met neusuitsparing, na elk slokje even wachten. M.b.v. diëtiste uitrekenen hoeveel per os wordt ingenomen. Resterende hoeveelheid via PEG. Conditie longen blijven controleren. Bij blijvende verdenking van aspiratie: hernieuwd onderzoek.
Beleid na het slikspreekuur	G1.3a: Logopedische therapie. G1.4a: Verandering m.b.t. eten; Wijziging in de consistentie: van vloeibaar naar vast, nu wisten we amper dat hij aspireerde. Wijziging in de hoeveelheid: sondevoeding afbouwen en vloeibaar en vaste voeding opbouwen. Wijziging in de wijze van aanbieden, nl: eetles door derde gestart. Anders: er is een eetteam opgericht (orthopedagoge, diëtiste, logopediste, verpleegster, ouders) Aanpak volgens het boek van auteur Jan de Moor. Titel: De behandeling van eetproblemen bij jonge kinderen met lichamelijke of meervoudige handicap. ISBN 9080753726.
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 2 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 8

	Kind 8
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	CP. Rolstoelgebonden, ernstige contracturen. Ernstige psychomotore retardatie. Microcephalie. Salaam epilepsie. Reflux. Sinds winter 2002/ 2003 vaker verslikken, na eten frequent kuchen en minder gaan eten. PEG sinds 03-04. Eet daarnaast per os. Aangekomen sinds PEG. Logoped. begel. i.v.m. slikklachten (o.a. Hoogstraat: Müllerbehandeling). Med.: Depakine, Sabril, Omeprazol, Forlax(?).
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Maaltijd: 30 à 45 min. Krijgt onvold. eten/drinken binnen. Kan niet goed: uit beker drinken, afhapp., kauwen. Voedsel wordt ondanks veel mondbew. niet naar keel getransporteerd. Eten/drinken loopt v. slikken uit mond. Na slikken nog veel voeding in mond. Voedsel tegen verhemelte. Hoesten na slikken, zowel zonder als mét terugkomen voeding (dan ook spugen). Huilt soms na drinken, wil dan meer. Soms totaal geen interesse in eten.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Doet soms raar bij eten geven: krimpt ineen, houdt armen verkrampd, grijpt n. borstkas. Verslikken, benauwdheid.
Hulpvraag	Twijfel over de veiligheid van orale voedselintake, n.a.v. geobserveerde incidenten.
Onderzoek(en)	Logoped. onderz.: bespreking m. ouders. KNO-onderzoek: anatomie en reflexen mondgebied. Flexibele scopie: moeilijk uitvoerbaar door voortd. kokhalzen. Röntgenslikonderzoek: dun vloeibaar m. Barium (lepel), fruithapje m. Barium. Observatie tijdens en na eten en drinken.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Z. sterke kokh.refl. (bij aanraking hoofd). Dun vl. loopt direct door n. luchtp. en slokd. zonder slikactie of hoestrefl.. Slikt niet of te traag, waardoor keel volloopt. Fruithapje m. barium: niet effect. weggeslikt: prop blijft staan boven slokd.ingang en wordt bij volgende adem geasp.. Hierdoor z. groot risico op asp.. Mondfuncties en beschermende reacties zijn volstrekt onvold.. Voeding per os is niet veilig. Stoornis in de orale voorbereidende fase, orale transportfase en faryngeale fase.
Advies	Uitgebreid nagesprek + video bekijken met ouders: Voeding per os stoppen. Af en toe een slokje water mag wel. Contact opn. m. diëtiste om PEG voeding aan te passen naar totale sondevoeding. Overleg m. apotheek: hoe medicatie via sonde? Event.: 1/2 jr. per os stoppen, bij onvold. winst: na 1/2 jr weer beginnen, consequentie: eetvaardigheid ws volledig verloren. Contr. afspr. over 1/2 jr. om beh. adv. te evalueren.
Beleid na het sliksprekeuur	
Periode na sliksprekeuur	

Tabel: Samenvatting Kind 9

	Kind 9
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Ernstige psychomot. retard. m. onbekende oorz. Rolstoelgebonden. In 1999 spondylodese van T4 tot S1. Goede alg. gezondheid. Slikklachten sinds 1995, sinds 02-'04 verergerd. Röntgenslikonderz. 03-'04: Stase v. voedselbolus. Logop. beg. voor slikproblemen. Slikklachten constant aanw.. Treden vooral op bij dunne en dikke vloeistoffen en bij warm voedsel. De klachten zijn wisselend aanw. en treden m.n. op bij vast en dik vloeibaar voedsel. Brood is inmiddels uit menu geschrapt.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Eet veel langzamer dan voorheen. Moet vaker slikken om het eten weg te krijgen. Hoest na het slikken, zonder dat voeding terugkomt. Hoest een paar keer per maaltijd. Soms hoesten tijdens de voeding.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Slikken kost steeds meer moeite. Sinds ongeveer een half jaar progressieve slikklachten. Lijkt moeite te hebben om hapjes door te slikken. Beweegt erg met hoofd tijdens slikken.
Hulpvraag	Hulpvraag is niet lett. geformuleerd in OVL of brief. Aanleiding voor het onderzoek: De voorgaande onderzoeken hebben geen oorzaak gegeven van de klacht. Vragen van verwijzer misschien: Wat is de invloed van de spondylodese op het slikmechanisme? Zijn er osteofyten in cervicale wervels? Opent de cricopharyngeus normaal?
Onderzoek(en)	KNO-onderz.: Anat. v. de mond- en keelholte. Sens. niet goed testbaar i.v.m. bijtrefl. Flexibele videolaryngoscopie met methyleenblauw slikprovocatie: Anat. en funct. van de larynx, observ. slikken dun vl.. Röntgenslikonderz.: Water met barium 1, 2, 4 cc van lepel. Dik vl. met barium. Logop. onderz.: Video-opname van lepelvoeding geobserveerd.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Geen osteofyten op de cervicale wervels te zien. De spondylodese heeft geen invloed op slikmechanisme. De m. cricopharyngeus opent normaal. Geen teken van aspiratie, geen stase. Bijtreflex sterk aanwezig. Soms ophoping v. speeksel in sinus periformis, na slikken weg. 1x stase van voedselbolus achter tongbasis. Draaien hoofd en naslikken helpt om het eten weg te krijgen. Stoornis in de orale voorbereidende fase, orale transportfase en faryngeale fase.
Advies	Orale voeding is veilig. Dik vloeibaar evt. iets aanlengen met water. Voeding smeugig maken en evt. slokje water na geven. Af en toe wachten op naslikken, voordat de volgende hap wordt aangeboden. Hoofdbewegingen niet tegenhouden. Niet achteroverliggend laten eten. Evt. uitproberen of warm eten beter gaat dan koud. Bij veel slijmvorming water geven.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	1 jaar en 1 maand.

Tabel: Samenvatting Kind 10

	Kind 10
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Eerste 9 mnd. na geboorte neus-/maagsonde. Slikklachten vooral bij overgang borstvoeding naar flesvoeding, onduidelijk oorzaak. Longontsteking (niet in verband te brengen met slikproblematiek). Onderzoek slikklachten door logopedist Hoogstraat. Uiterlijk doet denken aan het Kabuki syndroom.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	OVL ontbreekt (is vlgns brief) wel ingevuld door ouders). Wil altijd graag eten, probeert alles uit wat ouders eten. Stopt voeding in mond, kauwt erop en slikt af en toe door.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Regelmatig overgeven na doorslikken voeding. Een enkele keer hoesten na slikken. Doet lang over verwerking orale voeding (soms wel 1/2 uur). Betrokkenheid bij maaltijd is gering, eet het best als hij tijdens de maaltijd afgeleid wordt met speelgoed. Slikproblemen voornamelijk bij droge en harde etenswaren en ook bij warm voedsel.
Hulpvraag	Hulpvraag van logopediste Hoogstraat: verloop van faryngeale en oesophageale fase v/d slik? Sprake van reflux of vernauwing van oesophagus? Is de maaglediging adequaat?
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: neus, mond, keel bekeken. Logopedisch onderzoek: sensibiliteit en tonus mondgebied en reflexen. Radiologisch slikonderzoek: dun vl., dik vl. en vast.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Geen stoornis geobserveerd in de orale en faryngeale fase v/d slik. Oesophageale fase verloopt goed, geen reflux. Maaglediging is adequaat. Geen sprake van aspiratie wel een forse impressie waarneembaar op achterzijde oesophagus wat past bij een abnormaal vat. Geen stoornis in de slikfases.
Advies	Onderzoek bij longarts en cardioloog nodig om juiste diagnose te stellen. KNO-arts/foniater neemt met genoemde disciplines contact op.
Beleid na het slikspreekuur	G1.2a: Operatie; Kijkoperatie + hersteloperatie. G1.3a: Logopedische therapie en ergotherapie. G1.4a: Verandering m.b.t. eten; Wijziging in de hoeveelheid: makkelijker iets meer. Wijziging in de wijze van aanbieden: probeert nu soms zelf wat te eten. Anders: nu minder tot geen pijn maar juist angst en verkeerd aangeleerd gedrag.
Periode na slikspreekuur	1 jaar.

Tabel: Samenvatting Kind 11

	Kind 11
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Beckwith Wiedeman syndroom. Daardoor sinds geboorte problemen met verwerking van orale voeding (te grote tong). Groeistoornissen, nu geen medicatie meer voor. Dec. 2002 tongreductie. Krijgt logopedische therapie met als doel stimulering van lip- en met name tongmotoriek.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Slikproblemen verergerd sinds grove/harde voeding zoals: brood, koekjes, soepstengels en warm eten, regelmatig verslikken hierin. Lijkt af en toe pijn te hebben bij het slikken: als het vastzit, of brok te droog is. Hoesten tijdens het slikken bij drinken uit gewone beker --> ws. naar binnen gieten i.p.v. aanzuigen.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Harde dingen wegslikken (vlees en brood). Klacht is dat er veel voeding achterblijft i.d. mond na het slikken en dat het voedsel soms in de keel lijkt te blijven steken. Bovendien: lang doen over de voeding. Ook klacht: voornamelijk open monddrag. Met als vermoedelijk gevolg: het inslikken van veel lucht, waardoor aan eind v. dag: bolle buik.
Hulpvraag	Ouders: Moet er nog een keer geopereerd worden? Logopediste: Hoe beweegt de tong zich in de mondholt in de orale fase van de slik? Plastisch chirurg: Is de tong te groot, is tongreductie nodig?
Onderzoek(en)	Foniatrisch onderzoek: Endoscopisch onderzoek. Logopedisch onderzoek: Eet- en drinkobservatie. Röntgenslikonderzoek: Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Wat nauwe farynxdoorgang latero-lateraal. Zuigfunctie niet adequaat. Moeilijk om voeding met tongpunt uit wangzak te halen. Open mondademing. Oraal transport verloopt moeizaam (mond opgevuld door tongmassa, tong lijkt wel in mond te passen). Normale faryngeale passage, normale larynxheffing, geen aanwijzing voor aspiratie. Stoornis in de orale voorbereidende fase en orale transportfase.
Advies	Continuering van log. ther. (lip- en tongmot. verder verfijnen). Wegslikken van harde/droge vaste voeding beter mogelijk maken door extra slokjes water aan te bieden tussendoor. M. Menheere zal bevindingen slikvideo overbrengen aan dr. Specken. Samen met ouders en dr. de Vroede: bepalen of en zo ja, wanneer tongreductie plaats moet vinden.
Beleid na het slikspreekuur	G1.2a: Operatie aan zijn tong. G1.3a: Logopedische therapie in overleg met Anneclaire de Bruin. G1.4a: Verandering m.b.t. eten; Eet alles zonder problemen. G1.5a: 'Houding' --> Hij is blijer met eten.
Periode na slikspreekuur	1 jaar.

Tabel: Samenvatting Kind 12

	Kind 12
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Slikproblemen vanaf geboorte door CP op basis van perinatale asfyxie met als gevolg een hypertone quadriplegie. Convergerend strabisme. Lateralisatie heupen, links meer dan rechts. Op 25-11-2003 per cutaan gastrostoma aangelegd i.v.m. onvoldoende orale intake. Krijgt log. ther. op De Hoogstraat voor eten/drinken en communicatie.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Droge etenswaren en warm voedsel lijkt af en toe in hals te blijven steken. Dan kokhalzen/benauwd, vooral bij volle maag. Lijkt zich ook regelmatig te verslikken in eigen speeksel, hapt dan naar lucht, boert en geeft over. Krijgt onvoldoende eten/drinken binnen. Na slikken blijft (weinig) voedsel achter in mond. Voedsel lijkt in hals te blijven steken, soms kokhalzen, benauwd. Laat veel boertjes na het eten. Boert zure lucht op. Lijkt niet te willen eten/drinken en vertoont veel afweer: wisselend. (OVL lijkt ingevuld door logopediste.)
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	In OVL wordt hiervoor verwezen naar brief van logopediste, maar die is óf niet gekopieerd óf zat niet in het dossier. Problemen met orale voedingsinname. Lijkt sinds PEG-plaatsing minder goed van een lepel te kunnen eten. Wisselend weigeren.
Hulpvraag	Revalidatie-arts Hoogstraat: Hoe verloopt het slikproces (verloop faryngeale en oesophageale fase)? Is er iets dat het slikken bemoeilijkt? Verslikt zij zich regelmatig? Logopediste Hoogstraat: blijft er eten hangen?
Onderzoek(en)	Log. funct. slikonderz.: Eet- en drinkobservatie en mondmotorisch onderz.. Foniatr. onderz.: anatomie, sensibiliteit en reflexen in de mond zijn onderzocht. Flexibele laryngoscopie met video opnamen: Onderz. anatomie, motoriek, sensibiliteit en reflexen op larynxniveau. Röntgenslikonderz.: dik vloeibaar, dun vloeibaar en vaste voeding.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Slikstoornis orale fase: verwerken orale voeding kost veel moeite. Vast voedsel blijft in mond hangen of wordt naar buiten gewerkt. Afhappen lepel: met tanden, bovenlip niet actief. Kauwen goed, slik adequaat. Geen aspiratie. Hyposensibel larynxgebied (kokhalsreflex op stembanden). Geen stoornis in de faryngeale en oesophageale fase. Stoornis in de orale voorbereidende fase en orale transportfase.
Advies	Vermoeidheid goed in de gaten houden. Orale voeding naast PEG voortzetten. Vast voedsel mondjesmaat geven.
Beleid na het slikspreekuur	G.1.3a: Logopedische therapie; Verder stimuleren om te eten en drinken op de peuterrevalidatie groep en ook thuis.
Periode na slikspreekuur	1 jaar.

Tabel: Samenvatting Kind 13

	Kind 13
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Microcephalie. Div. dysmorphe kenm. in gelaat. Psychomotore retardatie. Reflux. Slikprobl. sinds geb., sindsdien verminderd maar wel constant. Mogel. oorz.: onvold. ontwik. op mot. en cogn. gebied. Congen. dubb. zijdige stemb. stilstand, met malacie v/d li. hoofd-bronchus. Partiële chordotomie. Slechte abductie stembanden, lichte mate in- en expira-toire stridor in rust. PEG-sonde sinds mei/juni '04. Krijgt logopedische therapie. Med.: Losec, Motilium, Bactrimel (dagelijks).
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Kan niet goed uit beker drinken, afhappen en kauwen. Vocht loopt soms voor slikken uit de mond. Voeding blijft regelmatig na slik achter in de mond (weinig). Voedsel zit soms tegen verhemelte geplakt. Wil maar weinig oraal. Kauwen is oppervlakkig en nauwelijks waarneembaar. Soms uitspugen v. eten.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	OVL zeer ws door I. v. Wijck ingevuld in samenspraak met ouder(s) tijdens spreekuur. Grootste probleem vlgs ouders: wil weinig orale voeding nemen.
Hulpvraag	Logopedist: sprake van aspiratie bij dik vloeibaar en/of dun vloeibaar? Ouders willen graag zoveel mogelijk voeding oraal geven. In verband met opstarten van orale voeding en frequent verslikken werd slikvideo aangevraagd door KNO-arts.
Onderzoek(en)	Logop. funct. sikonderz.: eet- en drinkobservatie. Geen foniatisch/ KNO-onderzoek. Röntgenvideo slikonderzoek: dun vloeibaar, dik vloeibaar, vast voedsel.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Slikstoornis orale fase: onvold. zuigfunctie t.b.v. drinken, afhappen inactief, uit de mond lopen v. voeding, kauwfunctie inadequaar bij vaste voeding, geen gericht transport door tong. Veel onrust tijdens voeding. Onvold. goede uitgangsh. Dun vl. en dik vl. zonder asp. goed wegge-slikt. Oraal transport is traag en inefficiënt. Naar buiten werken voeding. Stoornis in de orale voorbereidende fase en orale transportfase.
Advies	Optimale zithouding realiseren (<i>aangepaste stoel is al aangevraagd</i>). Logopedische therapie gericht op verbetering van van orale voeding, zowel dik vl. als dun vl. Maar geen vaste voeding i.v.m. aspiratie risico. Introductie van beker (<i>drinken uit beker werd al geprobeerd</i>). Training van afhappen. Experimenteren met kauwen.
Beleid na het slikspreekuur	Onbekend. Dit onderdeel is niet ingevuld.
Periode na slikspreekuur	1 jaar.

Tabel: Samenvatting Kind 14

	Kind 14
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Spina Bifida (L5), vroeg geopereerd. Boven niveau spina bifida duidelijk li/re verschil. Inspiratoire stridor o.b.v. slechte abductie van stembanden. Slikklachten v.a. geboorte, geleidelijk ontstaan, geen duidelijke oorzaak. Flesvoeding verliep moeizaam. Regelmatig last van koorts. Aantekeningen in OVL door Ida: Vaak op rand van longontsteking. Medicijnen: Dridase, Nitrofurantoïne, Trimethoprim.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Kan niet goed kauwen. Voedsel is in wangen verzameld. Voedsel komt na slikken terug in de mond. Propt eten in zijn mond. Hoest een paar keer per dag. Laat veel boertjes tijdens/na het eten Het is niet duidelijk of het voedsel echt is doorgeslikt of vast is blijven zitten achter in keel of tegen gehemelte. Slikt hoorbaar. Problemen bij dik vloeibaar en verdraagt hier geen stukjes of brokjes in. Alle voeding wordt fijn gemalen. Krijgt brood met korst/koek niet weg. Laat het in de mond weken en slikt dan door.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Terugspugen van eten. Krijgt onvoldoende eten en drinken binnen. Reden van verwijzing: Problemen met doorslikken van vast voedsel.
Hulpvraag	Samenvatting van vragen aan slikteam: Waarom is er hoorbare slik en niet goed weggrijpen van voeding? Waarom weigeren brokjes in gladde voeding? Hoe verloopt orale en faryngeale slikfase?
Onderzoek(en)	Logop. funct. slikonderz.: mondmotoriek en eet-/drink observatie. Foniatrisch onderzoek: anatomie, motoriek, sensibiteit en reflexen. Endoscopisch onderzoek v/d larynx: anatomie en functie stembanden en slikreflex. Röntgenslikonderzoek: peutermelk met Isovist, versch. consistenties met Barium.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Slikstoornis in orale fase v. vast voedsel, te verbeteren door gerichte slikinstructies. Geen sprake van asp. of stase. Coördinatie zuigen, slikken, ademen= prima. Onvold. fijnmalen tussen kiezen, geringe kauwbeweging. Stembanden staan in paramedianstand: minimale abductie (ook bij hoesten, huilen, kokhalzen en diep inademen). Stoornis in de orale voorbereidende fase.
Advies	Orale voeding voortzetten. Voor drinken: overgaan op drinken uit beker of d.m.v. een rietje. (Dit gebeurde al.) Flesvoeding d.m.v. speen met iets groter gat. Vast voedsel door zeef wrijven i.p.v. staafmixer, steeds grover maken. Kauwen stimuleren.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	1 jaar.

Tabel: Samenvatting Kind 15

	Kind 15
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Heeft tot 1e jaar normaal gegeten en gedronken, daarna (na ziekte) teruggevallen, sindsdien weigering van vast voedsel. Problemen zijn geleidelijk ontstaan na ongeveer drie jaar. Geen duidelijke oorzaak. Laatste jaren wel verbetering in voedingspatroon door adviezen van kinderarts. Snurkt met apnoe perioden. Regelmatig moe. Aantekeningen in OVL door Ida: Vaak ziek (vatbaar), last van amandelen. Is logop. behandeld voor slikklachten.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Spuugt vooral makkelijk bij druk maken. Krijgt onvoldoende eten en/of drinken binnen. Voedsel is verzameld in de wangen. Voedsel lijkt in de hals te blijven steken. Laat veel boertjes tijdens/na het eten. Af en toe pijn bij het slikken.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Klacht van de ouders is onbekend. Reden van verwijzing: Weigering van vast voedsel en makkelijk overgeven.
Hulpvraag	Logopedist: zijn er anatomische afwijkingen?
Onderzoek(en)	Foniatrisch onderzoek: mond-keelholte: anatomie, motoriek en de sensibiliteit van tong en palatum. Logopedisch onderzoek: eet- en drinkobservatie. Röntgenvideo slikonderzoek: Verschillende consistenties met Barium. Reflux onderzoek.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Bijna 'kissing' tonsillen met lymfadenopathie. Lichte retrognathie. Kan goed uit beker en met rietje drinken. Hapt goed af, verwerkt voeding gemakkelijk, slikt vlot door. Na 3x slikken: gevoel dat iets in keel blijft hangen. Orale, faryngeale en oesofageale fase verlopen goed. Reflux onderzoek negatief. Voor makkelijk overgeven geen oorzaak gevonden. Geen stoornis in de slikfases.
Advies	Neus- en keelamandelen verwijderen i.v.m. chronische moeheid en aanwijzingen voor een slaap-apnoe syndroom. Hoe voedselintake na ingreep zal veranderen is onduidelijk.
Beleid na het slikspreekuur	G1.2a: Operatie; keel en neusamandelen zijn verwijderd.
Periode na slikspreekuur	10 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 16

	Kind 16
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Geretardeerd. Wordt aan autisme gedacht. Slikklachten geleid. ontstaan in 1e jaar, meteen na de geboorte. Bij intro vaste voeding: uitspugen. Overgevoeligheid over hele lichaam wat betreft prikkels van buitenaf (mondgebied in het bijz.). Tanden poetsen niet mogelijk. Kinderarts begeleidt voedingsintake. Wordt aanvullend gevoed met nutrilon 3 en fortini. Gezondheid en groei verder goed. Gewicht wisselend. Aant. in OVL door Ida: Krijgt bijvoeding: nutrilon 3 en fortini. Logop. beh. slikklachten.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Kauwt niet. Lijkt niet te willen eten. Leren drinken uit een beker is een zeer moeizaam proces.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Weigert te eten en heeft een duidelijke afweer op haar mondgebied. Krijgt onvoldoende eten en/of drinken binnen. Reden van verwijzing: Weigering van vast en vloeibaar voedsel met korreltjes/brokjes
Hulpvraag	Achterhalen of er slikproblemen zijn. Arts v. gastro-afdeling WKZ: gaarne slikvideo om slik- dan wel passageprobleem uit te sluiten.
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: observatie van de mond en keel. Video-slikonderzoek: alleen dun vloeibaar (slokken van ca 3 cc). Logopedisch onderzoek: observatie van drinken uit zuigfles. Verder onderzoek niet mogelijk door overstuur zijn en paniecreacties.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Geen anat. afw. die het slikken bemoeilijken. Overgevoeligheid rond mondgebied --> introductie vast voedsel moeizaam. Geen functionele belemmeringen voor slikken dun vl.: vlotte passage, normale slikactie. Goed: zuigkracht en -ritme adequaat, coördinatie zuigen/slikken/ ademen. Belemmerende fact.: gedrag en overgevoeligheid in mondgebied. Geen stoornis in de slikfases.
Advies	Geen. Bij conclusie wordt aangegeven dat begrepen is dat al uitgebreide begeleiding plaatsvindt ten behoeve van de intake van vast voedsel.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	10 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 17

	Kind 17
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Psycho-mot. retard. a.g.v. vertraagde myelinisatie in de hersenen. Med. diagn. niet gesteld. Kleine gestalte. Rolstoel geb. Geen verstaanbare spraak. Voedingspatroon achteruitgegaan vanaf virusinfectie okt. 2003. Hele dag door spugen. Gastroscopie: reflux-oesophagitis. Beh. met Losec en Prepulsid. Klachten ondanks med. gerecidiveerd. Losec gestopt. Aanwijz. v. gedragsmatige component. Gedragsmatige aanpak is gestart. Adenotomie in het verleden.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Heeft alle consistenties gegeten. Spuugt vooral na inname dun vloeibaar, maar ook na dik vloeibaar. Weigert vaste voeding en krijgt deze inmiddels niet meer aangeboden. Indikken dun vloeibaar: 3 à 4 weken goed, daarna weer spugen. Lijkt erge honger en dorst te hebben. Drinkt gulzig maar spuugt het weer uit. Afgevallen. Er lijkt sprake van dreigende dehydratie.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Reden van verwijzing: Problemen met eten; weigeren vast voedsel en frequent spugen. Conditie gaat achteruit.
Hulpvraag	Van moeder, gevonden in Leuven inventarisatie-format: Uitsluiten/aantonen van afwijkingen in de functie/anatomie van mond, keel, oesophagus, maag.
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: observatie van ogen, oren, mond en keel. Reflexen en sensibiliteit mondgebied. Röntgen-slikonderzoek: water met Barium uit fles. Dik vl. op lepel (3 cc), stukjes brood gedrenkt in Barium. Logop. onderz.: observatie orale voeding + spugen.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Asp. v. dun vl. en dik vl. zonder hoestreactie. Teruggeven van voeding zonder duidelijke oorz. Norm. anat. v. oesophagus (transp. brood lijkt vertr.). Tong z. droog, opgedr. taai slijm i.d. mond. Tandvl. ontstoken. Dreigende dehydratie. Anat. mondh. norm. Bijtreflex. Licht hyper-sensibel in mondgeb. Kokhalsreactie bij indrukken wangen tussen kiezen. Zuigen, afhappen: g.b. Nauwelijks kauwen, te vlot doorslikken. Stoornis in de orale voorbereidende fase en faryngeale fase.
Advies	Telefonisch overleg m. kinderarts: korte termijn afspraak op polikliniek in Zwolle. Verder onderzoek en behandeling in ziekenhuis aldaar.
Beleid na het slikspreekuur	G1.2a: Operatie; Endoscopische anti-reflux operatie (WKZ).
Periode na slikspreekuur	10 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 18

	Kind 18
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Syndroom van Crouzon. Format Leuven: Macroglossie. Hypoplasie maxilla. 02–2005: Plaatsing Tracheostoma + tracheocanule i.v.m. obstructieve apneus. 03–2005: Plaatsing PEG-sonde i.v.m. aspiratie dun vloeibaar. 24uurs PH-metrie heeft geen reflux aangetoond volgens ouders. Groeit goed en zit lekker in zijn vel. Brief klinisch fysicus/ audioloog 04–'05: Gehoor vermoedelijk beiderzijds licht verminderd. Deze gegevens zijn van toepassing op het SSU van 9 mei.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Krijgt voeding via de PEG sonde + fruithap op lepel. Eet gretig. Hapt goed af. Deze gegevens zijn van toepassing op het SSU van 9 mei.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Geen.
Hulpvraag	Reden van verwijzing: Kunnen dik vloeibare en dun vloeibare voeding veilig per os worden gegeven? Deze gegevens zijn van toepassing op het SSU van 9 mei.
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: Anatomie en reacties in mond- en keelgebied. Flexibele scopie via de tracheacanule. Röntgenslikonderzoek: Fruithap met Isovist in half zittende houding. Dun vloeibaar met Isovist in fles. Deze gegevens zijn van toepassing op het SSU van 9 mei.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Orale voeding lijkt veilig. Palatum verdikt met groeve in het midden. Trekt wel op bij kokhalsreflex. Dik vloeibaar: goede orale transportfase, geen aspiratie. Dun vloeibaar: Vlot slikken zonder aspiratie. Geen stoornis in de slikfases. Deze gegevens zijn van toepassing op het SSU van 9 mei.
Advies	Logopedische therapie: blijft gecontinueerd. Wijziging in de wijze van aanbieden: lepelvoeding uitbreiden en af en toe drinken in fles aanbieden. Dit in overleg met diëtiste en kinderarts om de calorie intake in de gaten te houden. Deze gegevens zijn van toepassing op het SSU van 9 mei.
Beleid na het slikspreekuur	G1.2a: Operaties; Tracheacanule en PEG sonde. G1.3a: Logopedische therapie; in ziekenhuis de Gelderse Vallei. G1.4a: Verandering in eten; Wijziging in consistentie: starten met vaste voeding en langzaam laten wennen aan vast en vloeibaar. Wijziging in de wijze van aanbieden: steeds minder sondevoeding en meer orale voeding. Deze gegevens zijn van toepassing op de situatie na het SSU van 14 februari en dus niet bruikbaar.
Periode na slikspreekuur	9 maanden. --> Klopt niet. Moet 6 maanden zijn, wanneer uitgaan wordt van het SSU op 9 mei (waartoe bovenstaande gegevens behoren). Maar de ouders hebben het Evaluatie-formulier ingevuld voor het SSU op 14 februari, waardoor de gegevens helaas niet bruikbaar zijn voor de evaluatie (op onderdeel F na).

Opmerking:

Bij kind 18 is door een administratiefout van de projectgroep, de datum van een eerder slikspreekuur op het evaluatieformulier terechtgekomen. Hierdoor zijn de gegevens uit het evaluatieformulier, dat door de ouders zeer zorgvuldig en uitgebreid werd ingevuld, niet verenigbaar met de beginsituatiegegevens waarover de projectgroep beschikte. Door de projectgroep werden de anamnese, onderzoeks en adviesgegevens naar aanleiding van het slikspreekuurbezoek op 9 mei als T0-situatie genomen. Door de ouders werden gegevens verstrekt die van toepassing waren op de situatie ten tijde van het slikspreekuurbezoek van 14 februari en de periode die daarop volgde. Hierdoor konden helaas alleen de onderdelen A,B en F in de evaluatie betrokken worden.

Tabel: Samenvatting Kind 19

	Kind 19
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Albinisme. Slechte visus (10-15 %). Complexe hartafwijking, hartoperatie 2 wkn na geboorte. Daarna 3 à 4 mndn. sondevoeding. Voedingsinname is daarna op gang gekomen, wel moeite gehad met vast voedsel. Afgelopen 3 jr: bijvoeding: 3 pakjes Fortini p/d. Huidige voedingstoestand: goed. Slikklachten zijn geleidelijk ontstaan sinds de start van de bijvoeding (dik vloeibaar goed, vast moeizaam) en zijn constant aanwezig. Oorzaak onbekend.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Spuugt het vaste voedsel dat in de wangen verzameld wordt weer uit. Bij toch doorslikken vast voedsel: tranen in ogen (m.n. bij: niet lekker). Zeer langzaam en met kleine hapjes eten (bij: wel lekker). Aversie tegen brokjes in dun vl. + dik vl.. Krijgt onvoldoende eten en drinken binnen. Lijkt niet te willen eten en vertoont veel afweer. Lijkt pijn te hebben bij het slikken, soms tranen in de ogen.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Verzamelt voedsel in de wangen (warm eten).
Hulpvraag	Onbekend.
Onderzoek(en)	Foniatr. onderz.: observ. v. anat., mot., sens., refl.: mond en farynx; endoscopisch onderz.: larynx. Logopedisch onderzoek: reflexen, observatie tonus in gelaat; willekeurige mondmotoriek; eet- en drinkobservatie. Röntgenslikonderzoek: water met barium, Danoontje met barium, brood met barium, brood gedrenkt in Isovist.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Verhoogde kokhalsreflex. Stilst. larynxhelft. Stemb. li.: paramediaanstand, oorz. ws: recurrens aangedaan bij hartoperatie. Stemb. re. sluit goed. Orale fase bij brood: traag, kauwen moeiz., lijkt voedsel in wang te verzamelen, moet aangespoord worden om door te slikken. Dun en dik vl. wordt vlot geslikt, oesophaguspassage: g.b. Kokhalsrefl. bij brood m. Barium, brood m. Isovist: g.b. Geen aspiratie. Orale voeding goed mog. Stoornis in de orale voorbereidende fase.
Advies	Logopedische therapie in samenspraak met eettherapeut en diëtist. Eettherapeut heeft geen tijd voor poliklinische behandeling, in overleg zijn andere instellingen met ervaring op gebied van eettherapie genoemd. Geen aanvullend onderzoek geïndiceerd. Orale voeding voortzetten. Logopedist is gevraagd om na 1/2 jaar verslag op te sturen.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	9 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 20

	Kind 20
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Cerebrale dystone tetraparese o.b.v. ernstige perinatale asfixie. Respiratoire stridor. Regelmatig bronchitisachtige klachten (nooit/1x beginnende longontsteking), recent astma-aanval (inhalatiemedicatie nodig). Dec. 2004 adenotonsillectomie i.v.m. stridor --> geen verbetering. Submuc. palatumspleet, dubbele uvula. Epilepsie (Lioresal, Rivotril). Feb. 2005: PEG. (1/2 voeding oraal, 1/2 PEG.). Sinds de geboorte slikklachten die wat toenemen. Logop. behandeling gehad m.b.t. slikken.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Regelmatig verslikken, ook bij niet eten. Hoest een paar keer per maaltijd. Hoest na het slikken, zodat er soms voeding terugkomt. Borrelige stem na slikken. Lijkt niet zo graag te willen eten en vertoont veel afweer. Tijdens eten overstrekken, slikken lijkt dan beter te gaan. Eet alleen dik.vl. zonder stukjes op kamertemperatuur. Kan niet goed uit beker drinken, afhappen en kauwen. Voedsel lijkt in hals te blijven steken.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Bij eten lijkt de luchtpijp dicht te gaan. Na 1 hap benauwd worden.
Hulpvraag	Revalidatiearts en logopediste Revalidatiecentrum: Verloopt slikproces veilig? Geeft slikonderz. aanknopingspunten voor verder onderz. naar de stridor? Is er kwalitatief verschil te zien bij versch. consistenties en/of houdingen. Geeft slikonderz. aanknopingspunten voor verdere begeleiding op gebied van eten en drinken?
Onderzoek(en)	KNO-onderzoek: neus en mondholte: anatomie reacties in mondgebied. Bestudering van verslag bronchoscoopie met fyberscoop (06-2004). Logop. onderz.: vragen stellen n.a.v. brief van behandelend logopedist (o.a. houding). Röntgenvideo-slikonderz.: water met Isovist uit tuitfles, Danoontje met Isovist + Nutilis; in versch. houdingen.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Aspiratie bij dun vloeibaar (geen hoestreactie). Aspiratie dik vloeibaar als hoofd in nek. Bijtreflex. Pallatum lijkt voldoende lang en trekt goed op bij kokhalsreflex. Tracheomalacie. Eet niet graag. Vertoont vrij veel afweer in de mond. Redelijke lipsluiting. Eethouding naar mening logopedist te horizontaal. Afhappen moeizaam. Orale transp.fase verloopt wat vertraagd, soms 2 x slikken nodig om bolus weg te krijgen. Stoornis in de orale voorbereidende fase, orale transportfase en faryngeale fase.
Advies	Zoeken naar houding waarin hoofd iets naar voren ligt, maar wel ruimte is om andere houding op te zoeken indien gewenst. Hapjes rustig, met pauzes aanbieden, zodat kans gegeven wordt om bij te ademen door hoofd naar achteren te leggen. Wachten tot adem rustig is. Max. etenstijd aanhouden: 30 min. Rest via PEG. Logopedist kan altijd contact opnemen.
Beleid na het slikspreekuur	G1.2A: Operatie; PEG. (dit is voor het slikspreekuur (ook?) gebeurd.) G1.4a: Verandering in eten; Wijziging in consistentie: alleen nog maar danoontjes. Wijziging in de hoeveelheid: hij eet nog minimaal, niks moet. G1.5A: Verandering in houding, namelijk: rechte nek.
Periode na slikspreekuur	8 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 21

	Kind 21
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Ernstige mentale retardatie, mogelijk genetische oorzaak i.v.m. consanguiniteit v. ouders. Status epilepticus in 1998 (sindsdien: Depakine). Zit in rolstoel. Goede algemene conditie. Spreekt niet. Slikproblemen geleidelijk ontstaan sinds start bijvoeding in babytijd. Zowel bij eten als drinken, voornamelijk bij dun.vl., hard en warm voedsel. Klachten zijn wisselend en met tussenpozen aanwezig. Aantekening in OVL door Ida: Oorz. (vlgn. ouders): te snel drinken. Logop. behandeld i.v.m. slikklachten.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Kan niet goed van lepel afhappen, niet goed kauwen. Klachten treden op bij dun vloeibare en vaste voeding en bij warm eten. Lijkt geen pijn te hebben tijdens slikken.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Verslikken en dan bijna stikken. Reden van verwijzing: Eet- en slikproblemen.
Hulpvraag	Onbekend.
Onderzoek(en)	Foniatrisch onderz.(beperkt door bijt-reflex): Mond en keel: reflexen. Geen endoscopisch onderz.. Logop. funct. slikonderz.: mondfuncties t.b.v. opname van orale voeding, slikfunctie. Röntgenvideo-slikonderzoek: fijngeprakte banaan met Barium (lepel), brood met boter + jam met Barium en beker dun vocht met Barium.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Slikstoornis met sympt. in orale fase, niet te verbeteren door slikinstructies. Heftig verslikken bij log. onderz. Min. asp. bij 1e slok dun vl. (zonder adequate hoestreactie), dan vlot drinken zonder asp.. Dik vl. + vaste voeding geen afw.. Bijtreflex. Sterk vertraagde kokhalsrefl. Afhappen niet actief. Geen kauwfunctie. Transp. n. achteren door zuigende bewegingen; moeizaam en traag. Dun vocht wordt niet aangezogen uit beker. Stoornis in de orale voorbereidende fase en orale transportfase.
Advies	Dun vloeibare en dik vloeibare voeding is mogelijk. Geen stukken die gekauwd moeten worden. Eten dient gecontroleerd te gebeuren. Pas volgende hap aanbieden als vorige is doorgeslikt. Snel drinken dient onderbroken te worden. Overleg met ouders "wat doen bij verslikken": mond-keelholte vrijmaken met vinger. Heimlich-manoeuvre (werd uitgelegd en voorgedaan). Verslikincidenten af en toe (1 week) turven.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	8 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 22

	Kind 22
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Syndroom v. Down. Subklin. hypothyreoidie. 12-'04 RS-bronchiolitis gecomplic. door longempeem met opname IC WKZ. RSV: 02/03-'04 en 11-'04. Terugkomende pneumon. sinds 11-'04. Slikkl. m.n. dik vl. geleidelijk ontst. sinds start bijvoeding 08-'03. Oorz. onbekend. Sinds verdikken met Nutilis is verslikk. duidelijk vermind., maar toch nog 1 à 2 x p/d.. 1x gezien door logopedist Downteam. Medicatie: profylaxe (antibiotica innemen om endocarditis te voorkomen?) Co-trimoxazol.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Kan niet goed uit beker drinken. Tijdens pneumonie ook probl. met slikken van speeksel. onvold. eten/drinken. Door tijdelijk weigeren voeding/vocht te weinig eten/drinken binnenkrijgen. Voedsel blijft steken in hals. Voedsel komt na het slikken terug door de neus. Hoesten na slikken, waarbij af en toe voedsel door neus terugkomt. Hoesten tijdens het slikken. Lijkt niet te willen eten en vertoont veel afweer.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Verslikken in melk, water etc.. Daardoor tijdelijk voedsel/vocht weigeren. Reden van verwijzing volgens ouders: toenemend verslikken bij dun vl., m.n. tijdens bovenste luchtweginf. Reden van verwijzing kinderarts WKZ: veelvuldig verslikken en recidiverende pneumonie sinds 11- 2004.
Hulpvraag	Logopedist Downteam: Slikvideo om reden verslikken te achterhalen.
Onderzoek(en)	Foniatisch onderzoek: observatie v. anatomie en functie v. mond en keel. Flexibele nasofaryngoscopie. Logop. funct. slikonderz.: tonus, mondmotoriek, eetobservatie. Röntgenvideo-slikonderz.: melk, Nutilis + Isovist, water met Isovist, appelmoes met Isovist. Dik vl. met lepel, dun vl. met flesje met tuit.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Slikstoorn. met sympt. vooral in orale fase: weinig orale boluscontr., niet te verbeteren door slikinstructies. Late slik, asp. bij dun vloeibaar. Hypotone mondmusc.. Weinig willek. contr. over tong. Kauwen weinig effectief. Slikt appelmoes en vast voeds. vlot weg zonder verslikken. Opvallend snelle orale fase. Goede velo-faryngeale afsluiting. Geen neusregurgitatie. Ingedikte melk: 3 x slikken nodig om 1 cc weg te krijgen. Stoornis in orale voorbereidende fase, orale transportfase en faryngeale fase.
Advies	Dun vl. indikken (<i>gebeurde al</i>). Zoveel mogelijk in vertic. houding laten drinken. Dik vloeibare en vaste voeding voortzetten. Geen aanvullend onderzoek op slikgebied. Controle over ca 1 à 2 jaar kan eventueel afgesproken worden om te bekijken of de techniek veranderd/verbeterd is en of dun vloeibare voeding gegeven kan worden. Begeleiding (observatie en adviezen) eten en drinken door logopedist.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	8 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 23

	Kind 23
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Psychomotore retardatie (ZMLK). Aan autisme verwante problemen. Gehooronderzoek, logopedisch onderz., foniatisch onderz. Met als advies: hoortoestelaanpassing, trainen van velum (blaas- en zuig oefeningen), verder log. onderz. t.a.v. neusregurgitatie. Neusregurgitatie al wat langere tijd aanwezig. Door oefeningen minder neusregurg.. Alerter sinds hoortoestellen. Regelmatig loopoor links, dan geen hoortoestel in.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Geen
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Voeding komt terug via de neus. De hele dag door veel productie van snot in neus en keel. Reden van verwijzing: Terugloop van voeding door de neus.
Hulpvraag	Onbekend
Onderzoek(en)	KNO-onderz.: oren, velum, tongmotoriek was niet te testen. Logop. funct. slikonderz.: eet- en drinkobservatie, orale structuren. Röntgenvideo-slikonderz.: Limonadesiroop met Barium (beker), koekje met Barium.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Geen slikstoornis. Velum wat aan korte kant, wordt wel opgetrokken bij wurgreflex. Velofaryngeale functie is voldoende bij slikken. Geen aspiratie. Mogelijk komt de neusregurgitatie (tijdens onderz. niet waargenomen) door onvoldoende coördinatie tijdens het slikken door vermoeidheid of snel en onnadenkend slikken. Veel voorwaartse tongbeweging. Sterk open monddrag. Geen stoornis in de slikfases.
Advies	Voortzetten van verhemelte oefeningen (blaas- en zuigspelletjes), is ook stimulerend voor lipmotoriek. Zoveel mogelijk lipsluiting en neusademhaling stimuleren, i.v.m. vele snot en dichtzitten neus. Geen follow-up, wel: i.v.m. geconstateerde oorproblematiek: halfjaarlijkse controle door stafid KNO.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	7 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 24

	Kind 24
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Uit format Leuven: Pre-dysmatuur. Motorische achterstand . CHARGE-associatie. Sondevoeding sinds geboorte. PEG sinds 10-'02. Gastro-oesophageale reflux, Thal-fundoplicatie. Longonsteking , vaak luchtweginfecties. Med.: Zithromax. 09-'03 en 06-'04 ook SSU bezocht. Slikkl. sinds geb., vermind., constant aanw., oorz. onbekend. Aant. OVL: Eet sinds 10-'04 dik vl. + gepureerd voedsel. Goed gegroeid. Eet alle dik vl. voeding per os, dun vl. via PEG. Logop. beg. voor slik., mondmot. + spraak.
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Kan niet goed afhappen, kauwen, uit beker drinken. Na slikken blijft voedsel achter in mond. Hoesten, een paar keer per maaltijd. Andere/ borrelige stem na slikken voedsel.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Geen.
Hulpvraag	Slikvideo om te observeren of inname dun vloeibaar via rietje veilig kan doorgaan.
Onderzoek(en)	KNO-onderz.: observatie mond-keelholte. Sensibiliteit is niet getest. Logop. functioneel slikonderzoek niet uitgevoerd, wel overleg met behandelend logopedist. Röntgenslikonderz.: hapjes dik vloeibaar, dun vloeibaar (onverdunde Isovist).
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Dun vloeibaar: residu in sinus piriformis resulterend in penetratie, aspiratie bij bijna iedere slok. Hoesten op commando en naslikken niet effectief. Dik vloeibaar: beter, maar sprake van stase in sinus piriformis (beiderzijds) met minimale obstipatie en minimale aspiratie zonder hoestreflex. Kort palatum, mediaan gegroeid. Stoornis in de faryngeale fase.
Advies	Geen dun vloeibaar geven. Zo min mogelijk (dikke) melkproducten laten drinken (i.v.m. slijmproductie die onvold. weggeslikt kan worden). Ev. na melkprod. paar hapjes fruit of groente geven. Geen controle afspraak. Bij nieuwe vragen contact opnemen met Mevr. Zwitserlood.
Beleid na het slikspreekuur	G1.3a: Logopedische therapie. G1.4a: Verandering in eten: wijziging in consistentie, nl: dik vloeibaar. Anders: steeds na drie happen op laten hoesten werkt nog het allerbeste. G1.6a: Andere stappen die zijn ondernomen: het ophoesten na drie happen.
Periode na slikspreekuur	7 maanden.

Tabel: Samenvatting Kind 25

	Kind 25
Medische achtergrond/ Algemene anamnese Groen= uit brief Roze= uit OVL	Ernstige psychomotore retardatie en epilepsie o.b.v. Liss encephalie (waarschijnlijk aangeboren). Thuis in rolstoel. Spastisch. Bronchitis. Slikklachten vanaf geboorte, constant. Onderzocht door logopedist in revalidatiecentrum. Moeder heeft hiervan meegenomen: vooral rechtop zittend voeden in speciale stoel. Goede voedingstoestand, groeit goed. Ongeveer 3 x p. mnd. 2 à 3 dagen koorts. Med.: Depakine
Aanvullende problematiek, specifiek m.b.t. de voeding. Groen= overige 'klacht' uit brief. Roze= overige 'klacht' uit OVL.	Hoesten bij alle consistenties, vooral bij vast en dik vloeibaar voedsel. Kan niet goed uit fles/borst drinken en afhappen. Voedsel wordt ondanks veel mondbewegingen niet naar de keel getransporteerd. Eten drinken loopt voor het slikken uit de mond. Er blijft na het slikken voedsel achter in de mond.
Klacht Groen= uit brief. Roze= uit OVL.	Verslikken bij dun vl., dik vl. en vaste voeding. Reden van verwijzing: hoesten bij de voeding, verdenking op aspiratie.
Hulpvraag	KNO-Arts van St. Jansdal ZH: Gaarne slikonderzoek, zonodig slikvideo om probleem te beoordelen en tot advies te komen voor zo veilig mogelijk slikken.
Onderzoek(en)	Foniatrisch onderz.: anatomie, sensibiteit en reflexen van mond en farynx. Endoscopisch onderz. Niet verricht. Logop. funct. slikonderz.: observatie flesvoeding en lepelvoeding. Röntgenvideo-slikonderz.: Danoontje met Barium (lepel), melk met Barium (fles), brood met Barium.
Diagnose/ Uitkomst onderzoek	Slikstoornis in orale fase. Geen asp. waargenomen. Sterke hypersensibiliteit (mond, farynx). Kokhalsrefl. onmidd., seconden lang, met hoesten. Flesvoeding: tong ver uit mond onder speen. Wisselt adequaat zuigen af met sabbelen en veel knoeien. Veel pauzes. Moeizaam transport dik vl. (voor-achterw. tongbeweging.) Soms uitspugen na kokhalsrefl. Hinderlijke bijreflex. Infantiele slik. Geen actieve afhap of kauwbeweging. <u>Stoornis in de orale voorbereidende fase en orale transportfase.</u>
Advies	Letten op de houding. Alle consistenties kunnen gegeven worden. Vaste voeding pureren of prakken met veel vocht (geen grote vaste delen). Kleine hapjes geven. Ouders zoeken contact met diëtiste voor begeleiding voedingssituatie. Geen controle afspraak. Bij vragen kan met M. Menheere contact op worden genomen.
Beleid na het slikspreekuur	
Periode na slikspreekuur	6 maanden.

Tabellen: Voor- en nameting per kind

Tabel: Voor- en nameting Kind 1 t/m 3

		Kind 1	Kind 2	Kind 3
Gesl.		meisje	meisje	Jongen
Lftd	T0	2 mnd	8 mnd 3 wkn	15;6 jaar
Lftd	T1	1;10 jaar	2;3 jaar	16;11 jaar
o				moeder
I				moeder, pers beg, logo
II				woonbegeleiders
A1	T0	4,6 kg	9,8 kg	?
	T1			31 kg
A2	T0	57,8 cm	72 cm	?
	T1			145 cm
A3				niet veranderd
A4				niet gegroeid
B1	T0	Alleen via de mond.	Alleen via de mond.	Alleen via de mond.
	T1			Via de mond en d.m.v neus/maag sonde.
B2	T0	Uit Difraxfles met bodemventiel en kromme hals + speen met klein gaatje.	Uit de fles, met lepel en uit een beker.	Van een lepel, met een vork. Eet zelf met hulp.
	T1			Wordt gevoed, krijgt drinken aangeboden, van metalen vork/lepel.
B3	T0	Dun vloeibaar (normaal voor een baby van 2 maanden).	Dun vloeibaar en dik vloeibaar.	Dik vloeibaar, vast voedsel (oa. brood met pindakaas).
	T1			Vast voedsel en dik vloeibaar.
B4	T0	Huilt soms kort, na het eten en drinken.	Onbekend.	Lijkt niet te willen drinken, vertoont veel afweer. Geen duidelijke voorkeur qua smaak.
	T1			Afkeer.
B5	T0	Voldoende.	Twijfels over voldoende vocht intake.	Duidelijk te weinig vocht. (<i>Volgens instell-ingsarts. In elk geval te weinig intake v. vocht.</i>)
	T1			Voldoende.

Tabel: Voor- en nameting Kind 4 t/m 6

		Kind 4	Kind 5	Kind 6
Gesl.		jongen	jongen	jongen
Lftd	T0	2;6 jaar	1;0 jaar	17;6 jaar
Lftd	T1	3;9 jaar	2;3 jaar	18;9 jaar
o		Moeder		Moeder
I		Moeder, logo (sophia revalidatie)		Moeder, vader
II		Moeder		Moeder, logo Westerho
A1	T0	?	?	32 kg
	T1	12,6 kg		30 kg
A2	T0	?	?	?
	T1	97 cm		160 cm
A3		aangekomen, 1,4 kg		niet veranderd
A4		gegroeid, 8,4 cm		gegroeid
B1	T0	Via de mond en via de neus/maagsonde.	Alleen via de mond.	Via de mond en d.m.v. een PEG-sonde.
	T1	Alleen via de mond.		Via de mond en d.m.v. een PEG-sonde.
B2	T0	Metalen lepeltje, beker en een spuitje.	Uit de fles, met een lepel en uit een beker.	Met lepel.
	T1	Eet zelf met hulp; plastic lepel/vork, uit een beker. Krijgt drinken aangeboden; uit beker, door rietje.		Wordt gevoed, krijgt drinken aangeboden, van metalen en plastic lepel/vork.
B3	T0	Dik vl. en dun vl. Probeert af en toe vast voedsel (enkele th.l.), kauwt, spuugt 't dan uit (slikt niet door).	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en gepureerd eten.	Vast en dik vloeibaar wanneer kind er zelf om vraagt.
	T1	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.		Vast voedsel en dik vloeibaar.
B4	T0	Afweer (weigeren) van dun vloeibaar. Nieuws-gierig naar voeding en vraagt ernaar. Geen afkeer v. smaken of structuren. Lijkt bang te zijn voor slikken.	Lijkt niet te willen eten en drinken, vertoont veel afweer, huilt vaak tijdens de voeding.	Vertoont regelmatig veel afweer. <i>Was wel (tijdelijk?) geobsedeerd door eten.</i>
	T1	Tevredenheid*, afkeer**		Plezier en afkeer en iets anders: nl afhankelijk van zijn gezondheids toestand positieve of negatieve reactie.
B5	T0	Duidelijk te weinig.	Misschien te weinig vocht. (<i>I.v.m. meerdere malen dehydratatie en weigering vl. voeding.</i>)	Voldoende.
	T1	Waarschijnlijk te weinig		Voldoende.

Tabel: Voor- en nameting Kind 7 t/m 9

		Kind 7	Kind 8	Kind 9
Gesl.		jongen	jongen	meisje
Lftd	T0	2;4 jaar	24;5 jaar	19;4 jaar
Lftd	T1	3;6 jaar	25;6 jaar	20;5 jaar
o		Moeder		
I		Moeder, vader		
II		Moeder, vader		
A1	T0	13 kg	40 kg	41 kg
	T1	15,5 kg		
A2	T0	91 cm		162 cm
	T1	101 cm		
A3		aangekomen, 1 kg		
A4		gegroeid, 1cm		
B1	T0	Volledig via PEG, pogingen met dik vloeibaar en dun vl.	Via PEG sonde en via de mond.	Aleen via de mond.
	T1	Via de mond en d.m.v. neus/maag, PEG en andere sonde.		
B2	T0	Met een lepeltje en uit een open beker.	Met een lepeltje.	Met een lepel en uit een beker.
	T1	Eet en drink zelf, met hulp, van metaal en plastic, uit de hand, uit beker met tuit en neusuitsp. en door een rietje.		
B3	T0	Dagelijks kl. beetjes dik vl., dun vloeibaar, gepur. (glad) eten, fruit. Soms: sabbelen op liga.	Dik vloeibaar, gemalen warm eten en koud eten/drinken.	Dik vloeibaar en dun vloeibaar (<i>en prakjes</i>).
	T1	Vast voedsel, dik vloeibaar en dun vloeibaar.		
B4	T0	Wil heel graag eten. Lijkt voorkeur te heb-ben v. pittiger smaken.	Soms huilen na drink-en: wil dan méér. Wil graag voeding per os. Ook soms geen inte-resse voor eten (weig.) of huilen bij eten.	Eet graag.
	T1	Tevredenheid, irritatie, frustratie, angst, afkeer.		
B5	T0	Voldoende.	Onvoldoende volgens ouders (+ gewicht lijkt laag voor leeftijd).	Onbekend.
	T1	Ruim voldoende.		

Tabel: Voor- en nameting Kind 10 t/m 12

		Kind 10	Kind 11	Kind 12
Gesl.		jongen	jongen	meisje
Lftd	T0	2;6 jaar	2;3 jaar	2;5 jaar
Lftd	T1	3;6 jaar	3;3 jaar	3;5 jaar
o		Moeder, vader	Moeder	Moeder
I		Moeder, vader	Moeder, vader	Moeder, behandelend logopediste
II		Moeder.	Moeder	Moeder
A1	T0	?	18 kg	± 11,5 kg
	T1	12,5 kg	20 kg	± 14 kg
A2	T0	?	± 93 cm	± 85 cm
	T1	98 cm	?	± 92 cm
A3		aangekomen, 2 kg	niet veranderd	aangekomen, 2-3 kg
A4		gegroeid, 10 cm	gegroeid,nl..?	gegroeid, 4-6 cm
B1	T0	Alleen via de mond.	Alleen via de mond.	Voornamelijk via PEG-sonde en minimaal via de mond.
	T1	Alleen via de mond.	Alleen via de mond.	Via de mond en d.m.v. een PEG-sonde
B2	T0	Met een lepel, uit een beker zonder tuit.	Met een lepeltje, uit een gewone beker.	Drinken aangeb. uit gewone beker. Voeding v. lepel, uit hand.
	T1	Zelfst.: beker. Met hulp: metalen lepel/vork. Wordt gevoed met: lepel/vork.	Zelfst. eten en drinken. Metalen lepel/vork. Plastic lepel/vork.	Wordt gevoed, krijgt het drinken aangeboden. Van een plastic lepel/vork, uit een beker met neusuitsparing, door een rietje, anders: gewone beker
B3	T0	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	Vaste voeding, dik vloeibaar en dun vloeibaar.	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding, minimale hoeveelheden.
	T1	Dik vloeibaar, dun vloeibaar. (Ouder kruist wel bij C12, C13, C14 de optie: bij vast voedsel aan.)	Vast voedsel	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.
B4	T0	Eet graag. Probeert alles uit wat ouders eten. Kaut er op en slikt soms door.	Onbekend.	Wil meestal wel eten, slikt echter niet graag (of slecht). Wel interesse voor eten en smaken.
	T1	Frustratie, angst en afkeer.	Plezier, tevredenheid.	Plezier. Iets anders: gezellig samen zijn.
B5	T0	Onbekend.	Voldoende.	Onbekend.
	T1	Voldoende.	Ruim voldoende.	Duidelijk te weinig.

Tabel: Voor- en nameting Kind 13 t/m 15

		Kind 13	Kind 14	Kind 15
Gesl.		meisje	jongen	jongen
Lftd	T0	2;2 jaar	1;7 jaar	6;0 jaar
Lftd	T1	3;2 jaar	2;7 jaar	6;10 jaar
o		Vader	Moeder	Moeder
I		Vader	Moeder, vader	Moeder, vader
II		Vader en moeder	Moeder	
A1	T0	± 12,3 kg	9,4 kg	?
	T1	15,3 kg		24,1 kg
A2	T0	± 87,4 cm	78 cm	?
	T1	103 cm		124 cm
A3		niet van gewicht veranderd		aangekomen, 7 kg
A4		gegroeid, ? cm		gegroeid, 3 cm
B1	T0	Voorn. via PEG-sonde en min. via de mond.	Alleen via de mond.	Alleen via de mond.
	T1	Alleen PEG-sonde (?).		Via de mond en dmv een neusmaag-, PEG- en andere sonde.
B2	T0	Met een lepeltje, af en toe beker, spuitje: dun vloeibaar.	Drinkt m.b.v. fles + speen, uit beker, met rietje. Hapt af van lepel. Propt eten in mond.	Elke wijze.
	T1	Wordt gevoed, krijgt het drinken aangeboden. Anders is aangekruisd.		Eet en drinkt zelfstandig, van een metalenlepel/vork, uit een beker. Drinkt met hulp. Krijgt het drinken aangeboden
B3	T0	Alleen PEG-sonde	Dik vloeibaar zonder stukjes, dun vloeibaar, vaste voeding.	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding.
	T1	Dun vloeibaar.		Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.
B4	T0	Onbekend.	Eet graag. Moet heftig huilen als hij niet snel genoeg zijn voeding krijgt.	Onbekend.
	T1	Plezier.		Tevredenheid.
B5	T0	Voldoende.	Krijgt onvoldoende eten en drinken binnen. (Maar eet volgens ouders veel.)	Waarschijnlijk te weinig. (Ouders stellen: krijgt te weinig voeding binnen.)
	T1	Misschien te weinig.		Voldoende.

Tabel: Voor- en nameting Kind 16 t/m 18

		Kind 16	Kind 17	Kind 18
Gesl.		meisje	meisje	jongen
Lftd	T0	3;4 jaar	6;8 jaar	3 mnd; 2wk
Lftd	T1	4;2 jaar	7;6 jaar	1;1 jaar
o			Moeder	Moeder
I			Moeder	Moeder, vader, verpleegk. + arts ass. Eekh.
II			Moeder	Moeder
A1	T0	13 kg	19 kg	?
	T1		19 kg	10,5 kg
A2	T0	92 cm	115 cm	?
	T1		117 cm	76 cm
A3			aangekomen, 4kg	5 kg
A4			gegroeid, ± 4 cm	15 cm
B1	T0	Alleen via de mond.	Alleen via de mond.	Via de mond en d.m.v. een PEG-sonde.
	T1		Alleen via de mond.	Alleen via de mond.
B2	T0	Fles en lepel. Beker.	Fles en lepel.	Met een lepeltje.
	T1		Drinkt zelf met hulp; uit een beker met tuit, door een rietje. Wordt gevoed van een metalen lepel/vork, van een plastic lepel, vork.	Wordt gevoed en krijgt drinken aangeboden; van een plastic lepel/vork, uit de hand, uit een normale beker.
B3	T0	Dun vloeibaar en dik vloeibaar zonder korreltjes of brokjes.	Dik vloeibaar en enkele zachte fruitstukjes.	Dik vloeibaar (en dun vloeibaar?).
	T1		Vast voedsel*, dik vloeibaar, dun vloeibaar.	Vast voedsel, dik vloeibaar, dun vloeibaar.
B4	T0	Veel afweer en weigering.	Onbekend.	Eet gretig.
	T1		Tevredenheid.	Plezier, tevredenheid, ongeduld.
B5	T0	Waarschijnlijk te weinig, wel voldoende voor groei.	Duidelijk te weinig, m.n. ook vocht. (Afgevallen, dreigende dehydratie.)	Groeit goed, zit lekker in zijn vel en heeft PEG. <i>Waarschijnlijk: voldoende?</i>
	T1		Ruim voldoende.	Voldoende.

Opmerking:

Bij kind 18 is door een administratiefout van de projectgroep, de datum van een eerder slikspreekuur op het evaluatieformulier terechtgekomen. Hierdoor zijn de gegevens uit het evaluatieformulier, dat door de ouders zeer zorgvuldig en uitgebreid werd ingevuld, niet verenigbaar met de beginsituatiegegevens waarover de projectgroep beschikte. Door de projectgroep werden de anamnese, onderzoeks en adviesgegevens naar aanleiding van het slikspreekuurbezoek op 9 mei als T0-situatie genomen. Door de ouders werden gegevens verstrekt die van toepassing waren op de situatie ten tijde van het slikspreekuurbezoek van 14 februari en de periode die daarop volgde. Hierdoor konden helaas alleen de onderdelen A, B en F in de evaluatie betrokken worden.

Tabel: Voor- en nameting Kind 19 t/m 21

		Kind 19	Kind 20	Kind 21
Gesl.		jongen	meisje	meisje
Lftd	T0	9;10 jaar	2;3 jaar	14;7 jaar
Lftd	T1	10;7 jaar	2;11 jaar	15;3 jaar
o			Moeder	
I			Moeder, vader	
II			Moeder	
A1	T0	28 kg	12 kg	?
	T1		14 kg	
A2	T0	129 cm	90 cm	?
	T1		100 cm	
A3			aangekomen, 2kg	
A4			gegroeid, 10cm	
B1	T0	Aleen via de mond.	Via de mond en d.m.v. PEG-sonde.	Alleen via de mond.
	T1		Via de mond en d.m.v. een PEG sonde.	
B2	T0	Met lepel en vork. Beker.	Rolyan lepeltje, fles met flexibele tuit.	Met een lepel. Beker.
	T1		Wordt gevoed; van een plastic lepel/vork.	
B3	T0	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding.	Glad gemalen dik vloeibare voeding, soms nog ingedikt.	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding.
	T1		Dik vloeibaar.	
B4	T0	Aversie tegen brokjes in dun vloeibare en dik vloeibare voeding. Eet graag: pannenkoeken, vissticks, patat.	Ouders: Lijkt niet zo graag te willen eten. Veel afweer (<i>ws a.g.v. tonusprobleem.</i>)	Onbekend.
	T1		Frustratie, afkeer.	
B5	T0	Waarschijnlijk te weinig. (<i>vlgn's ouders te weinig, vlgn's diëtist voldoende.</i>)	Onbekend.	Onbekend.
	T1		Voldoende.	

Tabel: Voor- en nameting Kind 22 t/m 24

		Kind 22	Kind 23	Kind 24
Gesl.		jongen	meisje	jongen
Lftd	T0	3;1 jaar	9;4 jaar	6;6 jaar
Lftd	T1	3;9 jaar	9;11 jaar	7;3 jaar
o				Moeder
I				Moeder
II				Moeder
A1	T0	12 kg	?	?
	T1			24 kg
A2	T0	?	?	?
	T1			118 cm
A3				aangekomen, 3 kg
A4				gegroeid, 2 cm
B1	T0	Alleen via de mond.	Alleen via de mond.	Via de mond en d.m.v. PEG-sonde.
	T1			Via de mond en d.m.v. PEG sonde.
B2	T0	Fles en lepel. Wil graag alles zelf doen maar heeft hulp nodig bij het eten.	In elk geval: beker, uit de hand.	In elk geval rietje en lepel.
	T1			Eet zelfstandig, eet met hulp en wordt gevoed van metalen lepel/vork.
B3	T0	Dik vloeibare en vaste voeding.	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en vaste voeding.	Dun vloeibaar, dik vloeibaar en gepureerd (warm) eten.
	T1			Dik vloeibaar.
B4	T0	Onbekend.	Onbekend.	Onbekend. (Geen afweer).
	T1			Plezier, frustratie, ongeduld.
B5	T0	Misschien te weinig. (<i>Weigert soms tijdelijk vocht of voeding door verslikken.</i>)	Onbekend.	Voldoende. (<i>Ook vanwege PEG, orale voeding en goede groei.</i>)
	T1			Ruim voldoende.

Tabel: Voor- en nameting Kind 25

		Kind 25
Gesl.		jongen
Lftd	T0	1;10 jaar
Lftd	T1	2;4 jaar
o		
I		
II		
A1	T0	?
	T1	
A2	T0	?
	T1	
A3		
A4		
B1	T0	Alleen via de mond.
	T1	
B2	T0	Fles en lepel.
	T1	
B3	T0	Brood en koekjes m. vocht fijngemaakt tot papperige subst.. Dun vl.. Gepur. warm eten.
	T1	
B4	T0	Onbekend. (Geen afweer).
	T1	
B5	T0	Voldoende. (Goede voedingstoestand, groeit goed.)
	T1	

Tabellen: Scores per kind

Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdeel C

		Kind 1			Kind 2			Kind 3			Kind 4			Kind 5		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
C1	1.25								-5.00	-6.25		5.00	6.25			
C2	0.5								-5.00	-2.50		nvt	X			
C3	0.5								-5.00	-2.50		nvt	X			
C4	1.25								-5.00	-6.25		5.00	6.25			
C5	1								nvt	X		nvt	X			
C6	1.75								-5.00	-8.75		nvt	X			
C7	1.5								0.00	0.00		10.00	15.00			
C8	1								nvt	X		nvt	X			
C9	1								nvt	X		nvt	X			
C10	1.75								nvt	X		10.00	17.50			
C11	1								nvt	X		10.00	10.00			
C12	1.25								nvt	X		10.00	12.50			
C13	1								nvt	X		10.00	10.00			
C14	1								nvt	X		5.00	5.00			
C15	1								nvt	X		5.00	5.00			
C16	0.5								nvt	X		nvt	X			
C17	1								nvt	X		nvt	X			
C18	0.75								nvt	X		nvt	X			
C19	0.75								nvt	X		nvt	X			
C20	1								0.00	0.00		nvt	X			
C21	1								0.00	0.00		10.00	10.00			
Subtotaal C-vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		-25.00	-26.25		80.00	97.50		0.00	0.00

Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdeel C

		Kind 6			Kind 7			Kind 8			Kind 9			Kind 10		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	Tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
C1	1.25		0.00	0.00		-5.00	-6.25		n.i.	X					5.00	6.25
C2	0.5		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
C3	0.5		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
C4	1.25		-10.00	-12.50		0.00	0.00		n.i.	X					5.00	6.25
C5	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					5.00	5.00
C6	1.75		5.00	8.75		10.00	17.50		n.i.	X					nvt	X
C7	1.5		5.00	7.50		0.00	0.00		n.i.	X					10.00	15.00
C8	1		5.00	5.00		0.00	0.00		n.i.	X					nvt	X
C9	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					10.00	10.00
C10	1.75		5.00	8.75		5.00	8.75		n.i.	X					-5.00	-8.75
C11	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					10.00	10.00
C12	1.25		nvt	X		10.00	12.50		n.i.	X					5.00	6.25
C13	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					0.00	0.00
C14	1		0.00	0.00		0.00	0.00		n.i.	X					5.00	5.00
C15	1		0.00	0.00		nvt	X		n.i.	X					5.00	5.00
C16	0.5		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
C17	1		0.00	0.00		10.00	10.00		n.i.	X					10.00	10.00
C18	0.75		0.00	0.00		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
C19	0.75		0.00	0.00		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
C20	1		5.00	5.00		nvt	X		n.i.	X					5.00	5.00
C21	1		10.00	10.00		10.00	10.00		n.i.	X					10.00	10.00
Subtotaal C-vragen			25.00	32.50		40.00	52.50		0.00	0.00		0.00	0.00		80.00	85.00

Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdeel C

		Kind 11			Kind 12			Kind 13			Kind 14			Kind 15		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
C1	1.25		10.00	12.50		10.00	12.50		nvt	X					10.00	12.50
C2	0.5		nvt	X	Eten is hier doorgestreept	5.00	2.50		n.i.	X					nvt	X
C3	0.5		10.00	5.00		5.00	2.50		nvt*	X					10.00	5.00
C4	1.25		10.00	12.50		5.00	6.25		-5.00	-6.25					10.00	12.50
C5	1		nvt	X		nvt	X		nvt	X					nvt	X
C6	1.75		10.00	17.50		10.00	17.50		0.00	0.00					10.00	17.50
C7	1.5		10.00	15.00		nvt	X		0.00	0.00					- 10.00	- 15.00
C8	1		10.00	10.00		nvt	X		nvt	X					nvt	X
C9	1		10.00	10.00		n.i.	X		nvt	X					10.00	10.00
C10	1.75		nvt	X		nvt	X		nvt	X					nvt	X
C11	1		10.00	10.00		nvt	X		nvt	X					0.00	0.00
C12	1.25		nvt	X		10.00	12.50		nvt	X					10.00	12.50
C13	1		10.00	10.00		nvt	X		nvt	X					nvt	X
C14	1		10.00	10.00	Maar mondmot. is verbeterd	0.00	0.00		nvt	X					0.00	0.00
C15	1		nvt	X		5.00	5.00		0.00	0.00					0.00	0.00
C16	0.5		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
C17	1		nvt	X		n.i.	X		n.i.	X					nvt	X
C18	0.75		10.00	7.50		10.00	7.50		0.00	0.00					nvt	X
C19	0.75		10.00	7.50		5.00	3.75		n.i.	X					0.00	0.00
C20	1		nvt	X		nvt	X		nvt	X					nvt	X
C21	1		10.00	10.00		5.00	5.00		0.00	0.00					10.00	10.00
Subtotaal C-vragen			130.00	137.50		70.00	75.00		-5.00	-6.25		0.00	0.00		60.00	65.00

Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdeel C

		Kind 16			Kind 17			Kind 18			Kind 19			Kind 20		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
C1	1.25					10.00	12.50								-5.00	-6.25
C2	0.5					nvt	X								0.00	0.00
C3	0.5					nvt	X								0.00	0.00
C4	1.25					nvt	X								-5.00	-6.25
C5	1					10.00	10.00								10.00	10.00
C6	1.75					10.00	17.50								5.00	8.75
C7	1.5					10.00	15.00								5.00	7.50
C8	1					nvt	X								nvt	X
C9	1					nvt	X								10.00	10.00
C10	1.75					nvt	X								10.00	17.50
C11	1					nvt	X								5.00	5.00
C12	1.25					10.00	12.50								5.00	6.25
C13	1					nvt	X								nvt	X
C14	1					nvt	X								10.00	10.00
C15	1					10.00	10.00								-5.00	-5.00
C16	0.5					10.00	5.00								nvt	X
C17	1					nvt	X								0.00	0.00
C18	0.75					nvt	X								0.00	0.00
C19	0.75					10.00	7.50								0.00	0.00
C20	1					nvt	X								nvt	X
C21	1					10.00	10.00								0.00	0.00
Subtotaal C-vragen			0.00	0.00		90.00	100.00		0.00	0.00		0.00	0.00		45.00	57.50

Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdeel C

		Kind 21			Kind 22			Kind 23			Kind 24			Kind 25		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
C1	1.25											nvt	X			
C2	0.5											nvt	X			
C3	0.5											nvt	X			
C4	1.25											nvt	X			
C5	1											nvt	X			
C6	1.75											5.00	8.75			
C7	1.5											0.00	0.00			
C8	1											0.00	0.00			
C9	1											0.00	0.00			
C10	1.75											5.00	8.75			
C11	1											nvt	X			
C12	1.25											nvt	X			
C13	1											nvt	X			
C14	1											nvt	X			
C15	1											0.00	0.00			
C16	0.5															
C17	1											0.00	0.00			
C18	0.75											nvt	X			
C19	0.75											0.00	0.00			
C20	1											nvt	X			
C21	1											10.00	10.00			
Subtotaal C-vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		20.00	27.50		0.00	0.00

Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdelen D en E

		Kind 1			Kind 2			Kind 3			Kind 4			Kind 5		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
D1	1							gelijk gebleven	0.00	0.00	afgenomen	5.00	5.00			
D2	1							gelijk gebleven	0.00	0.00	afgenomen	5.00	5.00			
D3	1							gelijk gebleven	0.00	0.00	afgenomen	5.00	5.00			
D4	1							gelijk gebleven	0.00	0.00	verdwenen	10.00	10.00			
Subtotaal D- vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		25.00	25.00		0.00	0.00
E1	1							ongev. hetzelfde	0.00	0.00	vooruit gegaan	10.00	10.00			
E2	1							ongev. hetzelfde	0.00	0.00	duidelijk verbeterd	10.00	10.00			
Subtotaal E- vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		20.00	20.00		0.00	0.00

Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdelen D en E

		Kind 6			Kind 7			Kind 8			Kind 9			Kind 10		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	Tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
D1	1	afgenomen	5.00	5.00		n.i.	X		n.i.	X				afgenomen	5.00	5.00
D2	1	afgenomen	5.00	5.00	(vrijw) gelijk gebleven	0.00	0.00		n.i.	X				afgenomen	5.00	5.00
D3	1	afgenomen	5.00	5.00	(vrijw) gelijk gebleven	0.00	0.00		n.i.	X				(vrijw) gelijk gebleven	0.00	0.00
D4	1	afgenomen	5.00	5.00	(vrijw) gelijk gebleven	0.00	0.00		n.i.	X				(vrijw) gelijk gebleven	0.00	0.00
Subtotaal D- vragen			20.00	20.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		10.00	10.00
E1	1	vooruit gegaan	10.00	10.00	vooruit gegaan	10.00	10.00		n.i.	X				ongev. hetzelfde	0.00	0.00
E2	1	duidelijk verbeterd	10.00	10.00	ongev. hetzelfde	0.00	0.00		n.i.	X				iets verbeterd	5.00	5.00
Subtotaal E- vragen			20.00	20.00		10.00	10.00		0.00	0.00		0.00	0.00		5.00	5.00

Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdelen D en E

		Kind 11			Kind 12			Kind 13			Kind 14			Kind 15		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
D1	1	verdwenen	10.00	10.00		0.00	0.00		0.00	0.00				afgenomen	5.00	5.00
D2	1	verdwenen	10.00	10.00		n.i.	X		0.00	0.00				(vrijw) verdwenen	10.00	10.00
D3	1	verdwenen	10.00	10.00		5.00	5.00		0.00	0.00				(vrijw) verdwenen	10.00	10.00
D4	1	gelijk gebleven	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00				(vrijw) verdwenen	10.00	10.00
Subtotaal D- vragen			30.00	30.00		5.00	5.00		0.00	0.00		0.00	0.00		35.00	35.00
E1	1	vooruit gegaan	10.00	10.00		10.00	10.00		0.00	0.00				vooruit gegaan	10.00	10.00
E2	1	duidelijk verbeterd	10.00	10.00		10.00	10.00		0.00	0.00				duidelijk verbeterd	10.00	10.00
Subtotaal E- vragen			20.00	20.00		20.00	20.00		0.00	0.00		0.00	0.00		20.00	20.00

Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdelen D en E

		Kind 16			Kind 17			Kind 18			Kind 19			Kind 20		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
D1	1				verdwenen	10.00	10.00	afgenomen						verdwenen	10.00	10.00
D2	1				verdwenen	10.00	10.00	(vrijw) verdwenen						gelijk gebleven	0.00	0.00
D3	1				verdwenen	10.00	10.00	gelijk gebleven						verdwenen	10.00	10.00
D4	1				verdwenen	10.00	10.00	gelijk gebleven						afgenomen	5.00	5.00
Subtotaal D- vragen			0.00	0.00		40.00	40.00		0.00	0.00		0.00	0.00		25.00	25.00
E1	1				vooruit gegaan	10.00	10.00	vooruit gegaan						vooruit gegaan	10.00	10.00
E2	1				duidelijk verbeterd	10.00	10.00	duidelijk verbeterd						duidelijk verbeterd	10.00	10.00
Subtotaal E- vragen			0.00	0.00		20.00	20.00		0.00	0.00		0.00	0.00		20.00	20.00

Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdelen D en E

		Kind 21			Kind 22			Kind 23			Kind 24			Kind 25		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
D1	1										afgenomen	5.00	5.00			
D2	1										afgenomen	5.00	5.00			
D3	1										afgenomen	5.00	5.00			
D4	1										afgenomen	5.00	5.00			
Subtotaal D- vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		20.00	20.00		0.00	0.00
E1	1										vooruit gegaan	10.00	10.00			
E2	1										duidelijk verbeterd	10.00	10.00			
Subtotaal E- vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		20.00	20.00		0.00	0.00

Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdeel F

		Kind 1			Kind 2			Kind 3			Kind 4			Kind 5		
Vraag	Weging	tekst	Pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	Tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
F1	1							ja	10.00	10.00	ja	10.00	10.00			
F2	1							ja	10.00	10.00	ja	10.00	10.00			
F3	1							iets te lang	-5.00	-5.00	goed	10.00	10.00			
F4	1							vervelend	-4.00	-4.00	spannend	0.00	0.00			
F5	1							niet belastend	10.00	10.00	beetje belastend	0.00	0.00			
F6	1							onprettig	-5.00	-5.00	vriendelijk	5.00	5.00			
F7	1							iets te lang	-5.00	-5.00	goed	10.00	10.00			
F8	1							beetje belastend	0.00	0.00	niet belastend	10.00	10.00			
F9	1							duidelijk	10.00	10.00	duidelijk	10.00	10.00			
F10	1							persoonlijk,	3.33	3.33	vriendelijk	3.33	3.33			
F11	1							duidelijk	1.66	1.66	duidelijk	1.66	1.66			
	1							passen bij probl.	1.66	1.66	voldoende uitgebreid	1.66	1.66			
	1										passen bij probl.	1.66	1.66			
	1										passen bij kind	1.66	1.66			
	1										aansl. op wensen	1.66	1.66			
	1										goed uitvoerbaar*	1.66	1.66			
Subtotaal F-vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		27.65	27.65		78.29	78.29		0.00	0.00

Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdeel F

		Kind 6			Kind 7			Kind 8			Kind 9			Kind 10		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	Pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
F1	1	nee, want*	- 10.00	- 10.00	ja	10.00	10.00		n.i.	X				ja	10.00	10.00
F2	1	ja, maar*	5.00	5.00	ja	10.00	10.00		n.i.	X				ja, maar*	5.00	5.00
F3	1	goed	10.00	10.00	goed	10.00	10.00		n.i.	X				goed	10.00	10.00
F4	1	geen antwoord	n.i.	X	leuk	10.00	10.00		n.i.	X				spannend	0.00	0.00
F5	1	beetje belastend	0.00	0.00	niet belastend	10.00	10.00		n.i.	X				beetje belastend	0.00	0.00
F6	1	vriendelijk	5.00	5.00	vriendelijk	5.00	5.00		n.i.	X				vriendelijk	5.00	5.00
F7	1	goed	10.00	10.00	goed	10.00	10.00		n.i.	X				goed	10.00	10.00
F8	1	beetje belastend	0.00	0.00	niet belastend	10.00	10.00		n.i.	X				beetje belastend	0.00	0.00
F9	1				duidelijk	10.00	10.00		n.i.	X				goed	10.00	10.00
F10	1	vriendelijk	3.33	3.33	vriendelijk	3.33	3.33		n.i.	X				vriendelijk	3.33	3.33
F11	1	duidelijk	1.66	1.66					n.i.	X				duidelijk	1.66	1.66
	1				voldoende uitgebreid	1.66	1.66		n.i.	X				voldoende uitgebreid	1.66	1.66
	1	passen bij probl.	1.66	1.66					n.i.	X				passen bij probl.	1.66	1.66
	1				passen bij kind	1.66	1.66		n.i.	X				passen bij kind	1.66	1.66
	1				aansluiten bij wens	1.66	1.66		n.i.	X				aansluiten op wens	1.66	1.66
	1	goed uitvoerbaar	1.66	1.66					n.i.	X				goed uitvoerbaar	1.66	1.66
Subtotaal F- vragen			28.31	28.31		93.31	93.31		0.00	0.00		0.00	0.00		63.29	63.29

Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdeel F

		Kind 11			Kind 12			Kind 13			Kind 14			Kind 15		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	Pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
F1	1	ja	10.00	10.00		- 10.00	- 10.00	ja,maar*	5.00	5.00				ja	10.00	10.00
F2	1	ja	10.00	10.00		10.00	10.00		n.i.	X				ja	10.00	10.00
F3	1	iets te lang*	-5.00	-5.00		-5.00	-5.00		n.i.	X				goed	10.00	10.00
F4	1	leuk, vervelend	6.00	6.00	eng	-4.00	-4.00	eng	-4.00	-4.00				leuk, spannend	10.00	10.00
F5	1	niet belastend	10.00	10.00		0.00	0.00		n.i.	X				niet belastend	10.00	10.00
F6	1	vriendelijk	5.00	5.00	omdat zij bang was	-5.00	-5.00	prettig	5.00	5.00				vriendelijk	5.00	5.00
F7	1	goed	10.00	10.00	iets te lang	-5.00	-5.00	goed	10.00	10.00				goed	10.00	10.00
F8	1	niet belastend	10.00	10.00	niet belastend	10.00	10.00	behoorlijk belastend	-5.00	-5.00				niet belastend	10.00	10.00
F9	1	duidelijk	10.00	10.00	duidelijk	10.00	10.00	duidelijk	10.00	10.00				duidelijk	10.00	10.00
F10	1	vriendelijk	3.33	3.33	vriendelijk	3.33	3.33	vriendelijk	3.33	3.33				vriendelijk	3.33	3.33
F11	1	duidelijk	1.66	1.66	duidelijk	1.66	1.66	duidelijk	1.66	1.66				duidelijk	1.66	1.66
	1	voldoende uitgebreid	1.66	1.66												
	1	passen bij probl. kind	1.66	1.66										passen bij problematiek	1.66	1.66
	1	passen bij kind	1.66	1.66												
	1	aansluiten op wensen	1.66	1.66										aansluiten op wens	1.66	1.66
	1	goed uitvoerbaar	1.66	1.66												
Subtotaal F-vragen			79.29	79.29		5.99	5.99		25.99	25.99		0.00	0.00		93.31	93.31

Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdeel F

		Kind 16			Kind 17			Kind 18			Kind 19			Kind 20		
Vraag	Weging	Tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
F1	1				ja	10.00	10.00	ja	10.00	10.00				ja	10.00	10.00
F2	1				ja	10.00	10.00	ja	10.00	10.00				ja	10.00	10.00
F3	1				goed	10.00	10.00	iets te lang*	-5.00	-5.00				goed	10.00	10.00
F4	1				vervelend	-4.00	-4.00	vervelend, spannend*	-4.00	-4.00				vervelend	-4.00	-4.00
F5	1				beetje belastend	0.00	0.00	beetje belastend	0.00	0.00				behoorlijk belastend	-5.00	-5.00
F6	1				vriendelijk	5.00	5.00	prettig*	5.00	5.00				vriendelijk	5.00	5.00
F7	1				goed	10.00	10.00	goed	10.00	10.00				goed	10.00	10.00
F8	1				beetje belastend	0.00	0.00	beetje belastend	0.00	0.00				niet belastend	10.00	10.00
F9	1				duidelijk	10.00	10.00	duidelijk	10.00	10.00				duidelijk	10.00	10.00
F10	1				vriendelijk	3.33	3.33	vriendelijk, persoonlijk, prettig	10.00	10.00				vriendelijk	3.33	3.33
F11	1				duidelijk	1.66	1.66	duidelijk	1.66	1.66						
	1				voldoende uitgebreid	1.66	1.66	vold uitgebreid	1.66	1.66						
	1				passen bij problematiek	1.66	1.66	passen bij problematiek	1.66	1.66				passen bij problematiek	1.66	1.66
	1				passen bij kind	1.66	1.66	passen bij kind	1.66	1.66						
	1				aansluiten op wensen	1.66	1.66	aansluiten op wens	1.66	1.66						
	1				goed uitvoerbaar	1.66	1.66	goed uitvoerbaar	1.66	1.66						
Subtotaal F- vragen			0.00	0.00		64.29	64.29		55.96	55.96		0.00	0.00		60.99	60.99

Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdeel F

		Kind 21			Kind 22			Kind 23			Kind 24			Kind 25		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	Pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
F1	1										ja	10.00	10.00			
F2	1										ja	10.00	10.00			
F3	1										goed	10.00	10.00			
F4	1										leuk	10.00	10.00			
F5	1										beetje belastend	0.00	0.00			
F6	1										vriendelijk	5.00	5.00			
F7	1										goed	10.00	10.00			
F8	1										niet belastend	10.00	10.00			
F9	1										duidelijk	10.00	10.00			
F10	1										vriendelijk	3.33	3.33			
F11	1										duidelijk	1.66	1.66			
	1															
	1															
	1															
	1															
	1															
Subtotaal F- vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		79.99	79.99		0.00	0.00

Tabel: Scores Kind 1 t/m 5 Onderdeel G

		Kind 1			Kind 2			Kind 3			Kind 4			Kind 5		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
G1.1b	1								nvt	X		nvt	X			
G1.2b	1								nvt	X		nvt	X			
G1.3b	1							enigszins verbeterd	5.00	5.00	aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00			
G1.4b	1							enigszins verbeterd	5.00	5.00	aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00			
G1.5b	1							enigszins verbeterd	5.00	5.00	enigszins verbeterd	5.00	5.00			
G1.6b	1							onvold. verbeterd	2.50	2.50		nvt	X			
G1.7a	1								nvt	X		nvt	X			
Subtotaal G- vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		17.50	17.50		25.00	25.00		0.00	0.00

Tabel: Scores Kind 6 t/m 10 Onderdeel G

		Kind 6			Kind 7			Kind 8			Kind 9			Kind 10		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	Tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	Pnt* weg
G1.1b	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
G1.2b	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X				aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00
G1.3b	1		nvt	X	Aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00		n.i.	X				enigszins verbeterd	5.00	5.00
G1.4b	1	aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00	Aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00		n.i.	X				onvold. verbeterd	2.50	2.50
G1.5b	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
G1.6b	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
G1.7a	1		nvt	X		nvt	X								nvt	X
Subtotaal G- vragen			10.00	10.00		20.00	20.00		0.00	0.00		0.00	0.00		17.50	17.50

Tabel: Scores Kind 11 t/m 15 Onderdeel G

		Kind 11			Kind 12			Kind 13			Kind 14			Kind 15		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	Tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
G1.1b	1		nvt	X		nvt	X		nvt	X					nvt	X
G1.2b	1	aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00		nvt	X		nvt	X				aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00
G1.3b	1	aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00	onvoldoende verbeterd	2.50	2.50		nvt	X					nvt	X
G1.4b	1	aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00		nvt	X		nvt	X					nvt	X
G1.5b	1	aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00		nvt	X		nvt	X					nvt	X
G1.6b	1		nvt	X		nvt	X		nvt	X					nvt	X
G1.7a	1		nvt	X		nvt	X		n.i.	X					nvt	X
Subtotaal G-vragen			40.00	40.00		2.50	2.50		0.00	0.00		0.00	0.00		10.00	10.00

Tabel: Scores Kind 16 t/m 20 Onderdeel G

		Kind 16			Kind 17			Kind 18			Kind 19			Kind 20		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
G1.1b	1					nvt	X								nvt	X
G1.2b	1				aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00	aanzienl. verbeterd						aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00
G1.3b	1					nvt	X	enigszins verbeterd							nvt	X
G1.4b	1					nvt	X	aanzienl. verbeterd						aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00
G1.5b	1					nvt	X							aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00
G1.6b	1					nvt	X								nvt	X
G1.7a	1					nvt	X								nvt	X
Subtotaal G- vragen			0.00	0.00		10.00	10.00		0.00	0.00		0.00	0.00		30.00	30.00

Tabel: Scores Kind 21 t/m 25 Onderdeel G

		Kind 21			Kind 22			Kind 23			Kind 24			Kind 25		
Vraag	Weging	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg	tekst	pnt	pnt* weg
G1.1b	1											nvt	X			
G1.2b	1											nvt	X			
G1.3b	1										enigszins verbeterd	5.00	5.00			
G1.4b	1										aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00			
G1.5b	1										aanzienlijk verbeterd	10.00	10.00			
G1.6b	1											nvt	X			
G1.7a	1											nvt	X			
Subtotaal G- vragen			0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		25.00	25.00		0.00	0.00

Tabellen: Beoordeling Evaluatieformulier en extra opmerkingen

Tabel: Beoordeling evaluatieformulier en extra opmerkingen Kind 1 t/m 6

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4	Kind 5	Kind 6
1. Wat vindt u van deze vragenlijst?			Prima.	Moeilijk, ik heb hulp gevraagd van de logopediste.		Goed in te vullen zie verder F1 (geen mogelijkheid uit te leggen dat de klachten zijn verminderd na het niet meer aanbieden van dun-vloeibaar. Hierdoor heeft hij minder vaak last van een longontsteking).
2. Hoe vond u het om deze vragenlijst digitaal in te vullen?			Duidelijk.	Nvt		Prima, makkelijk.
Extra opmerkingen				B4: * Als het goed gaat, als hij zonder weerstand eet. ** m.n warm eten. C14: Oorzaak: langzaam afbouwen van sondevoeding, daardoor meer trek. Hoe veel orale voeding langzaam opgebouwd. F11: Er zijn niet veel adviezen gegeven, maar voldoende omdat er nog begeleiding door de eigen logopediste was.		A2: Lengte is geschat. C20: nl: Dun vloeibaar komt gedeeltelijk in de luchtpijp. F1: want: is geen mogelijkheid uit te leggen dat de klachten zijn verminderd na het niet meer aanbieden van dun-vloeibaar. Hierdoor heeft hij minder vaak last van een longontsteking. F2: Ja, maar het zou nog iets meer kunnen worden uitgelegd. F4: Kan hier niet goed antwoord op geven. F5: De vloeistof die het slikken zichtbaar maakte vond hij vies. De stoel belemmerde hem (kan ook niet anders) in zijn bewegingen. F6: Dat is dan meer onze ervaring. F8: Het is op zo'n moment essentieel dat hij iets eet. Doordat de witte vloeistof niet lekker smaakte was het even spannend of hij nog wel iets zou eten. Door hem af te leiden met liedjes zingen en door het eten flink te prijzen is het wel gelukt. F9: Dat er duidelijk uitleg werd gegeven wat er op het filmpje te zien was vonden wij erg prettig. F10: Er werd steeds tijd genomen om alles goed uit te leggen.

Tabel: Beoordeling evaluatieformulier en extra opmerkingen Kind 7 t/m 11

	Kind 7	Kind 8	Kind 9	Kind 10	Kind 11
1. Wat vindt u van deze vragenlijst?	Het is lastig om de vragenlijst in te vullen. Ik vind het prettig wanneer er ruimte is om mijn antwoord toe te lichten, zodat mijn antwoord in de juiste context geplaatst wordt.			Kan naar mijn idee niet helemaal duidelijk maken hoe het nu gaat en waar ik denk dat juist de hulp in te kort schiet.	Prima
2. Hoe vond u het om deze vragenlijst digitaal in te vullen?	Prima.			Goed.	n.v.t
Extra opmerkingen	C14: Mijn zoon (3,5 jaar oud) is voor het eerst aan het leren eten door de mond. Dit kost hem veel energie, leren kauwen is voor hem niet vanzelfsprekend. Voor het slikspreekuur at hij nog geen vaste voeding, nu eet hij een hele boterham. Dit kost tijd. G1.4a: Verandering in consistentie: nl: Van vloeibaar naar vast, nu wisten we amper dat hij aspireerde. Wijziging in hoeveelheid: Sondevoeding afbouwen en vloeibaar en vaste voeding opbouwen. Wijziging in de wijze van aanbieden, nl: Eetles door derde gestart, anders: eetteam opgericht (orthopedagoge, dietiste, logopediste, verpleegster, ouders) Aanpak volgens het boek van auteur Jan de Moor. Titel: De behandeling van eetproblemen bij jonge kinderen met lichamelijke of meervoudige handicap. ISBN 9080753726			C14: Gewenning (hij weet niet anders), angst voor doorslikken maar wel zelf willen. C20: nl: Doorslikken. F2: Ja, maar dat kwam wel door de eigen vragen aan onze logopediste. G1.2a: Kijkoperatie en hersteloperatie. G1.3a: en ergotherapie. G1.4a: Wijziging in hoeveelheid: makkelijker iets meer. Wijziging in wijze van aanbieden: Nee, probeert nu soms zelf wat te eten. Anders: Nu minder pijn maar juist angst en verkeerd aangeleerd gedrag.	F3: Opmerking: Hij is een onrustig mannetje, kan moeilijk stil zitten.

Tabel: Beoordeling Evaluatieformulier en extra opmerkingen Kind 12 t/m 17

	Kind 12	Kind 13	Kind 14	Kind 15	Kind 16	Kind 17
1. Wat vindt u van deze vragenlijst?	Een beetje lang.	Ik vind deze vragenlijst wel duidelijk en dan kan ik zelf ook bepalen hoe met mij kind gaan.		Prima om het een en ander te evalueren.		Duidelijk. Benodigde tijd valt wel mee.
2. Hoe vond u het om deze vragenlijst digitaal in te vullen?		Nvt		Geen enkel probleem.		nvt
Extra opmerkingen	F1: Nee, want: sommige vragen zijn verwarrend geweest, er is daar van uitgegaan dat het probleem een slikprobleem is en dat was in ons geval niet duidelijk.	B2: Anders: via de..... (<i>zin is niet afgemaakt, verwarring door vraag B1 waarschijnlijk</i>). B3: dun vloeibaar, karnemelk (<i>ook verwarrend, eerder wordt alleen sondevoeding aangekruisd</i>). C: <i>Alle nvt's (m.u.v C1) zijn op het papier zelf geschreven en dus niet aangekruist. Bij enkelen (C9 en C10) is er dan toch wel wat anders aangekruist. Er is dus geen zekerheid of men de vraag ook heeft begrepen.</i> F1: <i>Ja maar, meeste vragen zijn niet geldig voor mij dochtertje</i>		C14: Houdt niet van warme prak: brood gaat goed		B3; Vast voedsel* → alleen zachte stukken

Tabel: Beoordeling evaluatieformulier en extra opmerkingen Kind 18 t/m 25

	Kind 18	Kind 19	Kind 20	Kind 21	Kind 22	Kind 23	Kind 24	Kind 25
1. Wat vindt u van deze vragenlijst?	Goed en duidelijk, maar lastig als je kind drie slikonderzoeken heeft gehad.						Goed te doen.	
2. Hoe vond u het om deze vragenlijst digitaal in te vullen?	Prettig	nvt					gb	
Extra opmerkingen	C20: nl: Aspireren ten gevolge van een hoge luchtwegobstructie. F3: De eerste keer was voor hem duidelijk te lang, de tweede en derde keer maakte het hem niet uit. F4: De eerste keer vervelend (ook omdat hij honger had en flink moest wachten), de tweede en derde keer vond het het vooral spannend. F6: Ik (moeder) was begeleider van hem omdat hij behoefte had aan een bekend gezicht.						F5: Het maken van de slikvideo was niet belastend, maar het onderzoek van de foniater met de scoop was zeer belastend. G1.4a: Verandering in eten: Wijziging in consistentie, nl: Dik vloeibaar. Anders: Steeds na drie happen op laten hoesten werkt nog het allerbeste. G1.6a: Andere stappen die zijn ondernomen: het ophoesten na drie happen.	

Opmerking:

Bij kind 18 is door een administratiefout van de projectgroep, de datum van een eerder slikspreekuur op het evaluatieformulier terechtgekomen. Hierdoor zijn de gegevens uit het evaluatieformulier, dat door de ouders zeer zorgvuldig en uitgebreid werd ingevuld, niet verenigbaar met de beginsituatiegegevens waarover de projectgroep beschikte. Door de projectgroep werden de anamnese, onderzoeks en adviesgegevens naar aanleiding van het slikspreekuurbezoek op 9 mei als T0-situatie genomen. Door de ouders werden gegevens verstrekt die van toepassing waren op de situatie ten tijde van het slikspreekuurbezoek van 14 februari en de periode die daarop volgde. Hierdoor konden helaas alleen de onderdelen A, B en F in de evaluatie betrokken worden.

Tabellen: Diverse berekeningen op basis van gegevens

Tabel: Totaalscore Kind 1 t/m 5 op onderdelen (C, D en E), F en G

	Kind 1		Kind 2		Kind 3		Kind 4		Kind 5	
	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg
Totaal C,D,E-vragen	0.00	0.00	0.00	0.00	-25.00	-26.25	125.00	142.50	0.00	0.00
Totaal F-vragen	0.00	0.00	0.00	0.00	27.65	27.65	78.29	78.29	0.00	0.00
Totaal G-vragen	0.00	0.00	0.00	0.00	17.50	17.50	25.00	25.00	0.00	0.00

Tabel: Totaalscore Kind 6 t/m 10 op onderdelen (C, D en E), F en G

	Kind 6		Kind 7		Kind 8		Kind 9		Kind 10	
	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	Pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg
Totaal C,D,E-vragen	65.00	72.50	50.00	62.50	0.00	0.00	0.00	0.00	95.00	100.00
Totaal F-vragen	28.31	28.31	93.31	93.31	0.00	0.00	0.00	0.00	63.29	63.29
Totaal G-vragen	10.00	10.00	20.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	17.50	17.50

Tabel: Totaalscore Kind 11 t/m 15 op onderdelen (C, D en E), F en G

	Kind 11		Kind 12		Kind 13		Kind 14		Kind 15	
	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	Pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg
Totaal C,D,E-vragen	180.00	187.50	95.00	100.00	-5.00	-6.25	0.00	0.00	115.00	120.00
Totaal F-vragen	79.29	79.29	5.99	5.99	25.99	25.99	0.00	0.00	93.31	93.31
Totaal G-vragen	40.00	40.00	2.50	2.50	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	10.00

Tabel: Totaalscore Kind 16 t/m 20 op onderdelen (C, D en E), F en G

	Kind 16		Kind 17		Kind 18		Kind 19		Kind 20	
	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	Pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg
Totaal C,D,E-vragen	0.00	0.00	150.00	160.00	0.00	0.00	0.00	0.00	90.00	102.50
Totaal F-vragen	0.00	0.00	64.29	64.29	55.96	55.96	0.00	0.00	60.99	60.99
Totaal G-vragen	0.00	0.00	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00	30.00

Tabel: Totaalscore Kind 21 t/m 25 op onderdelen (C, D en E), F en G

	Kind 21		Kind 22		Kind 23		Kind 24		Kind 25	
	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	pnt	pnt* weg	Pnt	pnt* weg	Pnt	pnt* weg
Totaal C,D,E-vragen	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	60.00	67.50	0.00	0.00
Totaal F-vragen	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	79.99	79.99	0.00	0.00
Totaal G-vragen	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.00	25.00	0.00	0.00

Tabel: Gemiddelde aantal punten respondent-kinderen op onderdelen C, D, E, F en G

	Kind 3	Kind 4	Kind 6	Kind 7	Kind 10	Kind 11	Kind 12	Kind 13	Kind 15	Kind 17	Kind 18	Kind 20	Kind 24
Gemiddelde op C-vragen	-3.13	8.00	1.92	4.00	5.71	10.00	6.36	-0.83	5.00	10.00	n.n.m.	2.65	2.22
Gemiddelde op D-vragen	0.00	6.25	5.00	0.00	2.50	7.50	1.67	0.00	8.75	10.00	n.n.m.	6.25	5.00
Gemiddelde op E-vragen	0.00	10.00	10.00	5.00	2.50	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	n.n.m.	10.00	10.00
Gemiddelde op F-vragen	2.30	4.89	2.57	7.18	3.96	4.96	0.54	3.25	7.18	4.02	3.50	5.54	7.27
Gemiddelde op G-vragen	4.38	8.33	10.00	10.00	5.83	10.00	2.50	n.n.m.	10.00	10.00	n.n.m.	10.00	8.33

Tabel: Gewogen gemiddelde aantal punten respondent-kinderen op onderdelen C, D, E, F en G

	Kind 3	Kind 4	Kind 6	Kind 7	Kind 10	Kind 11	Kind 12	Kind 13	Kind 15	Kind 17	Kind 18	Kind 20	Kind 24
Gew. gem. op C-vragen	-3.00	8.13	2.17	4.12	5.31	10.00	6.82	-0.86	4.91	10.00	n.n.m.	3.15	2.56
Gew. gem. op D-vragen	0.00	6.25	5.00	0.00	2.50	7.50	1.67	0.00	8.75	10.00	n.n.m.	6.25	5.00
Gew. gem. op E-vragen	0.00	10.00	10.00	5.00	2.50	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	n.n.m.	10.00	10.00
Gew. gem. op F-vragen	2.30	4.89	2.57	7.18	3.96	4.96	0.54	3.25	7.18	4.02	3.50	5.54	7.27
Gew. gem. op G-vragen	4.38	8.33	10.00	10.00	5.83	10.00	2.50	n.n.m.	10.00	10.00	n.n.m.	10.00	8.33

Opmerking:

n.n.m. = berekening is (nog) niet mogelijk.

Tabel: Aantal malen score per C-vraag.

De tabel geeft weer hoeveel malen een bepaalde score (-10, -5, 0, 5, 10, nvt en n.i.) bij een bepaalde C-vraag (C1 t/m C21) gegeven is.

Ook wordt aangegeven hoeveel malen een bepaalde score in totaal op alle C-vragen gegeven is (in de rij "Aantal", de laatste rij in de tabel).

Vraag	Score						
	Score -10	Score -5	Score 0	Score 5	Score 10	nvt	n.i.
C1	0	3	1	2	4	2	1
C2	0	1	1	1	0	8	2
C3	0	1	1	1	2	6	1
C4	1	3	1	3	2	2	1
C5	0	0	0	1	2	9	1
C6	0	1	1	3	5	2	1
C7	1	0	4	2	4	1	1
C8	0	0	2	1	1	8	1
C9	0	0	1	0	4	6	2
C10	0	1	0	3	2	6	1
C11	0	0	1	1	3	7	1
C12	0	0	0	2	5	5	1
C13	0	0	1	0	2	9	1
C14	0	0	4	2	2	4	1
C15	0	1	4	3	1	3	1
C16	0	0	0	0	1	9	2
C17	0	0	3	0	2	5	3
C18	0	0	3	0	2	7	1
C19	0	0	4	1	2	4	2
C20	0	0	1	2	0	9	1
C21	0	0	3	1	8	0	1
Aantal	2	11	36	29	54	112	27

Tabel: Overzicht van aantal respondent-kinderen en totale en gemiddelde (gewogen) score's per onderdeel.

Onderdeel	Aantal respondent-kinderen	Totale score	Totale gewogen score	Gemiddelde score	Gemiddelde gewogen score
C	12	51.91	53.29	4.33	4.44
D	12	52.92	52.92	4.41	4.41
E	12	87.50	87.50	7.29	7.29
F	13	57.16	57.16	4.40	4.40
G	11	89.38	89.38	8.13	8.13

Tabellen: Kwaliteit van leven en Algemene gezondheid

Tabel: Kwaliteit van leven respondent-kinderen

	B4 (T0)	B4 (T1)	D1	D2	D3	D4	E2
Kind 3	Lijkt niet te willen drinken, vertoont veel afweer. Geen duidelijke voorkeur qua smaak.	Afkeer.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kind 4	Afweer (weigeren) van dun vloeibaar. Nieuwsgierig naar voeding en vraagt ernaar. Geen afkeer v. smaken of structuren. Lijkt bang te zijn voor slikken.	Tevredenheid*, afkeer**	5.00	5.00	5.00	10.00	10.00
Kind 6	Vertoont regelmatig veel afweer. Was wel (tijdelijk?) geobsedeerd door eten.	Plezier en afkeer en iets anders: nl afhankelijk van zijn gezondheids toestand positieve of negatieve reactie.	5.00	5.00	5.00	5.00	10.00
Kind 7	Wil heel graag eten. Lijkt voorkeur te hebben v. pittiger smaken.	Tevredenheid, irritatie, frustratie, angst, afkeer.	X	0.00	0.00	0.00	0.00
Kind 10	Eet graag. Probeert alles uit wat ouders eten. Kauwt er op en slikt soms door.	Frustratie, angst en afkeer.	5.00	5.00	0.00	0.00	5.00
Kind 11	Onbekend.	Plezier, tevredenheid.	10.00	10.00	10.00	0.00	10.00
Kind 12	Wil meestal wel eten, slikt echter niet graag (of slecht). Wel interesse voor eten en smaken.	Plezier. Iets anders: gezellig samen zijn.	0.00	X	5.00	0.00	10.00
Kind 13	Onbekend.	Plezier.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kind 15	Onbekend.	Tevredenheid.	5.00	10.00	10.00	10.00	10.00
Kind 17	Onbekend.	Tevredenheid.	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
Kind 18	Eet gretig.	Plezier, tevredenheid, ongeduld.	0.00				
Kind 20	Ouders: Lijkt niet zo graag te willen eten. Veel afweer (ws a.g.v. tonusprobleem.)	Frustratie, afkeer.	10.00	0.00	10.00	5.00	10.00
Kind 24	Onbekend. (Geen afweer).	Plezier, frustratie, ongeduld.	5.00	5.00	5.00	5.00	10.00

Tabel: Algemene gezondheid respondent-kinderen

	A1 (T0)	A1 (T1)	A2 (T0)	A2 (T1)	A3 ($\Delta T0:T1$)	A4 ($\Delta T0:T1$)	E1
Kind 3	?	31 kg	?	145 cm	niet veranderd	niet gegroeid	0.00
Kind 4	?	12,6 kg	?	97 cm	aangekomen, 1,4 kg	gegroeid, 8,4 cm	10.00
Kind 6	32 kg	30 kg	?	160 cm	niet veranderd	gegroeid	10.00
Kind 7	13 kg	15,5 kg	91 cm	101 cm	aangekomen, 1 kg	gegroeid, 1cm	10.00
Kind 10	?	12,5 kg	?	98 cm	aangekomen, 2 kg	gegroeid, 10 cm	0.00
Kind 11	18 kg	20 kg	± 93 cm	?	niet veranderd	gegroeid,nl..?	10.00
Kind 12	$\pm 11,5$ kg	± 14 kg	± 85 cm	± 92 cm	aangekomen, 2-3 kg	gegroeid, 4-6 cm	10.00
Kind 13	$\pm 12,3$ kg	15,3 kg	$\pm 87,4$ cm	103 cm	niet van gewicht veranderd	gegroeid, ? cm	0.00
Kind 15	?	24,1 kg	?	124 cm	aangekomen, 7 kg	gegroeid, 3 cm	10.00
Kind 17	19 kg	19 kg	115 cm	117 cm	aangekomen, 4kg	gegroeid, ± 4 cm	10.00
Kind 18	?	10,5 kg	?	76 cm	5 kg	15 cm	
Kind 20	12 kg	14 kg	90 cm	100 cm	aangekomen, 2kg	gegroeid, 10cm	10.00
Kind 24	?	24 kg	?	118 cm	aangekomen, 3 kg	gegroeid, 2 cm	10.00

Auteursrechtverklaring

De auteurs verklaren het volledige auteursrecht op hun werk te bezitten. Zij vrijwaren de afdeling Logopedie van de Hogeschool van Utrecht voor alle vorderingen van derden, betreffende inhoud en vorm van de producten. Vermenigvuldiging en verspreiding van het product, is zonder toestemming van de afdeling Logopedie, projectbegeleider en auteurs in gezamenlijk overleg, niet toegestaan. De auteurs zullen bij een eventuele publicatie, gebaseerd op het product, de afdeling Logopedie slechts vermelden na verleende toestemming.

Colofon

Projectleden:	Fleur Bakker, Arjenne Swart, Lizet van Woudenberg, Eva Zijp
Projectbegeleider:	Hermine Stumpel
2 ^e Beoordelaar:	Florentine Schepers
Datum:	Juli 2006

PROTOCOL

Multidisciplinair Kinderslikspreekuur

Auteursrechtverklaring

De auteurs verklaren het volledige auteursrecht op hun werk te bezitten. Zij vrijwaren de afdeling Logopedie van de Hogeschool Utrecht voor alle vorderingen van derden, betreffende inhoud en vorm van de producten. Vermenigvuldiging en verspreiding van het product, is zonder toestemming van de afdeling Logopedie, projectbegeleider en auteurs in gezamenlijk overleg, niet toegestaan. De auteurs zullen bij een eventuele publicatie, gebaseerd op het product, de afdeling Logopedie slechts vermelden na verleende toestemming.

Colofon

Projectleden:	Fleur Bakker, Arjenne Swart, Lizet van Woudenberg, Eva Zijp
Projectbegeleider:	Hermine Stumpel
2 ^e Beoordelaar:	Florentine Schepers
Datum:	Juli 2006

VRAGENFORMULIER (T0)

SLIKSPREEKUUR WILHELMINA
KINDERZIEKENHUIS.

Onderstaand deel B graag (laten) invullen door diegene die het nauwst betrokken is bij de voeding.

B DE VOEDING VAN UW KIND OP DIT MOMENT

Eten en drinken kan in verschillende vormen worden ingenomen, van vast tot vloeibaar. Hieronder staan voorbeelden van verschillende consistenties. Bij het invullen van alle vragen die gericht zijn op de voeding kunt u de onderstaande voorbeelden als richtlijn aanhouden.

Consistentie	Voorbeelden
Vast	Brood, appel, komkommer, aardappel, vlees, boontjes
Geprakt voedsel	Geprakt ei, stampot
Fijngemalen voedsel	Puree van groente, gladde aardappelpuree, gemalen vlees
Dik vloeibaar	Vla, yoghurt, gladde appelmoes
Dun vloeibaar	Water, melk, thee
Voeding met korrels/stukjes/brokjes	Pap met rozijntjes, vla met stukjes fruit, brood met pitten of zaden
Harde voedingswaren	Harde crackers, korst van stokbrood
Droge voedingswaren	Koekje, beschuit

B1. Hoe kreeg uw kind zijn/haar voeding de afgelopen twee weken? (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

Wanneer het eten in de afgelopen twee weken afweek van de gebruikelijke voedingssituatie (door ziekte of andere speciale omstandigheden), kunt u dan aangeven hoe het voeden normaal gesproken verloopt?

- ☐ alleen via de mond
- ☐ via de mond en door middel van een sonde ⇒
 - ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus), sinds:
 - ☐ PEG-sonde (via de buik), sinds:
 - ☐ andere sonde, nl.:sinds:
- ☐ alleen door middel van een sonde ⇒
 - ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus), sinds:..... *Ga verder met vraag B6*
 - ☐ PEG-sonde (via de buik), sinds: *Ga verder met vraag B6*
 - ☐ andere sonde, nl.: sinds: *Ga verder met vraag B6*
- ☐ anders, nl.:
.....

B2. Geef aan wat uw kind aan voeding aangeboden krijgt:

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Vast voedsel → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Geprakt eten → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Fijngemalen eten → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Dik vloeibaar → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Dun vloeibaar → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Voeding met stukjes/korrels/brokjes | | |
| ☐ Harde voedingswaren | | |
| ☐ Droge voedingswaren | | |

B3. Hoe eet/drinkt uw kind? Kruis aan wat over het algemeen van toepassing is.

Mijn kind: ☐ eet zelfstandig ☐ drinkt zelfstandig ↓	Mijn kind ☐ eet zelf met hulp ☐ drinkt zelf met hulp ↓	Mijn kind: ☐ wordt gevoed ☐ krijgt het drinken aangeboden ↓
☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit/met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ een gewone beker ☐ door een rietje ☐ uit de borst ☐ anders.....	☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit/met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ een gewone beker ☐ door een rietje ☐ anders.....	☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit/met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ een gewone beker ☐ door een rietje ☐ anders.....

B4. Tijdens het eten/drinken:

- ☐ ligt mijn kind op schoot
- ☐ ligt mijn kind in bed
- ☐ zit mijn kind op schoot
- ☐ zit mijn kind in een kinderstoel(tje)
- ☐ zit mijn kind op een normale stoel
- ☐ zit mijn kind in een aangepaste (rol)stoel
- ☐ anders, nl.:

B5. Wat ervaart uw kind tijdens het eten?

- ☐ plezier
- ☐ tevredenheid
- ☐ irritatie
- ☐ frustratie
- ☐ angst
- ☐ verdriet
- ☐ ongeduld
- ☐ afkeer
- ☐ weet ik niet
- ☐ iets anders, nl.:

B6. De voedingswaarde die mijn kind de laatste tijd binnenkrijgt (totaal van voeding via de mond en via sonde) is naar mijn idee, voor een goede gezondheid: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

- ☐ Ruim voldoende
- ☐ Voldoende
- ☐ Misschien te weinig
- ☐ Waarschijnlijk te weinig
- ☐ Duidelijk te weinig
- ☐ Weet ik niet

B7. De hoeveelheid vocht die mijn kind de laatste tijd binnenkrijgt (totaal van vocht via de mond en via sonde) is naar mijn idee voor een goede gezondheid: *(Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.)*

- ☐ Ruim voldoende
☐ Voldoende
☐ Misschien te weinig
☐ Waarschijnlijk te weinig
☐ Duidelijk te weinig
☐ Weet ik niet



PROBLEMEN ROND DE VOEDING

C1. Weigeren van voeding of veel afweer vertonen ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C2*

- ☐ aanwezig bij:
 ☐ vast voedsel
 ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel
 ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar
 ☐ harde/droge voedingswaren

Welke omschrijving past het best bij het weigergedrag van uw kind?

- ☐ Eten/drinken wegslaan; schoppen; schreeuwen; volledig overstuur raken bij het eten; huilen.
☐ Wegduwen van voeding; nee schudden; mond stijf dichthouden; wegdraaien; tranen in ogen.
☐ Met eten spelen; wel kijken en interesse tonen maar niet willen eten.
☐ Wel willen eten maar niet durven/kunnen; proberen te eten maar al heel snel opgeven.

Hoe vaak komt het weigeren voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd		Dagelijks		Wekelijks		Maandelijks		Wisselend/in periodes, nl.:	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C2. De voeding loopt nog voor het slikken uit de mond ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C3*

☐ aanwezig →

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok		Elke maaltijd		Dagelijks			Wekelijks			Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C3. Onopzettelijk uit de mond 'duwen' van het eten door de tong ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C4*

☐ aanwezig →

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok		Elke maaltijd				Dagelijks				Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C4. Voedsel in de mond nemen maar niet kunnen of willen doorslikken ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C5*

- ☐ aanwezig bij:
 ☐ vast voedsel
 ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel
 ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar
 ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd		Dagelijks				Wekelijks			Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C5. Voedsel komt terug door de neus ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C6
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dik vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ dun vloeibaar

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.: _____

C6. (Vermoeden van) verslikken in eten en/of drinken ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C7
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Welke omschrijving past het best bij het verslikken van uw kind:

- ☐ Het verslikken leidt tot heftig, langdurig hoesten, benauwdheid en (soms) bijna stikken.
☐ Enige malen flink hoesten is meestal voldoende om de adem weer vrij te maken.
☐ Kuchen na het verslikken is meestal voldoende om weer goed te kunnen ademen/spreken.
☐ Vermoeden van verslikken, maar er is (dan) geen duidelijke reactie merkbaar.

Hoe vaak komt het verslikken voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.: _____

C7. Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: Als u bij vraag C6 'aanwezig' geantwoord hebt, mag u deze vraag overslaan ⇒

Dit is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C8
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Geef op onderstaande schaal aan hoe u de ernstmaat van het hoesten zou beoordelen:

Hoesten leidend tot (ernstige) ademnood en/of overgeven					Kort, krachtig, effectief hoesten					Licht kuchen				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					

Hoe vaak komt het hoesten voor?

Na elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.: _____

C8. Anders/borrelig klinken van de stem na het slikken ⇒

Dit is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C9
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dik vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ dun vloeibaar

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.: _____

C9. Het voedsel lijkt in de keel te blijven steken ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C10*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C10. Heeft uw kind wel eens longontsteking en/of luchtweginfectie(s) gehad? ⇒

- ☐ Nee *Ga verder met vraag C11*
☐ Ja, maar nu niet meer. Mijn kind krijgt hiervoor nu ook geen medicatie. *Ga verder met vraag C11*
☐ Ja, mijn kind krijgt nu medicijnen om dit te onderdrukken →
☐ Ja, dat komt nog steeds voor →

Hoe zou u de ernst van de longontsteking(en)/luchtweginfectie(s) beoordelen op onderstaande schaal?

Ziekenhuisopname noodzakelijk	Ernstig tot matig, nog thuis behandelbaar							Licht, het ging/ gaat vanzelf over	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hoe vaak komt longontsteking en/of luchtweginfectie voor?

Maandelijks	Ca 1 maal per ½ jaar	Ca 1 maal per jaar	Hooguit 1 maal per 2 jaar	Hooguit 1 maal per 5 jaar					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C11. Kokhalzen tijdens de maaltijd (braakbeweging zonder overgeven) ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C12*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt het kokhalzen voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C12. Overgeven (voedsel komt uit de maag weer omhoog en wordt uitgespuugd) ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C13*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt het overgeven voor?

Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

- Het overgeven treedt over het algemeen op: ☐ tijdens of direct na de voeding
☐ binnen een half uur na de voeding
☐ meer dan een half uur na de voeding

C13. Pijn: mijn kind geeft aan of wekt de indruk pijn te hebben bij het slikken van voeding en/of speeksel ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C14*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar en/of speeksel
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe zou u de ernst van de pijn beoordelen op onderstaande schaal?

Heftige pijn				Matige pijn				Lichte pijn		Geen idee/niet te beoordelen ☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks		Wekelijks		Maandelijks				Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C14. Traag eten/drinken (de maaltijd van mijn kind duurt langer dan een half uur): ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C15*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Elke maaltijd			Dagelijks			Wekelijks				Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Hoe lang doet uw kind gemiddeld over een maaltijd?

Wat is volgens u de (mogelijke) oorzaak van het traag eten/drinken?

C15. Stoppen met eten na enkele hapjes/slokjes: ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C16*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Elke maaltijd	Dagelijks				Wekelijks			Maandelijks			Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

C16. Opboeren van zure lucht: ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C17*

☐ aanwezig

Hoe vaak komt dit voor?

Elke maaltijd zeer veel			Bijna elke maaltijd			Dagelijks		Wekelijks		Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C17. Problemen met zuigen: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C18☐ aanwezig ⇒

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Zuigen is onmogelijk			Zuigen kost veel moeite/ is niet effectief				Zuigen is soms vermoeiend			Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

C18. Problemen met afhappen: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C19
☐ aanwezig bij afhappen van: ☐ voedsel van een lepel/vork
☐ vast voedsel uit de hand
☐ harde voedingswaren uit de hand

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Afhappen is onmogelijk			Afhappen kost veel moeite				Afhappen lukt met enige hulp			Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

C19. Problemen met kauwen: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C20 of C21
☐ aanwezig bij het kauwen van: ☐ voeding met korrels/stukjes/brokjes
☐ vast voedsel
☐ harde voedingswaren

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Kauwen is onmogelijk			Kauwen kost veel moeite/ is niet effectief				Kauwen is soms vermoeiend			Wisselend/in periodes, nl.:
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

C20. Ander (slik)probleem, nl.:
.....
..... ⇒

Dit is aanwezig bij:

☐ vast voedsel
☐ dun vloeibaar
☐ geprakt voedsel
☐ voeding met stukjes
☐ gemalen voedsel
☐ harde voedingswaren
☐ dik vloeibaar
☐ droge voedingswaren

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Zeer ernstig			Matig				Niet ernstig			Geen idee/niet te beoordelen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☐

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Wisselend/in periodes, nl.:					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

C21. Geef op onderstaande schaal aan hoe ernstig u de (slik)klachten van uw kind in het algemeen vindt:

Zeer ernstig			Matig				Niet ernstig		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D DAGELIJKSE ACTIVITEITEN

Geef bij de onderstaande vragen aan in hoeverre u vindt dat uw kind door zijn/haar slikproblemen gehinderd wordt tijdens het deelnemen aan de genoemde dagelijkse activiteiten.

D1. Sociale activiteit: eten

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen het eten als sociaal gebeuren:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ⇒

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt bij de sociale activiteit eten :

Zeer sterk				Tamelijk sterk				Licht/weinig	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D2. Activiteit: slapen

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen de slaap van mijn kind:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ⇒

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt in het slapen:

Zeer sterk				Tamelijk sterk				Licht/weinig	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D3. Activiteit: spelen, school en vrijetijdsbesteding

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen de activiteiten spelen, naar school gaan en vrijetijdsbesteding:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ⇒

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt bij deze activiteiten:

Zeer sterk				Tamelijk sterk				Licht/weinig	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D4. Sociaal contact: omgang met vrienden, familie en anderen uit de omgeving

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen de omgang met vrienden, familie en anderen uit de omgeving:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ⇒

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt in het sociale contact:

Zeer sterk				Tamelijk sterk				Licht/weinig	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E ALGEMENE TOESTAND VAN UW KIND

E1. Op een schaal van 1 tot 10 zou ik de algemene gezondheidstoestand van mijn kind als volgt beoordelen:

Zeer slecht				Redelijk				Zeer goed	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E2. Op een schaal van 1 tot 10 zou ik de kwaliteit van leven* van mijn kind als volgt beoordelen:

Zeer slecht				Redelijk				Zeer goed	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Het welbevinden van uw kind. Dit is de mate waarin uw kind plezier beleeft aan het leven en lol heeft in dagelijkse activiteiten. Hoe voelt uw kind zich over het algemeen?

F TOT NU TOE GEVOLGD BELEID

Kruis aan en beschrijf zo specifiek mogelijk wat er al aan de slikproblematiek gedaan is.

F1. Welke stappen die betrekking hebben op de slikproblemen zijn er al ondernomen?

F1.1 ☐ Er zijn geen stappen ondernomen.

F1.2a ☐ Aanleg van een sonde ⇒

- ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus), in de periode:
- ☐ PEG-sonde (via de buik), in de periode:
- ☐ andere sonde, nl.:in de periode:

F1.3 ☐ Operatie(s) (vul in: welke operatie(s), wanneer en eventueel waarom):

F1.4 ☐ Medicatie (vul in: welke medicijnen, (sinds) wanneer en waarom/waarvoor):

F1.5a ☐ Logopedische therapie (vul in: het soort therapie en waaraan wordt gewerkt):

F1.5.b Geeft u toestemming voor het opnemen van contact met de behandelend logopedist(e), zodat meer informatie over de behandeling kan worden opgevraagd?

- ☐ Ja. Naam en telefoonnummer van de logopedist(e):
- ☐ Nee

F1.6 ☐ Verandering m.b.t. het eten, namelijk: (Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.)

F1.6.1 ☐ wijziging consistentie:

F1.6.2 ☐ wijziging temperatuur:

- HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN !

Hieronder is ruimte voor aanvullingen die betrekking hebben op de slikproblematiek van uw kind, maar die nog niet (voldoende) aan de orde zijn gekomen in dit formulier.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

VRAGENFORMULIER (T1)

SLIKSPREEKUUR WILHELMINA KINDERZIEKENHUIS.

Graag binnen drie weken terugzenden naar:

Huispost KJ 01.521.0
Postbus 85090
3508 AB Utrecht

(Hiervoor is een antwoordenvelop ingesloten)

Uw kind heeft op het slikspreekuur in het WKZ bezocht en naar aanleiding daarvan is toen een advies gegeven. Deze vragenlijst is om te onderzoeken hoe het nu met uw kind gaat. Op die manier kan bepaald worden in hoeverre het slikspreekuur en het gegeven advies, effect hebben gehad op (het welbevinden van) uw kind. Dr. A. van Wijck (KNO-arts/foniater) en mevr. M. Menheere (logopediste) willen dit alles graag weten, zodat zij ook collega's in andere ziekenhuizen kunnen informeren over het effect van de werkwijze van het WKZ slikteam. Ook kan het kinderslikspreekuur naar aanleiding van de gegeven antwoorden mogelijk verbeterd worden. Uw bijdrage aan dit onderzoek wordt daarom zeer op prijs gesteld.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

B1. Hoe kreeg uw kind zijn/haar voeding de afgelopen twee weken? *(Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.)*

Wanneer het eten in de afgelopen twee weken afweek van de gebruikelijke voedingssituatie (door ziekte of andere speciale omstandigheden), kunt u dan aangeven hoe het voeden normaal gesproken verloopt?

- ☐ alleen via de mond
- ☐ via de mond en door middel van een sonde ⇒
- ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus), sinds:
- ☐ PEG-sonde (via de buik), sinds:
- ☐ andere sonde, nl.:sinds:
- ☐ alleen door middel van een sonde ⇒
- ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus), sinds: Ga verder met vraag B6
- ☐ PEG-sonde (via de buik), sinds: Ga verder met vraag B6
- ☐ andere sonde, nl.: sinds: Ga verder met vraag B6
- ☐ anders:

B2. Geef aan wat uw kind aan voeding aangeboden krijgt:

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Vast voedsel → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Geprakt eten → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Fijngemalen eten → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Dik vloeibaar → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Dun vloeibaar → | ☐ warm eten | ☐ koud eten |
| ☐ Voeding met stukjes/korrels/brokjes | | |
| ☐ Harde voedingswaren | | |
| ☐ Droge voedingswaren | | |

B3. Hoe eet/drinkt uw kind? Kruis aan wat over het algemeen van toepassing is.

Mijn kind: ☐ eet zelfstandig ☐ drinkt zelfstandig ↓ ☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit/met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ een gewone beker ☐ door een rietje ☐ uit de borst ☐ anders.....	Mijn kind ☐ eet zelf met hulp ☐ drinkt zelf met hulp ↓ ☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit/met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ een gewone beker ☐ door een rietje ☐ anders.....	Mijn kind: ☐ wordt gevoed ☐ krijgt het drinken aangeboden ↓ ☐ van een metalen lepel/vork ☐ van een plastic lepel/vork ☐ uit/met de hand(en) ☐ uit een fles (met speen) ☐ uit een beker → ☐ met neusuitsparing ☐ met tuit ☐ een gewone beker ☐ door een rietje ☐ anders.....
--	---	--

B4. Tijdens het eten/drinken:

- ☐ ligt mijn kind op schoot
- ☐ ligt mijn kind in bed
- ☐ zit mijn kind op schoot
- ☐ zit mijn kind in een kinderstoel(tje)
- ☐ zit mijn kind op een normale stoel
- ☐ zit mijn kind in een aangepaste (rol)stoel
- ☐ zit/ligt mijn kind

B5. Wat ervaart uw kind tijdens het eten?

- ☐ plezier
- ☐ tevredenheid
- ☐ irritatie
- ☐ frustratie
- ☐ angst
- ☐ verdriet
- ☐ ongeduld
- ☐ afkeer
- ☐ weet ik niet
- ☐ iets anders:

B6. De voedingswaarde die mijn kind de laatste tijd binnenkrijgt (totaal van voeding via de mond en via sonde) is naar mijn idee, voor een goede gezondheid: *(Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.):*

- ☐ Ruim voldoende
- ☐ Voldoende
- ☐ Misschien te weinig
- ☐ Waarschijnlijk te weinig
- ☐ Duidelijk te weinig
- ☐ Weet ik niet

B7. De hoeveelheid vocht die mijn kind de laatste tijd binnenkrijgt (totaal van vocht via de mond en via sonde) is naar mijn idee voor een goede gezondheid: *(Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.)*

- ☐ Ruim voldoende
- ☐ Voldoende
- ☐ Misschien te weinig
- ☐ Waarschijnlijk te weinig
- ☐ Duidelijk te weinig
- ☐ Weet ik niet



PROBLEMEN ROND DE VOEDING IN HET AFGELOPEN HALFJAAR

C1. Weigeren van voeding of veel afweer vertonen ⇔

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C2*

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ aanwezig bij: | ☐ vast voedsel | ☐ dun vloeibaar |
| | ☐ geprakt/gemalen voedsel | ☐ voeding met stukjes |
| | ☐ dik vloeibaar | ☐ harde/droge voedingswaren |

Welke omschrijving past het best bij het weigergedrag van uw kind?

- ☐ Eten/drinken wegslaan; schoppen; schreeuwen; volledig overstuur raken bij het eten; huilen.
- ☐ Wegduwen van voeding; nee schudden; mond stijf dichthouden; wegdraaien; tranen in ogen.
- ☐ Met eten spelen; wel kijken en interesse tonen maar niet willen eten.
- ☐ Wel willen eten maar niet durven/kunnen; proberen te eten maar al heel snel opgeven.

Hoe vaak komt het weigeren voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C2. De voeding loopt nog voor het slikken uit de mond ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C3*
☐ aanwezig →

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok Elke maaltijd Dagelijks Wekelijks Wisselend/in periodes, nl.:

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

C3. Onopzettelijk uit de mond 'duwen' van het eten door de tong ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C4*
☐ aanwezig →

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok Elke maaltijd Dagelijks Wisselend/in periodes, nl.:

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

C4. Voedsel in de mond nemen maar niet kunnen of willen doorslikken ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C5*
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok Elke maaltijd Dagelijks Wekelijks Wisselend/in periodes, nl.:

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

C5. Voedsel komt terug door de neus ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C6*
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dik vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ dun vloeibaar

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok Elke maaltijd Dagelijks Wekelijks Maandelijks Wisselend/in periodes, nl.:

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

C6. (Vermoeden van) verslikken in eten en/of drinken ⇒

Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C7*
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Welke omschrijving past het best bij het verslikken van uw kind:

- ☐ Het verslikken leidt tot heftig, langdurig hoesten, benauwdheid en (soms) bijna stikken.
- ☐ Enige malen flink hoesten is meestal voldoende om de adem weer vrij te maken.
- ☐ Kuchen na het verslikken is meestal voldoende om weer goed te kunnen ademen/spreken.
- ☐ Vermoeden van verslikken, maar er is (dan) geen duidelijke reactie merkbaar.

Hoe vaak komt het verslikken voor?

Bij elke hap/slok Elke maaltijd Dagelijks Wekelijks Maandelijks Wisselend/in periodes, nl.:

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

C7. Hoesten/kuchen tijdens de maaltijd: Als u bij vraag C6 'aanwezig' geantwoord hebt, mag u deze vraag overslaan ⇒

- Dit is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C8
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Geef op onderstaande schaal aan hoe u de ernst van het hoesten zou beoordelen:

Hoesten leidend tot (ernstige) ademnood en/of overgeven					Kort, krachtig, effectief hoesten					Licht kuchen				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					

Hoe vaak komt het hoesten voor?

Na elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Wisselend/in periodes, nl.:				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C8. Anders/borrelig klinken van de stem na het slikken ⇒

- Dit is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C9
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dik vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ dun vloeibaar

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Wisselend/in periodes, nl.:				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C9. Het voedsel lijkt in de keel te blijven steken ⇒

- Dit probleem is: ☐ niet aanwezig Ga verder met vraag C10
☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Wisselend/in periodes, nl.:				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C10. Heeft uw kind wel eens longontsteking en/of luchtweginfectie(s) gehad ? ⇒

- ☐ Nee Ga verder met vraag C11
☐ Ja, maar nu niet meer. Mijn kind krijgt hiervoor nu ook geen medicatie. Ga verder met vraag C11
☐ Ja, mijn kind krijgt nu medicijnen om dit te onderdrukken →
☐ Ja, dat komt nog steeds voor →

Hoe zou u de ernst van de longontsteking(en)/luchtweginfectie(s) beoordelen op onderstaande schaal?

Ziekenhuisopname noodzakelijk					Ernstig tot matig, nog thuis behandelbaar					Licht, het ging/ gaat vanzelf over				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					

Hoe vaak komt longontsteking en/of luchtweginfectie voor?

Maandelijks	Ca 1 maal per ½ jaar	Ca 1 maal per jaar	Hooguit 1 maal per 2 jaar	Hooguit 1 maal per 5 jaar	Wisselend/in periodes, nl.:				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C11. Kokhalzen tijdens de maaltijd (braakbeweging zonder overgeven) ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C12*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt het kokhalzen voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wisselend/in periodes, nl.: _____

C12. Overgeven (voedsel komt uit de maag weer omhoog en wordt uitgespuugd) ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C13*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt het overgeven voor?

Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wisselend/in periodes, nl.: _____

Het overgeven treedt over het algemeen op:

- ☐ tijdens of direct na de voeding
☐ binnen een half uur na de voeding
☐ meer dan een half uur na de voeding

C13. Pijn: mijn kind geeft aan of wekt de indruk pijn te hebben bij het slikken van voeding en/of speeksel ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C14*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar en/of speeksel
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe zou u de ernst van de pijn beoordelen op onderstaande schaal?

Heftige pijn	Matige pijn						Lichte pijn		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Geen idee/niet te beoordelen

☐

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wisselend/in periodes, nl.: _____

C14. Traag eten/drinken (de maaltijd van mijn kind duurt langer dan een half uur): ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C15*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wisselend/in periodes, nl.: _____

Hoe lang doet uw kind gemiddeld over een maaltijd?

Wat is volgens u de (mogelijke) oorzaak van het traag eten/drinken?

.....
.....

C15. Stoppen met eten na enkele hapjes/slokjes: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C16*

- ☐ aanwezig bij: ☐ vast voedsel ☐ dun vloeibaar
☐ geprakt/gemalen voedsel ☐ voeding met stukjes
☐ dik vloeibaar ☐ harde/droge voedingswaren

Hoe vaak komt dit voor?

Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks			Maandelijks				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C16. Opboeren van zure lucht: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C17*☐ aanwezig

Hoe vaak komt dit voor?

Elke maaltijd zeer veel	Bijna elke maaltijd		Dagelijks			Wekelijks			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C17. Problemen met zuigen: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C18*☐ aanwezig ⇒

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Zuigen is onmogelijk			Zuigen kost veel moeite/ is niet effectief				Zuigen is soms vermoeiend		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C18. Problemen met afhappen: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C19*

- ☐ aanwezig bij afhappen van: ☐ voedsel van een lepel/vork
☐ vast voedsel uit de hand
☐ harde voedingswaren uit de hand

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Afhappen is onmogelijk Afhappen kost veel moeite Afhappen lukt met enige hulp

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

Wisselend/in periodes, nl.:

C19. Problemen met kauwen: ⇒Dit probleem is: ☐ niet aanwezig *Ga verder met vraag C20 of C21*

- ☐ aanwezig bij het kauwen van: ☐ voeding met korrels/stukjes/brokjes
☐ vast voedsel
☐ harde voedingswaren

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Kauwen is onmogelijk			Kauwen kost veel moeite/ is niet effectief				Kauwen is soms vermoeiend		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wisselend/in periodes, nl.:

C20. Ander (slik)probleem, nl.:

 ➔

Dit is aanwezig bij:

- | | |
|--|--|
| ☐ vast voedsel | ☐ dun vloeibaar |
| ☐ geprakt voedsel | ☐ voeding met stukjes |
| ☐ gemalen voedsel | ☐ harde voedingswaren |
| ☐ dik vloeibaar | ☐ droge voedingswaren |

Hoe zou u de ernst van dit probleem beoordelen op onderstaande schaal?

Zeer ernstig	Matig	Niet ernstig	Geen idee/niet te beoordelen										
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Hoe vaak komt dit voor?

Bij elke hap/slok	Elke maaltijd	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Wisselend/in periodes, nl.:										
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					_____
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						

C21. Geef op onderstaande schaal aan hoe ernstig u de (slik)klachten van uw kind in het algemeen vindt:

Zeer ernstig	Matig	Niet ernstig										
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

D DAGELIJKSE ACTIVITEITEN

Geef bij de onderstaande vragen aan in hoeverre u vindt dat uw kind in het afgelopen halfjaar door zijn/haar slikproblemen gehinderd wordt tijdens het deelnemen aan de genoemde dagelijkse activiteiten.

D1. Sociale activiteit: eten

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen het eten als sociaal gebeuren:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ➔

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt bij de sociale activiteit eten:

Zeer sterk	Tamelijk sterk	Licht/weinig										
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

D2. Activiteit: slapen

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen de slaap van mijn kind:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ➔

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt in het slapen:

Zeer sterk	Tamelijk sterk	Licht/weinig										
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

D3. Activiteit: spelen, school en vrijetijdsbesteding

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen de activiteiten spelen, naar school gaan en vrijetijdsbesteding:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ➔

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt bij deze activiteiten:

Zeer sterk	Tamelijk sterk	Licht/weinig										
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

D4. Sociaal contact: omgang met vrienden, familie en anderen uit de omgeving

De slikproblemen/voedingsproblemen (of gevolgen daarvan) hinderen de omgang met vrienden, familie en anderen uit de omgeving:

- ☐ (vrijwel) niet
☐ wel ⇨

Geef op onderstaande schaal aan in welke mate u vindt dat uw kind gehinderd wordt in het sociale contact:

Zeer sterk				Tamelijk sterk				Licht/weinig	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E**ALGEMENE TOESTAND VAN UW KIND SINDE HET SLIKSPREEKUUR**

E1. Op een schaal van 1 tot 10 zou ik de algemene gezondheidstoestand van mijn kind van het afgelopen halfjaar als volgt beoordelen:

Zeer slecht				Redelijk				Zeer goed	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E2. Op een schaal van 1 tot 10 zou ik de kwaliteit van leven* van mijn kind van het afgelopen halfjaar als volgt beoordelen:

Zeer slecht				Redelijk				Zeer goed	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Het welbevinden van uw kind. Dit is de mate waarin uw kind plezier beleeft aan het leven, en lol heeft in dagelijkse activiteiten. Hoe voelt uw kind zich over het algemeen?

F**AANPAK SINDE HET SLIKSPREEKUUR**

Kruis aan en beschrijf zo specifiek mogelijk wat er aan de slikproblematiek gedaan is in de periode na het slikspreekuur.

F1. Welke stappen die betrekking hebben op de slikproblemen zijn er ondernomen?

F1.1 ☐ Er zijn geen (nog) stappen ondernomen.

F1.2a ☐ Aanleg van een sonde ⇨

- ☐ neus/maagsonde (slangetje door de neus), in de periode:
☐ PEG-sonde (via de buik), in de periode:
☐ andere sonde, nl.:in de periode:

F1.2b Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

- ☐ verbeterd
☐ enigszins verbeterd
☐ onvoldoende verbeterd
☐ niet verbeterd
☐ enigszins verslechterd
☐ aanzienlijk verslechterd

- F1.3a ☐ Medicatie (vul in: welke medicijnen, (sinds) wanneer en waarom/waarvoor):
-
- F1.3b Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ verbeterd
 - ☐ enigszins verbeterd
 - ☐ onvoldoende verbeterd
 - ☐ niet verbeterd
 - ☐ enigszins verslechterd
 - ☐ aanzienlijk verslechterd
- F1.4a ☐ Operatie(s) (vul in: welke operatie(s), wanneer en eventueel waarom):
-
- F1.4b Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ verbeterd
 - ☐ enigszins verbeterd
 - ☐ onvoldoende verbeterd
 - ☐ niet verbeterd
 - ☐ enigszins verslechterd
 - ☐ aanzienlijk verslechterd
- F1.5a ☐ Logopedische therapie (vul in: het soort therapie en waaraan wordt gewerkt):
-
- F1.5b Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ verbeterd
 - ☐ enigszins verbeterd
 - ☐ onvoldoende verbeterd
 - ☐ niet verbeterd
 - ☐ enigszins verslechterd
 - ☐ aanzienlijk verslechterd
- F1.5.c Geeft u toestemming dat er eventueel contact wordt opgenomen met de behandelend logopedist(e), zodat meer informatie over de behandeling kan worden opgevraagd?
- ☐ Ja. Naam en telefoonnummer van de logopedist(e):
 - ☐ Nee
- F1.6a ☐ Verandering m.b.t. het eten, namelijk: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- F1.6a1 ☐ wijziging consistentie:
-
- F1.6a2 ☐ wijziging temperatuur:
-
- F1.6a3 ☐ wijziging hoeveelheid:
-
- F1.6a4 ☐ wijziging in de wijze van aanbieden:
-

F1.6a5 ☐ anders:

F1.6b Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

- ☐ verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

F1.7a ☐ Verandering van lichaamshouding, namelijk:

F1.7b Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

- ☐ verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

F1.8a ☐ Andere stappen die al ondernomen zijn, namelijk:

F1.8b Dit heeft de situatie/het welbevinden van mijn kind naar mijn idee: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)

- ☐ verbeterd
- ☐ enigszins verbeterd
- ☐ onvoldoende verbeterd
- ☐ niet verbeterd
- ☐ enigszins verslechterd
- ☐ aanzienlijk verslechterd

F1.9 Heeft er naar aanleiding van het slikspreekuur een controle-afspraken plaatsgevonden met iemand van het WKZ?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, met: Naam:
Functie:

Wat zijn er tijdens dit bezoek en eventuele vervolgspraken voor stappen ondernomen en welke adviezen zijn er gegeven?

☐ Nee

Functie:

Plaats:

Naam van de instelling (indien van toepassing):

Wat zijn er tijdens deze afspraak en eventuele vervolgspraken voor stappen ondernomen en welke adviezen zijn er gegeven?

RUIMTE VOOR AANVULLINGEN

Hieronder is ruimte voor aanvullingen die betrekking hebben op de slikproblematiek van uw kind, maar die nog niet (voldoende) aan de orde zijn gekomen in dit formulier.

[illegible]

ENQUETE SLIKSPREEKUUR

SLIKSPREEKUUR WILHELMINA

KINDERZIEKENHUIS.

Graag binnen drie weken terugzenden naar:

Huispost KJ 01.521.0
Postbus 85090
3508 AB Utrecht

(Hiervoor is een antwoordenvelop ingesloten)

Uw kind heeft recentelijk het slikspreekuur in het WKZ bezocht. Deze korte vragenlijst is bedoeld om te onderzoeken wat u en uw kind van het spreekuur vonden. Het kinderslikspreekuur kan naar aanleiding van de antwoorden die u geeft mogelijk verbeterd worden. Uw bijdrage aan dit onderzoek wordt daarom zeer op prijs gesteld.

-
1. Vond u dat de vragenlijst die u voorafgaand aan het slikspreekuur is toegestuurd, geschikt was om de problemen van uw kind goed in kaart te brengen? (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ Ja
☐ Ja, maar
☐ Nee, want.....
2. Voelde u zich vooraf voldoende ingelicht over wat u en uw kind te wachten zou staan tijdens het slikspreekuur? (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ Ja
☐ Ja, maar
☐ Nee, want
3. Voor mijn kind was de lengte van het slikspreekuur (volgens mij): (*1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ goed ☐ te kort ☐ iets te lang ☐ veel te lang
Eventueel opmerking:
4. Mijn kind vond het slikspreekuur (volgens mij):
- ☐ leuk ☐ vervelend ☐ eng ☐ spannend ☐ saai
Eventueel opmerking:
5. De onderzoeken waren (volgens mij) voor mijn kind: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ niet belastend ☐ een beetje belastend ☐ behoorlijk belastend ☐ zeer belastend
Eventueel opmerking:
6. Mijn kind heeft de benadering door de onderzoekers tijdens het slikspreekuur (volgens mij) ervaren als:
- ☐ vriendelijk ☐ onvriendelijk ☐ prettig ☐ onprettig
Eventueel opmerking:
7. Ik vond zelf de lengte/duur van het slikspreekuur: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ goed ☐ te kort ☐ iets te lang ☐ veel te lang
Eventueel opmerking:
8. Het slikspreekuur was voor mij: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ niet belastend ☐ een beetje belastend ☐ behoorlijk belastend ☐ zeer belastend
Eventueel opmerking:
9. Ik vond de uitleg bij de onderzoeken: (*Slechts 1 antwoord aankruisen a.u.b.*)
- ☐ duidelijk ☐ onduidelijk ☐ te uitgebreid ☐ te beknopt ☐ goed
Eventueel toelichting:
10. Ik vond de manier waarop ik benaderd werd tijdens het slikspreekuur:
- ☐ vriendelijk ☐ onvriendelijk ☐ persoonlijk ☐ afstandelijk ☐ prettig ☐ onprettig
Eventueel opmerking:

11. Ik vond het advies dat werd gegeven: (Let op! ***Maak steeds één keus uit de opties die naast elkaar staan a.u.b.***)

- ☐ duidelijk ☐ onduidelijk
☐ voldoende uitgebreid ☐ te uitgebreid ☐ te beknopt

☐ passen bij de problematiek van mijn kind ☐ niet passen bij de problematiek van mijn kind
☐ passen bij mijn kind ☐ niet passen bij mijn kind

☐ aansluiten op mijn wensen en vragen ☐ niet aansluiten op mijn wensen en vragen
☐ goed uitvoerbaar ☐ moeilijk of niet uitvoerbaar

Eventueel opmerking:

HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN !

RUIMTE VOOR AANVULLINGEN

[illegible]