Zuyd Hogeschool

artevelde hogeschool

BACHELORTHESIS

Anamneselijst bij de aanmelding van jonge kinderen met eet- en drinkproblemen

Datum: 08 Juni 2015

Naam: Marius Dohmen (1121545); marius_dohmen@web.de
Dennis Quaden (0923656); dennis_quaden@msn.com

Faculteit: Gezondheidszorg, opleiding Logopedie

Thesisgroep: Klinimetrie en dysfagie

Thesisbegeleidster: Drs. Jessie Lemmens & Marleen D'hondt

©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Abstract

In deze bachelorproef wordt een anamneselijst samengesteld voor kinderen met eet- en drinkproblemen die de kwaliteit van het actuele zorgproces verbetert. Gedurende het ontwikkelproces is er een literatuurstudie en werkveldinventarisatie uitgevoerd. De hierdoor verkregen resultaten vormen de basis van de samengestelde anamneselijst voor kinderen met eet- en drinkproblemen.

Hoofddoelstelling

Gedurende het ontwikkelproces van deze bachelorproef werd antwoord gegeven op onderstaande doelstelling:
Het samenstellen van een interdisciplinaire anamneselijst bij moeilijk etende kinderen, die geschikt is voor zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen, lactatiekundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten en gedragsdeskundigen).

Projectbeschrijving

De hoofddoelstelling kan worden bereikt door het uitvoeren van het project bestaande uit 4 fases. Deze zijn de 1) oriëntatiefase, 2) ontwikkelfase, 3) de testfase en tenslotte 4) de implementatiefase. Deze zijn ontwikkeld naar het model van Grol & Wensing (2006). Bij iedere fase horen meerdere subdoelstellingen. In deze bachelorproef zijn alleen fase 1 en 2 uitgevoerd. Voor de volledigheid zijn de subdoelstellingen van alle 4 fasen genoemd.

Er hebben 2 deelonderzoeken plaatsgevonden. Het eerste deelonderzoek bestond uit een literatuurstudie, waarbij de huidige zorg bij kinderen met eet- en drinkproblemen in kaart werd gebracht. Het tweede deelonderzoek was een werkveldinventarisatie in België en Nederland. Er werden 51 instellingen benaderd.

Resultaten

Er is een literatuurstudie uitgevoerd om het actuele zorgproces in Nederland en België in kaart te brengen. Als belangrijkste resultaat is naar voren gekomen, dat er in de verschillende talen verscheidene termen gehanteerd worden wat betreft eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen. Dit betekent dat er internationaal gezien geen sprake van overeenkomst is over de terminologie (Dewitte & Benoot, 2008). Wanneer er geen overeenstemming is over wat betreft de terminologie, het moeilijk is om hier stoornissen, diagnostiek en assessments aan te koppelen.
Er zijn in totaal 51 instellingen benaderd in zowel Nederland als België. 26 (51%) Instellingen zijn uit Nederland en 25 (49%) is een Belgische instelling. De 51 benaderde instellingen bestaan uit 41 (80%) ziekenhuizen en 10 (20%) praktijken. 21 (41%) Ziekenhuizen in Nederland en 20 (39%) in België daarnaast 5 (10%) praktijken in Nederland en 5 (10%) in België. Van de 14 instellingen die zijn geïncludeerd zijn er 9 (64%) uit Nederland en 5 (36%) uit België. Er zijn in België minder instellingen, die werken met kinderen met eet- en drinkproblemen.

Van de 14 instellingen beschikken er 5 (36%) over een eetteam, 3 (60%) in Nederland en 2 (40%) in België. 8 Instellingen werken multidisciplinair, 5 (63%) in Nederland en 3 (37%) in België.
Er wordt slechts in één (7%) instelling een bestaand protocol gebruikt. 11 (79%) Instellingen gebruiken een zelfgemaakt protocol. Het is opvallend dat beide landen vooral zelfgemaakte protocollen hanteren, terwijl uit de literatuur blijkt dat er verschillende anamneselijsten bestaan. 13 (93%) Van de 14 instellingen geven aan dat het gehanteerde protocol voldoende informatie oplevert.
Slechts één (7%) instelling geeft aan, dat er niet voldoende informatie te halen is uit het gehanteerde protocol.
Van de 14 instellingen zijn 13 (93%) instellingen tevreden met de gehanteerde protocollen. Van deze 13 instellingen zijn er 11 (79%) tevreden met een zelfgemaakt protocol. Daarentegen geven 12(86%) instellingen aan behoefte te hebben aan een universeel protocol.
Ondanks dat men tevreden is met de zelf ontworpen lijsten, is er een grote behoefte aan Evidence Based instrumenten. Dit blijkt uit de werkveld benadering waar naar voren is gekomen, dat er een zeer grote behoefte is aan een universeel protocol.

Conclusie en aanbeveling

De doelstelling was het ontwikkelen van een interdisciplinaire anamneselijst bij jonge kinderen met eet- en drinkproblemen die geschikt is voor hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, lactatiekundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten en gedragsdeskundigen). Hierdoor kunnen bovengenoemde disciplines nauwkeuriger bepalen, welk onderzoeksinstrument vervolgens het meest geschikt is. Deze anamneselijst is ontwikkeld, waarbij er rekening mee dient te worden gehouden, dat er altijd een logopedist tijdens de afname van de anamneselijst aanwezig dient te zijn.
Dit is echter geen beperking, aangezien er altijd binnen een eetteam en/of multidisciplinair gewerkt wordt.

De anamneselijst, die samengesteld is binnen deze bachelorproef, dient te worden onderworpen aan een beoordeling van experts. Vervolgens kan deze anamneselijst op inhoudsvaliditeit getoetst worden, voordat het implementatietraject gestart wordt. Zodoende kan de ontwikkelde anamneselijst, die uiteindelijk gestandaardiseerd is, een bijdrage leveren aan het huidige zorgproces.

Inhoudsopgave

Dankwoord 9

1 Inleiding 9

2 Theoretische achtergrond 12

2.1 Definitie eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen 12

2.1.1 Indeling volgens de ICF 13

2.1.2 Indeling volgens aangedane vaardigheden 15

2.1.3 Indeling volgens medische oorzaken 15

2.2 Oorzaken en risicofactoren van eet- en drinkproblemen 16

2.3 Gevolgen 17

2.4 Prevalentie 18

2.5 Prevalentie logopedische behandeling/begeleiding van voedingsproblemen 18

3. Projectbeschrijving 19

3.1 Aanleiding 19

3.2 Doelstellingen en fasen ontwikkelproject anamneselijst voor moeilijk etende kinderen .. 19

4 Oriëntatiefase/fase 1 22

4.1 Innovatiebeschrijving 22

4.2 Inventarisatie van bestaande assessments en werkveld 22

4.3 Resultaten literatuurstudie naar actuele en geïmplementeerde anamneselijsten over eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen 24

4.3.1 Anamnese & Onderzoek 24

4.3.2 Zorgproces eet- en drinkproblemen 25

4.3.3 Diagnostiek 26

4.3.3.1 Diagnostische instrumenten 27

4.3.3.2 Inventariserende instrumenten 28

4.3.3.3 Combinatie van inventariserende & diagnostische instrumenten 29

4.3.3.4 Instrumentele methoden 34

4.3.3.5 Kwantitatieve methoden 35

4.4 Diagnose 36

4.5 Resultaten werkveld inventarisatie 36

4.6 Samenvatting vragen literatuurstudie en werkveld inventarisatie 40

5 Ontwikkelfase/fase 2 41
5.1 Beoordeling van de gevonden assessments 41
5.2 Ontwikkeling anamneselijst 41
5.3 Resultaten van de beoordeling van de gevonden assessments 43
5.4 Resultaat ontwikkeling anamneselijst 45
6. Discussie 62
6.1 Samenvatting belangrijkste resultaten 62
6.2 Interne validiteit 63
6.3 Externe validiteit 64
6.4 Aanbevelingen 66
6.4.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek 66
6.4.2 Aanbeveling voor de praktijk 67
7. Conclusie 68
7.1 Take home message 68
Literatuurlijst 69
Bijlagenlijst 76
Bijlage A 77
Bijlage B 78
Bijlage C 79

Tabellen en Figuren

Tabellen

Tabel	Titel en/of bron	Pagina
Tabel 1	Dewitte en Benoot (2008)	13
Tabel 2	ICF Aandoening/ziekte Eet- en drinkproblemen.	14
Tabel 3	Subdoelstellingen	21
Tabel 4	In- & Exclusiecriteria werkveldinventarisatie	23
Tabel 5	Diagnostische instrumenten	31
Tabel 6	Inventariserende instrumenten	32
Tabel 7	Combinatie van inventariserende & diagnostische Instrumenten	33
Tabel 8	Samenvatting Literatuurstudie & Werkveldinventarisatie	40
Tabel 9	Beoordeling gevonden assessments	43

Figuren

Figuren	Titel en/of bron	Pagina
Figuur 1	Fasenmodel	20
Figuur 2	Respons Werkveldinventarisatie	36

Dankwoord

Voor u ligt het resultaat van een ontwikkeld product, dat gebruikt kan worden voor de anamnese van jonge kinderen met eet- en drinkproblemen. Het schrijven van deze bachelorproef is de afronding van onze opleiding logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen in samenwerking met de Arteveldehogeschool te Gent. Na vier jaar studie hebben we beiden affiniteit ontwikkeld voor het methodisch logopedisch handelen omtrent eet- en drinkproblemen. Deze affiniteit, in combinatie met een opdracht aangeboden door de Arteveldehogeschool, hebben ons tot dit onderwerp gebracht.

Graag willen we de personen, die aan de totstandkoming van deze bachelorproef hebben bijgedragen bedanken. Allereerst een woord van dank aan Marleen D'hondt en Jessie Lemmens, die het onderwerp onder onze aandacht hebben gebracht, onze begeleiding hebben verzorgd en onze stukken hebben voorzien van gedetailleerde feedback. Vervolgens willen we de logopedisten, die aan ons onderzoek hebben deelgenomen bedanken voor het belangeloos investeren van hun tijd door het invullen van onze vragenlijst en/of ons telefonisch informatie hebben verschaft. Ook willen we alle lezers bedanken, die ons feedback hebben gegeven en met hun kritisch oog geholpen hebben deze bachelorproef naar een hoger niveau te tillen. Tot slot willen we onze familie en vrienden bedanken, die een belangrijke steun zijn geweest in dit proces.

Het schrijven van deze bachelorproef is een zeer leerzame ervaring geweest, waarin we met veel plezier hebben gewerkt. Ondanks enkele obstakels is het schrijfproces soepel verlopen en zijn we trots op het resultaat.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van deze Bachelorproef!

Ondergetekenden dragen de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staan toe dat hun werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Dennis Quaden & Marius Dohmen
Heerlen, mei 2015

_____ _____

Dennis Quaden Marius Dohmen

1 Inleiding

Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen worden vaak onterecht gezien als een ziekte of afwijking op zichzelf. Vanuit medisch oogpunt worden eet- en drinkproblemen meer gezien als symptoom van een ziekte (Tolboom, 2000). Aangezien er geen universeel geaccepteerde definitie of classificatie bestaat van het begrip eet- en drinkproblemen is het moeilijk dit begrip helder te krijgen (Benjasuwantap et al., 2013).
Wel zijn er verschillende mogelijkheden eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen in te delen, zoals: een indeling op basis van de aangedane vaardigheid, een indeling op basis van de onderliggende oorzaak of een indeling volgens de International Classification of Functioning, Dysability and Health (ICF) (Engel-Hoek van den, 2011).

Verschillende factoren kunnen een rol spelen bij het ontstaan van eet- en drinkproblemen. Er kan een neurologische basis zijn, waardoor bewegingen in het mondgebied niet correct kunnen worden uitgevoerd. Er kan sprake zijn van hypo- of hypersensibiliteit welke tot een dusdanige onrust, overprikkeling of apathie leiden, waardoor startproblemen met zuigen kunnen optreden. Ook anatomische en/of fysiologische beperkingen kunnen tot asymmetrie in het mondgebied, teveel of te weinig kaakopening of problemen met de zuigbeweging leiden (Winstock, 2005).
Veel moeilijkheden met orale voeding die uit bovenstaande factoren kunnen voortkomen, zouden door middel van vroegtijdige interventie en begeleiding kunnen worden beperkt of zelfs worden voorkomen. Een interdisciplinaire aanpak is hierin het meest effectief (Arvedson, 2002). Samenwerking van zorgprofessionals zoals artsen, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, wijkverpleegkundigen, psychologen en/of orthopedagogen in alle stadia van het eet- en drinkproces heeft een positief effect op de kwaliteit van zorg. Zo toonden Arvedson et al., (2002) al eerder aan, dat kinderen beter worden geholpen door een interdisciplinair team, dan door één discipline afzonderlijk (Arvedson et al., 2002).
De start van een goede interdisciplinaire aanpak bestaat uit een gedegen anamnese en probleemanalyse. De aard van en het stadia, waarin de voedingsproblemen optreden geeft al een eerste indicatie welke zorgprofessionals actief bij de begeleiding/behandeling dienen te worden betrokken (Engel-Hoek van den, 2011).

Om vast te stellen of er begeleiding nodig is en om de aard van de begeleiding te bepalen, dient er een assessment bestaande uit een (hetero)anamnese en observatie en/of onderzoek plaats te vinden. Door middel van assessments kunnen hulpvragen en ervaren problemen worden geïnventariseerd, die als uitgangspunt voor het behandelplan gaan dienen. Er zijn diverse formulieren, lijsten en schalen beschikbaar voor het onderzoeken van kinderen met eet- en drinkproblemen. Deze kunnen gericht zijn op anamnese, observatie en onderzoek of een combinatie van deze drie onderdelen (Engel-Hoek van den, 2011).

Door een systematische inventarisatie en observatie komt de zorgprofessional dus tot een kritisch oordeel. (Peters et al., 2014).
Echter is er door onder meer gebrek aan uniformiteit onduidelijkheid ontstaan, wat voor welke doelgroep geschikte, gestandaardiseerde en meest gehanteerde assessments zijn (Peters et al, 2014).
Ondanks dat voedingsproblemen door multidisciplinaire teams worden behandelend, is het nog onduidelijk welke vragen in een (hetero)anamnese bij een eerste aanmelding dienen te worden gesteld om een optimale en efficiënte doorverwijzing voor verdere diagnostiek te realiseren.
Afhankelijk van de aard van de voedingsproblemen, kunnen bepaalde zorgdisciplines meer geschikt zijn voor een actieve rol in het begeleiding/behandeling dan anderen. Wel zou het aan te raden zijn, dat ongeacht de plaats en discipline, waar het kind wordt aangemeld, eenzelfde anamnese wordt uitgevoerd.
Ongeacht welke discipline de anamnese uitvoert, is een correcte diagnose de basis voor elke vorm van behandeling. Het is zeer belangrijk, dat de juiste diagnostische instrumenten worden gekozen (Kuiper, 2013). Op deze manier start het diagnostisch proces.
Hieruit is de vraag ontstaan of er gestandaardiseerde anamneselijsten en observatieschema`s bestaan, die door elke discipline kunnen worden gebruikt? Of dat er slechts monodisciplinaire anamneses worden gebruikt. Een tweede vraag is dan ook aan welke eisen een interdisciplinaire anamneselijst voor voedingsproblemen dient te voldoen.
Deze bachelorproef bestaat uit twee fases van een ontwikkelproject met als doel het samenstellen van een anamneselijst vanuit een interdisciplinair perspectief, welke de probleemsamenhang van het eet- en drinkprobleem verheldert. Als eerste worden in de theoretische achtergrond (hoofdstuk 2) de mogelijke eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen nader omschreven. Dit dient als achtergrond wat gebruikt kan worden om meer zicht te krijgen op de doelgroepen voor wie de anamneselijst geschikt dient te worden gemaakt. In hoofdstuk 3, projectbeschrijving, worden de fases en doelstellingen van het project beschreven. Hoofdstuk 4 geeft de methode en resultaten
weer van de eerste fase, de literatuurstudie en werkveldinventarisatie. Hoofdstuk 5 beschrijft de beoordeling van de gevonden assessments en lijsten en de samenstelling van de anamneselijst. In het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat, een theoretische en methodologische reflectie gegeven en wordt afgesloten met de conclusie en aanbevelingen.

2 Theoretische achtergrond

Zoals in de inleiding beschreven, is er geen universeel geaccepteerde definitie of classificatie van het begrip eet- en drinkproblemen. Toch wordt in paragraaf 2.1 gepoogd een overzicht te geven van veel gehanteerde definities en indelingen en de plaats van eet- en drinkproblemen in het ICF model. Daarna volgt een beschrijving van veel voorkomende oorzaken (par. 2.2) gevolgen (par. 2.3) en de prevalentie van eet- en drinkproblemen (par. 2.4 en 2.5).

2.1 Definitie eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen

Eet- en drink problemen worden wel eens verward met eetstoornissen. Echter worden met eetstoornissen dikwijls vormen van anorexia nervosa en boulimia nervosa bedoeld, welke niet worden meegenomen in het bestek van de doelstelling van deze bachelorproef. Dit daar deze slechts sporadisch optreden vóór de leeftijd van 12 jaar, terwijl er bij kinderen een heel arsenaal aan andere stoornissen in verband met voeding en eten kunnen optreden. Over de aard en onderverdeling ervan bestaat echter veel onduidelijkheid en verdeeldheid. Dat heeft enerzijds te maken met de complexiteit en heterogeniteit in aard, verschijningsvorm en oorzaken en anderzijds met de overlap tussen eet- en voedingsproblemen. Daarnaast worden in de verschillende talen verscheidene termen gehanteerd en is er internationaal gezien geen sprake van consensus over de terminologie (Dewitte & Benoot, 2008).

De DSM-V vermeldt ‘feeding and eating disorders of infancy or early childhood’ zonder daarbij de termen ‘feeding’ en ‘eating’ te onderscheiden, zodat het klinkt alsof ze synoniemen zijn. Desalniettemin is er een accentverschil.
Aangezien jongere kinderen een passievere houding aannemen bij het innemen van voedsel, dragen andere personen mee de verantwoordelijkheid en is de term ‘voeding’ bij deze jongere kinderen beter op zijn plaats. Het feit, dat andere personen mee de verantwoordelijkheid dragen bij het innemen van voedsel, refereert meer naar de interactionele aard van de voedselinname bij jonge kinderen. Naarmate het kind echter zelf actiever handelt bij het innemen van voedsel, wordt de term ‘eten’ gebruikt. Ondanks dat ook de DSM-classificatie verwarrend is, wordt er een leeftijdsgrens van zes jaar voorgesteld. Dewitte en Benoot (2008) nemen dit leeftijdscriterium over, maar stellen een consequentere terminologie voor. Zie tabel 1.

Tabel 1; Dewitte en Benoot (2008)

Onder zes jaar		Vanaf zes jaar	
Voedingsprobleem	**Voedingsstoornis**	**Eetprobleem**	**Eetstoornis**
Symptoom van een psychische stoornis of lichamelijke aandoening.	Stoornis of syndroom op zich, waarbij het gestoorde eetgedrag een centrale component vormt.	Symptoom van een psychische stoornis of lichamelijke aandoening.	Stoornis of syndroom op zich, waarbij het gestoorde eetgedrag een centrale component vormt.

Bij kinderen onder de zes jaar hebben we het over voedingsproblemen of voedingsstoornissen. Bij oudere kinderen spreken we over eetproblemen of eetstoornissen. Het woord 'probleem' duidt erop, dat het fenomeen een onderdeel of symptoom van een andere stoornis of aandoening is. Het begrip 'stoornis' wil zeggen, dat het een diagnostische entiteit of syndroom op zich is (Dewitte & Benoot, 2008).
De verscheidene eet- voedingsproblemen en eet- voedingsstoornissen bij kinderen tot 12 jaar behelzen zo'n brede waaier van klinische beelden, dat men door de bomen het bos niet meer ziet. Zowel de klinische praktijk als het wetenschappelijk onderzoek zou gebaat zijn bij een meer concrete omschrijving van de diverse varianten (Dewitte & Benoot, 2008).
Wellicht speelt hierbij een rol, dat vele kinderen terecht komen bij een kinderarts of een afdeling kindergeneeskunde waar het uitsluiten van somatische pathologie als de voornaamste doelstelling geldt (Dewitte & Benoot, 2008).
Enkel als er multidisciplinair gewerkt wordt, krijgt ook het eetgedrag aandacht. De kinderpsychiaters, logopedisten, psychologen en orthopedagogen, die er dan mee te maken krijgen, dienen in hun communicatie over de problematiek een gemeenschappelijke taal te vinden. Een goede classificatie is daarom van belang. Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen kunnen op meerdere manieren worden ingedeeld: een indeling volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), een indeling op basis van de aangedane vaardigheid of een indeling op basis van de onderliggende oorzaak(Engel-Hoek van den, 2011).

2.1.1 Indeling volgens de ICF

Arvedson (2008) definieert een voedingsprobleem als een probleem (beperking) met het eten en drinken (activiteitsniveau), waarbij het gaat om mondmotorische stoornissen, sensibiliteitsstoornissen, of een slikstoornis (functieniveau) of structurele afwijkingen in het mondgebied (niveau anatomische eigenschappen) aan de basis kunnen liggen van de eet- en drinkproblemen.
In de tabel 2, is een indeling voor eet-en drinkproblemen gemaakt op basis van het International Classification of Function, Disability and Health (ICF).

Tabel 2; ICF Aandoening/ziekte Eet- en drinkproblemen.

Functie	Activiteit	Participatie
Sensorische functies en pijn • Smaak (b250) • Reuk (b255) **Functies van hart en bloedvatenletsels, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingssysteem** • Functies van het afweersysteem (b435**)** • Ademhaling (b440) • Functies van ademhalingsspieren (b445) • Functies van ademhalingsstelsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (b449) **Functies van spijsvertering, metaboolstelsel en hormoonstelsel** • Opname van voedsel (b510) • Vertering (b515) • Assimilatie (b520) • Defecatie (b525) • Handhaving lichaamsgewicht (b530) • Gewaarwording verband houdend met spijsverteringsstelsel (b535) • Functies van spijsverteringsstelsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (b539) • Functies van spijsvertering, metabool stelsel en hormoonstelsel anders gespecificeerd (b598) • Functies van spijsvertering, metabool en hormoonstelsel (b599) **Spierfuncties** • Spiersterkte(b730) • Spiertonus (b735) • Spieruithoudingsvermogen (b740) • Spierfuncties, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (b749) **Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingssysteem** • Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel (s410) • Anatomische eigenschappen van afweersysteem (s420) • Anatomische eigenschappen van ademhalingsstelsel (s430) • Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel, anders gespecificeerd (s498) • Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel, niet gespecificeerd (s499) **Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel** • Anatomische eigenschappen van speekselklieren [glandulae salivariae] (s510) • Anatomische eigenschappen van slokdarm [oesophagus] (s520) • Anatomische eigenschappen van maag [gaster] (s530) • Anatomische eigenschappen van darmen (s540) • Anatomische eigenschappen van alvleesklier [pancreas] (s550) • Anatomische eigenschappen van lever [hepar] (s560) • Anatomische eigenschappen van galblaas [vesica biliaris] en galwegen (s570) • Anatomische eigenschappen van endocriene klieren (s580) • Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, anders gespecificeerd (s598) • Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, niet gespecificeerd (s599)	**Veranderen en handhaven van lichaamshouding** • Veranderen van basale lichaamshouding (d410) • Handhaven van lichaamshouding (d415) • Uitvoeren van transfers (d420) • Veranderen en handhaven van lichaamshouding, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (d429) **Dragen, verplaatsen en manipuleren van iets of iemand** • Optillen en meenemen (d430) • Verplaatsen van iets of iemand met onderste extremiteiten (d435) • Nauwkeurig gebruiken van hand (d440) • Gebruiken van hand en arm (d445) • Dragen, verplaatsen en manipuleren van iets of iemand, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd (d449) **Zelfverzorging** • Eten (d550)	• Eten in andere omgeving
Externe Factoren	**Persoonlijke factoren**	
Ondersteuning en relaties • Naaste familie e310 • Verre familie e315 • Vrienden e320	• Gedrag • Temperament • Ontwikkeling • Ervaring	

2.1.2 Indeling volgens aangedane vaardigheden

Er kunnen ook eet- en drinkproblemen voordoen, wanneer het een vaardigheidstekort- en/of probleem betreft. Een indeling op basis van problemen met een vaardigheid bestaat uit vijf gebieden.

- Problemen of onvermogen om uit de borst of fles te drinken.
- Problemen bij het eten van de lepel.
- Problemen bij kauwen.
- Problemen bij het drinken uit een beker.
- Problemen die alle bovengenoemde vaardigheden betreffen.
  (Engel-Hoek van den, 2011)

Verder kan een probleem met een vaardigheid onderliggende oorzaken hebben. Deze onderliggende oorzaken worden hieronder toegelicht.

2.1.3 Indeling volgens medische oorzaken

Wanneer naar de onderliggende medische oorzaak gekeken wordt, kan de volgende indeling gemaakt worden.

- Anatomische afwijkingen.
- Genetische syndromen, meestal in combinatie met centrale hypotonie.
- Aangeboren of verworven ziekten.
- Neurologische aandoeningen.

(Engel-Hoek van den, 2011)

Voor veel kinderen die in de westerse wereld opgroeien, zou het geen probleem hoeven zijn om voldoende voedsel binnen te krijgen. Maar inmiddels is er ook hier een groep kinderen met een chronisch voedingsprobleem: zij hebben nooit leren eten en zonder therapeutisch ingrijpen zullen zij dat waarschijnlijk ook nooit leren (Es van, 2008).
De oorzaak van dit falen is terug te vinden in de gecompliceerde medische voorgeschiedenis van het kind. Er zijn nu meer kinderen met dit probleem dan vroeger. Dit hangt samen met de ontwikkelingen in de neonatologie. Hoewel de overlevingskans van te vroeg geboren kinderen aanzienlijk is gestegen in de laatste decennia, zijn zij nog steeds een ontzettend kwetsbare groep (Es van, 2008). Dit komt door het feit, dat ze de baarmoeder vroegtijdig verlaten en hier in principe nog niet rijp voor zijn. De organen zijn nog niet ver genoeg ontwikkeld, waardoor er een aantal medische problemen kunnen voorkomen. De reden dat prematuur geboren kinderen vaak meer eet- en drinkproblemen hebben dan normaal ontwikkelde kinderen, is dat het afweersysteem nog niet goed genoeg werkt, waardoor ze

gevoeliger voor infecties zijn. Prematuren kunnen niet direct aan de borst of fles drinken. Via een sonde in de neus of via een infuus krijgen ze hun voeding (Biber, 2012).
Ook bij veel andere medische aandoeningen komen eet-, drink- en slikproblemen voor. Kinderen met genetische syndromen hebben frequent voedings- en slikproblemen, als gevolg van wisselwerking tussen anatomische, medische, fysiologische en gedragsproblemen (Cooper-Brown et al., 2008). Bij kinderen met anatomische afwijkingen maakten de vorm van het orale en faryngeale gebied het soms onmogelijk een normale ontwikkeling door te maken.
Bij kinderen met neurologische problemen kan de aansturing zijn aangedaan van één of meerdere stadia van eten en slikken (Engel-Hoek van den, 2011). Bij prematuur geboren kinderen werd vijftien jaar geleden op de à terme leeftijd nog een probleem met voeding gemeld bij 49% van de kinderen (Hawdon et al., 2000). Bij kinderen met conditieproblemen door aangeboren hartafwijkingen lag dat percentage destijds op 47% (Thommessen, Heiberg & Kase, 1992).

2.2 Oorzaken en risicofactoren van eet- en drinkproblemen

Hoewel een indeling naar oorzaak een gangbare manier is om eet- en drinkproblemen in te delen, blijft de etiologie van eet- en drinkproblemen gevarieerd en complex. Een hersenverlamming (cerebral palsy) is een bekende hoofdoorzaak van eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen (Winstock, 2006). Andere oorzaken zijn syndromen, verstandelijke beperkingen en structurele afwijkingen.
Indien er slikstoornissen aanwezig zijn, kan dit ook resulteren in eet- en drinkproblemen. Een kenmerk van slikstoornissen is, penetratie en/of aspiratie van voedsel of vocht. Aspiratie kan optreden voor, tijdens of na het slikken. Er wordt gesproken van stille aspiratie, wanneer een kind zich verslikt, maar er zijn geen signalen of symptomen; met name de hoestprikkel ontbreekt. Het gevaar van chronische aspiratie is het risico op terugkerende luchtweginfecties en aspiratiepneumonie. Tevens worden de overige gevolgen van slikproblemen, als het onvermogen om speeksel te verwerken en verslikken tijdens eten, als hinderlijk ervaren door de cliënt.

2.3 Gevolgen

Onafhankelijk van de oorzaak van de eet- en drinkproblemen, kunnen er diverse gevolgen optreden die een negatieve invloed hebben op de algehele gezondheidstoestand van een cliënt en zijn omgeving. De meeste beschreven consequenties worden hier genoemd:

- Chronische aspiratie met longproblemen als gevolg. Deze belemmeren de algehele groei en gewichtstoename. Veel kinderen met een hersenverlamming lijden aan chronische longklachten wat waarschijnlijk gerelateerd is aan de effecten van aspiratie (Winstock, 2006).
- Inadequaat eten, drinken en ondervoeding. Dit heeft een negatieve invloed op de ontwikkeling van het brein en immuunsysteem. Thommessen et al., (1991) toonden eerder al aan, dat kinderen met eetproblemen ten gevolge van mondmotorische problemen een verminderde calorie en voedinginname hadden ten opzichte van hun leeftijdsgenoten.
- Stress bij het kind, verzorgers en familie. De hoeveelheid tijd, die een kind nodig heeft voor een maaltijd, braken of specifieke omgevingseisen voor het nuttigen van maaltijden, kan tot gevoelens van frustratie en sociale terugtrekking van een gezin leiden. Tevens kan er sprake zijn van angstgevoelens over ondergewicht of risico's op stikken. De ouders van hele zieke kinderen kunnen volledig in beslag worden genomen door de zorg over de overlevingskans van hun kind, welke een grote impact op hun leven heeft (Winstock, 2006).
- Rouwverwerkingsproces bij ouders. Het is mogelijk, dat ouders rouwen om het verliezen van het normale kind, dat ze (verwacht) hadden, voordat het probleem optrad. Ook gevoelens van angst, schuld, wanhoop, depressie en chronisch verdriet kunnen bij ouders voorkomen. Gebrek aan steun van familieleden/vrienden/professionals of een anderszins sociaal vangnet kan deze situatie verergeren (Winstock, 2006).

2.4 Prevalentie

Voedingsproblemen komen ongeveer 20-50% voor bij normaal ontwikkelde kinderen (Jacobi et al., 2003; Carruth et al., 2004; Reau et al., 1996; Wright et al., 2007; Udall, 2007; Lumeng, 2008; Lindberg et al., 1991; Sullivan et al., 2000; Bryant-Waugh, 2010). Ook Huisman (2010) toonde aan dat 25-40% van alle kinderen in de voorschoolse leeftijd op een of ander moment problemen heeft met eten.
Het gebrek aan een universeel geaccepteerde definitie of classificatie, verklaart mogelijk de verschillen in de genoemde prevalentiecijfers (Benjasuwantap et al., 2013).
De meest recent gevonden cijfers lieten een prevalentie van voedingsproblemen bij kinderen van 26,9% zien. Er was een grotere prevalentie bij jongens (29,4%) dan bij meisjes (23,9%), maar dit was niet statistisch significant (Benjasuwantap et al., 2013).
Voedingsproblemen kwamen het meest voor (28,1%) in het tweede levensjaar en daalde geleidelijk in het derde en vierde levensjaar (respectievelijk 26,9% en 19%) (Benjasuwantap et al., 2013).
Dit percentage is echter hoger (70-89%) bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis (Lincheid et al., 2003).
Het overgrote deel van deze problemen zijn ontwikkelingsgerelateerd en gaan vervolgens vanzelf over. Zolang de problemen niet gepaard gaan met een significant gewichtsverlies, een falen in gewichtstoename of een beperking in het groeien, behoeft dit geen klinische opvolging (Bryant-Waugh, 2010).

2.5 Prevalentie logopedische behandeling/begeleiding van voedingsproblemen

In het buitenland is de rol van de logopedist bij de preventie, diagnostiek en behandelng van voedings en slikproblemen algemeen bekend. Volgens ASHA (American Speech Language and Hearing Association) evalueerde en behandelde in 1985, 35% van de logopedisten voedingsproblemen (ASHA 1987). In 1988 evolueerde dit tot 42% (Shewan, 1988). Recentere literatuur/gegevens zijn op dit moment niet bekend en/of niet vrij toegankelijk.
Ongeveer 11 % van de patiënten, die bij een logopedist in de Verenigde Staten worden aangemeld, heeft voedingsproblemen (Slater, 1992). Hoewel precieze prevalentie gegevens helaas niet zijn getraceerd, liggen deze cijfers in België en Nederland een stuk lager. Eén van de redenen hiervoor kan zijn, dat pas ongeveer 30 jaar geleden eet- en drinkproblemen officieel tot het werkterrein van een logopedist behoorden in het Nederlandstalige gebied, terwijl dit een stuk eerder al was gerealiseerd voor de Amerikaanse logopedisten.

3. Projectbeschrijving

Hoofdstuk 2 beschrijft de complexiteit van voedingsproblemen en onderstreept het belang van een vroegtijdige signalering en aanpak. Om hieraan tegemoet te komen is een eerste signaleringsinstrument in de vorm van een interdisciplinaire anamnese essentieel. In dit hoofdstuk wordt de opzet en doelstellingen van het project rondom de samenstelling van een interdisciplinair anamnese-instrument nader beschreven.

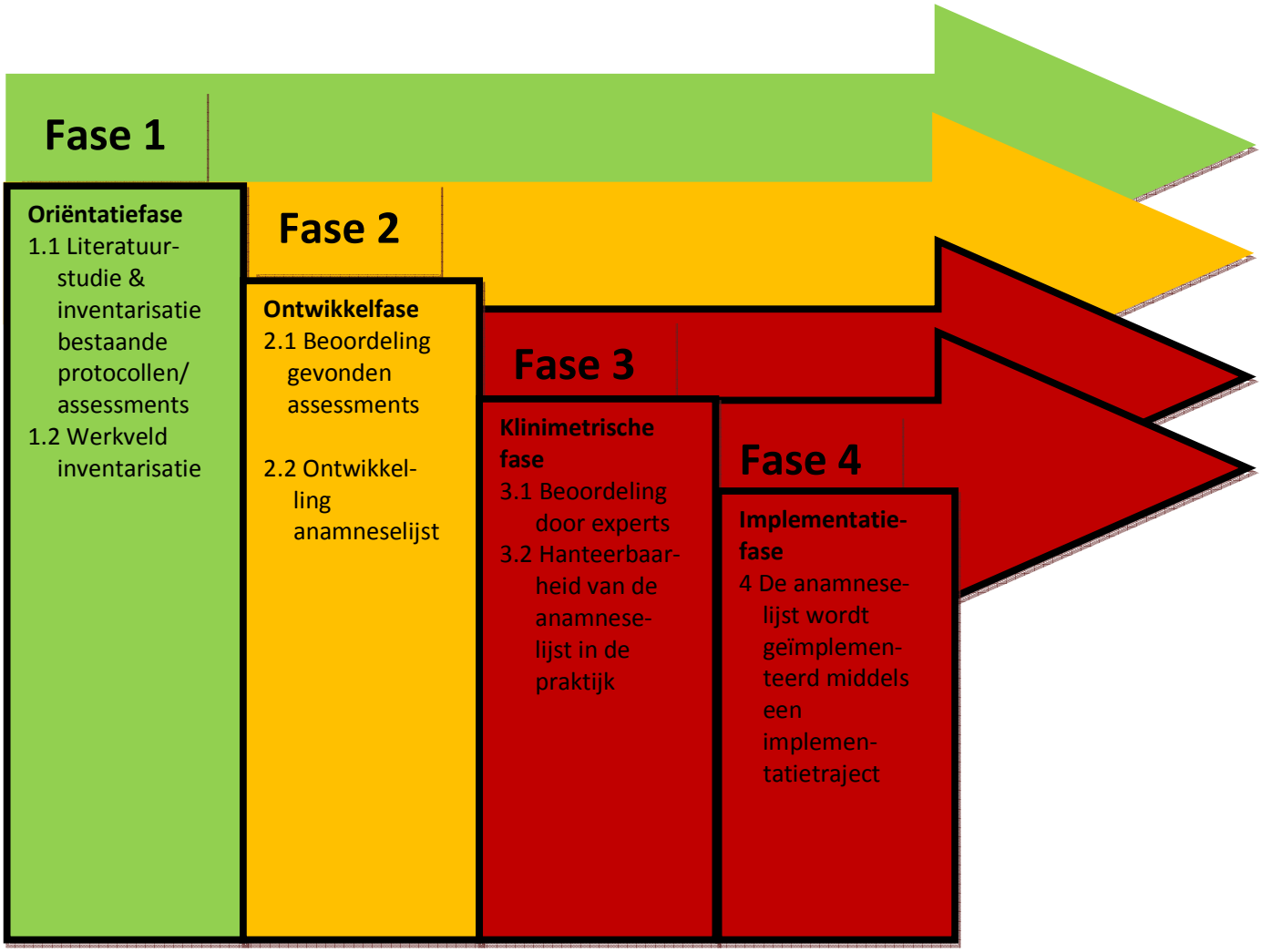
3.1 Aanleiding

"De ontwikkeling van eten en drinken gedurende de eerste levensjaren van een kind is een complex proces, waarin meerdere factoren en rol spelen." Zoals: "Vorm en groei van anatomische structuren, het verwerven van vaardigheden voor het opnemen van voeding, de complexiteit van de taak, hongergevoel, omgeving, conditie, en motorische ontwikkeling." (Engel-Hoek van den, 2011, p.5).
Voor het onderzoeken van een kind met eet- en drinkproblemen, zijn er in de loop van de jaren verschillende formulieren, lijsten en schalen opgesteld. Sommige uitgebreid, met verschillende onderdelen. Andere echter uitgewerkt op één onderdeel (Engel-Hoek van den, 2011).
Er worden op dit moment geen specifieke interdisciplinaire anamneselijsten om informatie te verzamelen behorende bij de eetproblematiek van jonge kinderen genoemd of aanbevolen in (multidisciplinaire) richtlijnen of andere protocollen in België en Nederland.
Zoals ook aangegeven in onderzoek van Peters et al., (2014) bestaat geen universeel aanvaard standaardformulier voor voedings- en slikevaluatie bij kinderen. Herman (1991) en Warner (1981) hebben destijds al aangeven dat: Gepubliceerde protocollen de evaluatie van dezelfde variabelen bevatten, maar in het algemeen zonder richtlijnen voor interpretatie. Vandaar dat nu een eerste aanzet wordt gemaakt om een dergelijke interdisciplinaire anamneselijst samen te stellen.

3.2 Doelstellingen en fasen ontwikkelproject anamneselijst voor moeilijk etende kinderen

De hoofddoelstelling van dit project, is het samenstellen van een interdisciplinaire anamneselijst bij moeilijk etende kinderen die geschikt is voor zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen, lactatiekundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten en gedragsdeskundigen). Hierdoor kunnen bovengenoemde disciplines nauwkeuriger bepalen, welk onderzoeksinstrument vervolgens het meest geschikt is voor het diagnostisch proces.

Deze doelstelling kan worden bereikt door het uitvoeren een project bestaande uit 4 fases (zie figuur 1). Deze zijn de 1) oriëntatiefase, 2) ontwikkelfase, 3) de testfase en tenslotte 4) de implementatiefase. Deze zijn ontwikkeld naar het model van Grol & Wensing (2006). Bij iedere fase horen meerdere subdoelstellingen. In deze bachelorproef zijn alleen fase 1 en 2 uitgevoerd. Voor de volledigheid zijn de subdoelstellingen van alle 4 fasen genoemd.



Figuur 1, Fasenmodel

Tabel 3, Subdoelstellingen

Subdoelstellingen:	
Fase 1	• **Inventarisatie van bestaande anamneselijsten en assessments voor eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen**
	1.1.a: Er wordt een zoekstrategie opgezet om bestaande anamneselijsten en assessments te vinden die worden gebruikt bij jonge kinderen met eet- en drinkproblemen. 1.1.b: Er wordt gezocht in elektronische databanken en overige bronnen. 1.1.c: Er worden selectiecriteria opgesteld en relevante literatuur geselecteerd. 1.1.d: De literatuur wordt gelezen en beoordeeld. 1.1.e: De literatuur wordt schematisch samengevat
	• **Er wordt een werkveldinventarisatie uitgevoerd binnen Nederland en Vlaanderen.**
	1.2.a: Er wordt een vragenlijst opgezet die bestemd is voor de werkveldinventarisatie. 1.2.b: Er gebeurt een werving van het werkveld. 1.2.c: Er wordt een analyse uitgevoerd in SPSS van de verkregen gegevens uit het werkveld. 1.2.d: Er wordt een schematische samenvatting gegeven van de werkveldinventarisatie.
Fase 2	• **Samenstelling anamneselijst**
	2a: Er wordt een gestandaardiseerd beoordelingssysteem gebruikt zodat beide auteurs de gevonden anamneselijsten en assessments onafhankelijk van elkaar kunnen beoordelen. 2b: Er worden beoordelingscriteria opgesteld voor het samenstellen van de anamneselijst. 2c: De inhoud van de anamneselijst wordt bepaald. 2d: De items van anamneselijst worden ontwikkeld en samengesteld. 2e: Het format en de lay-out van de anamneselijst worden bepaald. 2f: De voorlopige test versie van de anamneselijst wordt ontwikkeld.
Fase 3	• **Beoordelen door experts en testen van hanteerbaarheid anamneselijst**
	3.1.a: Beoordelingssysteem opstellen dat gebruikt wordt door experts om de anamneselijst te beoordelen. 3.1.b: Werving van experts voor de beoordeling van de voorlopige anamneselijst. 3.1.c: Analyseren en verwerken van verkregen feedback door experts. 3.2.a: Instellingen werven om de hanteerbaarheid van de anamneselijst te testen. 3.2.b: Testen van de hanteerbaarheid van de anamneselijst in de instellingen. 3.2.c: Analyse van de hanteerbaarheid van de anamneselijst.
Fase 4	• **Implementatie van anamneselijst in instelling**
	4a: Er wordt een voorstel ontwikkeld voor verandering. 4b: De feitelijke zorg wordt geanalyseerd en concrete doelen voor verbetering opgesteld. 4c: Er wordt een probleemanalyse uitgevoerd van de doelgroep en setting. 4d: Er wordt een selectie van interventies/strategieën ontwikkeld. 4e: Het implementatieplan wordt ontwikkeld, getest en uitgevoerd. 4f: Het plan wordt geëvalueerd en bijgesteld.

4 Oriëntatiefase/fase 1

De oriëntatiefase bestaat uit 3 onderdelen: innovatiebeschrijving, literatuuronderzoek en een werkveldinventarisatie.

4.1 Innovatiebeschrijving

In deze bachelorproef wordt een anamneselijst samengesteld voor kinderen met eet- en drinkproblemen, die de kwaliteit van het actuele zorgproces verbetert. Door de ontwikkeling, testen en implementatie, zou de kwaliteit van het zorgproces namelijk kunnen verbeteren. Deze innovatie wordt bereikt door de in dit hoofdstuk beschreven fases te doorlopen.

4.2 Inventarisatie van bestaande assessments en werkveld

Doelen:

1.1 Het uitvoeren van een literatuurstudie naar actuele en geïmplementeerde anamneselijsten over eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen.

1.2 Het verzamelen van informatie en praktische ervaringen van zorgprofessionals ten aanzien van anamneselijsten over eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen uit het werkveld vanuit zowel Nederland als België.

Voor het bereiken van subdoelstelling 1.1.a t/m e, tabel 3, is een literatuurstudie naar actuele en geïmplementeerde anamneselijsten uitgevoerd. Met behulp van PICO-vragen is in de digitale databanken ScienceDirect, PubMed, the Cochrane Library, Google scholar en Zuyd bibliotheek naar recente informatie gezocht. Daarnaast is gebruik gemaakt van tijdschriften en basisboeken zoals: Developmental Disabilities Research Reviews, international journal of eating disorders, Tijdschrift voor Logopedie en Foniatrie, Dysphagia, eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen, Feeding and Nutrition in Children with Neurodevelopmental Disability, Pediatric Swallowing and Feeding, Implementatie. Subdoelstelling 1.2.a t/m e, tabel 3, is bereikt wanneer minimaal 5 zorgprofessionals uit 2 soorten instellingen telefonisch of via e-mail de vragenlijst (bijlage A) over anamnese bij jonge kinderen met eet- en drinkproblemen hebben ingevuld. De resultaten uit de literatuurstudie hebben als basis gediend voor het opzetten van deze vragenlijst. Er is gekozen om minimaal 50 instellingen in Nederland en België, zowel telefonisch als via e-mail te benaderen. Hierbij zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

Tabel 4, In- & Exclusiecriteria werkveldinventarisatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Ziekenhuis en/of praktijk	Geen reactie
Nederland en Vlaanderen	Niet willen deelnemen
Zorgdiscipline: logopedist moet deel uit maken van team.	Werkt niet met kinderen met eet- en drinkproblemen

Werving

- Instellingen worden telefonisch benaderd. Wanneer er geen reactie volgt, wordt er vervolgens op een later tijdstip nog eens contact opgenomen.
- Instellingen worden telefonisch benaderd. Wanneer er wordt aangegeven op een later tijdstip terug te bellen wordt deze afspraak nagekomen.
- Instellingen worden telefonisch benaderd en geven aan liever een mail te ontvangen. Er wordt een mail verstuurd. Bij geen reactie via mail wordt er nog een tweede mail verstuurd.

- Nadat een instelling twee maal telefonisch is benaderd en er geen reactie volgt, dan wordt deze instelling uitgesloten van het onderzoek.
- Nadat aan een instelling twee maal een mail is verstuurd en er geen reactie volgt, dan wordt deze instelling uitgesloten van het onderzoek.
- Nadat een instelling aangeeft niet te willen meewerken aan het onderzoek, wordt deze instelling uitgesloten van het onderzoek.

Meetprotocol

De vragen worden telefonisch beantwoord en opgenomen, wanneer er telefonisch contact mogelijk is. Wanneer er een mail wordt verstuurd is het de bedoeling, dat de logopedist de vragen in de mail beantwoordt en retourneert.

Data-analyse

De respons wordt digitaal ingevoerd in het programma SPSS. Er wordt vervolgens geanalyseerd of er opvallende aspecten en/of verschillen bestaan tussen Nederland en België.

Verwachte resultaat

Door middel van literatuurstudie en werkveldinventarisatie worden de volgende vragen beantwoord:

1. Wordt er multidisciplinair of in een speciaal eetteam gewerkt; zo ja, is dit extra- of intramuraal?
2. Welke disciplines zijn betrokken bij het invullen van anamneselijsten?
3. Welke anamneselijsten worden gebruikt en leveren deze voldoende informatie op?
4. Wat gebeurt er wanneer een kind wordt aangemeld?
5. Is het werkveld tevreden met de bestaande anamneselijst?
6. Is er behoefte aan een universele anamneselijst?

De resultaten, die voortkomen uit de bovenstaande vragen, worden samengevat en vervolgens in een tabel weergegeven. Hierbij worden de resultaten vergeleken om te zien of er overeenkomsten bestaan tussen de literatuur en het werkveld.

4.3 Resultaten literatuurstudie naar actuele en geïmplementeerde anamneselijsten over eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen

4.3.1 Anamnese & Onderzoek

- *Welke disciplines zijn betrokken bij het invullen van anamneselijsten?*

Om goed onderzoek te kunnen verrichten en de juiste behandelmethode te kiezen, wordt er binnen het eetteam deskundigheid, kennis en ervaring van ieder in zijn eigen vakgebied gevraagd. Hiermee wordt het bestaan van de eetteams benadrukt, als ook het belang van een multidisciplinair aanpak bij kinderen met eet- en drinkproblemen.
Logopedisten leveren een belangrijke bijdrage binnen een eetteam, vanwege hun kennis op het gebied van leren eten en drinken en totale communicatie (Engel-Hoek van den, 2011).
Er zijn verschillende voedingsproblemen bij kinderen. Wil de behandeling effectief zijn, dan is het belangrijk de oorzaken van het voedings- en/of slikprobleem te bepalen. Artsen, logopedisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en psychologen buigen zich hierover. Over diagnostiek en behandeling zijn echter weinig publicaties en objectieve gegevens beschikbaar (Peters et al., 2014).

Wordt er multidisciplinair of in een speciaal eetteam gewerkt, zo ja, is dit extra- of intramuraal?

Zorginstellingen verschillen op het gebied van onderzoek. Er zijn instellingen, waarbij het team gezamenlijk onderzoekt. In andere instellingen wordt het kind door één teamlid onderzocht (Peters et al., 2014). Nadat het onderzoek is afgerond wordt de diagnose gesteld en geven de teamleden een gezamenlijk advies (Ravich et al., 1985).

In universitaire ziekenhuizen is er meestal een team van voedingsspecialisten (Bryan & Pressman, 1995). Dit zorgt voor optimaal onderzoek en optimale zorg voor het kind met voedingsproblemen. Daarnaast creëert een multidisciplinaire aanpak een forum voor het verzamelen van klinische kennis (Peters et al., 2014).

Er bestaat echter weinig literatuur, die deze teambenadering kritisch evalueert. Om de effectiviteit van multidisciplinaire aanpak aan te tonen, wordt er meestal een teammodel of gevalsbespreking gebruikt (Walter, 1994).

4.3.2 Zorgproces eet- en drinkproblemen

De begeleiding en therapie op logopedisch gebied bij kinderen met eet- en drinkproblemen en hun ouders en verzorgers, wordt individueel afgestemd op de patiënt. Nadat de logopedist een diagnose heeft gesteld, wordt duidelijk wat het kind nodig heeft en welke behandeldoelen geformuleerd worden. De therapie is gericht op het adviseren van ouders en/of verzorgers. Dit is allemaal afhankelijk van de leeftijd van het kind, zijn of haar eventuele handicap, de conditie en de ontwikkeling.

Verder is de uitwisseling van informatie tussen de disciplines zoals het ziekenhuis, zelfstandige praktijk van paramedici of vanuit een voedingsteam noodzakelijk. Wanneer de uitwisseling niet optimaal is afgestemd, bestaat het gevaar dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de deskundigheid van andere disciplines (Engel-Hoek van den, 2011).

Voedings- en/of slikproblemen overschrijden vaak de grenzen van één discipline (Bach et al., 1989; Ravich et al., 1985). Het wordt hierdoor moeilijk te beslissen welke medisch of paramedisch specialist het kind moet onderzoeken (Peters et al., 2014). De multidisciplinaire aanpak, die steeds vaker in de geneeskunde voorkomt, is zinvol in de zorg voor kinderen met voedings- en slikmoeilijkheden.

Ouders spelen een grote rol in het voedingsproces. Een eerste stap in de communicatie met de omgeving is het eten en drinken. Wanneer het kind honger heeft, leren ouders dit te herkennen en reageren hierop. Ook het kind leert dat een bepaalde actie (gedrag), reactie uitlokt van de omgeving. Door middel van voeding brengen ouders hun normen en waarden en hun culturele achtergrond bij aan het kind. Verschillende auteurs pleiten voor het zoveel mogelijk in de thuissituatie begeleiden van eet- en drinkproblemen (Schauster & Dwyer, 1996). Wanneer het kind nog in het ziekenhuis verblijft, moeten ouders zoveel mogelijk betrokken worden bij de maaltijd.

Wordt het kind ontslagen uit het ziekenhuis, dan is het van groot belang dat er een goede overdracht en logopedische thuisbegeleiding wordt verzorgd.
Er zijn drie stappen bij het begeleiden van ouders met een kind met eet- en drinkproblemen:
1. Het herkennen van de gevoelens van ouders.
2. Het geven van uitleg over het hoe en waarom van de eet- en drinkproblemen.
3. Het in kleine opeenvolgende onderdelen begeleiden van eten en drinken (onderzoek-interventie-evaluatie) met een actieve rol van de ouders en een instructieve of begeleidende rol van de therapeut (Engel-Hoek van den, 2011).

4.3.3 Diagnostiek

- *Is het werkveld tevreden met de bestaande anamneselijst?*
- *Is er behoefte aan een universele anamneselijst?*

Voedings- en slikmoeilijkheden bij kinderen krijgen in de literatuur ruim aandacht. Desondanks werden voor de diagnostiek ervan slechts enkele klinische onderzoeksinstrumenten gepubliceerd (Rosenthal et al., 1995). De meeste evaluatie-instrumenten bestaan uit beschrijvende observaties. Deze beschrijvende observaties worden vergeleken met de normale ontwikkeling (Arvedson & Brodsky, 1993). Herman (1991) en Warner (1981) hebben destijds al aangegeven dat gepubliceerde protocollen de evaluatie van dezelfde variabelen bevatten, maar in het algemeen zonder richtlijnen voor interpretatie.
Tot nu toe bestaat geen universeel aanvaard protocol voor voedings- en slikevaluatie bij kinderen.
Uit noodzaak worden vaak evaluatie-instrumenten voor neuromotorisch gehandicapte kinderen gebruikt bij kinderen, die deze stoornissen niet vertonen. Hierdoor zijn deze tests voor deze kinderen niet genormeerd en hebben op die manier minder waarde (Peters et al., 2014).
Er zijn door de jaren heen anamneselijsten ontwikkeld. Binnen deze bachelorproef is getracht alle bestaande anamneselijsten te vinden en te gebruiken. Er zijn echter maar drie anamneselijsten via literatuuronderzoek gevonden. Het is de bedoeling, dat deze lijsten dienen als basis voor de ontwikkeling van het product. Aangezien er maar drie anamneselijsten zijn gevonden, is er ook gezocht naar assessments. Een anamnese levert de informatie die nodig is om het juiste assessment te selecteren. Er is daarom rekening gehouden, welke informatie nodig is om een geschikt assessment te selecteren. Om de desbetreffende informatie te selecteren, worden hieronder diagnostische en inventariserende onderzoeken ingedeeld en kort beschreven.

- *Welke anamneselijsten worden gebruikt en leveren deze voldoende informatie op?*

4.3.3.1 Diagnostische instrumenten

Pre Speech Assessment Scale

In 1982 verscheen de Pre Speech Assessment Scale (Morris, 1982). Bij deze lijst worden alle mondmotorische functies (eten en drinken, ademhaling, stemgeving en brabbelen) bij kinderen tussen 0 en 2 jaar geobserveerd. Elk onderdeel kan worden gescoord: normale ontwikkelingsmotoriek, afwijkende motoriek, geen motoriek. Aan het eind kan er een totale score berekend worden. Hierdoor kan de score worden vergeleken met de score van een normale ontwikkeling.
Over alle aspecten van de voeding geeft de lijst zeer gedetailleerde informatie.
Om één onderdeel heel precies uit te werken kan de lijst gedeeltelijk worden gebruikt als goede aanvulling op eigen observaties (Engel-Hoek van den, 2011).

Dysphagia Disorder Survey – DDS –

De Dysphagia Disorder Survey – DDS – (Sheppard et al., 1988) is ontwikkeld om voeding, voedingstoestand en slikken van kinderen en volwassenen met een verstandelijke handicap te scoren. Deze lijst is door Pennings & Veugeler in het Nederlands vertaald (Sheppard, 2002).

Neonatal Oral Motor Assessment Scale (NOMAS)

De NOMAS is een objectieve scorelijst, waarmee getracht wordt om normale en afwijkende oraal-motorische patronen tijdens het zuigen vast te stellen en nader te bepalen (Palmer et al., 1993). Vaak zijn pre-term geboren zuigelingen de doelgroep van deze lijst. De lijst kan gebruikt worden gedurende de reflexmatige periode van het zuigen. In de eerste 2 minuten van het zuigen (de continue fase), worden de zuigreeksen geteld. Dit levert informatie op over de mate waarin het kind zuigt, slikt en ademhaalt en deze reeks langdurig op elkaar kan afstemmen. Ook kaak- en tongbewegingen worden geobserveerd en gescoord. Er kan worden bepaald, of de motoriek van het zuigen normaal is, of dat er sprake is van desorganisatie of disfunctie. Dit wordt uitgerekend aan de hand van de scores. Wanneer er onvoldoende coördinatie tussen zuigen, slikken en ademhalen, is verwijst dit naar desorganisatie. Wanneer het zuig- slikproces door abnormale bewegingen van tong en kaak wordt onderbroken, verwijst dit naar disfunctie.

Nieuwe inzichten in de motoriek van zuigen en slikken hebben geleid tot een aantal aanpassingen waardoor deze lijst inmiddels een betrouwbaarder beeld geeft (Da Costa & Schans van der, 2008). Voor het goed kunnen afnemen van de NOMAS is een training van enkele dagen nodig.

4.3.3.2 Inventariserende instrumenten

Oral-Motor and Feeding Assessment Inventory

De Oral-Motor and Feeding Assessment Inventory (Herman, 1991) heeft als uitgangspunt de interactie tussen ouders en kinderen. Een klein onderdeel van de lijst bestaat uit de oraal-motorische vaardigheden. Om de structuren van het mond- en keelgebied en de relevante spieren te onderzoeken, zijn gedetailleerde lijsten beschikbaar in het boek: Afwijkende Mondgewoonten (Beyaert & Jansonius-Schultheis, 2001).

De Early Feeding Skills Assessment – EFS – (Thoyre, Shaker, & Pridham, 2005)

Bovengenoemde assessment heeft veel van de kennis die de afgelopen jaren is opgedaan over zuigen, slikken en ademhalen bij heel jonge zuigelingen geïntegreerd. Het oorspronkelijk instrument bestaat in zijn geheel uit 36 items. Deze zijn verdeeld over 3 secties, waarmee de ontwikkeling van het zuigen in kaart gebracht kan worden. Er wordt gekeken of het kind gereed is voor het eten en drinken. Er moet voldaan worden aan een aantal voorwaarden, wil het kind in staat zijn om het zuigen van orale voeding te starten. Vervolgens observeert men het zuigen en slikken. Gedurende 5 minuten vindt er een observatie plaats naar de voeding om beslissingen voor een volgende keer te kunnen nemen.
De lijst is gebaseerd op drinken uit de fles. Er is zowel een lijst voor kinderen die borstvoeding krijgen als een lijst voor kinderen die flesvoeding krijgen. De EFS is in het Nederlands vertaald en op basis daarvan is er een Checklist Orale Voeding ontwikkeld (UMC St. Radboud, Nijmegen). De lijst geeft aan of de voeding binnen de laatste 24 uur veilig of onveilig is verlopen. Op zuigelingenafdelingen in het ziekenhuis kan deze korte en overzichtelijke lijst goed worden ingezet.

De Nijmeegse Observatielijst Lepelvoeding (NOL)

De Nijmeegse Observatielijst Lepelvoeding (NOL) kan gebruikt worden om de verschillende elementen van het eten met een lepel te observeren (Engel-Hoek van den et al., 2007). Men observeert de eerste vijf happen van een voeding met behulp van zeven items.
De maximale score is 35 punten. Dit betekent dat de vijf happen goed worden uitgevoerd. Worden er niet 35 punten behaald, dan kan er gekeken worden, welke elementen problemen opleveren. Het aantal voedingsweken. Dat wil zeggen het aantal weken dat het kind voeding met de lepel krijgt aangeboden, wordt meegenomen in het berekenen van de score. Er wordt verondersteld, dat na 7 weken alle deelvaardigheden, die nodig zijn voor het eten van de lepel, gedurende de eerste vijf happen, goed kunnen worden uitgevoerd.

4.3.3.3 Combinatie van inventariserende & diagnostische instrumenten

Er bestaan ook instrumenten, die zowel inventariserende als diagnostische informatie vergaren.
Van den Engel-hoek, van Hulst en van Gerven (2010) hebben een voorbeeld van een uitgebreide observatielijst ontwikkeld en bevat de volgende elementen:

Uitgebreide Observatielijst van: Hulst van, Engel-Hoek van den & Gerven van, 2010

- Anamnese
- Algemene indruk
- Logopedisch onderzoek naar structuren en functies
- Observatie vaardigheden eten en drinken

Aan de hand van deze observatie kan een logopedische diagnose worden gesteld. De gekozen logopedische behandeling of verder onderzoek kan in de volgende vier punten worden ingedeeld:

- Eet- of slikproblemen ten gevolge van conditionele problemen.
- Eet- of slikproblemen ten gevolge van anatomische afwijkingen van het mondgebied.
- Eet- of slikproblemen ten gevolge van oraal en faryngeaal motorische vertraging of afwijkingen.
- Eet- of slikproblemen ten gevolge van responsiviteitsproblemen, bij neurologische problemen of negatieve ervaringen.
  (Engel-Hoek van den et al., 2011)

ASHA Pediatric Feeding History and Clinical Assessment Form

- Persoonlijke gegevens
- Medische geschiedenis
- Mijlpalen
- Onderzoek
- Faryngeale fase

Aan de hand van deze observatie kan een logopedische diagnose worden gesteld.

Tabel 5, Diagnostische instrumenten

Diagnostisch											
Onderzoek		**Auteur Jaar**	**Naam Instelling**	**Doel**	**Populatie**	**Werkwijze/ Afname**	**Beoordeling door wie?**	**Uitkomst**	**Betrouwbaar-heid**	**Validiteit**	**Hanteer-baarheid**
1	**Pre Speech Assessment Scale**	Morris, 1982	Ziekenhuis/ Praktijk	Mondmotorische functies worden geobserveerd: - eten - drinken - ademhaling - stemgeving - brabbelen	Kinderen tussen 0 en 2 jaar	-	Voedings-professional	Normaal en abnormale score/ schalen + Leeftijds-norm	**Test-hertest betrouwbaarheid**: Nil	**Inhouds-validiteit**: Matig. **Construct-validiteit, (convergent):** Nil **Construct-validiteit, (discriminatief):** Nil	6 op een schaal van 0-9
2	**Dysphagia Disorder Survey - DDS -**	Sheppard et al., 1988 (Engels) Vertaald in NL: Pennings & Veugeler jaartal onbekend	Onbekend	Voeding, voedingstoestand en het slikken van kinderen en volwassenen met een verstandelijke handicap te scoren	Kinderen vanaf 2 jaar en volwassenen	-	Professional	Binaire scores, ruwe scores en centielen	**Test-hertest betrouwbaarheid**: Nil	**Inhouds-validiteit**: beperkt. **Construct-validiteit, (convergent):** matig **Construct-validiteit, (discriminatief):** Nil	9 op een schaal van 0-9
3	**Neonatal Oral Motor Assessment Scale NOMAS**	Palmer et al., 1993	Onbekend	Normale en afwijkende oraalmotorische patronen tijdens het zuigen worden vastgesteld en nader bepaald.	Preterm geboren zuigelingen + zuigelingen in de reflex-matige periode	In de eerste twee minuten van het zuigen worden de zuigreeksen geteld.	Logopedisten	Normaal Dis-organisatie Disfunctie	**Test-hertest betrouwbaarheid**: Goed tot bijna perfect. K= tussen 0.33 en 0.94	Onbekend	Onbekend

Tabel 6, Inventariserende instrumenten

Inventariserend											
Onderzoek		**Auteur Jaar**	**Naam Instelling**	**Doel**	**Populatie**	**Werkwijze/ Afname**	**Beoordeling door wie?**	**Uitkomst**	**Betrouwbaar-heid**	**Validiteit**	**Hanteer-baarheid**
4	**Oral-Motor and Feeding Assessment Inventory**	Herman, 1991	Onbekend	Uitgangspunt is de interactie tussen ouders en kinderen. Een klein onderdeel van de lijst bestaat uit de oraal-motorische vaardigheden.	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
5	**Early Feeding Skills Assessment - EFS -**	Thoyre, Shaker, & Pridham 2005 In NL vertaald door wie en wanneer?	Afdeling neona-tologie, ziekenhuis	De ontwikkeling van het zuigen in kaart brengen. Er wordt gekeken of het kind aan een aantal voorwaarden voldoet en gereed is voor het eten en drinken.	Preterm geborene	Instrument bestaat uit 36 Items. Deze zijn verdeeld over 3 secties. Men observeert het zuigen en slikken gedurende 5 minuten.	Neonatologie clinici	Elk item heeft 2,3 of 4 keuze-mogelijk-heden: - ja/nee - nooit/soms / vaak - alles/veel/ soms/nooit	Intra- en interbeoordelaars-betrouwbaarheid zijn stabiel en acceptabel bevonden.	Construct validiteit wordt op dit moment getest.	Onbekend
6	**Nijmeegse Observatie-lijst lepel voeding; NOL**	Engel-Hoek van den et al., 2014	Ziekenhuis/Praktijk	De NOL bestaat uit 7 items die informatie geven over oraal-motorische vaardigheden die nodig zijn om voedsel van een lepel te happen, te transporteren en door te slikken	Kinderen tussen de 17 en 33 weken.	De NOL wordt gescoord tijdens 5 hapjes.	Logopedisten	De maximum score is 35.	Inter-beoordelaars betrouwbaarheid 0.91.	Onbekend	Onbekend

Tabel 7, Combinatie van inventariserende & diagnostische Instrumenten

Inventariserend & Diagnostisch											
Onderzoek		**Auteur Jaar**	**Naam Instelling**	**Doel**	**Populatie**	**Werkwijze/ Afname**	**Beoordeling door wie?**	**Uitkomst**	**Betrouwbaar-heid**	**Validiteit**	**Hanteer-baarheid**
7	**Uitgebreide Observatie lijst**	Hulst van, Engel-Hoek van den & Gerven van, 2010	Ziekenhuis/ praktijk/ thuis-situatie	Aan de hand van deze observatie kan een logopedische diagnose worden gesteld.	Kinderen met eet- en drink-problemen	Lijst bestaat uit 4 onderdelen: - Anamnese - Algemene indruk - logopedisch onderzoek naar structuren en functies - Observatie vaardigheden eten en drinken	Logopedist	Beschrijvend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
8	**ASHA Pediatric Feeding History and Clinical Assessment Form**	Niet bekend, 2013	Ziekenhuis/ praktijk/ thuis-situatie	Aan de hand van deze observatie kan een logopedische diagnose worden gesteld.	Kinderen van 6 maanden en ouder.	Lijst bestaat uit 5 onderdelen: - Persoonlijke gegevens - medische geschiedenis - Mijlpalen - Onderzoek - Faryngeale fase	Logopedist	Beschrijvend	Onbekend	Onbekend	Onbekend

4.3.3.4 Instrumentele methoden

Daarnaast zijn er ook instrumentele en kwantitatieve methoden voor de beoordeling van aspecten van eten of slikken. Deze methoden worden als aanvullend onderzoek gebruikt, nadat eerst een anamnese- en/of intakelijst is afgenomen. Onze anamnese-/intakelijst levert een eventuele aanbeveling op, waarbij naar één of meerdere onderzoeken wordt verwezen. Daarom worden deze instrumentele en kwantitatieve methoden hieronder kort besproken. Omdat deze onderzoeken plaatsvinden na het invullen van een anamneselijst, wordt hier niet dieper op ingegaan.

Cervicale auscultatie

Aan de zijkant van de larynx wordt een kleine stethoscoop geplaatst, waarmee de slik gedetecteerd kan worden. Het geeft een indruk of er geslikt wordt en de wijze waarop de slok of hap verwerkt wordt (Engel-Hoek van den, 2011). Cervicale auscultatie is niet geschikt om aspiratie te ontdekken, aangezien hierbij de sensitiviteit hoog is voor vloeibare substanties maar onnauwkeurig bij vaster voedsel (Borr, Hielscher-Fastabend, & Lucking, 2007). Hiermee kan dus geen aspiratie worden geïdentificeerd; er kan wel een normale slik van een niet normaal slikgeluid worden onderscheiden. Het geeft geen diagnose: aspiratie. Aspiratie kan enkel gediagnosticeerd worden met VFFS en/of FEES. Het onderzoek heeft een beschrijvende uitslag.

Radiologisch slikonderzoek of slikvideo (VFSS)

Wanneer er twijfels zijn over het slikproces, levert het maken van een slikvideo veel informatie over het slikken in de opeenvolgende stadia. Dit onderzoek stelt als voorwaarde, dat de onderzoeker over de juiste kennis beschikt.
Het kind krijgt te eten in de houding, waarin het normaal eet. Voedsel wordt vermengd met contrastvloeistof en wordt aangeboden. Vanaf de zijkant en/of frontaal wordt met behulp van röntgenstralen het slikproces op video vastgelegd (Engel-Hoek van den, 2011).
De slikvideo heeft als doel het beoordelen van de orale en faryngeale fase en niet uitsluitend of een kind voeding aspireert of niet (Arvedson, 2008). Het onderzoek heeft een beschrijvende uitslag.

Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

Bij FEES wordt een flexibele scoop, via de neus tot boven de stembanden gebracht. Er wordt gekeken naar mogelijke resten van speeksel of voeding na de slik in de valleculae en op de stemplooien. Omdat het inbrengen van de scoop als belastend voor kinderen wordt ervaren, wordt dit onderzoek bij jonge kinderen weinig gebruikt.
Het doel van de FEES is een beeld te krijgen van de faryngeale fase tijdens het slikken.
Het onderzoek heeft een beschrijvende uitslag (Engel-Hoek van den, 2011).

Ultrasound opnames tijdens drinken

Met behulp van geluidsgolven worden bij ultrasound opnames (echo-onderzoek) structuren of bewegingen in beeld gebracht. Door deze techniek kunnen bewegingen van de tong tijdens het drinken uit de borst goed geobserveerd worden (Geddes et al., 2008). Het onderzoek heeft een beschrijvende uitslag.

4.3.3.5 Kwantitatieve methoden

Oppervlakte elektromyografie van de mondbodem tijdens slikken (sEMG)

Tijdens de slik vormen de spieren van de mondbodem een belangrijke rol, omdat zij zorgen voor het heffen en de voorwaartse beweging van het tongbeen. Met behulp van sEMG kan de activiteit van deze spieren worden gemeten, met als doel om inzicht te krijgen in de mate van functioneren van deze spieren. De spieractiviteit wordt gemeten door elektroden die op het zachte gedeelte van de kin worden geplakt (Logemann, 1997). Het onderzoekt heeft een kwantitatieve uitslag. De spanningen die gemeten worden bij een EMG bevinden zich tussen de 50 microvolt (µV) en 30 millivolt (mV).

Tongdrukmetingen tijdens het slikken

Op het palatum worden kleine sensoren of stripjes met ballonnetjes geplaatst, die de druk kunnen meten. Op deze manier wordt gekeken hoeveel druk de tong uitvoert tijdens een slik. Het onderzoek is tot nu toe vooral gericht op het verkrijgen van informatie over de normale slik (Steele, Bailey, & Molfenter, 2009). Het onderzoek heeft een kwantitatieve uitkomst, de tongdruk wordt gemeten en uitgedrukt in kilopascal (kPa)

4.4 Diagnose

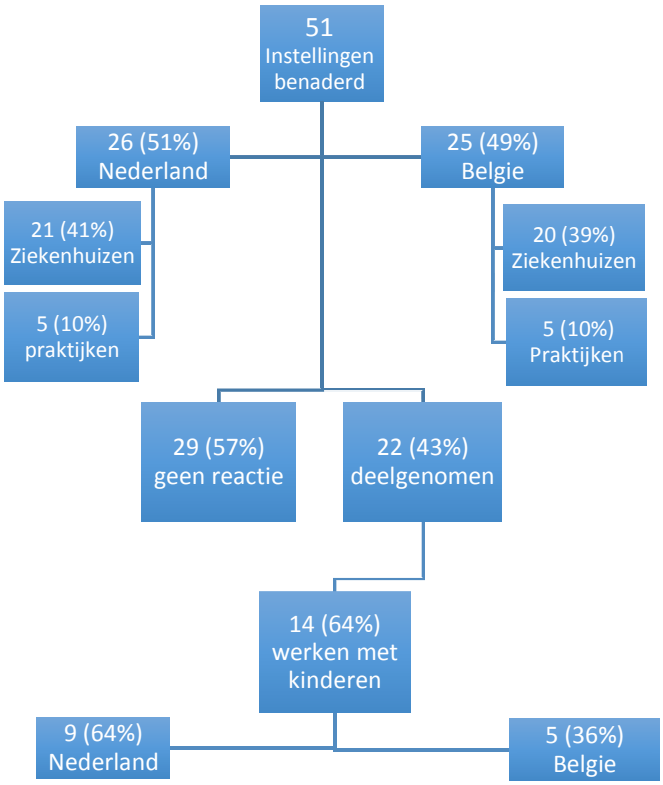
Nadat de onderzoeken zijn afgerond maakt de logopedist samen met de andere teamleden een probleemsamenhang en wordt de diagnose gesteld. Het begeleiden, adviseren, hanteren van materiaal of voedsel, zijn belangrijke hulpmiddelen om het doel te bereiken. Hierbij moet worden gekeken naar het kind zijn fysieke conditie, ontwikkeling en eventuele stoornissen en/of beperkingen. In de normale ontwikkeling speelt de zelfregulatie, die langzaam gedurende het eerste levensjaar ontstaat, een belangrijke rol bij voeding. Maar bij problemen kan dit tot veel misverstanden leiden (Engel-Hoek van den, 2011).

4.5 Resultaten werkveld inventarisatie

De resultaten, die uit het onderzoek naar voren komen, worden in het programma SPSS verwerkt en hieronder toegelicht.

Respons

In figuur 2 is de respons gesynthetiseerd vanuit de werkveldinventarisatie.



Figuur 2, Respons Werkveldinventarisatie

Verkregen informatie uit vragenlijst door middel van werkveldinventarisatie

- *Wordt er multidisciplinair of in een speciaal eetteam gewerkt, zo ja, is dit extra- of intramuraal?*

In Nederland behandelen 3 (33%) instellingen zowel extra- als intramuraal, 3 (33%) behandelen extramuraal en 3 (33%) intramuraal. In België werken 3 (60%) instellingen zowel extra- als intramuraal en 2 (40%) werken intramuraal.
Van de 9 instellingen in Nederland beschikken er 3 (33%) over een eetteam, 5 (56%) werken multidisciplinair en 1 (11%) individueel. Van de 5 instellingen in België beschikken 2 (40%) over een eetteam en 3 (60%) werken multidisciplinair.

- *Welke disciplines zijn betrokken bij het invullen van anamneselijsten?*

Van de 14 instellingen, die werken met kinderen met eet- en drinkproblemen beschikken alle (100%) over een logopedist. Daarnaast komen er nog een aantal andere disciplines voor bij een aantal van de instellingen namelijk: 5 (36%) ergotherapeuten, 6 (43%) fysiotherapeuten, 9 (64%) kinderartsen, 9 (64%) diëtisten, 4 (29%) verpleegkundigen, 7 (50%) psychologen, 3 (21%) maatschappelijk werkers, 5 (36%) orthopedagogen en 3 (21%) pedagogisch medewerkers. In Nederland beschikken 3 (33%) instellingen over een ergotherapeut, in België 2 (40%). Voor instellingen met fysiotherapeuten geldt 3 (33%) in Nederland en 3 (60%) in België. Wat betreft instellingen met kinderartsen 5 (56%) in Nederland en 4 (80%) in België. Van de instellingen met diëtisten 5 (56%) in Nederland en 4 (80%) in België. Van de instellingen met verpleegkundigen 3 (33%) in Nederland en 1 (20%) in België. Er zijn bij 4 (44%) instellingen in Nederland psychologen en 3 (60%) in België. Er zijn 2 (22%) instellingen met maatschappelijk werkers in Nederland en 1 (20%) in België. Van de instellingen met orthopedagogen zijn er 3 (33%) in Nederland en 2 (40%) in België. Van de instellingen met pedagogisch medewerkers zijn 3 (33%) in Nederland.
Gemiddeld beschikt een team over 5 verschillende disciplines. Een team in Nederland bestaat uit minimaal 1 discipline en maximaal uit 7. Een team in België bestaat uit minimaal 3 disciplines en maximaal 8.

- *Wat gebeurt er wanneer een kind wordt aangemeld?*

De aanmeldingsprocedure kan op 6 verschillende manieren verlopen blijkt uit de werkveldinventarisatie. Bij 4 (29%) instellingen wordt het kind als eerste door een arts gezien. Bij 2 (14%) teams komt het kind direct terecht bij het eetteam. Bij 1 (7%) instelling wordt het kind als eerste gezien door de diëtist en logopedist. Bij 5 (36%) instellingen komt het kind als eerste bij de logopedist terecht. Bij 1 (7%) instelling wordt het kind als eerste door een pedagogisch medewerker gezien en tenslotte moet er bij 1 instelling eerst een vragenlijst worden ingevuld.

- *Welke anamneselijsten worden gebruikt en leveren deze voldoende informatie op?*

Van de 14 instellingen gebruikt 1 (7%) instelling een bestaand protocol, 11 (79%) gebruiken een zelf ontworpen protocol en 2 (14%) hebben deze vraag niet beantwoord.
Van de 9 instellingen in Nederland gebruikt 1 (11%) een bestaand protocol, 7 (78%) gebruiken een zelf ontworpen protocol en 1 instelling heeft deze vraag niet beantwoord.
Van de 5 instellingen in België gebruiken 4 (80%) een zelf ontworpen protocol en 1 instelling heeft niet gereageerd op deze vraag.

- *Is het werkveld tevreden met de bestaande anamneselijst?*

Van de 14 instellingen zeggen er 13 (93%) dat het gehanteerde protocol voldoende informatie oplevert, 1 (%) instelling heeft niet gereageerd op deze vraag. Alle instellingen in Nederland zeggen dat het gehanteerde protocol voldoende informatie oplevert tegen 4 (80%) instellingen in België, 1 (20%) instelling in België heeft niet gereageerd op deze vraag.

- *Is er behoefte aan een universele anamneselijst?*

Van de 14 instellingen geven 12 (86%) aan dat er behoefte is aan een universeel protocol.
2 (14%) instellingen geven aan geen behoefte te hebben aan een universeel protocol.

Samenvatting

Er zijn in totaal 51 instellingen benaderd, in zowel Nederland als België. 26 (51%) Instellingen zijn uit Nederland en 25 (49%) zijn een Belgische instelling. De 51 benaderde instellingen bestaan uit 41 (80%) ziekenhuizen en 10 (20%) praktijken. 21 (41%) Ziekenhuizen in Nederland en 20 (39%) in België daarnaast 5 (10%) praktijken in Nederland en 5 (10%) in België. Van de 51 respondenten hebben er 22 gereageerd. Van de 22 instellingen die hebben gereageerd werken 14 instellingen met kinderen met eet- en drinkproblemen. Van de 14 instellingen die zijn geïncludeerd zijn er 9 (64%) uit Nederland en 5 (36%) uit België. Er zijn in België minder instellingen, die werken met kinderen met eet- en drinkproblemen, dit blijkt uit de werkveldinventarisatie.
Van de 14 instellingen beschikken er 5 (36%) over een eetteam, 3 (60%) in Nederland en 2 (40%) in België. 8 Instellingen werken multidisciplinair, 5 (63%) in Nederland en 3 (37%) in België.

Wanneer er in een eetteam en/of multidisciplinair wordt gewerkt, beschikt een team uit gemiddeld 5 verschillende disciplines. Een team uit Nederland bestaat uit minimaal 1 discipline en maximaal uit 7. Een team uit België bestaat uit minimaal 3 disciplines en maximaal 8. Elk team beschikt altijd over een logopedist, gevolgd door een kinderarts (64%) en diëtist (64%).
Er wordt slechts in één (7%) instelling een bestaand protocol gebruikt. 11 (79%) Instellingen gebruiken een zelfgemaakt protocol. Het is opvallend, dat beide landen vooral zelfgemaakte protocollen

hanteren, terwijl uit de literatuur blijkt dat er verschillende anamneselijsten bestaan. 13 (93%) Van de 14 instellingen geven aan, dat het gehanteerde protocol voldoende informatie oplevert.
Slechts één (7%) instelling geeft aan, dat er niet voldoende informatie te halen is uit het gehanteerde protocol.
Van de 14 instellingen zijn 13 (93%) instellingen tevreden met de gehanteerde protocollen. Van deze 13 instellingen zijn er 11 (79%) tevreden met een zelfgemaakt protocol. Daarentegen geven 12(86%) instellingen aan behoefte te hebben aan een universeel protocol.
Ondanks dat men tevreden is met de zelf ontworpen lijsten, is er een grote behoefte aan Evidence Based instrumenten. Dit blijkt uit de werkveld benadering waar naar voren is gekomen dat er een zeer grote behoefte is aan een universeel protocol.

4.6 Samenvatting vragen literatuurstudie en werkveld inventarisatie

Tabel 8, Samenvatting Literatuurstudie & Werkveldinventarisatie

Vraag	Info uit literatuurstudie	Info uit werkveld inventarisatie	Over-eenkomst
1. Wordt er multidisciplinair of in een speciaal eetteam gewerkt, zo ja, is dit extra- of intramuraal?	Zorginstellingen verschillen op het gebied van onderzoek. Er zijn instellingen waarbij het team gezamenlijk onderzoekt maar in weer andere instellingen wordt het kind door één teamlid onderzocht (Peters et al., 2014).	6(43%) Instellingen werken zowel intra- als extramuraal. 3(21%) Werken er extramuraal en 5(36%) intramuraal. 5(36%) Instellingen beschikken over een eetteam, 8(57%) werken multidisciplinair en 1(7%) werkt individueel.	+
2. Welke disciplines zijn betrokken bij het invullen van anamneselijsten?	Artsen, logopedisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en psychologen buigen zich hier over (Peters et al., 2014).	14(100%) instellingen beschikken over een logopedist. Daarnaast komen er nog een aantal andere disciplines voor, 5(36%) ergotherapeuten, 6(43%) fysiotherapeuten, 9(64%) kinderartsen, 9(64%) diëtisten, 4(29%) verpleegkundigen, 7(50%) psychologen, 3(21%) maatschappelijk werkers, 5(36%) orthopedagogen en 3(21%) pedagogisch medewerkers.	+
3. Welke intake-/anamneselijsten worden gebruikt en levert deze voldoende informatie op?	- Pre Speech Assessment Scale - Dysphagia Disorder Survey – DDS – - Neonatal Oral Motor Assessment Scale NOMAS - Oral-Motor and Feeding Assessment Inventory - Early Feeding Skills Assessment – EFS – - Nijmeegse Observatielijst Lepelvoeding NOL - Uitgebreide Observatielijst - ASHA Pediatric Feeding History and Clinical Assessment Form	Van de 14 instellingen gebruikt er 1(7%) instelling een bestaand protocol, 11(79%) gebruikt een zelf gemaakt protocol en 2(14%) hebben deze vraag niet beantwoord.	–
4. Wat gebeurt er wanneer een kind wordt aangemeld?	–	De aanmeldingsprocedure kan op 6 verschillende manieren verlopen: - Gezien door arts - Direct eetteam - Gezien door diëtist + logopedist - Logopedist - Pedagogisch medewerker - Vragenlijst	–
5. Is het werkveld tevreden met de bestaande anamneselijst?	Herman (1991) en Warner (1981) hebben destijds al aangeven dat: Gepubliceerde protocollen de evaluatie van dezelfde variabelen bevatten, maar in het algemeen zonder richtlijnen voor interpretatie.	Van de 14 instellingen zeggen er 13(93%) dat het gehanteerde protocol voldoende informatie oplevert, 1(%) instelling heeft niet gereageerd op deze vraag.	+
6. Is er behoefte aan een universele anamneselijst?	Uit noodzaak worden vaak evaluatie-instrumenten voor neuromotorisch gehandicapte kinderen gebuikt bij kinderen die deze stoornissen niet vertonen. Hierdoor zijn deze tests voor kinderen met eet- en drinkproblemen niet genormeerd en hebben op die manier minder waarde (Peters et al., 2014).	Van de 14 instellingen geven er 12(86%) aan dat er behoefte is aan een universeel protocol. 2(14%) instellingen geven aan geen behoefte te hebben aan een universeel protocol.	+

5 Ontwikkelfase/fase 2

De ontwikkelfase bestaat uit twee aspecten; beoordeling van de gevonden assessments en de ontwikkeling van de anamneselijst.

5.1 Beoordeling van de gevonden assessments

Doel:

2.1 Het onafhankelijk filteren en/of beoordelen van de gevonden anamneselijsten en assessments door middel van de bestaande lijst voor kwaliteitscriteria.

Voor het bereiken van subdoelstelling 2.1.a is het de bedoeling dat beide auteurs de gevonden anamneselijsten en assessments beoordelen aan de hand van de lijst: Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires (Terwee et al., 2007) onafhankelijk van elkaar. De drie anamneselijsten/assessments met de hoogste beoordeling zullen als basis dienen voor de te ontwikkelen anamneseslijst. Wanneer er geen consensus is tussen beide auteurs, dient het beoordelingssysteem ingevuld te worden door een externe professional.

5.2 Ontwikkeling anamneselijst

Doel:

2.2 Het samenstellen van een interdisciplinaire anamneselijst bij moeilijk etende kinderen die geschikt is voor zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen, lactatiekundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten en gedragsdeskundigen).

Hierdoor kunnen bovengenoemde disciplines nauwkeuriger bepalen, welk onderzoeksinstrument vervolgens het meest geschikt is voor het diagnostisch proces.
Voor het bereiken van subdoelstelling 2.1.b t/m f wordt gebruik gemaakt van de informatie, die wordt verkregen uit de literatuurstudie en werkveldinventarisatie. Uit de literatuurstudie is gebleken, dat er behoefte is aan een anamneselijst, die aan de volgende criteria voldoet: medische geschiedenis (hoofdstuk 2.1.3), algemene indruk (hoofdstuk 4.3.3.2) en observatie tijdens het eten en drinken (hoofdstuk 4.3.3).
De drie overgebleven anamneselijsten/assessments worden met elkaar vergeleken om zo te zien of er onderwerpen overeenkomen. In dat geval dan vormen deze overeenkomende onderwerpen een relevante inhoud voor de anamneselijst die ontwikkeld gaat worden. Wanneer er geen overeenkomsten zijn tussen de drie lijsten, worden overeenkomsten gezocht in de literatuur.

De verkregen informatie uit de werkveldinventarisatie wordt gebruikt om te bepalen welke disciplines met de ontworpen anamneselijst in contact kunnen komen.
Wat betreft het format en de lay-out wordt er eerst gekeken naar de drie anamneselijsten die als basis dienen voor de te ontwikkelen anamneselijst. Hieruit blijkt, dat er overeenkomst is wat betreft de indeling, in de vorm van een tabel. Er is voor gekozen om zowel open vragen, met ruimte om antwoorden te noteren, als ook voor gesloten vragen met het aanbod om opties aan te kruisen.

5.3 Resultaten van de beoordeling van de gevonden assessments

Tabel 9, Beoordeling gevonden assessments

	Questionnaire	Content validity		Internal consistency		Construct validity		Reproducibility				Responsiveness		Floor or ceiling effect		Interpretability	
								Agreement		Reliability							
1	**Pre Speech Assessment Scale**	+	+	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
2	**Dysphagia Disorder Survey**	-	-	?	?	-	-	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
3	**Neonatal Oral Motor Assessment Scale**	+	?	?	?	?	?	+	+	-	-	?	?	?	?	0	0
4	**Oral-Motor and Feeding Assessment Inventory**	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
5	**Early Feeding Skills Assessment**	?	?	?	?	?	?	0	0	?	?	?	?	?	?	?	?
6	**Nijmeegse Observatie-lijst lepel voeding;**	+	+	?	?	0	0	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
7	**Uitgebreide Observatie lijst**	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
8	**ASHA Pediatric Feeding History and Clinical Assessment Form**	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?

+ positive; 0 intermediate; - poor; ? no information available

In tabel 9 is de beoordeling te vinden van de gevonden assessments door beide auteurs. Dit is gedaan aan de hand van de lijst: Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires (Terwee et al., 2007). Deze lijst is terug te vinden in bijlage B.
Wordt er gekeken naar het beoordelingssysteem met bijbehorende criteria, dan blijkt dat er geen enkel assessment geschikt is, dat als basis kan dienen voor de ontwikkeling van de anamneselijst.
Uit de literatuurstudie is gebleken, dat er behoefte is aan een anamneselijst, die aan de volgende criteria voldoet: medische geschiedenis (hoofdstuk 2.1.3), algemene indruk (hoofdstuk 4.3.3.2), en observatie tijdens het eten en drinken (hoofdstuk 4.3.3).
Doordat er uiteindelijk behoefte is aan een anamneselijst en dit ook het doel van dit project is, zijn alle assessments uitgesloten van deelname en alle 'lijsten' geïncludeerd. Daarnaast wordt een anamneselijst ontwikkeld, die geschikt is voor een brede, niet specifieke, doelgroep. De 'Dysphagia Disorder Survey (DDS)', 'Neonatal Oral Motor Assessment Scale (NOMAS)', en de 'Early Feeding Skills Assessment (EFS)' zijn bedoeld voor zeer specifieke doelgroepen.
Dit betekent, dat er een anamneselijst gaat worden ontwikkeld op basis van de 'Pre Speech Assessment Scale', 'Nijmeegse Observatielijst Lepelvoeding', 'Uitgebreide Observatielijst' en de 'Pediatric Feeding History and Clinical Assessment Form'. De 'Pre Speech Assessment Scale' zal niet worden gebruikt om de anamneselijst op te baseren, gezien het feit, dat deze niet vrij verkrijgbaar is en zonder toestemming van de auteur deze lijst niet mag worden gebruikt.

5.4 Resultaat ontwikkeling anamneselijst

Hier volgt de ontwikkelde anamneselijst.

Anamneselijst bij de aanmelding van jonge kinderen met eet- en drinkproblemen

1. Ingevuld door

☐ ***Logopedist*** ☐ ***Ergotherapeut*** ☐ ***Fysiotherapeut*** ☐ ***(Kinder)Arts*** ☐ ***Verpleegkundige***

☐ ***Psycholoog*** ☐ ***Diëtist*** ☐ ***Maatschappelijk werker*** ☐ ***Orthopedagoog*** ☐ ***Pedagogisch medewerker***

☐ ***Andere, nl.:***

Naam onderzoeker	
Datum onderzoek	

2. Persoonlijke gegevens

Naam patiënt	
Geslacht	
Taal	
Adres	
Telefoonnummer	
Geboortedatum	
Leeftijd in maanden	
Gezin	
Soortgelijke problemen in het gezin	

3. Prenatale geschiedenis

Complicaties tijdens de zwangerschap	
Duur van zwangerschap (weken)	
Postmenstruele leeftijd bij geboorte	
Geboortegewicht	
Meerling: ☐ ***Ja*** ☐ ***Nee*** ☐ ***Eeneiig*** ☐ ***Twee-eiig***	

4. Medische (voor)geschiedenis

Ziektes	
Allergieën	
Voedselallergieën	

Ziekenhuisopnames:

1.

Onderliggende diagnose	
Data	
Instelling	

2.

Onderliggende diagnose	
Data	
Instelling	

5. Huidige Medicatie

1.

Medicatie	
Voorgeschreven voor + voorschrijvend arts	
Hoe lang wordt deze medicatie genomen	

2.

Medicatie	
Voorgeschreven voor + voorschrijvend arts	
Hoe lang wordt deze medicatie genomen	

3.

Medicatie	
Voorgeschreven voor + voorschrijvend arts	
Hoe lang wordt deze medicatie genomen	

6. Onderwerp

□ ***Borst- Flesvoeding*1***	□ ***Lepelvoeding*2***	□ ***Kauwen*3***	□ ***Drinken uit een beker*4***
Wat is het eetprobleem			
Waarom komt u juist nu naar hier			
Wie is de verwijzer			
Primaire diagnose			
Primaire verzorger			
Aangeboren probleem	□ ***Ja, nl.:***	□ ***Nee***	
Tijdstip ontstaan probleem			
Hulpvraag			

***1: Wanneer hoofdstuk 1 t/m 8 volledig is ingevuld, ga verder met hoofdstuk 9 'observatie drinken uit borst of fles.**
***2: Wanneer hoofdstuk 1 t/m 8 volledig is ingevuld, ga verder met hoofdstuk 10 'observatie eten van een lepel.**
***3: Wanneer hoofdstuk 1 t/m 8 volledig is ingevuld, ga verder met hoofdstuk 11 'observatie kauwen.**
***4: Wanneer hoofdstuk 1 t/m 8 volledig is ingevuld, ga verder met hoofdstuk 12 'observatie drinken uit tuitbeker.**

7. Voedingsanamnese

Voedingsverloop en bijkomende reacties t/m heden	□ ***Huilen*** □ ***In slaap vallen*** □ ***Andere, nl.:*** Beschrijving t/m heden:

Start voeding:

□***Borst- en flesvoeding***	Maanden:
□***Drinken uit een beker***	Maanden:
□***Lepelvoeding***	Maanden:
□***Vast voedsel***	Maanden:

Details voeding:

Soort voeding	
Voorkeur voor smaak	
Temperatuur	
Houdingen	
Voedingssituatie (wie is aanwezig?)	
Voedingsplaats	□ ***Kinderstoel*** □ ***Gewone stoel*** □ ***Maxi-Cosi*** □ ***Op schoot*** □ ***Andere, nl.:***

Consistentie voeding:

(laat ouders zelf beschrijven)

Spugen/braken	□ ***Ja*** □ ***Nee***
Hoe vaak	
Hoeveel	

Reacties op overgangsfases:	
Van borst naar fles	
Van fles naar lepel	
Van dik-vloeibaar naar vast	
Mondgewoonten: □ ***Fopspeen*** □ ***Duimen*** □ ***Handen in de mond*** □ ***Speelgoed in mond nemen*** □ ***Andere, nl.:***	
Tanden	□ ***Ja*** □ ***Nee***
Aantal	

8. Algemene indruk

Waakzaamheid		
	□ ***Huilerig*** □ ***Andere, nl.:***	□ ***Slaperig***
Heeft het kind een goede hoofdbalans	□ ***Ja***	□ ***Nee***
Mondhouding	□ ***Geopend***	□ ***Gesloten***
Speekselverlies in rust	□ ***Ja***	□ ***Nee***

9. Observatie drinken uit borst of fles

Tijdstip voeding	
Duur voeding	
Samenstelling voeding	
Hoe wordt het kind gevoed	□ ***Borst*** □ ***Fles*** □ ***Soort fles:*** □ ***Soort speen:***
Materiaal waarmee kind gevoed wordt: □ ***Borst*** □ ***Fles*** □***Tepelhoedje*** □ ***Grootte van het gat*** □ ***Vorm van de tepel*** □ ***Melktoevloed*** □ ***Speenvorm + merk:***	
Positie kind	□ ***Kinderstoel*** □ ***Gewone stoel*** □ ***Maxi-Cosi*** □ ***Op schoot*** □ ***Op arm*** □ ***Andere, nl.:***
Houding kind	
Alertheid voor het drinken	□ ***Slaapt*** □ ***Voldoende wakker*** □ ***Bijzonderheden:***
Alertheid tijdens het drinken	□ ***Onvoldoende*** □ ***Voldoende*** □ ***Bijzonderheden:***
Kan het kind de beweging meteen en goed starten	□ ***Ja*** □ ***Nee*** □ ***Bijzonderheden:***
Kracht bij zuigen	□ ***Onvoldoende*** □ ***Voldoende*** □ ***Bijzonderheden:***
Kan het kind zuigen, slikken en ademen coördineren of wordt het kind benauwd?	

Gedrag			
Kind uitgeput voordat het voldoende gedronken heeft	□ ***Ja***	□ ***Nee***	□ ***Bijzonderheden:***
Hoeveelheid geconsumeerd			
Communicatie ouder-kind			
Emotionele reacties kind tijdens voeding			
Emotionele reacties kind na voeding			
Fysieke reacties kind tijdens voeding			
Fysieke reacties kind na voeding			
Omgeving bij voeding			
Afwijkende gedragingen tijdens het drinken uit de borst of fles	□ ***Voedselverlies tijdens drinken uit de*** □ ***Borst*** □ ***Fles*** □***Kind hoest*** □ ***Bijzonderheden:***	□ ***Kind vertoont afweerreacties bij zien van*** □ ***Borst*** □ ***Fles*** □ ***Kind vertoont een kokhalsreactie***	□ ***Kind bijt op*** □ ***Tepel*** □***speen*** □ ***Kind vertoont afweerreacties tijdens*** □***Borstvoeding*** □***Flesvoeding***

10. Observatie eten van een lepel

Tijdstip voeding			
Duur voeding			
Samenstelling voeding	□ ***Dun vloeibaar*** ***Beschrijvend:***	□ ***Dik vloeibaar***	□ ***Met of zonder stukjes***
Lepel: vorm en materiaal			
Manier van aanbieden van lepel	□ ***Afschrapen*** □ ***Andere, nl.:***	□ ***Tongdruk***	□ ***Gietend***
Mondmotoriek gedurende het eten:			
Mond beweging	□ ***Opening is groot genoeg*** □ ***Kind sabbelt op lepel***	□ ***Kind bijt op lepel*** □ ***Kind opent mond als lepel er aan komt***	□ ***Kind sluit lippen om af te happen*** □ ***Kind gebruikt bovenlip om eten van lepel af te halen***
Wanneer opent het kind de mond?			
Komt de tong naar buiten bij het slikken?	□ ***Indien ja, beschrijf:***		□ ***Nee***
Verwerkt het kind de voeding adequaat met de tong?	□ ***Ja***	□ ***Nee***	□ ***Bijzonderheden:***
Voedsel blijft direct na inname in de mond?	□ ***Ja***	□ ***Nee***	□ ***Bijzonderheden:***
Tong blijft achter de lippen tijdens slik?	□ ***Ja***	□ ***Nee***	□ ***Bijzonderheden:***
Voedsel blijft achter de lip tijdens slik?	□ ***Ja***	□ ***Nee***	□ ***Bijzonderheden:***

Gedrag	
Kind uitgeput voordat het voldoende gegeten heeft	□ ***Ja*** □ ***Nee*** □ ***Bijzonderheden:***
Hoeveelheid geconsumeerd	
Communicatie ouder-kind	
Emotionele reacties kind tijdens voeding	
Emotionele reacties kind na voeding	
Fysieke reacties kind tijdens voeding	
Fysieke reacties kind na voeding	
Omgeving bij voeding	
Afwijkende gedragingen tijdens lepelvoeding	□ ***Voedselverlies tijdens lepelvoeding*** □ ***Kind vertoont afweerreacties bij zien van lepel*** □ ***Kind bijt op lepel*** □ ***Kind hoest*** □ ***Kind vertoont een kokhalsreactie*** □ ***Kind vertoont afweerreacties tijdens lepelvoeding*** □ ***Bijzonderheden:***

11. Observatie kauwen

Tijdstip voeding	
Duur voeding	
Soort + samenstelling voedsel	
Manier van aanbieden van voedsel	***Verzorger:*** □ ***Hand*** □ ***Vork*** □ ***Midden van de mond*** □ ***Zijkant van de mond*** □ ***Bijzonderheden:*** ***Kind:*** □ ***Hand*** □ ***Vork*** □ ***Midden van de mond*** □ ***Zijkant van de mond*** □ ***Bijzonderheden:***
Mondmotoriek gedurende het kauwen:	
Mond beweging	□ ***Zijwaartse tongbewegingen waarneembaar*** □ ***Voedsel wordt naar de zijkant gebracht met tong*** □ ***Kind kauwt op het voedsel*** □ ***Kind plet het voedsel*** □ ***Hoe vaak kauwt het kind*** □ ***Zijn er ritmische kaakbewegingen*** □ ***Groot*** □***klein*** □ ***Sabbelt het kind op het voedsel en laat de bolus in midden van de mond*** □ ***Kind kokhalst op voedsel in mond*** □ ***Kind duwt voedsel er met de tong uit*** □ ***Andere, nl.:***
Wanneer opent het kind de mond?	
Komt de tong naar buiten bij het slikken?	□ ***Ja*** □ ***Nee*** □ ***Bijzonderheden:***
Voedsel blijft direct na inname in de mond?	□ ***Ja*** □ ***Nee*** □ ***Bijzonderheden:***
Tong blijft achter de lippen tijdens slik?	□ ***Ja*** □ ***Nee*** □ ***Bijzonderheden:***
Voedsel blijft achter de lip tijdens slik?	□ ***Ja*** □ ***Nee*** □ ***Bijzonderheden:***

Gedrag			
Kind uitgeput voordat het voldoende gegeten heeft	□ ***Ja***	□ ***Nee***	□ ***Bijzonderheden:***
Hoeveelheid geconsumeerd			
Communicatie ouder-kind			
Emotionele reacties kind tijdens voeding			
Emotionele reacties kind na voeding			
Fysieke reacties kind tijdens voeding			
Fysieke reacties kind na voeding			
Omgeving bij voeding			
Afwijkende gedragingen tijdens kauwen	□ ***Kind kwijlt tijdens kauwen*** □ ***Kind vertoont een kokhalsreactie***	□ ***Kind bijt op*** □ ***Lepel*** □***Vork*** □ ***Kind vertoont afweerreacties bij aanbieden van voedsel***	□ ***Kind verslikt zich*** □ ***Bijzonderheden:***

12. Observatie drinken uit (tuit)beker

Tijdstip voeding	
Duur voeding	
Samenstelling van de vloeistof	□ ***Dun vloeibaar*** □ ***Dik vloeibaar*** ***Smaak:*** ***Temperatuur:*** □ ***Andere, nl.:***
Manier van aanbieden	□ ***Gietend*** □ ***Activiteit uitlokkend*** □ ***Zelfstandig***

Materiaal waarmee het kind drinkt:

Vorm	□ ***Beker merk:*** □ ***Tuitbeker*** □ ***Een handvat*** □ ***Twee handvatten*** □ ***Andere, nl.:***
Materiaal + merk	

Positie kind	□ ***Stoel*** □ ***Op arm*** □ ***Andere, nl.:***
Houding kind	

Mondmotoriek gedurende drinken:			
Mondbeweging	□ ***Kind bijt op bekerrand*** □ ***Kind kan een aantal slokken nemen zonder zich te verslikken*** □ ***Andere, nl.:***	□ ***Onderlip sluit aan bekerrand*** □ ***Kind kan een slok in de mond vasthouden*** □ ***Hoofd voorover*** □ ***Hoofd achterover***	□ ***Tong komt naar buiten tijdens drinken*** ***Zo ja:*** □ ***onder beker*** □ ***in beker***
Wanneer opent het kind de mond?			
Tong blijft achter de lippen tijdens slik?	□ ***Ja***	□ ***Nee***	□ ***Bijzonderheden:***

Gedrag:	
Kind uitgeput voordat het voldoende gedronken heeft	□ ***Ja*** □ ***Nee*** □ ***Bijzonderheden:***
Hoeveelheid geconsumeerd	
Communicatie ouder-kind	
Emotionele reacties kind tijdens voeding	
Emotionele reacties kind na voeding	
Fysieke reacties kind tijdens voeding	
Fysieke reacties kind na voeding	
Omgeving bij voeding	
Afwijkende gedragingen tijdens het drinken uit de borst of fles	□ ***Kind kwijlt tijdens drinken uit de*** □ ***Borst*** □ ***Fles*** □ ***Kind vertoont afweerreacties bij zien van*** □ ***Borst*** □ ***Fles*** □ ***Kind bijt op*** □ ***Tepel*** □ ***Speen*** □ ***Kind verslikt zich*** □ ***Kind vertoont een kokhalsreactie*** □ ***Kind vertoont afweerreacties tijdens*** □ ***Borstvoeding*** □ ***Flesvoeding*** □ ***Bijzonderheden:***

13.Conclusie

Hulpverleners die betrokken zijn:

☐ ***Logopedist*** ☐ ***Ergotherapeut*** ☐ ***Fysiotherapeut*** ☐ ***(Kinder)Arts*** ☐***Verpleegkundige***

☐ ***Psycholoog*** ☐ ***Diëtist*** ☐ ***Maatschappelijk werker*** ☐ ***Orthopedagoog*** ☐ ***Pedagogisch medewerker***

Plan van aanpak	

Voedingsschema thuissituatie*5

Maandag t/m zondag	
Maaltijd 1 Wat:	Tijd:
	Hoeveelheid:
	Hoeveelheid geconsumeerd:
	Hoelang:
Maaltijd 2 Wat:	Tijd:
	Hoeveelheid:
	Hoeveelheid geconsumeerd:
	Hoelang:
Maaltijd 3 Wat:	Tijd:
	Hoeveelheid:
	Hoeveelheid geconsumeerd:
	Hoelang:

***5: Voor een gedetailleerde voedingsanamnese kan dit schema thuis ingevuld worden tijdens het eten en drinken in een voedingsboekje, dit dient voor elke maaltijd van maandag t/m zondag ingevuld te worden.**

6. Discussie

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord en de resultaten verklaard. Ook worden onverwachte resultaten en discrepanties beschreven. Tevens wordt het bijbehorende product geëvalueerd.

6.1 Samenvatting belangrijkste resultaten

De doelstelling was, het ontwikkelen van een interdisciplinaire anamneselijst bij jonge kinderen met eet- en drinkproblemen, die geschikt is voor hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, lactatiekundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten en gedragsdeskundigen). Hierdoor kunnen bovengenoemde disciplines nauwkeuriger bepalen, welk onderzoeksinstrument vervolgens het meest geschikt is voor het diagnostisch proces.
Er is een literatuurstudie uitgevoerd om het actuele zorgproces in Nederland en België in kaart te brengen. Als belangrijkste resultaat is naar voren gekomen, dat er in de verschillende talen verscheidene termen gehanteerd worden, wat betreft eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen. Er is internationaal gezien geen sprake van overeenkomst is over de terminologie (Dewitte & Benoot, 2008). Dit betekent, dat wanneer er geen overeenstemming is over wat betreft de terminologie, het moeilijk is om hier stoornissen, diagnostiek en assessments aan te koppelen.
Daarnaast is een werkveldinventarisatie uitgevoerd in 51 instellingen in Nederland en België om instellingen en hun professionals te bevragen naar het anamneseproces. Van de 51 instellingen die zijn benaderd, werken er 14 met kinderen met eet- en drinkproblemen. Van de 14 instellingen die hebben deelgenomen aan het onderzoek, zijn er 9 (64%) uit Nederland en 5 (36%) uit België. In slechts één (7%) instelling wordt een bestaand protocol gebruikt. Van de 14 instellingen zijn 13 (93%) instellingen tevreden met de gehanteerde protocollen. Van deze 13 instellingen zijn er 11 (79%) tevreden met een zelfgemaakt protocol. Daarentegen geven 12(86%) instellingen aan behoefte te hebben aan een universeel protocol.
Ondanks dat men tevreden is met de zelf ontworpen lijsten, is er een grote behoefte aan Evidence Based instrumenten. Dit blijkt uit de werkveldinventarisatie, waar naar voren is gekomen dat er een zeer grote behoefte is aan een universeel protocol.
Het is opvallend, dat 13 (93%) instellingen tevreden zijn met zelf ontworpen protocollen. Dit is tegenstrijdig met een grondgedachte van het Evidence Based handelen, “Als een behandelaar bij een patiënt wil vaststellen wat de aard en de ernst van het probleem is, gebruikt hij daarvoor bij voorkeur een gestandaardiseerd, gevalideerd en genormeerd onderzoeksinstrument, dus het beste instrument, ook wel de ‘gouden standaard’ genoemd.” (Kalf & De Beer, 2011, p.45). Echter zijn er helaas weinig tools daadwerkelijk beschikbaar om Evidence Based te handelen. Daarentegen geven 12 (86%) instellingen uit de werkveldinventarisatie aan behoefte te hebben aan een universeel protocol.

Ondanks dat men tevreden is met de zelf ontworpen lijsten, is er een grote behoefte aan een Evidence Based instrument. Op basis van literatuurstudie en werkveldinventarisatie is als meest belangrijke resultaat een anamneselijst bij jonge kinderen met eet- en drinkproblemen ontwikkeld (hoofdstuk 5.5).

6.2 Interne validiteit

Deze bachelorproef verloopt door middel van op elkaar volgende fases. Het bereiken van de volgende fase is afhankelijk van het resultaat van de vorige fase.
Wat betreft de literatuurstudie, fase 1 met subdoelstellingen 1.1.a t/m c zijn er beperkingen geweest, die betrekking hebben gehad op het zoekproces. Er zijn artikels gevonden, waarvoor betaald diende te worden. Deze artikels zijn niet aangekocht. Dit kan van invloed zijn op de kwaliteit van de resultaten, die verkregen zijn door middel van literatuurstudie. Er is tevens in de literatuur geen eenduidig geaccepteerde definitie, wat betreft eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen, te vinden. Dit kan betekenen, dat auteurs verschillende definities hanteren. Dit is een beperking omdat er geen uniformiteit is, wat nu wel of geen eet- en drinkprobleem is. Wanneer er geen eenduidig geaccepteerde definitie is, wat betreft eet-en drinkproblemen bij jonge kinderen, is het vervolgens moeilijk om een anamneselijst te ontwikkelen.
De subdoelstellingen 1.1.d en 1.1.e zijn uitgevoerd in hoofdstuk 2, het theoretisch kader.
De werkveldinventarisatie, met de subdoelstellingen 1.2.a t/m d, is in Nederland en België uitgevoerd in 51 instellingen. De opgestelde vragenlijst is niet onderworpen aan een pretest. Hierdoor is er geen informatie verkregen of de lay-out duidelijk was, vragen duidelijk waren, de hoeveelheid tijd acceptabel was en eenvoudig geretourneerd kon worden.
De instellingen, die hebben meegedaan aan het onderzoek is met een getal van 14 kleinschalig. Het is in twijfel te trekken, of de 14 instellingen die hebben deelgenomen aan de werkveldinventarisatie, representatief zijn voor de logopedisten in Nederland en België die werken met kinderen met eet- en drinkproblemen. Aangezien er is uitgegaan van een kleine groep logopedisten, die werken met kinderen met eet- en drinkproblemen, is het een logisch gevolg dat het onderzoek kleinschalig is. Er zijn echter op dit moment geen recente prevalentiecijfers bekend, die weergeven hoeveel logopedisten werken met kinderen met eet- en drinkproblemen.
Wat betreft de werving van de instellingen, is er niet bewust gekozen de instellingen en praktijken geografisch te selecteren. Hierdoor kan het bijvoorbeeld voorkomen, dat er in een provincie meerdere instellingen en praktijken zijn benaderd. Hoewel het niet zeker is, dat instellingen en praktijken provinciaal samenwerken, kan het toch voorkomen dat verkregen informatie in een provincie overeenkomt. De informatie uit de werkveldinventarisatie is steeds verkregen door een zelf opgestelde vragenlijst (bijlage 1, Vragenlijst voor het werkveld) in te laten vullen door de logopedist van de benaderde instellingen.

Aangezien er een interdisciplinaire anamneselijst is ontwikkeld, zou er meer informatie verkregen kunnen worden, wanneer de vragenlijst multidisciplinair ingevuld zou zijn geweest. Hierdoor zou er een uitspraak kunnen worden gedaan wat de behoefte zijn binnen een bepaalde discipline. Dit zou de anamneselijst zeker ten goede zijn gekomen.
Van de benaderde 51 instellingen zijn 14 instellingen geïncludeerd. Om zoveel mogelijk respons te verkrijgen is er voor gekozen om telefonisch contact op te nemen om tijdens dit gesprek de opgestelde vragen te stellen aan de logopedist. Wanneer telefonisch contact na 2 pogingen niet mogelijk was, is er voor gekozen om de opgestelde vragen te versturen per mail. Wanneer na één week tijd geen reactie is ontvangen, werd er een herinneringsmail verstuurd. Tenslotte werd de werkveldinventarisatie in een schematische samenvatting weergegeven, zie figuur 2.
Het telefonisch contact heeft een positieve bijdrage geleverd aan de respons. Dit heeft geresulteerd in het feit, dat gecontacteerde medewerkers van desbetreffende instellingen ons hebben doorverwezen naar logopedisten. Door de behoeftes van de logopedisten en onze bevindingen vanuit de literatuur was het mogelijk de anamneselijst te ontwikkelen.
Fase 2, met de subdoelstellingen 2a t/m f, werd gestart met de gevonden assessments te beoordelen aan de hand van de lijst: Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires (Terwee et al., 2007). Met als doel de gevonden assessments aan de hand van bestaande criteria te beoordelen. Wanneer er gekeken wordt naar het beoordelingssysteem met bijbehorende criteria, dan blijkt dat er geen enkel assessment geschikt is, dat als basis kan dienen voor de ontwikkeling van de anamneselijst. Er is uiteindelijk gekozen de anamneselijst te baseren op 'lijsten' die gevonden zijn door middel van literatuurstudie. De drie overgebleven anamneselijsten worden met elkaar vergeleken om zo te zien of er onderwerpen overeenkomen. In dat geval vormen deze overeenkomende onderwerpen een relevante inhoud voor de anamneselijst, die ontwikkeld gaat worden. Vervolgens wordt gekeken in hoeverre deze overeenkomsten met de gevonden informatie uit de literatuurstudie overeenkomen. Hierdoor ontstaat het probleem, dat de ontwikkelde anamneselijst niet gebaseerd is op gestandaardiseerde anamneselijsten.

6.3 Externe validiteit

Uit de werkveldinventarisatie blijkt, dat er bij een nieuwe aanmelding altijd een anamnese en observatie volgt. Dit is in overeenstemming met de gevonden informatie uit het literatuuronderzoek. Door vergelijking en observatie komt de logopedist, die een grondige kennis heeft van de normale fysiologie van eten en slikken, tot een kritisch oordeel. Deze observatie gebeurt systematisch en al dan niet aan de hand van een standaard evaluatieformulier (Peters et al., 2014). Uit de werkveldinventarisatie blijkt echter, dat er maar 1 van de 14 instellingen een standaard protocol hanteert. Eveneens wordt in literatuur aangehaald, dat er gebrek is aan uniformiteit en er onduidelijkheid bestaat, wat voor welke doelgroep de gestandaardiseerde en meest gehanteerde lijst

is (Peters et al., 2014). Dit is ook terug te zien uit de informatie, die is verkregen uit de werkveldinventarisatie. Er blijkt namelijk dat 11 instellingen een zelf ontworpen protocol hanteren. Uit de werkveldinventarisatie komt naar voren, dat 12 instellingen behoefte hebben aan een universeel protocol.
De literatuur geeft aan, dat in het buitenland de rol van de logopedist bij de preventie, diagnostiek en behandeling van voedings- en slikproblemen algemeen erkend is. Volgens ASHA (American Speech Language and Hearing Association) evalueerde en behandelde in 1985, 35% van de logopedisten voedingsproblemen (ASHA 1987). In 1988 evolueerde dit tot 42% (Shewan, 1988).
Dit in tegenstelling tot België en Nederland waar dit in 1992 nog niet het geval was.
Binnen de logopedie vormden voedings- en slikproblemen toen een relatief nieuw werkterrein.
Uit de werkveldinventarisatie blijkt echter, dat er 14 (64%) instellingen werken met kinderen met eet- en drinkproblemen. Dit percentage is hoger dan het genoemde percentage van Shewan uit 1988. Hier is een positieve vooruitgang te zien. Er is echter uit de werkveldinventarisatie af te lijden, dat van de 14 instellingen er slechts 5 (36%) afkomstig zijn uit België. Vergeleken met Nederland is dit bijna de helft. In Nederland werken er namelijk 9 instellingen met kinderen met eet- en drinkproblemen.
In universitaire ziekenhuizen is er meestal een team van voedingsspecialisten (Bryan & Pressman, 1995), dit zorgt voor optimaal onderzoek en optimale zorg voor het kind met voedingsproblemen. Daarnaast creëert een multidisciplinaire aanpak een forum voor het verzamelen van klinische kennis (Peters et al., 2014). De begeleiding bestaat altijd uit een multidisciplinair perspectief. Hulpverleners zoals artsen, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, wijkverpleegkundigen, psychologen of orthopedagogen leggen verschillende accenten bij de behandeling (Engel-Hoek van den, 2011).
Dit is overeenkomstig met de gevonden informatie uit de werkveldinventarisatie. Van de 14 instellingen beschikken er 5 (36%) over een eetteam, 3 (60%) in Nederland en 2 (40%) in België. 8 Instellingen werken multidisciplinair, 5 (63%) in Nederland en 3 (37%) in België.
Zorginstellingen verschillen op het gebied van onderzoek. Er zijn instellingen, waarbij het team gezamenlijk onderzoekt. In andere instellingen wordt het kind door één teamlid onderzocht (Peters et al., 2014). Nadat het onderzoek is afgerond, wordt de diagnose gesteld en geven de teamleden een gezamenlijk advies (Ravich et al., 1985).
Vergeleken met deze informatie uit de werkveldinventarisatie, is er inderdaad te zien dat zorginstellingen verschillen op het gebied van onderzoek. De aanmeldingsprocedure kan op 6 verschillende manieren verlopen, zo blijkt uit de werkveldinventarisatie. Bij 4 (29%) instellingen wordt het kind als eerste door een arts gezien, bij 2 (14%) teams komt het kind direct terecht bij het eetteam, bij 1 (7%) instelling wordt het kind als eerste gezien door de diëtist en logopedist. Bij 5 (36%) instellingen komt het kind als eerste bij de logopedist terecht. Bij 1 (7%) instelling wordt het kind als eerste door een pedagogisch medewerker gezien en tenslotte moet er bij 1 instelling eerst een vragenlijst worden ingevuld.
De anamneselijst, die binnen deze bachelorproef is ontworpen, is gebaseerd op kennis, die is opgedaan uit literatuuronderzoek en informatie, die is verworven door middel van

werkveldinventarisatie. Het ontwikkelingsproces van bestaande anamneselijsten, wordt in de literatuur en vanuit het werkveld niet duidelijk beschreven.
Nadat het ontwikkelingsproces van deze bachelorproef was afgerond, is er opnieuw gezocht naar literatuur, die een aanvulling kan zijn op het ontwikkelde product. In de actuele gezondheidszorg speelt de term technologie een steeds groter wordende rol. Daarom wordt er gezocht naar aanvullende literatuur, die de twee termen technologie en eet- en drinkproblemen met elkaar verbinden.
Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), heeft in 2013 aangetoond, dat met name de inzet van ICT in de gezondheidszorg het zorgproces toekomstbestendiger kan worden gemaakt. Er wordt gesproken van de term eHealth. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) hanteert de volgende definitie: “eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.” (RVZ, 2002). De ontwikkelde anamneselijst kan ook een bijdrage leveren aan eHealth. Hierbij kan men denken aan digitalisering van de ontworpen anamneselijst. Op deze manier kan het huidige zorgproces verbeterd worden. Omdat men verkregen gegevens tijdens de anamnese direct kan verwerken in de computer, bespaart dit tijd en werk. Tevens verloopt de informatie-uitwisseling hierdoor sneller. Concreet betekent dit, voor het ontworpen product, dat de betrokken disciplines (digitale) inzage hebben in de verkregen informatie.
Wanneer de anamneselijst, die ontworpen is binnen deze bachelorproef wordt onderworpen aan een beoordeling van experts, en de verkregen feedback verwerkt wordt, kan deze anamneselijst op inhoudsvaliditeit getoetst worden. Zodoende kan de ontwikkelde anamneselijst, die uiteindelijk gestandaardiseerd is, een bijdrage leveren aan het huidige zorgproces.

6.4 Aanbevelingen

Hieronder volgen aanbevelingen voor zowel verder onderzoek alsook voor de praktijk.

6.4.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aanbeveling één

Ten eerste wordt aanbevolen fase 3 van het project uit te voeren. In deze derde fase wordt de ontworpen anamneselijst aan experts voorgelegd om te laten beoordelen. Daarna is het de bedoeling om de verkregen feedback te integreren in de anamneselijst. Vervolgens dient te worden onderzocht of de anamneselijst hanteerbaar is in de praktijk.

Aanbeveling twee

Ten tweede wordt aanbevolen om de volgende fase, fase 4, van het project uit te voeren. Wanneer fase 3 is afgerond, is het de bedoeling, dat in fase 4 de anamneselijst middels een implementatietraject dient te worden geïmplementeerd. De implementatie van de anamneselijst wordt volgens de stappen van Grol & Wensing (2006) uitgevoerd. De stappen zijn als volgt:

1. Ontwikkeling voorstel voor verandering
2. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering
3. Probleemanalyse doelgroep en setting
4. Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën
5. Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan
6. Evaluatie en bijstelling van plan

6.4.2 Aanbeveling voor de praktijk

Aanbeveling één

Aangezien het feit, dat het gebruik van ICT technologie het zorgproces toekomstbestendiger maakt, door middel van besparing van tijd en werk, is het aan te bevelen om de ontworpen anamneselijst te digitaliseren.

7. Conclusie

Uit het literatuuronderzoek blijkt naar voren te komen, dat er gebrek is aan een universeel gestandaardiseerde anamneselijst. De werkveldinventarisatie laat zien, dat er een gebrek aan universeel gestandaardiseerde anamneselijsten is. Dit probleem wordt opgelost door zelfgemaakte protocollen te hanteren. Waar deze zelfgemaakte protocollen op gebaseerd zijn, is niet bekend.
De doelstelling was, het ontwikkelen van een interdisciplinaire anamneselijst bij jonge kinderen met eet- en drinkproblemen die geschikt is voor hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, lactatiekundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten en gedragsdeskundigen). Hierdoor kunnen bovengenoemde disciplines nauwkeuriger bepalen, welk onderzoeksinstrument vervolgens het meest geschikt is. Er dient rekening mee te worden gehouden, dat er altijd een logopedist tijdens de afname van de ontwikkelde anamneselijst aanwezig dient te zijn. Dit is echter geen beperking, aangezien er altijd binnen een eetteam en/of multidisciplinair gewerkt wordt.

7.1 Take home message

Op dit moment is er geen universeel gestandaardiseerde anamneselijst, die gebruikt wordt bij jonge kinderen met eet- en drinkproblemen. Door middel van deze bachelorproef, is een aanzet gedaan om dit probleem op te lossen. Er dienen echter wel nog fases, fase 3 en 4, te worden doorlopen eer deze lijst ook daadwerkelijk in de praktijk kan worden gebruikt. Met als resultaat, dat eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen vroegtijdig gesignaleerd worden, waardoor het zorgproces verbeterd.

Literatuurlijst

Arvedson, J.C. (2000). Evaluation of Children With Feeding and Swallowing Problems. *Clinical forum, 31*, 28-41.

Arvedson, J.C. (2008). Assessment of Pediatric Dysphagia and Feeding Disorders: Clinical and Instrumental Approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews, 14*, 118-127.

Arvedson, J.C., & Brodsky, L. (1993). *Pediatric Swallowing and Feeding.* San Diego: Singular Publishing Group.

Bach, D.B., Pouoget, S., Belle, K. e.a. (1989). An integrated teamapproach to the rnanagement of patients with oropharyngeal dysphagia. *Journal Allied Health*, 459–468.

Benfer, K.A., Weir, K.A., & Boyd, R.N. (2012). Clinimetrics of measures of oropharyngeal dysphagia for preschool children with cerebral palsy and neurodevelopmental disabilities:
a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology,* 784-795.

Benjasuwantep, B., Chaithirayanon, S., & Eiamudomkan, M. (2013). Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatric Reports, 5* (10), 38-42.

Beyaert, L. v., & Jansonius-Schultheis, K. (2001). *Afwijkende mondgewoonten* (5e druk). Acco uitgeverij.

Biber, D. (2012). *Frühkindliche Dysphagien und Trinkschwächen.* Wien: Springer Verlag. Wien: Springer-Verlag.

Bosma, J.F. (1975). Anatomic and physiological development of the speech apparatus. In D.B. Bower (red.), Human communication and its disorders, 3, 469–483.

Bosma, J.F. (1992). Development and impairments of feeding in infancy and childhood. In M.E. Groher (red.), Dysphagia: diagnosis and management (p. 107–141). 2de dr. Boston: Butterworth–Heinemann.

Bryan, D.W., & Pressman, H. (1995). Comprehensive team evaluation. In D.W. Bryan & H. Pressman (red.), Dysphagia and the child with developmental disabilities (p. 15–29). 1ste dr. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

Bryant-Waugh, R., et al. (2010) Feeding and eating disorders in childhood. *International journal of eating disorders,* 43, 98-111.

Carruth, B.R., Ziegler, P.J., Gordon, A., & Barr, S.I. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *Journal of the American Dietetic Association*, *104*, 57-64.

Cooper, P.J., & Stein, A. (2006). *Childhood feeding problems and adolescent eating disorders*. London: Routledge.

Costa da, S.P., & Schans van der, C.P. (2008). The reliability of the Neonatal Oral-Motor Assessment Scale. *Acta Pædiatrica, 97,* 21-26.

Delaney, A.L., & Arvedson, J.C. (2008). Development of Swallowing and Feeding: Prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews, 14*, 105-117.

Dewitte, I., & Benoot, J. (2008). Hoe onderscheiden we eet- en voedingsproblemen van eet-voedingsstoornissen bij kinderen? *Psychopraxis, 10* (1), 16-22.
Dobbelsteyn, C., Peacocke, S.D., Blake, K., Crist, W., & Rashid, M. (2008). Feeding difficulties in children with CHARGE Syndrome: Prevalence, Risk Factors, and Prognosis. *Dysphagia,23*, 127-135.

eHealth Academy. (z.d.). *Wat is eHealth.* Geraadpleegd op 21 mei 2015, van http://www.ehealthacademy.nl/page/wat-is-ehealth

Engel-Hoek, L. van den. (2011). *Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen(4de druk).* Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Engel-Hoek, L. van den, Haaften, L. van, & Groot, S. de. (2007). De Nijmeegse Observatielijst lepelvoeding. Ontwikkeling en validering van de observatielijst. *Tijdschrift voor Logopedie en Foniatrie, 11*, 10-14.

Es, E. van. (2008). Chronische voedselweigering bij kinderen: Laat het verzet zachtjes doven, beloon uitbundig ieder stapje vooruit. *Kind en adolescent praktijk,* 128-134.

Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Geddes, D.T., Kent, J.C., Mitoulas, L.R., & Hartmann, P.E. (2008). Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early human development, 84*, 471-477.

Hadders-Algra, M., & Dirks, T. (2000). *De motorische ontwikkeling van de zuigeling.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hawdon, J.M., Beauregard, N., Slattery, J., & Kennedy, G. (2000). Identification of Neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 42*, 235-239.

Herman, M.J. (1991). Comprehensive assessment of oral–motor dysfunction in failure to thrive infants. Infant–Toddler lntervention, 1(2), 109–123.

Herman, M.J. (1991). Comprehensive Assessment of Oral-Motor Dysfunction in failure-to-thrive infants. *The Transdisciplinary Journal, 1*, 109-123.

Huisman, J., Flapper, B.C.T., Kalverdijk, L.J., L'Hoir, M.P., & Weel, E.A.F., van. (2010). *Gedragsproblemen bij kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
Jacobi, C., Agras, W.S., Bryson, S., & Hammer, L.D. (2003). Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 76-84.

Kalf, H. & De Beer, J. (2011). *Evidence-based logopedie, logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum..

Kneepkens, C.M.F., Carmiggelt, E.C., & Leeuw de, M.B.A. (2008). *Voedingsadvisering bij jonge kinderen.* Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Kerwin, M.L.E. (1999). Empirically supported treatments inpediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal Pediatric Psychology,* 24, 193-214.

Kedeskdy, J.H., & Budd, K.S. (1998). *Childhood feeding disorders*. London: Brookes

Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2007). *Eating disorders in childhood and adolescence*. London: Routledge

Lindberg, L., Bohlin, G., & Hagekull, B. (1991). Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders, 10*, 395-405.

Linscheid, T.R., Budd, K.S., & Rasnake, L.K. (2003). *Pediatric feeding problems in Handbook of pediatric psychology (3de druk).* New York: Guilford Press.

Logemann, J.A. (1997). *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Austin, Texas: Pro-ed.

Lumeng, J.C. (2008). *Develop-mental-behavioral pediatrics: evidence and practice.* Philadelphia: Elsevier.

McCurtin, A. (2007). *The fun with food programme.* Oxford Court: Speechmark Publishing.

Moens, E., & Vandewalle, J. (2011). Over selectieve eters: een strijd aan tafel. *Psychopraktijk*, 3 (5), 16-19.

Moyson, N., & Roofthooft, E. (2002). *Van eetlast naar eetlust. Eetproblemen van babyleeftijd tot volwassenheid*. Leuven-Leusden: Acco

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (z.d.). *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'.* Gedownload op 30 april 2015, van http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/documentatiecentrum/publicaties/nieuwsbrief/september/NVLF_ontwikkelt_logopedische_ICF.pdf

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (z.d.). *Technologie in de zorg en ehealth.* Geraadpleegd op 20 mei 2015, van http://www.nivel.nl/technologie-in-de-zorg-en-ehealth

O´Connor, M., Dodrill, P., Murphy, A.H. (2011). *Feeding Difficulties in Paediatric Oncology: Prevalence and Risk Factors.* Gedownload op 2 oktober 2014, van http://search.asha.org/default.aspx?q=FEEDING%20DIFFICULTIES%20IN%20PAEDIATRIC%20ONCOLOGY:%20PREVALENCE%20AND%20RISK%20FACTORS

Palmer, M.M., Crawley, K., & Blanco, I.A. (1993). Neonatal Oral-Motor Assessment scale: a reliability study. *Journal of Perinatology, 13*, 28-35.

Peters, H.F.M., Bastiaanse, R., Van Borsel, J., Dejonckere, P.H.O., Jansonius-Schultheiss, K., Meulen, Sj. Van der., & Mondelaers, B.J.E. (2014). *Stoornissen in primaire mondfuncties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ravich, W.J., Donner, M.W., Kashima, H., e.a. (1985). The swallowing centre: concepts and procedures. Gastrointestinal Radiology, 10, 255–261.

Ravich, W.J., Donner, M.W., Kashima, H., e.a. (1985). The swallowing centre: concepts and procedures. Gastrointestinal Radiology, 10, 255–261.

Reau, N.R., Senturia, Y.D., Lebailly, S.A., & Christoffel, K.K. (1996). Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. Pediatric Practice Research Group. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 17,* 149-153.

Rosenthal, S.R., Sheppard, J.J., Lotze, M. (1995). Dysphagia and the child with developmental disabilities (p. 40). 1e dr. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.ular Publishing Group, Inc. dr. Maryland: Aspen Publishers, Inc.

Sanders, M.R., Patel, R.K., Grice, B.L., & Shepherd, R.W. (1993). Children With Persistent Feeding Difficulties: An Observational Analyses of the Feeding Interactions of Problem and Non-Problem Eaters. *Health Psychology, 12 (1)*, 64-73.

Schauster, H., & Dwyer, J. (1996). Transition from tubefeedings by mouth in children, preventing eating dysfunction. *Journal of the American Dietetic Association,* 277-281.

Seys, D.M., Duker, P.C., & Rensen, J.H.M. (2010). Effect van het SLIK-programma op voedselacceptatie bij kinderen met voedselweigering. *Tijdschrift Kindergeneeskundige*, 78 (5), 184-18.

Shepherd, J.J. (2002). *Dysphagia Disorder Survey and Dysphagia Management Staging scale* (Manual, Dutch translation by Vleugelers, R. en Penning, C.) (1e druk). Rotterdam: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.

Shewan, C.M. (1988). Omnibus survey: adaptation and progress in times of change. asha, 30(8), 27–30.

Slater, S.C. (1992). Omnibus survey: portrait of the professions. asha, 34, 61–65.

Sonies, B.C. (1994). Dysphagia: a model for differential diagnosis for adults and children. In L.R. Cherney (red.), Clinical management of dysphagia in adults and children (p. 133–152). 2e dr. Maryland: Aspen Publishers, Inc.

Steele, C.M., Bailey, G.L., & Molfenter, S.M. (2009). Tongue pressure modulation during swallowing: water vs. nectar-thick liquids. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.*

Sullivan, P.B., Lambert, B., Rose, M., et al. (2000). Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Developmental Medicine & Child Neurology, 42*, 674-680.

Sullivan, P.B. (2009). *Feeding and Nutrition in Children with Neurodevelopmental Disability.* London: Mac Keith Press.

Terwee, C.B., Bota, S.D.M., Boera de, M.R., Windt van der, D.A.W.M, Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M. & de Vet, H. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology, (60), 34-42*

Thommessen, M., Heiberg, A., & Kase, B.F. (1992). Feeding problems in children with congenital heart diseases: the impact on energy intake and growth outcome. *European Journal of Clinical Pharmacology, 46*, 457-464.

Thoyre, S.M., Shaker, C.S., & Pridham, K.F. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neononatal Network, 24*, 7-16.

Tolboom, J. (2000). Classificatie en epidemiologie van voedingsproblemen. In: D.M. Seys (Ed.), *Behandelingsstrategieën bij jonge kinderen met voedings- en eetproblemen* (pp. 1-12). Cure en Care Development.

Udall, J.N. (2007). Jr. Infant feeding: initiation, problems, approaches. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 37*, 374-399.

Walter, R.S. (1994). The multidisciplinary approach to management of swallowing disorders in the pediatric patient. In D.N. Tuchman & R.S. Walter, Feeding and swallowing in infants and children: pathophysiology, diagnosis and treatment (p. 251–257). 1ste dr. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

Warner, J. (1981). Helping the handicapped child with early feeding. Winslow, Buckingham, Engeland: Winslow Press.

Winstock, A. (2006). *Eating & drinking difficulties in children.* Bicester: Speechmark Publishing.

Workgroup for classification of eating disorders in children and adolescents. (2007). Classification of child and adolescent eating disturbances. *International journal of eating disorders,* 40, 117-122.

Wright, C.M., Parkinson, K.N., Shipton, D., & Drewett, R.F. (2007). How do toddler eating problems rel*a*te to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics, 120,* 1069-1075.

Bijlagenlijst

Bijlage A	**Vragenlijst voor het werkveld**	**77**
Bijlage B	**Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires**	**78**
Bijlage C	**Spss Uitkomst Werkveldinventarisatie Nederland & België**	**79**

Bijlage A

Vragenlijst voor het werkveld

Telefonisch:
Hallo u spreekt met…mijn collega en ik zijn vierdejaars studenten logopedie van Zuyd hogeschool te Heerlen. Op dit moment zijn we bezig met het schrijven van onze bachelorproef. We gaan een anamneselijst ontwikkelen bij kinderen met eet- en drinkproblemen. We willen graag informatie uit het werkveld inwinnen om het zorgproces te verbeteren. De verkregen informatie wordt vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Komt het u uit dat ik 5 korte vragen stel?
Zo ja, zie hieronder de vragen.
Zo nee, wanneer komt het gelegen?

1/ Werkt u met kinderen met eet- en/of drinkproblemen?
Zo ja: extramuraal/ambulant en/of intramuraal/klinisch?
Zo nee: waarom niet?

2/ werkt u in een speciaal eetteam en/of multidisciplinair?
Zo ja: uit welke disciplines bestaat het team?
Zo nee: waarom werkt u alleen?

3/ Wat gebeurt er wanneer een kind met eet- en/of drinkproblemen wordt aangemeld?
- Welke anamnese en onderzoek wordt er afgenomen?
- Door wie wordt de anamnese en het onderzoek afgenomen?

4/Levert de anamnese en eventueel onderzoek voldoende informatie op volgens u?

5/ Is er volgens u behoefte aan een universele anamneselijst?

Bijlage B

Table 1
Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires

Property	Definition	Quality criteria[a,b]
1. Content validity	The extent to which the domain of interest is comprehensively sampled by the items in the questionnaire	+A clear description is provided of the measurement aim, the target population, the concepts that are being measured, and the item selection AND target population and (investigators OR experts) were involved in item selection; ?A clear description of above-mentioned aspects is lacking OR only target population involved OR doubtful design or method; −No target population involvement; 0No information found on target population involvement.
2. Internal consistency	The extent to which items in a (sub)scale are intercorrelated, thus measuring the same construct	+Factor analyses performed on adequate sample size (7 * # items and ≥100) AND Cronbach's alpha(s) calculated per dimension AND Cronbach's alpha(s) between 0.70 and 0.95; ?No factor analysis OR doubtful design or method; −Cronbach's alpha(s) <0.70 or >0.95, despite adequate design and method; 0No information found on internal consistency.
3. Criterion validity	The extent to which scores on a particular questionnaire relate to a gold standard	+Convincing arguments that gold standard is "gold" AND correlation with gold standard ≥0.70; ?No convincing arguments that gold standard is "gold" OR doubtful design or method; −Correlation with gold standard <0.70, despite adequate design and method; 0No information found on criterion validity.
6. Responsiveness	The ability of a questionnaire to detect clinically important changes over time	+SDC or SDC < MIC OR MIC outside the LOA OR RR > 1.96 OR AUC ≥ 0.70; ?Doubtful design or method; −SDC or SDC ≥ MIC OR MIC equals or inside LOA OR RR ≤ 1.96 OR AUC < 0.70, despite adequate design and methods; 0No information found on responsiveness.
7. Floor and ceiling effects	The number of respondents who achieved the lowest or highest possible score	+≤15% of the respondents achieved the highest or lowest possible scores; ?Doubtful design or method; −>15% of the respondents achieved the highest or lowest possible scores, despite adequate design and methods; 0No information found on interpretation.
8. Interpretatability	The degree to which one can assign qualitative meaning to quantitative scores	+Mean and SD scores presented of at least four relevant subgroups of patients and MIC defined; ?Doubtful design or method OR less than four subgroups OR no MIC defined; 0No information found on interpretation.

MIC = minimal important change; SDC = smallest detectable change; LOA = limits of agreement; ICC = Intraclass correlation; SD, standard deviation.
[a] + = positive rating; ? = indeterminate rating; − = negative rating; 0 = no information available.
[b] Doubtful design or method = lacking of a clear description of the design or methods of the study, sample size smaller than 50 subjects (should be at least 50 in every (subgroup) analysis), or any important methodological weakness in the design or execution of the study.

Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires (Terwee et al., 2007)

Bijlage C

Spss Uitkomst Werkveldinventarisatie Nederland & België

Frequencies

```
[DataSet1] G:\Downloads\Thesis\bestand_werkveld_1 sav Bijgewerkt 8-4-2015_2 J
uist.sav
```

Statistics

werken met kinderen

N	Valid	51
	Missing	0

werken met kinderen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	8	15,7	15,7	15,7
	ja	14	27,5	27,5	43,1
	geen reactie	29	56,9	56,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

```
SORT CASES  BY Land.
SPLIT FILE LAYERED BY Land.
FREQUENCIES VARIABLES=vraag_1
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

werken met kinderen

NL	N	Valid	26
		Missing	0
B	N	Valid	25
		Missing	0

Page 1

werken met kinderen

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	9	34,6	34,6	34,6
		geen reactie	17	65,4	65,4	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
B	Valid	nee	8	32,0	32,0	32,0
		ja	5	20,0	20,0	52,0
		geen reactie	12	48,0	48,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=setting vraag_2 v2a v2b v2c v2d v2e v2f v2g v2h v2i v2
 v3a v3b v3c v3d v3e v3f v3g
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

Land			setting	eetteam	logopedist	ergo	fysio	kinderarts
NL	N	Valid	9	9	9	9	9	9
		Missing	17	17	17	17	17	17
B	N	Valid	5	5	5	5	5	5
		Missing	20	20	20	20	20	20

Statistics

Land			dietist	verpleegkundige	psycholoog	maatschappelijk werker	orthopedagoog
NL	N	Valid	9	9	9	9	9
		Missing	17	17	17	17	17
B	N	Valid	5	5	5	5	5
		Missing	20	20	20	20	20

Statistics

Land			pedagogisch medewerker	arts+ eetteam	eetteam	dietist +logo	logo
NL	N	Valid	9	3	1	0	3
		Missing	17	23	25	26	23
B	N	Valid	5	1	1	1	2
		Missing	20	24	24	24	23

Statistics

Land			logo +eetteam	pm +eetteam	vragenlijst +eetteam
NL	N	Valid	0	1	1
		Missing	26	25	25
B	N	Valid	0	0	0
		Missing	25	25	25

Frequency Table

setting

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	extramuraal	3	11,5	33,3	33,3
		intramuraal	3	11,5	33,3	66,7
		beide	3	11,5	33,3	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	intramuraal	2	8,0	40,0	40,0
		beide	3	12,0	60,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

eetteam

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	eetteam	3	11,5	33,3	33,3
		multidisciplinair	5	19,2	55,6	88,9
		individueel	1	3,8	11,1	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	eetteam	2	8,0	40,0	40,0
		multidisciplinair	3	12,0	60,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

logopedist

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	9	34,6	100,0	100,0
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	ja	5	20,0	100,0	100,0
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

ergo

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	6	23,1	66,7	66,7
		ja	3	11,5	33,3	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	3	12,0	60,0	60,0
		ja	2	8,0	40,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

fysio

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	6	23,1	66,7	66,7
		ja	3	11,5	33,3	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	2	8,0	40,0	40,0
		ja	3	12,0	60,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

kinderarts

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	4	15,4	44,4	44,4
		ja	5	19,2	55,6	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	1	4,0	20,0	20,0
		ja	4	16,0	80,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

dietist

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	4	15,4	44,4	44,4
		ja	5	19,2	55,6	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	1	4,0	20,0	20,0
		ja	4	16,0	80,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

verpleegkundige

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	6	23,1	66,7	66,7
		ja	3	11,5	33,3	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	4	16,0	80,0	80,0
		ja	1	4,0	20,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

psycholoog

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	5	19,2	55,6	55,6
		ja	4	15,4	44,4	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	2	8,0	40,0	40,0
		ja	3	12,0	60,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

maatschappelijk werker

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	7	26,9	77,8	77,8
		ja	2	7,7	22,2	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	4	16,0	80,0	80,0
		ja	1	4,0	20,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

orthopedagoog

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	6	23,1	66,7	66,7
		ja	3	11,5	33,3	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	3	12,0	60,0	60,0
		ja	2	8,0	40,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

pedagogisch medewerker

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	6	23,1	66,7	66,7
		ja	3	11,5	33,3	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	nee	5	20,0	100,0	100,0
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

arts+ eetteam

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	3	11,5	100,0	100,0
	Missing	System	23	88,5		
	Total		26	100,0		
B	Valid	ja	1	4,0	100,0	100,0
	Missing	System	24	96,0		
	Total		25	100,0		

eetteam

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	1	3,8	100,0	100,0
	Missing	System	25	96,2		
	Total		26	100,0		
B	Valid	ja	1	4,0	100,0	100,0
	Missing	System	24	96,0		
	Total		25	100,0		

dietist +logo

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Missing	System	26	100,0		
B	Valid	ja	1	4,0	100,0	100,0
	Missing	System	24	96,0		
	Total		25	100,0		

logo

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	3	11,5	100,0	100,0
	Missing	System	23	88,5		
	Total		26	100,0		
B	Valid	ja	2	8,0	100,0	100,0
	Missing	System	23	92,0		
	Total		25	100,0		

logo +eetteam

Land			Frequency	Percent
NL	Missing	System	26	100,0
B	Missing	System	25	100,0

pm +eetteam

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	1	3,8	100,0	100,0
	Missing	System	25	96,2		
	Total		26	100,0		
B	Missing	System	25	100,0		

vragenlijst +eetteam

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	1	3,8	100,0	100,0
	Missing	System	25	96,2		
	Total		26	100,0		
B	Missing	System	25	100,0		

```
SPLIT FILE OFF.
FREQUENCIES VARIABLES=setting vraag_2 v2a v2b v2c v2d v2e v2f v2g v2h v2i v2j
 v3a v3b v3c v3d v3e v3f v3g
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

		setting	eetteam	logopedist	ergo	fysio	kinderarts	dietist
N	Valid	14	14	14	14	14	14	14
	Missing	37	37	37	37	37	37	37

Page 8

Statistics

		verpleegkundige	psycholoog	maatschappelijk werker	orthopedagoog	pedagogisch medewerker
N	Valid	14	14	14	14	14
	Missing	37	37	37	37	37

Statistics

		arts+ eetteam	eetteam	dietist +logo	logo	logo +eetteam	pm +eetteam
N	Valid	4	2	1	5	0	1
	Missing	47	49	50	46	51	50

Statistics

		vragenlijst +eetteam
N	Valid	1
	Missing	50

Frequency Table

setting

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	extramuraal	3	5,9	21,4	21,4
	intramuraal	5	9,8	35,7	57,1
	beide	6	11,8	42,9	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

eetteam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	eetteam	5	9,8	35,7	35,7
	multidisciplinair	8	15,7	57,1	92,9
	individueel	1	2,0	7,1	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

logopedist

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	14	27,5	100,0	100,0
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

ergo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	9	17,6	64,3	64,3
	ja	5	9,8	35,7	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

fysio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	8	15,7	57,1	57,1
	ja	6	11,8	42,9	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

verpleegkundige

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	10	19,6	71,4	71,4
	ja	4	7,8	28,6	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

psycholoog

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	7	13,7	50,0	50,0
	ja	7	13,7	50,0	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

maatschappelijk werker

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	11	21,6	78,6	78,6
	ja	3	5,9	21,4	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

orthopedagoog

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	9	17,6	64,3	64,3
	ja	5	9,8	35,7	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

pedagogisch medewerker

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	11	21,6	78,6	78,6
	ja	3	5,9	21,4	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

arts+ eetteam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	4	7,8	100,0	100,0
Missing	System	47	92,2		
Total		51	100,0		

eetteam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	3,9	100,0	100,0
Missing	System	49	96,1		
Total		51	100,0		

dietist +logo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	2,0	100,0	100,0
Missing	System	50	98,0		
Total		51	100,0		

logo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	5	9,8	100,0	100,0
Missing	System	46	90,2		
Total		51	100,0		

logo +eetteam

		Frequency	Percent
Missing	System	51	100,0

pm +eetteam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	2,0	100,0	100,0
Missing	System	50	98,0		
Total		51	100,0		

vragenlijst +eetteam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	2,0	100,0	100,0
Missing	System	50	98,0		
Total		51	100,0		

```
FREQUENCIES VARIABLES=vraag_3.1 vraag_4 vraag_5
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

		welke anamnese	info anamnese	behoefte univ anamnese
N	Valid	14	14	14
	Missing	37	37	37

Frequency Table

Frequency Table

welke anamnese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bestaand	1	2,0	7,1	7,1
	zelf gemaakt	11	21,6	78,6	85,7
	geen reactie	2	3,9	14,3	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

info anamnese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	13	25,5	92,9	92,9
	geen reactie	1	2,0	7,1	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

behoefte univ anamnese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	2	3,9	14,3	14,3
	ja	12	23,5	85,7	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		

```
SORT CASES  BY Land.
SPLIT FILE LAYERED BY Land.
FREQUENCIES VARIABLES=vraag_3.1 vraag_4 vraag_5
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

Land			welke anamnese	info anamnese	behoefte univ anamnese
NL	N	Valid	9	9	9
		Missing	17	17	17
B	N	Valid	5	5	5
		Missing	20	20	20

Frequency Table

welke anamnese

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	bestaand	1	3,8	11,1	11,1
		zelf gemaakt	7	26,9	77,8	88,9
		geen reactie	1	3,8	11,1	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	zelf gemaakt	4	16,0	80,0	80,0
		geen reactie	1	4,0	20,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

info anamnese

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	ja	9	34,6	100,0	100,0
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	ja	4	16,0	80,0	80,0
		geen reactie	1	4,0	20,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

behoefte univ anamnese

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	nee	2	7,7	22,2	22,2
		ja	7	26,9	77,8	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	ja	5	20,0	100,0	100,0
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

```
FREQUENCIES VARIABLES=totaal_vraag_2
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Page 15

Frequencies

Statistics

aantal aanwezige disciplines in eetteam

NL	N	Valid	9
		Missing	17
	Mean		4,44
	Median		5,00
	Mode		5
	Std. Deviation		1,878
	Minimum		1
	Maximum		7
B	N	Valid	5
		Missing	20
	Mean		5,00
	Median		5,00
	Mode		5
	Std. Deviation		1,871
	Minimum		3
	Maximum		8

aantal aanwezige disciplines in eetteam

Land			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NL	Valid	1	1	3,8	11,1	11,1
		2	1	3,8	11,1	22,2
		4	1	3,8	11,1	33,3
		5	4	15,4	44,4	77,8
		6	1	3,8	11,1	88,9
		7	1	3,8	11,1	100,0
		Total	9	34,6	100,0	
	Missing	System	17	65,4		
	Total		26	100,0		
B	Valid	3	1	4,0	20,0	20,0
		4	1	4,0	20,0	40,0
		5	2	8,0	40,0	80,0
		8	1	4,0	20,0	100,0
		Total	5	20,0	100,0	
	Missing	System	20	80,0		
	Total		25	100,0		

```
FREQUENCIES VARIABLES=totaal_vraag_2
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

aantal aanwezige disciplines in

N	Valid	14
	Missing	37
Mean		4,64
Median		5,00
Mode		5
Std. Deviation		1,823
Minimum		1
Maximum		8

aantal aanwezige disciplines in eetteam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2,0	7,1	7,1
	2	1	2,0	7,1	14,3
	3	1	2,0	7,1	21,4
	4	2	3,9	14,3	35,7
	5	6	11,8	42,9	78,6
	6	1	2,0	7,1	85,7
	7	1	2,0	7,1	92,9
	8	1	2,0	7,1	100,0
	Total	14	27,5	100,0	
Missing	System	37	72,5		
Total		51	100,0		