



Stichting
Kwaliteitsimpuls
Langdurige
Zorg

Richtlijn

Slikproblemen CONCEPT

Publicatiedatum 30-05-2023

Bekijk de meest actuele versie op

[www.richtlijnenlangdurigezorg.nl](https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/slikproblemen)<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/slikproblemen>

Richtlijnen
Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Overzicht van aanbevelingen	5
1.1 Aanbevelingen	5
2. Algemene inleiding	6
2.1 Aanleiding en doel	6
2.2 Doelpopulatie	7
2.3 Doelgroep	7
2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?	7
2.5 Begrippen en afkortingen	8
3. Herkennen van slikproblemen	9
3.1 Signalen van slikproblemen	9
3.1.1 Aanbevelingen	9
3.1.2 Onderbouwing	9
3.1.3 Overwegingen	10
4. Risico-inventarisatie van slikproblemen	12
4.1 Methoden voor risico-inventarisatie	12
4.1.1 Aanbevelingen	12
4.1.2 Onderbouwing	12
4.1.3 Overwegingen	14
4.2 Risicogroepen	14
4.2.1 Aanbevelingen	14
4.2.2 Onderbouwing	15
4.2.3 Overwegingen	17
4.3 Wanneer, hoe vaak en door wie?	17
4.3.1 Aanbevelingen	17
4.3.2 Onderbouwing	18
4.3.3 Overwegingen	18
5. Diagnostiek van slikproblemen	19
5.1 Methoden voor diagnostiek	19
5.1.1 Aanbevelingen	19
5.1.2 Onderbouwing	19
5.1.3 Overwegingen	21
5.2 Indicaties voor instrumenteel slikonderzoek	23
5.2.1 Aanbevelingen	23
5.2.2 Onderbouwing	23
5.2.3 Overwegingen	23

6. Evalueren van slikproblemen	25
6.1 Methoden voor evalueren	25
6.1.1 Aanbevelingen	25
6.1.2 Onderbouwing	25
6.1.3 Overwegingen	25
6.2 Wanneer, hoe vaak en door wie?	26
6.2.1 Aanbevelingen	26
6.2.2 Onderbouwing	27
6.2.3 Overwegingen	27
7. Omgaan met wensen en voorkeuren van cliënten	28
7.1 Stappenplan voor het maken van afwegingen	28
7.1.1 Aanbevelingen	28
7.1.2 Onderbouwing	29
7.1.3 Overwegingen	29
8. Ondersteunen van naasten	33
8.1 Ondersteunen van naasten en mantelzorgers	33
8.1.1 Aanbevelingen	33
8.1.2 Onderbouwing	33
8.1.3 Overwegingen	34
9. Organisatie van zorg	36
9.1 Organisatie van zorg	36
9.1.1 Aanbevelingen	36
9.1.2 Onderbouwing	37
9.1.3 Overwegingen	37
9.1.4 Overwegingen - Verstandelijk gehandicaptensector	37
9.1.5 Overwegingen - Ouderensector	39
10. Verantwoording	42
10.1 Algemene achtergrondgegevens	42
10.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	42
10.3 Belangenverklaringen	42
10.4 Publicatiedatum en herziening	42
10.5 Juridische betekenis	43
10.6 Financiële gevolgen	43
10.7 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn	43
10.7.1 Inbreng cliëntenperspectief	43
10.7.2 Klankbordgroep	43
10.7.3 Gebruik van andere richtlijnen	43
10.7.4 Van knelpunten naar aanbevelingen	43
10.7.5 Van conceptrichtlijn tot publicatie	45

1. Overzicht van aanbevelingen

1.1 Aanbevelingen

Het overzicht van de aanbevelingen wordt opgesteld na de commentaarfase.

U vindt alle aanbevelingen in de betreffende hoofdstukken.

2. Algemene inleiding

2.1 Aanleiding en doel

Slikproblemen komen veelvuldig voor in de langdurige zorg. De impact is groot op zowel cliënten, als op de naasten en zorgverleners^{1 2}. In de eerste plaats is de impact in medisch opzicht groot omdat slikproblemen gepaard kunnen gaan met een hoge kans op ernstige ziekte of overlijden. Dit komt onder andere door een verhoogd risico op [aspiratiepneumonie](#) (longontsteking)¹. Andere mogelijke gevolgen van slikproblemen zijn een verminderde voedingstoestand, ongewenst gewichtsverlies, uitdroging, obstipatie en luchtwegblokkade met als mogelijk gevolg stikken^{1 3 4}. In de tweede plaats kunnen ook de psychosociale gevolgen van slikproblemen leiden tot een lagere kwaliteit van leven. Slikproblemen kunnen het eetplezier verminderen, leiden tot angst en schaamte, verlies van sociale contacten en vermindering van waardigheid als er hulp nodig is bij eten en drinken^{5 6}. Ook de interventies om slikproblemen te voorkomen of te verminderen (bijv. het aanpassen van voedingsconsistentie of de inzet van sondevoeding) kunnen een negatieve invloed op de kwaliteit van leven hebben¹. Bovendien kunnen slikproblemen leiden tot angst en machteloosheid bij naasten en verzorgers⁶.

In de langdurige zorg komen slikproblemen vooral voor bij kwetsbare ouderen met een neurologische aandoening (CVA, ziekte van Parkinson, dementie etc.) en bij volwassenen met een verstandelijke beperking. De prevalentiecijfers in onderzoeken variëren sterk. Bij ouderen uit de algemene populatie wordt een prevalentie van 15% gevonden⁷. Uit een onderzoek in verpleeghuizen in Europa blijkt dat de prevalentie van slikproblemen zo'n 30% is⁸. Bij volwassenen met een verstandelijke beperking varieert de prevalentie sterk van 8 tot 52%, afhankelijk van de onderzochte doelpopulaties en methode^{4 9 10}.

Slikken is het geheel van gedrag, sensorische waarneming en motorische handelingen om de slikbeweging voor te bereiden en uit te voeren. Daarbij worden vocht, voeding, maar ook speeksel via de mond richting de maag getransporteerd. Het normale slikproces wordt onderscheiden in vier fasen van slikken:

1. Eten/drinken naar de mond brengen, in de mond nemen en het slikken voorbereiden: het vocht of de voeding wordt naar de mond gebracht, geproefd en waar nodig gekauwd en verzameld totdat het kan worden doorgeslikt. Nadat het slikken wordt gestart (slikinzet) kan het voedsel worden getransporteerd naar de keel en verder.
2. Mond (orale transport) fase: het voedsel wordt van de mond naar de keel vervoerd door een golvende beweging van de tong. Het zachte gehemelte sluit de neusweg.
3. Keel (faryngeale) fase: het voedsel vervolgt zijn weg door de keel naar de slokdarm, waarbij de luchtweg wordt gesloten, o.a. met het strottenklepje, en tegelijk de slokdarm wordt geopend. Het ademen wordt dus heel kort onderbroken.
4. Slokdarm (oesofageale) fase: het voedsel gaat door de slokdarm naar de maag.

In alle fasen kunnen problemen voorkomen die leiden tot enerzijds verslikken of anderzijds het vocht of de voeding niet goed in de slokdarm kunnen krijgen. Deze richtlijn Slikproblemen focust op de fasen 1 t/m 3 van het slikproces. Daarbij is aandacht voor moeite met eten en drinken in de brede zin, inclusief risicovol eet- en drinkgedrag of het afwerpen van vocht en voeding.

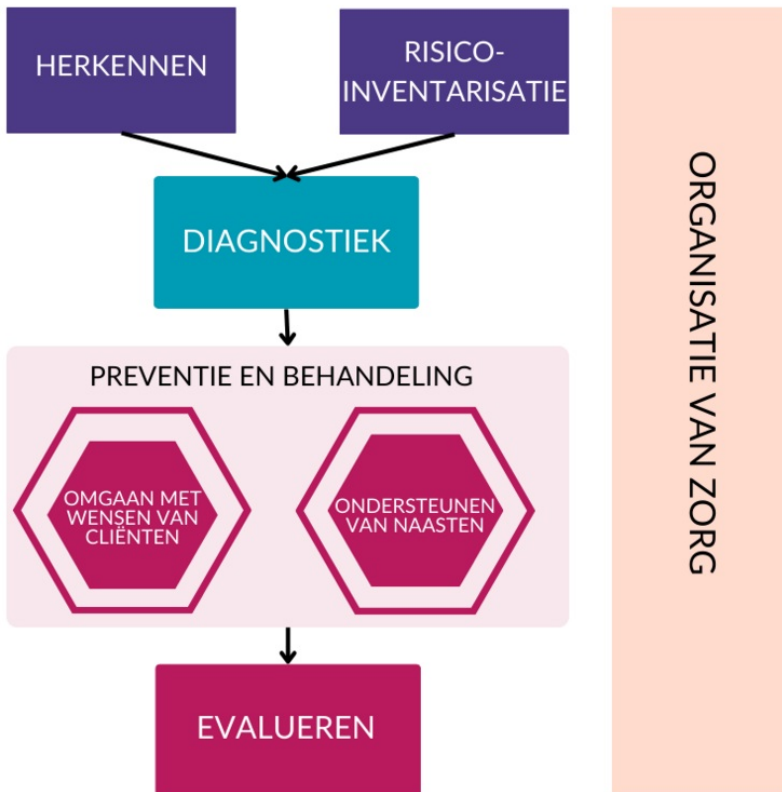
Slikproblemen kunnen ontstaan door neurologische aandoeningen, zoals een beroerte, ziekte van Parkinson of een spierziekte, of door niet-neurologische aandoeningen, zoals een tumor in de mond of keel. Ook normale veroudering (presbyfagie) kan een risico op slikproblemen zijn bij alle ouder wordende mensen. De kans op deze aandoeningen én op slikproblemen neemt toe met de leeftijd. Als het slikprobleem niet vermindert, in combinatie met toenemende comorbiditeit en gebrekkige zelfredzaamheid, is langdurige zorg nodig, thuis of in een instelling. Bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen slikproblemen al vanaf de kinderleeftijd voorkomen, onder andere door aangeboren (genetisch bepaalde) afwijkingen. Maar ook bij deze groep kunnen alsnog slikproblemen op latere leeftijd ontstaan, bijvoorbeeld door dementie, een beroerte of sarcopenie.

Ondanks de grote impact en prevalentie is er in de praktijk nog onvoldoende aandacht voor slikproblemen in de langdurige zorg. Dit is mogelijk te wijten aan de complexiteit van signaleren, screenen, diagnosticeren en behandelen bij volwassenen in de langdurige zorg. Het gaat om een heterogene groep, met regelmatig zowel lichamelijke als cognitieve en psychische comorbiditeit. 'De mens' en 'de aanpak' bestaan niet, ook niet in de langdurige zorg. Dit vraagt om aangepaste adviezen, waarbij alle factoren worden meegewogen.

Er bestaan op dit moment diverse hulpmiddelen voor zorgverleners die gaan over de zorg bij slikproblemen, zoals de richtlijn Orofaryngeale Dysfagie (2017)¹¹. Er ontbreekt echter een richtlijn specifiek voor zorgverleners van cliënten die langdurige zorg ontvangen. Deze zorgverleners hebben behoefte aan aanvullende handvatten en aanbevelingen voor deze specifieke groep. Het doel van deze richtlijn is om zorgverleners van cliënten die langdurige zorg ontvangen te ondersteunen bij de zorgverlening rondom slikproblemen. Hiermee wordt beoogd om slikproblemen eerder te herkennen en eventueel behandeling te verbeteren, waardoor het welzijn en de kwaliteit van leven van cliënten in de langdurige zorg vergroot.

In zeven hoofdstukken (zie figuur 2.1) geeft deze richtlijn handvatten voor zorgverleners in de langdurige zorg. De hoofdstukken Herkennen en Risico-inventarisatie richten zich met name op zorg & begeleiding. De module Diagnostiek is specifiek geschreven voor de deskundig zorgverlener, in de meeste gevallen de betrokken logopedist. Omgaan met wensen van de cliënt, Ondersteunen van naasten en Evalueren, richten zich op alle zorgverleners in de langdurige zorg. Interventies voor behandeling van slikproblemen worden niet besproken in deze richtlijn. Dit omdat de inzet van behandelinterventies niet als knelpunt uit de knelpuntenanalyse naar voren kwam. [Deskundig zorgverleners](#), in de meeste gevallen logopedisten, lijken goed te weten welke interventies ingezet moeten worden. Bovendien is behandeling maatwerk en is het niet mogelijk om algemene adviezen voor cliënten in de langdurige zorg te geven. De laatste reden is dat de behandeling van slikproblemen reeds is uitgewerkt in andere richtlijnen (zie [Wat voegt deze richtlijn toe?](#)).

Figuur 2.1: Overzicht van de richtlijn



2.2 Doelpopulatie

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn van toepassing op volwassenen die langdurige zorg ontvangen, zowel thuiswonend als in een zorginstelling. Dit betreft voornamelijk volwassenen met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen waarbij (het risico op) een slikprobleem blijvend is en vaak nog toeneemt. Dit zijn met name cliënten met chronisch progressieve aandoeningen zoals neurodegeneratieve, neuromusculaire en cognitieve aandoeningen.

Hoewel slikproblemen al vanaf de kindertijd kunnen voorkomen, zijn kinderen niet geïnccludeerd als doelgroep in deze richtlijn. Mogelijk zijn delen van de richtlijn wel toepasbaar voor kinderen met een verstandelijke beperking, maar de problematiek en zorgpaden voor kinderen vragen om een eigen richtlijn. Zie hiervoor onder andere de richtlijn Orofaryngeale Dysfagie ¹¹ en Spastische cerebrale parese bij kinderen ¹².

2.3 Doelgroep

De richtlijn Slikproblemen is primair geschreven voor zorgverleners die betrokken zijn bij het voorkomen, signaleren, diagnosticeren en/of behandelen van slikproblemen bij volwassenen die langdurige zorg ontvangen. Dit zijn: verzorgenden, begeleiders, logopedisten, artsen verstandelijk gehandicapten (arts VG), specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, ergotherapeuten en gedragsdeskundigen. De richtlijn kan ook door andere zorgverleners, zoals tandartsen en huisartsen, gebruikt worden die betrokken zijn bij de langdurige zorg voor volwassenen. Zorgverleners en (potentiële) zorggebruikers (cliënten, maar indirect ook naasten, mantelzorgers en vertegenwoordigers) kunnen de richtlijn gebruiken als hulpmiddel bij het nemen van beslissingen en bij het maken van keuzes in de dagelijkse praktijk.

2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?

Dit is de eerste multidisciplinaire richtlijn in Nederland over slikproblemen bij cliënten in de langdurige zorg, waarbij specifiek aandacht is voor knelpunten die de begeleiding en verzorging in de dagelijkse zorg ervaren. Er bestaan reeds andere kwaliteitsinstrumenten om zorgverleners van mensen met slikproblemen te ondersteunen. In 2017 heeft de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) de richtlijn Orofaryngeale dysfagie gepubliceerd ¹¹. [De NVKNO werkt vanaf zomer 2023 aan een herziening]. Deze richtlijn is geschreven voor medische en paramedische professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met slikproblemen of onderliggend lijden met risico op slikproblemen. Het beschrijft het vaststellen van slikproblemen, screeningsmethoden en aanvullende onderzoeken. Ook beschrijft deze richtlijn de rol van de logopedist bij signaleren en vaststellen, behandelen, begeleiden en het organiseren van zorg. Een AGREE-beoordeling van deze richtlijn is in het [hoofdstuk Verantwoording](#) te vinden.

Aanvullend zijn er aandoening-specifieke richtlijnen die aandacht geven aan slikproblemen bij een specifieke populatie, zoals de richtlijn Palliatieve zorg

voor mensen met een verstandelijke beperking (2022)¹³, Kwaliteitsstandaard Atypische Parkinsonismen (2020)¹⁴ en de richtlijn Multiple-Sclerose¹⁵, de richtlijn Logopedie bij de ziekte van Parkinson¹⁶ en de richtlijn Logopedie bij ALS/PSMA/PLS¹⁷.

2.5 Begrippen en afkortingen

Onderstaand zijn de begrippen met definities weergegeven zoals die in deze richtlijn gehanteerd worden:

- **Aspiratiepneumonie:** Een longontsteking als gevolg van verslikken in vocht, voedsel, speeksel of braaksel dat bacterieel of chemisch schadelijk is in de longen. Dit in combinatie met inefficiënt of niet kunnen ophoesten van dat materiaal uit de longen.
- **Behandeling:** Onder behandeling wordt verstaan diagnostiek, behandeling en evaluatie zoals doorgaans verricht door zorgverleners met beroepen uit de Wet BIG (artikel 3, artikel 14, artikel 34 en artikel 36a-beroepen), zoals artsen, verpleegkundig specialisten, gedragsdeskundigen, logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten en fysiotherapeuten.
- **Cervicale auscultatie:** Luisteren naar de slik met een stethoscoop.
- **Deskundig zorgverlener:** Waar in deze module wordt gesproken van 'deskundig zorgverlener' wordt deskundig op het gebied van zorg rondom slikproblemen bedoeld. Dit is hoofdzakelijk de logopedist, maar afhankelijk van de context en hulpvraag kunnen ook andere zorgverleners betrokken zijn, zoals arts VG, specialist ouderengeneeskunde, huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, ergotherapeut of diëtist. Dit is afhankelijk van sector en setting.
- **Directe observatie:** Observatie van het slikken bij eten of drinken. Ook termen als maaltijdobservatie, eetobservatie, systematische observatie en slikobservatie worden hier bedoeld.
- **Langdurige zorg:** Dagelijkse, blijvende zorg die gericht is op behoud en bevordering van de kwaliteit van leven. Cliënten die langdurige zorg ontvangen kunnen zowel thuis wonen als in een instelling.
- **Mantelzorg:** Persoon die hulp, begeleiding en zorg aan een cliënt biedt. Deze hulp wordt niet in het kader van hulpverlenend beroep of vrijwilligerszorg geboden maar door de directe omgeving. Hierbij vloeit de zorgverlening rechtstreeks voort uit de sociale relatie¹⁸.
- **Naasten:** Alle niet-zorgverleners uit de directe omgeving van cliënten in de langdurige zorg zoals een ouder, een partner, een kind, andere familieleden en/of mantelzorgers en vrijwilligers.
- **Dysfagie:** Een verzamelnaam voor slikklachten of slikproblemen. Deze zijn het gevolg van afwijkingen in de anatomie van belangrijke structuren in het slikproces of afwijkingen in de beweging van deze structuren¹¹.
- **Slikproblemen:** Deze richtlijn bespreekt slikproblemen in een brede context. Slikproblemen worden gedefinieerd als moeite met kauwen en/of slikken van vocht en voeding. Hierdoor ontstaat moeite met eten en drinken, inclusief risicovol eet- en drinkgedrag en het afweren van vocht of voeding.
- **Stille aspiratie:** Materiaal (speeksel, vloeistof of voeding) komt in de luchtpijp onder de stembanden, zonder dat met hoesten wordt gereageerd om het te verwijderen. Afhankelijk van de hoeveelheid en frequentie is dit een risico voor een verslikpneumonie.
- **Verslikken:** Een acuut slikprobleem waarbij vocht, voeding of speeksel in de luchtpijp komt met als gevolg hoesten of benauwdheid. Verslikken kan incidenteel ook voorkomen bij mensen zonder een slikprobleem.
- **Verstandelijke beperking:** Mensen met een verstandelijke beperking zijn in deze richtlijn gedefinieerd volgens de internationale definitie, opgesteld door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)¹⁹. "Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren, wat ervoor zorgt dat er beperkingen zijn in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Een verstandelijke beperking ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar, tijdens de ontwikkeling." Beperkingen in intellectueel functioneren hebben te maken met het IQ van een persoon. Internationaal wordt voor iemand met een verstandelijke beperking een IQ onder de 70 gehanteerd. Beperkingen in adaptief functioneren zijn belemmeringen in dagelijkse vaardigheden, bijvoorbeeld tijdsbesef, sociale contacten of het gebruiken van een telefoon.
- **Vertegenwoordiger:** De persoon die door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Als die ontbreekt of niet optreedt, de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel, of als die ontbreekt of niet wenst op te treden, een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt²⁰.
- **Zorg- en ondersteuningsplan:** Een elektronisch (of schriftelijk) document waarin de afspraken over de zorg voor de cliënt worden vastgelegd. Met zorg- en ondersteuningsplan worden in deze richtlijn ook soortgelijke termen bedoeld, zoals zorgplan, zorgleefplan, begeleidingsplan en ondersteuningsplan.

Onderstaand zijn de afkortingen weergegeven zoals die in deze richtlijn gehanteerd worden:

- **KNO:** Keel-Neus-Oorheekunde
- **MDO:** Multidisciplinair Overleg
- **SKILZ:** Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg
- **WGBO:** Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
- **Wlz:** Wet langdurige zorg
- **WZD:** Wet Zorg en Dwang

3. Herkennen van slikproblemen

3.1 Signalen van slikproblemen

Deze module beoogt handvatten te geven aan zorgverleners in de langdurige zorg voor het herkennen van slikproblemen en het bepalen van het moment waarop een andere zorgverlener ingeschakeld moet worden. Het antwoord op deze uitgangsvragen richt zich met name op verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders. Uit de knelpuntenanalyse (januari 2022) blijkt dat een slikprobleem regelmatig te laat wordt gesignaleerd en dat verslikken te vaak als 'normaal' wordt gezien. Symptomen zoals gewichtsverlies en hoesten worden niet als signaal van slikproblematiek herkend. Bovendien kunnen volwassenen in de langdurige zorg hun slikprobleem vaak niet zelf herkennen en/of aangeven. Het is belangrijk dat alle zorgverleners weten wanneer zij een [deskundig zorgverlener](#) moeten inschakelen zodat een slikprobleem tijdig behandeld kan worden.

3.1.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Bij welke signalen, die kunnen wijzen op een slikprobleem bij volwassenen in de langdurige zorg, moet een deskundig zorgverlener ingeschakeld worden?

Schakel een deskundig zorgverlener in als de cliënt of naaste aangeeft dat hij/zij moeite heeft met eten en/of slikken, bijvoorbeeld dat voedsel blijft steken of het eten pijn doet.

Schakel een deskundig zorgverlener in bij één of meer van de volgende signalen tijdens en rondom het eet- of drinkmoment:

- Kokhalzen, hoesten en/of verslikken
- Zichtbaar moeite om te kauwen en/of het eten of drinken weg te slikken
- Ademhalingsproblemen
- Stem en/of ademhaling klinkt anders
- Plotseling weigeren/afweren van (verder) eten of drinken

Overweeg om een deskundig zorgverlener in te schakelen bij één of meer van de volgende signalen rondom eten of drinken:

- Risicovol eetgedrag (zoals proppen of gieten)
- Tekenen die kunnen duiden op moeite hebben met slikken, zoals: bewegen van hoofd en nek, vergrote pupillen, verandering van mimiek
- Inname van eenzijdige consistenties (één soort eten of drinken nuttigen)
- Frequent keelschrapen
- Maaltijdduur wijkt af van de rest van de groep
- Gedragsproblemen voor, tijdens en/of na het eten of drinken
- Vermoeidheid tijdens en/of na eten of drinken

Overweeg om een deskundig zorgverlener in te schakelen bij één of meer van de volgende signalen:

- Kokhalzen en/of verslikken (hoesten) buiten eet-en drinksituaties om
- Onduidelijke oorzaak van ongewenst gewichtsverlies
- Terugkerende longontstekingen

3.1.2 Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion tot aanbevelingen gekomen. Daarvoor is ook gebruik gemaakt van de kennis uit de NVKNO-richtlijn Orofaryngeale dysfagie ¹¹. Deze richtlijn beschrijft een uitgebreide lijst met alarmsymptomen die kunnen wijzen op dysfagie en bijhorende verwijsriteria in de module 'Organisatie van zorg' ([zie lijst met alarmsymptomen](#)).

3.1.3 Overwegingen

Aan de hand van een [bestaande lijst met alarmsymptomen](#) uit de NVKNO-richtlijn en de eigen kennis en ervaring, heeft de werkgroep een lijst met relevante signalen voor de langdurige zorg ontwikkeld. Bij het samenstellen van deze lijst is ervoor gekozen alleen signalen op te nemen die door begeleiding, verzorging en naasten waar te nemen zijn.

Signalen tijdens en rondom het eet- of drinkmoment:

Ten eerste dient altijd een deskundig zorgverlener ingeschakeld te worden als een cliënt verbaal of non-verbaal aangeeft dat voedsel blijft steken of pijn doet. De deskundig zorgverlener kan inschatten hoe groot het risico op een slikprobleem is en bespreekt wensen en mogelijkheden met cliënt.

Ten tweede vindt de werkgroep de volgende signalen dusdanig belangrijk dat altijd een deskundig zorgverlener ingeschakeld moet worden:

- Kokhalzen, hoesten en/of verslikken tijdens of rond de inname van voedsel en/of dranken.
- Zichtbaar moeite om te kauwen en/of het eten en drinken weg te slikken. Mogelijk loopt speeksel, eten of drinken uit de mond of blijven er voedselresten in de mondholte na doorslikken/na het eten.
- Ademhalingsproblemen tijdens het eten (rood of blauw aanlopen, benauwdheid, tranen in de ogen).
- Stem en/of ademhaling klinkt anders, bijv. 'natte' borrelige stem of hese stem, bij het eten en/of drinken.
- Plotseling weigeren/atweren van (verder) eten of drinken.

Ten derde dient de zorgverlener in sommige gevallen zelf te overwegen of een deskundig zorgverlener moet worden ingeschakeld. Bij de volgende signalen rondom de eet- en drinksituatie is dus alertheid gevraagd:

- Risicovol eetgedrag, zoals proppen, eten of gieten.
- Tekenen die kunnen duiden op moeite hebben met slikken zoals bewegen van het hoofd of de nek, vergrote pupillen, verandering van mimiek (fronsen, ogen dichtknijpen).
- Inname van eenzijdige consistenties (enkel vloeibaar of gemalen voeding, etc.).
- Opvallend frequent keelschrapen.
- Opvallend lange maaltijd duur: Het gaat hierbij om een maaltijd duur die afwijkt van de rest van de groep. Dus als de rest van de groep 'het eten al op heeft en de tafels worden afgeruimd' en de cliënt nog aan zijn maaltijd bezig is.
- Gedragsproblemen voor, tijdens of na het eten of drinken.
- Vermoeidheid tijdens en/of na het eten of drinken.

Als laatste worden drie signalen, buiten de eet- en drinksituatie, genoemd die alertheid van zorgverleners vragen. De werkgroep adviseert daarom bij de volgende signalen ook te overwegen een deskundig zorgverlener in te schakelen:

- Kokhalzen of verslikken (hoesten) buiten eet- en drinksituaties om: Hoesten is de natuurlijke beschermreactie op verslikken. Vaak hoesten kan echter wijzen op vaak verslikken, en hier dienen zorgverleners ook buiten eet- en drinksituaties alert op te zijn.
- Onduidelijke oorzaak ongewenst gewichtsverlies.
- Terugkerende longontstekingen.

Zorgverleners in de langdurige zorg hebben aandacht nodig voor zowel verbale als non-verbale signalen van slikproblemen bij cliënten. Volwassenen in de langdurige zorg kunnen vaak niet verbaal aangeven dat er een probleem met slikken is. Aandacht voor de non-verbale signalen is dus van groot belang. Hierbij valt te denken aan het plotseling weigeren van eten / drinken maar ook aan fysieke bewegingen zoals hoofdschudden en ogen dichtknijpen. Daarnaast is het belangrijk aandacht te hebben voor slikken buiten eet- en drinksituaties, bijvoorbeeld geregeld kokhalzen of verslikken.

Overwegingen bij vroegtijdig signaleren

Vroegtijdig signaleren van slikproblemen heeft diverse voordelen. Ten eerste leidt vroegtijdig signaleren mogelijk tot een snellere behandeling van slikproblemen. Dit kan de impact voor cliënten verminderen omdat het de negatieve gevolgen zoals verslikken, longontsteking, dehydratie of ondervoeding en ongewenst gewichtsverlies vroegtijdig kan voorkomen. Ook het voorkomen van (traumatiserende) slikincidenten is belangrijk voor cliënten. Bovendien kunnen de psychische en sociale gevolgen van slikproblemen worden verminderd. Slikproblemen kunnen cliënten immers een angstig en gespannen gevoel geven, waardoor het plezier in eten en drinken afneemt. Er kan ook schaamte zijn naar anderen en dit kan het eten in een groep lastiger maken. De afname van symptomen zoals voedsel dat in de keel blijft steken en hoesten kan bovendien zorgen voor meer comfort bij het eten en drinken. Ten tweede is het vroegtijdig herkennen en behandelen van slikproblemen ook voor zorgverleners en naasten van belang, omdat een slikincident ook voor hen een traumatische ervaring kan zijn.

Cliënten en zorgverleners kunnen echter ook nadelen ervaren van het vroegtijdig signaleren. Het inschakelen van een deskundig zorgverlener kan leiden tot (voedings-)beperkingen die het eetplezier van cliënten kunnen verlagen. Cliënten en hun omgeving kunnen hierdoor weerstand ervaren rondom het inschakelen van een deskundig zorgverlener. Het is van belang dat zorgverlener en cliënt hierover in gesprek gaan (zie ook [Omgaan met wensen en voorkeuren van cliënten](#)). Daarnaast vraagt de inzet van interventies met aanpassingen in voeding en voedingsinname, zoals aangepaste consistentie, bestek of drinkbekers, een investering in tijd en energie van zorgverleners.

Met de huidige personeelstekorten kan het een uitdaging zijn om toezicht op cliënten te houden tijdens eet- en drinkmomenten en om een deskundig zorgverlener in te zetten. In deze module is gekozen om niet voor alle signalen direct een deskundig zorgverlener in te schakelen. De verwachting van de werkgroep was namelijk dat bij sommige signalen voor slikproblemen (zoals gedragsproblemen of vermoeidheid tijdens en/of na de eetsituatie) te veel cliënten zouden worden gesignaleerd zonder slikproblemen ('vals positieven'). Daarom wordt eerst alleen alertheid bij deze signalen aanbevolen.

Bij de gekozen signalen is dus enerzijds rekening gehouden met vals-positieven en anderzijds met de kans op een slikprobleem. Eventuele maatregelen vragen tijd, ruimte en financiële inzet van de zorgorganisatie. Uiteindelijk kan het behandelen van slikproblemen en het voorkomen van de genoemde complicaties wel leiden tot een omgeving waarin cliënten sneller, veiliger en prettiger kunnen eten en drinken. Bovendien kan voedselverspilling voorkomen worden doordat de aan te bieden voeding beter op de cliënt wordt aangepast.

4. Risico-inventarisatie van slikproblemen

4.1 Methoden voor risico-inventarisatie

Uit de knelpuntenanalyse is gebleken dat het ontbreekt aan valide en betrouwbare instrumenten om slikproblemen op te sporen bij de doelgroep. Risico-inventarisatie van slikproblemen loopt parallel aan het herkennen van slikproblemen zoals beschreven in [Herkennen van slikproblemen](#). Zowel 'herkennen' als 'risico-inventarisatie' zijn methodieken om mensen met slikproblemen in beeld te brengen. Bij het herkennen van slikproblemen gaat het om alert zijn op signalen. Risico-inventarisatie draait om systematisch en cyclisch controleren van bepaalde risicogroepen. In de praktijk blijkt het niet haalbaar om alle cliënten in de langdurige zorg te screenen op slikproblemen. Uit de knelpuntenanalyse is bovendien naar voren gekomen dat het voor zorgverleners niet altijd duidelijk is welke groepen een hoger risico op slikproblemen hebben en voor welke groepen dus (pro-actieve) screening nodig zou zijn. Het kan hierbij immers gaan om onderliggend lijden waardoor een slikprobleem ontstaat, maar mogelijk spelen ook andere risicofactoren een rol. Door tijdig en volgens vaste afspraken het risico op slikproblemen te inventariseren kunnen logopedisten bijtijds diagnosticeren en behandeladviezen geven. Om zorgverleners (met name begeleiding en verzorging), cliënten en organisaties duidelijke handvatten te geven voor de inventarisatie, is het belangrijk om te adviseren wanneer, hoe vaak en door wie de inventarisatie wordt uitgevoerd.

4.1.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Welke methoden worden aanbevolen om, bij volwassenen in de langdurige zorg, het risico op slikproblemen te inventariseren?

Er dient cyclisch aandacht te zijn voor risico-inventarisatie, waarbij de zorgverlener (bijvoorbeeld de persoonlijk begeleider/eerst verantwoordelijk verzorgende) de volgende vraag stelt binnen het zorg- en/of cliëntensysteem:

Is er sprake van één of meer van de volgende signalen tijdens het eet- of drinkmoment?

- *Kokhalzen, hoesten en/of verslikken*
- *Zichtbaar moeite om het eten of drinken weg te slikken*
- *Ademhalingsproblemen*
- *Stem en/of ademhaling klinkt anders*
- *Plotseling weigeren/afweren van (verder) eten of drinken.*

Verwijs bij een signaal van slikproblemen of bij twijfel door naar een deskundig zorgverlener.

4.1.2 Onderbouwing

Zoekresultaat:

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden is een systematische analyse van de literatuur nodig. De onderzoeksvragen die hiervoor zijn onderzocht, zijn PICO-gestructureerd en luiden:

- Wat is de validiteit en betrouwbaarheid van screeningsmethoden voor volwassenen met een verstandelijke beperking in de langdurige zorg?
- Wat is de validiteit en betrouwbaarheid van screeningsmethoden voor kwetsbare ouderen in de langdurige zorg?

De verantwoording van het literatuuronderzoek is [in deze bijlage](#) te vinden.

Resultaat van het literatuuronderzoek:

Volwassenen met een verstandelijke beperking

Er zijn twee cross-sectionele studies gevonden die van toepassing zijn op deze uitgangsvraag over twee instrumenten: Dysphagia Disorder Survey (DDS) en Signaleringslijst Verslikken (SV).

• Dysphagia Disorder Survey

Sheppard et al. (2014) onderzochten zowel de validiteit als de sensitiviteit, specificiteit en de positief en negatief voorspellende waarde van de DDS bij mensen met een verstandelijke beperking in twee zorginstellingen.²¹ De convergente validiteit was hoog met betrouwbaarheidscoëfficiënten van boven de 0,85. Sensitiviteit van de DDS was 100% en specificiteit 81%. De positief voorspellende waarde was met 44% laag, maar de negatief voorspellende waarde was met 100% uitstekend.

• Signaleringslijst Verslikken

Van Timmeren et al. (2019) onderzocht de overeenstemming in detectie van slikproblemen tussen de SV en DDS.²² Het onderzoek werd uitgevoerd

bij mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking. De SV stelde bij 22 personen slikproblemen vast, terwijl de DDS bij 39 personen slikproblemen vaststelde. De overeenkomst was daarmee 0.59.

Ouderen

Er werd één review-studie gevonden die van toepassing was op deze uitgangsvraag en die twee instrumenten onderzocht: 9-Clinical Indicators of Dysphagia, Yale Swallow Protocol. Vanuit indirect bewijs werden aanvullend de volgende instrumenten onderzocht: Gugging Swallowing Screen, Standardized Swallow Assessment en watersliktesten.

- **9-Clinical Indicators of Dysphagia**

De review van Estupinan et al. (2021) vond één studie die gebruik heeft gemaakt van de 9-Clinical Indicators of Dysphagia vragenlijst, een tool op basis van zelfrapportage.²³ Zij pasten de tool toe in een groep van 199 patiënten die nieuw werden opgenomen in woonzorgcentra. Diagnostische accuratesse werd alleen per item gerapporteerd. De sensitiviteit van de items lag tussen de 0.25 en 0,69 en de specificiteit tussen de 0,88 en 1.00.

- **Yale Swallow Protocol**

De review van Estupinan et al. (2021) identificeerde één studie die rapporteerde over het Yale Swallow Protocol.²³ De tool, die werd toegepast onder 240 personen in de langdurige zorg, had een sensitiviteit van 0,95 en een specificiteit van 0,67.

- **Indirect bewijs**

In de systematische review van Park et al. (2015) werden 29 instrumenten gevonden voor het screenen op slikproblemen.²⁴ De meeste studies vonden plaats met patiënten met een beroerte. Er waren zeven studies die zich richtten op oudere personen in instellingen voor langdurige zorg of in gemeenschappen. Deze studies gaven geen psychometrische informatie over de instrumenten. De onderzoekers concludeerden dat twee van de instrumenten mogelijk geschikt waren voor gebruik in verpleeghuizen, namelijk de Gugging Swallowing Screen (GUSS) en de Standardized Swallowing Assessment (SSA). De GUSS had een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 63% en de SSA een sensitiviteit van 97% en een specificiteit van 90%. Beide testen zijn door verpleegkundigen uit te voeren en relatief makkelijk om te doen.

In de systematische review van Brodsky et al. (2016) werden diverse watersliktesten onderzocht, waarbij de onderzoekers 22 studies includeerden.²⁵ De meeste studies vonden plaats onder patiënten met een beroerte (34%), hoofd-nek kanker (12%) en ziekte van de luchtwegen (10%). De meerderheid van de studies was uitgevoerd in een ziekenhuis. De onderzoekers hebben een meta-analyse uitgevoerd, waarbij de resultaten zijn onderverdeeld op soort watersliktest. Zij concludeerden dat een watersliktest met opeenvolgende slokjes uit grote hoeveelheden het beste was om openlijke aspiratie uit te sluiten (sensitiviteit 91%, specificiteit 53%), terwijl individuele slokjes het beste zijn wanneer er klinische tekenen van aspiratie aanwezig zijn (sensitiviteit 71%, specificiteit 90%).

Conclusies:

Volwassenen met een verstandelijke beperking

Mate van bewijs	Conclusies
Laag	Het zou kunnen dat de Dysphagia Disorder Survey een valide instrument is voor het screenen op slikproblemen in mensen met een verstandelijke beperking, waarbij er een hoge sensitiviteit is en een matige specificiteit. <i>Sheppard et al. (2014)</i>
Zeer laag	Het is mogelijk dat de Signaleringslijst Verslikken geen valide instrument is voor het screenen op slikproblemen in mensen met een verstandelijke beperking. <i>VanTimmeren et al. (2019)</i>

Ouderen

Mate van bewijs	Conclusies
Zeer laag	Het is mogelijk dat de '9-Clinical Indicators of Dysphagia' en het 'Yale Swallow Protocol' geschikte instrumenten zijn voor het screenen op slikproblemen in kwetsbare ouderen in de langdurige zorg. <i>Estupinan et al. (2021)</i>

<p>Zeer laag</p>	<p>Het is mogelijk dat de 'Gugging Swallowing Screen', de 'Standardized Swallowing Assessment' en de waterslikttest met individuele slokjes of opeenvolgende slokjes geschikte instrumenten zijn voor het screenen op slikproblemen in kwetsbare ouderen in de langdurige zorg (indirect bewijs).</p> <p><i>Park et al. (2015) & Brodsky et al. (2016)</i></p>
------------------	--

Kennis uit andere richtlijnen:

De NVKNO-richtlijn Orofaryngeale Dysfagie ¹¹ adviseert het gebruik van de 90ml waterslikttest Yale Swallow Protocol, directe observatie en bolusslikttest voor screening, waarbij de keuze aangepast moet worden aan de capaciteiten van het te onderzoeken individu. Tevens kan overwogen worden om de EAT-10 te gebruiken om te screenen op dysfagie, met als kanttekening dat dit bij personen met cognitieve stoornissen niet mogelijk is.

4.1.3 Overwegingen

De werkgroep is van mening dat geen van de gevonden instrumenten toepasbaar zijn als instrument voor zorg en begeleiding. De instrumenten zijn vaak ingewikkeld en daarmee vooral gericht op toepassing door logopedisten. Bovendien is van de meeste gevonden instrumenten geen Nederlandse en tevens gevalideerde versie. De werkgroep ziet risico-inventarisatie als een praktisch en kortdurend moment, dat met enkele vragen kan worden opgevangen. Daarom beveelt de werkgroep aan om onderstaande vraag, die gekoppeld is aan [het hoofdstuk Herkennen](#), te stellen bij cliënten in de langdurige zorg:

Is er sprake van één of meer van de volgende signalen tijdens het eet- of drinkmoment

- **Kokhalzen, hoesten en/of verslikken**
- **Zichtbaar moeite om het eten of drinken weg te slikken**
- **Ademhalingsproblemen**
- **Stem en/of ademhaling klinkt anders**
- **Plotseling weigeren/afweren van (verder) eten of drinken**

Hieronder wordt toegelicht waarom de (uit het literatuuronderzoek) gevonden instrumenten niet worden aanbevolen:

- **Verstandelijke gehandicaptensector**

Uit het literatuuronderzoek blijkt de Dysphagia Disorder Survey (DDS) met een hoge sensitiviteit en matige specificiteit een valide instrument voor het screenen op slikproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. Hoewel de DDS regelmatig in de praktijk wordt ingezet, heeft de werkgroep zijn twijfels bij de werkzaamheid en uitvoerbaarheid. Het is een betrouwbaar instrument indien het door gecertificeerde zorgverleners in combinatie met systematische observatie wordt ingezet. Echter, het is een te uitgebreide en ongeschikte observatielijst om door zorg en begeleiding als instrument voor risico-inventarisatie aan te bevelen. De werkgroep besluit dus om de DDS als screeningsmethode voor begeleiding en verzorging af te raden. Eventueel kan het wel toegepast worden als een gecertificeerd zorgverlener de screening uitvoert.

In de Nederlandse situatie wordt tevens onderzoek uitgevoerd naar een nieuw screeningsinstrument voor Dysfagie bij mensen met een Verstandelijke Beperking (SD-VB). Dit instrument laat een sterke samenhang met de DDS zien en geeft de mogelijkheid om binnen korte tijd (5-10 minuten) een verhoogde kans op dysfagie te screenen. ²⁶ De auteurs beschrijven dat dit screeningsinstrument goed bruikbaar is voor begeleiding in de VG-sector. Er is echter nog geen peer-reviewed onderzoek naar deze observatielijst uitgevoerd.

- **Ouderensector**

Voor de ouderenzorg zijn vijf screeningsmethoden (9—Clinical Indicators of Dysphagia, Yale Swallow Protocol, Guggline Swallowing Screen, Standardized Swallowing Assessment en de waterslikttest) in de literatuur gevonden. Bij de drie laatstgenoemden gaat het om indirect bewijs, namelijk onderzoeken bij een andere doelgroep of in ziekenhuissetting. De werkgroepleden zijn enkel bekend met de waterslikttest. Voor screening van slikproblemen kan de 90ml waterslikttest of Yale Swallow Protocol (water kunnen doordrinken) worden ingezet. Dit is voor logopedisten een goed uitvoerbaar instrument dat houvast biedt, waarbij de voordelen opwegen tegen de nadelen. Echter gaat voor verpleegkundigen en verzorgenden de voorkeur uit naar een simpelere methode.

De inzet van screening en/of risico-inventarisatie kan leiden tot het sneller in kaart brengen van slikproblemen, meer preventief werken en daardoor meer tijdige verwijzing naar de logopedist. Dit leidt tot voorkomen of verminderen van (gevolgen van) verslikken met als gevolg minder kans op ondervoeding, minder kans op infecties, meer plezier in eten en drinken en verhoogde kwaliteit van leven.

De werkgroep heeft twijfels bij de haalbaarheid van het uitvoeren van screening in de gehele langdurige zorg. Dit vraagt immers om extra belasting van zorg en begeleiding. Daarom is gekozen om standaardvragen als onderdeel van het cyclisch werkproces in de vorm van 'risico-inventarisatie' aan te bevelen. Hierdoor is de belasting voor zowel cliënt als zorg en begeleiding minimaal. In de volgende uitgangsvraag wordt een aantal groepen uitgelicht met een verhoogd risico op slikproblemen die extra alertheid vragen.

4.2 Risicogroepen

4.2.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Bij welke specifieke doelgroepen wordt aanbevolen altijd het risico op slikproblemen te inventariseren?

Wees extra alert op signalen van slikproblemen bij de volgende risicogroepen in de langdurige zorg. Volwassenen met:

- een slikprobleem in het verleden
- sterk verminderde mobiliteit, zoals rolstoelafhankelijkheid of bedafhankelijkheid
- het syndroom van Down
- een verstandelijke beperking en een leeftijd boven de 50 jaar
- een verstandelijke beperking in combinatie met een motorische beperking
- een verstandelijke beperking die ondersteuning bij de maaltijd nodig hebben
- neurologische aandoeningen, zoals dementie, de ziekte van Parkinson, multiple sclerose (MS), cerebrale parese (CP), cerebrovasculair accident (CVA), niet aangeboren hersenletsel (NAH), Huntington
- neuromusculaire aandoeningen, zoals amyotrofische laterale sclerose (ALS), sarcopenie
- chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- hoofd-halstumoren
- medicatie, zoals psychofarmaca en anti-epileptica
- (plotseling) ontbreken van gebits-elementen, gebitsprothesen en afwijkingen in de aanleg van het keel-mondgebied

4.2.2 Onderbouwing

Zoekresultaat:

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden is een systematische analyse van de literatuur nodig. De onderzoeksvragen die hiervoor zijn onderzocht zijn PICO-gestructureerd en luiden:

- Wat is de prevalentie van slikproblemen in subgroepen binnen de populaties volwassenen met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen in de langdurige zorg?
- Wat zijn voorspellers voor het ontwikkelen van een slikprobleem bij volwassenen met een VB en kwetsbare ouderen in de langdurige zorg?

De verantwoording van het literatuuronderzoek is [in deze bijlage](#) te vinden.

Resultaat van het literatuuronderzoek:

Volwassenen met een verstandelijke beperking

Er zijn geen studies gevonden die antwoord geven op de tweede onderzoeksvraag. Voor de prevalentie van slikproblemen zijn zeven studies geïnccludeerd over de subgroepen: Down syndroom, ouderen, mensen met mobiliteitsstoornissen, en mensen die ondersteuning krijgen bij het nuttigen van de maaltijd.

• Down Syndroom

Drie studies rapporteerden over slikproblemen van patiënten met Down Syndroom, met uitlopende resultaten. In de studie van Jasien et al. (2016) werden slikproblemen vastgesteld met behulp van een waterslikttest en door middel van een vragenlijst aan de zorgverleners.²⁷ Van de 26 deelnemers (84,7%) scoorden er 22 positief op de waterslikttest. Dit percentage was iets lager voor de rapportage op slikproblemen door de verzorgers (69,2%). Smith et al. (2014) lieten 23 volwassen met Down Syndroom filmen tijdens het nuttigen van een maaltijd.²⁸ Bij 56% van de patiënten werd hoesten tijdens de maaltijd geconstateerd, wat een indicatie is van slikproblemen. Thacker et al. (2008) includeerden volwassenen met een verstandelijke beperking waaronder 144 mensen met Down Syndroom.²⁹ Zij stelden vast dat 48,6% van de mensen met Down Syndroom een stikincident had meegemaakt vergeleken met 38,3% van de mensen met een verstandelijke beperking zonder Down Syndroom. Down Syndroom leek dus geassocieerd met slikproblemen te zijn (OR 1,60, 95% BI 1,08-2,35).

• Ouderen

De studie van Hermans et al. (2014) keek specifiek naar een groep van ouderen (50 jaar of ouder) met een verstandelijke beperking.⁹ Slikstoornissen werden vastgesteld met behulp van de Dysphagia Disorders Survey, uitgevoerd door logopedisten. Matig tot ernstige slikstoornissen waren aanwezig bij 52,1% van de deelnemers. In de groep van deelnemers boven de 55 jaar was dit percentage nog iets hoger, namelijk 53,9%.

• Mensen met mobiliteitsstoornissen

Twee studies onderzochten de invloed van mobiliteitsstoornissen op het hebben van slikproblemen. Van Timmeren et al. (2016) onderzocht patiënten die zowel een verstandelijke beperking hadden als een motorische handicap (volledig rolstoel afhankelijk).³⁰ Hun medische dossiers werden bekeken en ICD-10 codes voor slikproblemen genoteerd. Van de 99 deelnemers had 47% een code voor een slikstoornis of sondevoeding vanwege een slikstoornis (95% BI 37,2-56,8). Henderson et al. (2009) onderzocht of patiënten met cerebrale parese een verhoogd risico hadden op slikstoornissen.³¹ Zij stelden vast dat 5,1% van de patiënten met cerebrale parese en een verstandelijke beperking een slikstoornis had t.o.v. 0,08% bij patiënten zonder cerebrale parese (OR 0,78, p < 0,01).

• Mensen met ondersteuning bij het nuttigen van de maaltijd

Aan de studie van Ball et al. (2012) deden mensen mee die een verstandelijke beperking hadden en behoefte hadden aan ondersteuning bij de maaltijd.³² Zij concludeerden via vragenlijsten dat 34,8% van de deelnemers slikproblemen had. Hoe hoger de mate van maaltijdondersteuning, hoe hoger het percentage slikproblemen.

Ouderen

Er zijn geen studies gevonden die antwoord geven op de tweede onderzoeksvraag. Voor de prevalentie van slikproblemen zijn vijf systematische reviews geïncludeerd over de subgroepen: Dementie, Huntington en bewoners in verpleeghuizen.

- **Dementie**

De systematische review van Alagiakrishnan et al. (2013) includeerde studies naar verschillende vormen van dementie.³³ Ze vonden in totaal acht studies waarin de prevalentie van slikproblemen werd gerapporteerd. De prevalentie onder patiënten met de ziekte van Alzheimer varieerde van 7% tot 44%, bij parkinsonpatiënten met dementie van 26% tot 50%, vasculaire dementie 47% en fronto-temporale dementie van 26% tot 57%. Het is niet duidelijk in hoeverre de gerapporteerde prevalenties representatief zijn voor de gehele populatie met dementie.

- **Huntington**

De systematische review van Munhoz et al. (2021) identificeerde één studie waarin de prevalentie van slikproblemen bij patiënten met de ziekte van Huntington werd gemeten.³⁴ Er deden patiënten in verschillende stadia van de ziekte mee aan de studie. Van de 37 patiënten had 32,4% relevante of ernstige slikproblemen.

- **Bewoners verpleeghuis**

Twee systematische reviews en één review includeerden studies onder bewoners van verpleeghuizen of instellingen voor langdurige zorg. In de systematische review van Banda et al. (2022) bevonden zich vier unieke studies onder ouderen van 65 jaar en ouder, wonende in verpleeghuizen.³⁵ Slikproblemen werden vastgesteld met behulp van de waterslikttest of de volume-viscositeitslikttest. De gemiddelde leeftijd in de studies was boven de 80 jaar. De gevonden prevalenties varieerden van 16,9% tot 65,0%. In de systematische review van Rivelsrud et al. (2022) waren negen relevante studies geïncludeerd die rapporteerden over volwassenen in verpleeghuizen of instellingen voor langdurige zorg.³⁶ Er was grote variatie in de gebruikte meetmethoden, waaronder de Eating Assessment Tool (EAT-10), waterslikttest en zelfontworpen vragenlijsten. Ook hier was de gemiddelde leeftijd in de studies boven de 80 jaar. De gevonden prevalenties varieerden van 9% tot 69,6%. De review van Pauly et al. (2007) vond acht studies onder geïnstitutionaliseerde ouderen (65 jaar en ouder) in Westerse landen.³⁷ Ze rapporteerden niet welke meetmethode er was gebruikt in de studie. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan de studies was op één studie na boven de 80 jaar. De gevonden prevalenties varieerden van 7% tot 68%.

Conclusies:

Volwassenen met een verstandelijke beperking

Mate van bewijs	Conclusies
Zeer laag	De prevalentie van slikproblemen in personen met het syndroom van Down ligt mogelijk tussen de 48.6% en 84.7%. <i>Jasien et al. (2016), Smith et al. (2014), Thacker et al. (2008)</i>
Zeer laag	De prevalentie van slikproblemen in personen met een verstandelijke beperking boven de 50 jaar ligt mogelijk rond de 52.1%. <i>Hermans et al. (2014)</i>
Zeer laag	De prevalentie van slikproblemen in personen met zowel een verstandelijke beperking als een motorische handicap (rolstoel afhankelijk) ligt mogelijk rond de 47%. <i>Van Timmeren et al. (2016)</i>
Zeer laag	De prevalentie van slikproblemen in personen met een verstandelijke beperking die ondersteuning bij de maaltijd nodig hebben ligt mogelijk rond de 34.8%. <i>Ball et al. (2012)</i>

Ouderen

Mate van bewijs	Conclusies
Zeer laag	De prevalentie van slikproblemen in ouderen met dementie ligt mogelijk tussen de 7% en 57%. <i>Alagiakrishnan et al. (2013)</i>
Zeer laag	De prevalentie van slikproblemen in personen met de ziekte van Huntington ligt mogelijk rondom de 32.4%. <i>Munhoz et al. (2021)</i>
Zeer laag	De prevalentie van slikproblemen in bewoners van verpleeghuizen ligt mogelijk tussen de 7% en 69.6%. <i>Banda et al. (2022), Rivalsrud et al. (2022), Pauly et al. (2007)</i>

Kennis uit andere richtlijnen

De NVKNO-richtlijn Orofaryngeale Dysfagie ¹¹ heeft de volgende patiëntengroepen met een verhoogd risico op dysfagie benoemd: kwetsbare ouderen met alarmsymptomen, subgroepen binnen mensen met een verstandelijke beperking (ouderen, mensen met een verminderde mobiliteit, mensen met Downsyndroom, mensen die afhankelijk zijn van anderen voor het krijgen van eten, en mensen die langwerkende benzodiazepines gebruiken), patiënten met chronische (spier)aandoeningen en neurodegeneratieve ziekten.

4.2.3 Overwegingen

Uit het literatuuronderzoek zijn bij mensen met een verstandelijke beperking de volgende groepen met een hoge prevalentie gevonden: Volwassenen met het syndroom van Down, een verstandelijke beperking boven de 50 jaar, een verstandelijke beperking in combinatie met een motorische handicap, en volwassenen met een verstandelijke beperking die ondersteuning bij de maaltijd nodig hebben. De werkgroep beveelt aan om bij deze groepen extra alert te zijn op signalen van slikproblemen.

Bij ouderen werden resultaten gevonden voor ouderen met dementie, de ziekte van Huntington en bewoners in verpleeghuizen. De prevalentiecijfers variëren hier sterk. De werkgroep beveelt aan dat bij ouderen met de ziekte van Huntington altijd wordt gescreend op slikproblemen. Bij dementie en bewoners in verpleeghuizen benoemt de werkgroep dat het afhankelijk is van de ernst van de aandoeningen in hoeverre er een verhoogd risico op slikproblemen is.

De meeste slikproblemen in de langdurige zorg komen voor bij bovenstaande groepen. De werkgroep vindt echter meerdere groepen belangrijk om te benoemen. Naast de kennis uit de literatuur, beveelt de werkgroep alertheid bij de volgende volwassenen in de langdurige zorg aan:

- een slikprobleem in het verleden
- sterk verminderde mobiliteit, zoals rolstoelafhankelijkheid of bedafhankelijkheid
- neurologische aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson, multiple sclerose (MS), cerebrale parese (CP), cerebrovasculair accident (CVA), niet aangeboren hersenletsel (NAH)
- neuromusculaire aandoeningen, zoals amyotrofische laterale sclerose (ALS), sarcopenie
- chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- hoofd-halstumoren
- medicatie, zoals psychofarmaca en anti-epileptica
- (plotseling) ontbreken van gebitselementen. Voornamelijk het verwijderen van meerdere tanden en kiezen kan van negatieve invloed zijn op de kauwfunctie en het (ver)slikken.
- (ontbreken van) gebitsprothesen en afwijkingen in de aanleg van het keel-mond gebied.

4.3 Wanneer, hoe vaak en door wie?

4.3.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Wanneer, hoe vaak en door wie wordt aanbevolen om het risico op slikproblemen te inventariseren?

Verstandelijk gehandicaptensector:

Voer risico-inventarisatie bij alle cliënten met een verstandelijke beperking in de langdurige zorg uit op de volgende momenten:

- Bij opname/aanmelding in een instelling of thuiszorgorganisatie
- Eenmaal per jaar voorafgaand aan een multidisciplinair cyclisch evaluatiegesprek

Ouderensector:

Voer risico-inventarisatie bij alle ouderen in de langdurige zorg uit op de volgende momenten:

- Bij opname/aanmelding in het verpleeghuis of thuiszorgorganisatie
- Tweemaal per jaar voorafgaand aan een multidisciplinair cyclisch evaluatiegesprek

4.3.2 Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar signalen van slikproblemen. In plaats daarvan is onder andere de kennis uit [de NVKNO-Richtlijn Orofaryngeale dysfagie](#) ¹¹ gebruikt. Deze richtlijn beveelt aan om bij kwetsbare ouderen met alarmsymptomen minstens eenmaal per jaar een screening uit te voeren en bij mensen met een verstandelijke beperking die tot een risicogroep behoren, eenmaal per drie jaar. Patiënten met een verhoogd risico door een andere aandoening worden afhankelijk van progressie en ziektebeeld eens per half jaar tot eens per drie à vijf jaar gescreend.

4.3.3 Overwegingen

Door tijdig en volgens vaste afspraken te inventariseren op een verhoogde kans op slikproblemen kunnen logopedisten tijdig diagnosticeren en behandeladviezen geven. Sheppard en collega's raden in 2014 door middel van expert opinion aan om iedere drie jaar te screenen bij volwassenen met een verstandelijke beperking. ²¹ In de Nederlandse situatie wordt door Schüller-Korevaar en collega's geadviseerd om begeleiding en verzorging elke twee jaar te laten screenen, waarna diagnostiek door de logopedist kan plaatsvinden. ³⁸

• Wanneer vindt risico-inventarisatie plaats?

De werkgroep acht het niet haalbaar om bij alle cliënten in de langdurige zorg te screenen op slikproblemen. Daarom is gekozen voor risico-inventarisatie gekoppeld aan een vast moment. Dit zorgt voor heldere afspraken voor zowel personeel als organisatie, continuïteit van zorg bij wisselend personeel en de grootste kans op voorkomen van slikincidenten. De volgende momenten zijn bepaald:

- Bij opname in instelling/thuiszorgorganisatie of bij start nieuwe woning
- Bij de vaste evaluatiemomenten binnen een organisatie (zoals MDO).

De werkgroep vindt het belangrijk dat dit multidisciplinaire overleggen zijn.

• Hoe vaak dient risico-inventarisatie uitgevoerd te worden?

Eenzijds is frequentie afhankelijk van de ernst van (mogelijke) slikproblemen en de haalbaarheid in de praktijk. Balans tussen tijdsinvestering van zorgverleners en voorkomen van ernstige incidenten en gezondheidsrisico's is nodig. Om handvatten aan zorgverleners en organisaties te bieden, wordt gekozen om risico-inventarisatie zoveel mogelijk te koppelen aan vaste evaluatiemomenten. In de verstandelijkgehandicapten-sector is dit jaarlijks en in de ouderensector is dit tweemaal per jaar. Er worden andere frequenties voor de VG- en ouderensector aanbevolen omdat cliënten in de ouderensector meestal een sneller verloop van de ziekte hebben.

• Wie voert risico-inventarisatie uit?

Heldere afspraken wie risico-inventarisatie uitvoert, wie verantwoordelijk is en hoe die samenwerking loopt, zijn nodig. De verantwoordelijkheid ligt bij de arts/verpleegkundig specialist (als medisch deskundige) en/of logopedist. De logopedist heeft de kennis en kunde, maar zorg en begeleiding zijn 'de ogen in de praktijk'. Er moet goede voorlichting voor begeleiders en verpleegkundigen zijn om signalering en invullen van de risico-inventarisatie door hen uit te laten voeren. Korte lijntjes en snelle schakeling met de logopedist is nodig. Risico-inventarisatie kost tijd en geld, maar betaalt zich later terug.

5. Diagnostiek van slikproblemen

5.1 Methoden voor diagnostiek

Deze module bespreekt methoden van diagnostiek. Hierbij wordt beschreven welke methoden geschikt zijn en worden aanbevolen en wanneer de keuze voor instrumenteel slikonderzoek gemaakt kan worden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen klinisch en instrumenteel onderzoek. Klinisch onderzoek is diagnostisch onderzoek dat door de logopedist uitgevoerd wordt, zoals een sliktest of directe observatie. Daarnaast is er instrumenteel onderzoek. Dit is medisch diagnostisch onderzoek en wordt meestal in het ziekenhuis uitgevoerd, bijvoorbeeld röntgenonderzoek of endoscopisch slikonderzoek.

Diagnostiek bij cliënten in de langdurige zorg brengt een aantal uitdagingen met zich mee, mede door kenmerken van de cliëntpopulatie. De cliënt kan de klachten niet altijd goed onder woorden brengen of ervaart wellicht helemaal geen probleem. Daarnaast bemoeilijkt de aanwezigheid van comorbiditeit het diagnostische proces. Valide en betrouwbare instrumenten ontbreken op dit moment om slikproblemen bij cliënten in de langdurige zorg in kaart te brengen. Instrumenteel onderzoek, wat veelal in andere populaties wordt toegepast, is niet altijd mogelijk in de langdurige zorg. Het is niet op de locatie aanwezig, of het is te belastend voor de cliënt om naar het ziekenhuis te gaan. Bestaande diagnostische instrumenten zijn dus niet altijd geschikt voor de doelgroep.

5.1.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Welke methoden voor diagnostiek zijn geschikt om uit te voeren bij volwassenen in de langdurige zorg?

Pas directe observatie toe om slikproblemen te diagnosticeren, waarbij de cliënt gedurende de gebruikelijke maaltijdsituatie wordt geobserveerd. Overweeg meerdere maaltijdsituaties te observeren.

Overweeg aanvullend op directe observatie de inzet van waterslikken (onder andere de sliksnelheidstest en slikvolumetest) als diagnostiek.

Verstandelijk-gehandicaptensector:

Overweeg aanvullend op directe observatie de inzet van de Dysphagia Disorder Survey (observatielijst voor slikproblemen). Gebruik bij voorkeur de DDS-versie waarbij de optionele items 1 (body-mass index) en 15 (gastro-oesofageale functie) niet gescoord worden. Overweeg daarnaast de Choking Risk Assessment (Risicobeoordeling Verslikken) en Pneumonia Risk Assessment (Risicobeoordeling Longontsteking) in te zetten.

Overweeg op indicatie de inzet van Flexibele Endoscopische Evaluatie van het Slikken (FEES) of slikvideo.

5.1.2 Onderbouwing

Om methoden die geschikt zijn in kaart te brengen, is literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Wat is de diagnostische accuratesse van methoden om slikproblemen te diagnosticeren bij volwassenen met een verstandelijke beperking en ouderen in de langdurige zorg?

De verantwoording van het literatuuronderzoek is [in deze bijlage](#) te vinden.

Resultaat van het literatuuronderzoek:

Volwassenen met een verstandelijke beperking

Er zijn geen studies gevonden die diagnostische accuratesse van methoden om slikproblemen te diagnosticeren, onderzoeken bij volwassenen met een verstandelijke beperking.

Ouderen in de langdurige zorg

De zoekactie identificeerde één observationele studie die van toepassing is op de onderzoeksvraag. De studie van Imaizumi et al. (2019) identificeerde 106 patiënten die een score van 2 of hoger hadden op de originele Flexibele Endoscopische Evaluatie van het Slikken (FEES), met inname van voedsel en vocht³⁹. Deze werden vervolgens in twee groepen ingedeeld op basis van de FEES-screen score. Hierbij werd alleen naar de eerste twee items van de originele FEES gekeken (zonder inname van voedsel en vocht). Slikproblemen waren volgens de FEES-screen bij 64 patiënten afwezig en bij 42 patiënten aanwezig. Sensitiviteit was 0.67, specificiteit 0.67 en de AUROC 0.68 (95% BI 0.54-0.82). De patiënten met detecteerbare slikstoornis volgens de FEES-screen hadden een hogere prevalentie van aspiratie tijdens de FEES ($p < 0.01$).

Conclusies uit de literatuur:

Ouderen:

Mate van bewijs	Conclusies
Zeer laag	De FEES-screen is waarschijnlijk geen goed instrument voor het vaststellen van slikproblemen. De FEES-screen is mogelijk een bruikbaar instrument om in te schatten bij welke patiënten met slikproblemen orale inname van voedsel en water als veilig kan worden beschouwd. <i>Imaizumi et al. (2019)</i>

Aanvullend is literatuuronderzoek naar indirect bewijs uitgevoerd, waarna vier aanvullende studies werden geïdentificeerd.

Ten eerste werd het onderzoek van Lemmens (2013) naar de Swallow Quality of Life Questionnaire (SWAL-QoL) beschreven: Een vragenlijst ontworpen voor het meten van de kwaliteit van leven in patiënten met een slikstoornis. In het onderzoek werd de vragenlijst aangepast naar een interviewversie zodat deze toepasbaar was voor mensen met cognitieve problemen. Aan de studie deden 56 patiënten mee. Zij hadden een gemiddelde leeftijd van 75 jaar oud. De helft van de deelnemers (53%) had communicatieproblemen, veelal afasie of dysartrie. Bij 21% was er sprake van cognitieve problemen, veelal geheugenverlies of verwaarlozing. De gemiddelde tijd van het interview was 41 minuten. In de helft van de interviews (53%) waren visuele hulpmiddelen gebruikt. De meerderheid van de patiënten (82%) vond de belasting van het interview acceptabel of laag. De gewogen kappa was uitstekend ($kappa > 0.75$) voor de algehele score en voor 7 subschalen, en goed voor de 2 overige subschalen. De gewogen kappa was ook uitstekend voor de groep deelnemers met communicatieve problemen. Subgroepanalyse voor de deelnemers met cognitieve problemen was niet mogelijk gezien de geringe omvang van de steekproef.

De andere drie studies waren onderzoeken naar instrumenteel slikonderzoek. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de beschikbare meetinstrumenten en voor- en nadelen per instrument. Een uitgebreide beschrijving van de meetinstrumenten is te vinden in [bijlage Verantwoording Module - Diagnostiek](#).

Tabel 5.1: Beschikbare instrumenten en hun voor- en nadelen

Instrument	Indicatie	Voordelen	Nadelen	Aandoening
Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES)	Patiënten met verdenking van aspiratie/ penetratie	<ul style="list-style-type: none"> • Beoordeelt farynx voor, tijdens en na het slikken • Draagbaar • Gebruikt echt eten • Geen blootstelling aan straling • Kan meerdere slikken met verschillende consistenties beoordelen • Vermoeidheidsonderzoek is mogelijk vanwege de langere duur van het onderzoek • Visualiseert direct het larynx- en farynxoppervlak • Beoordeling van velopharyngeale sluiting • Therapie biofeedback • Kan poliklinisch worden uitgevoerd • Driedimensionale weergave 	<ul style="list-style-type: none"> • White-out periode • Kan de orale fase en cervicale slokdarmfase van slikken niet beoordelen • Trace aspiratie kan worden gemist • Moeilijk uit te voeren bij patiënten met craniofaciale trauma's, ernstige dementie, hersentrauma's en verwarde of comateuze patiënten • Ongemak nasoendoscopie • Tijdrovend desinfectieproces 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose van orofaryngeale dysfagie als gevolg van neurodegeneratieve aandoening en neuromusculaire aandoening • Diagnose van orofaryngeale dysfagie als gevolg van structurele stoornis

Videofluoroscopie swallow study (VFSS)	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een vermoeden van een probleem in de orale slikfase • Patiënten met verdenking van aspiratie/strottenhoofdpenetratie • Patiënten met klachten dat voedsel in de keel blijft steken 	<ul style="list-style-type: none"> • Beoordeelt de orale, faryngeale en cervicale slokdarmfasen van slikken voor, tijdens en na het slikken • Detecteert aspiratie 	<ul style="list-style-type: none"> • Lagere sensitiviteit voor microaspiratie • Blootstelling aan straling • Beperkte duur van het examen • Niet draagbaar • Moeilijk uit te voeren bij patiënten die de kamer niet kunnen verlaten, beademingsafhankelijke patiënten, patiënten op de intensive care en niet-meewerkende patiënten • Kan de anatomie van de larynx niet bekijken • Kan geen vermoeidheidsevaluatie doen • Onderschatting van pooling • Aspiratie van barium kan leiden tot overgevoeligheidspneumonitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose van orofaryngeale dysfagie als gevolg van een beroerte, hoofdtrauma, primaire hersenmaligniteiten of metastase naar de hersenen • Diagnose van orofaryngeale dysfagie als gevolg van neurodegeneratieve aandoening en neuromusculaire aandoening
High-resolution pharyngeal manometry (HRPM)	Patiënt met vermoedelijke faryngeale motiliteitsstoornis	<ul style="list-style-type: none"> • Vereist geen inname van bariumbolus • Beoordeelt mesofaryngeale en hypofaryngeale contractiliteit • Beoordeelt hypofaryngeale intrabolusdruk • Beoordeelt de ontspanningsdruk en het tijdsinterval van de bovenste slokdarmsfincter 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen directe visualisatie van farynx- en larynxstructuur • Kan de aanwezigheid van aspiratie niet beoordelen • Kan de mate van farynxresidu niet beoordelen • Kan niet met gewone voeding. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orofaryngeale dysfagie als gevolg van de ziekte van Parkinson, myasthenia gravis, myotone dystrofie en amyotrofische laterale sclerose • Orofaryngeale dysfagie als gevolg van Zenker-divertikel

Kennis uit andere richtlijnen:

In de NVKNO-richtlijn Orofaryngeale Dysfagie¹¹ worden diverse screeningsmethoden beschreven, die voor klinisch slikonderzoek relevant zijn. In de algemene populatie is de watersliktest (90 ml) de eerste keuze. Indien deze positief is, wordt verwezen naar directe observatie, video-endoscopie of slikvideo. Indien de watersliktest negatief is, wordt afwachtend beleid geadviseerd (mits geen alarmsymptomen). Bij cliënten waarbij de watersliktest niet uitvoerbaar is, wordt directe observatie geadviseerd. De keuze voor watersliktest, directe observatie en bolussliktest dient aan de capaciteiten van het te onderzoeken individu te worden aangepast. De NVKNO-richtlijn Orofaryngeale Dysfagie beschrijft tevens diverse opties voor instrumenteel onderzoek: video-endoscopie, slikvideo en bariumcontrast slikfoto. Video-endoscopie of slikvideo worden idealiter beiden aanbevolen voor diagnostisch onderzoek. De keuze voor video-endoscopie of slikvideo is afhankelijk van de mogelijkheden en wensen van de patiënt en het ziekenhuis, denk hierbij aan leeftijd, aard van de ziekte, setting, beschikbaarheid en ervaring van de specialist. Inzet van een statische bariumcontrast slikfoto wordt niet standaard aanbevolen. De richtlijn benoemt dat er op dit moment geen aanwijzingen zijn voor het gebruik van (gevalideerde) dysfagie-gerelateerde vragenlijsten om cliënten met dysfagie betrouwbaar te kunnen identificeren/diagnosticeren. Een vragenlijst kan wel van toegevoegde waarde zijn bij zorgvuldige anamnese en screening naar dysfagie. Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten kan bijvoorbeeld gebruikt worden om samen met een mantelzorgverzorger de problemen in kaart te brengen als onderdeel van de anamnese.

5.1.3 Overwegingen

• Directe observatie

Klinisch slikonderzoek wordt door de logopedist uitgevoerd, in samenspraak met het zorgteam en familie. Klinisch slikonderzoek bestaat ten eerste uit directe observatie. Het is belangrijk om dit tijdens de gebruikelijke maaltijdsituatie te doen. De logopedist dient er rekening mee te houden dat de cliënt mogelijk ander eet- en drinkgedrag laat zien als derden aanwezig zijn. Bovendien laten cliënten afhankelijk van de maaltijdconsistenties ook ander eet- en drinkgedrag zien. Controleer daarom altijd bij zorg, begeleiding of naasten of de geobserveerde maaltijd representatief was. Het is verstandig om te overwegen om meerdere maaltijdsituaties te observeren (bijv. ochtend/avond, woning/dagbesteding). Diagnostiek is immers vaak een momentopname.

Aangevuld op directe observatie kan de logopedist de volgende methoden bij slikonderzoek inzetten:

- **Waterslikken als diagnostiek**
 - *Grotere slok*

Voor diagnostiek kan het slikken worden geobserveerd door de cliënt te vragen een gewone slok te nemen en vervolgens een grotere slok. Dan

observeren wat er gebeurt en wat er geïnstrueerd kan worden om verslikken te voorkomen. Deze waterslikttest is in principe makkelijk uitvoerbaar en geeft de logopedist een eerste indruk van het slikprobleem. Een uitdaging is instrueerbaarheid, daardoor is deze test niet altijd af te nemen bij cliënten in de langdurige zorg.

- ◦ *Sliksnelheidstest*

Bij de sliksnelheidstest wordt een gemeten hoeveelheid (100 of 150 ml) zo snel mogelijk gedronken, waarbij de tijd wordt genoteerd in seconden. Dit kan alleen bij mensen die zich niet snel verslikken. Het is een maat voor de slikcapaciteit van vloeistoffen, maar geeft geen informatie over het kauwen van vaste voeding.

- ◦ *Slikvolumetest*

Bij de slikvolumetest wordt een cliënt gevraagd een hoeveelheid vloeistof (te beginnen met 5 of 10 ml) in één keer leeg te drinken. Er wordt gekeken hoeveel de cliënt in een keer kan wegslikken. Minder dan 20 ml per slok wordt als afwijkend gezien.

In de huiskamer is diagnostisch slikonderzoek door drukte van andere bewoners en omgevingsprikkels moeilijker uitvoerbaar. Bij mensen met somatische stoornissen zijn waterslikttesten wel in te zetten. Hierbij wordt rekening gehouden met de uitdaging zodat de cliënt de test aankan.

- **De Dysphagia Disorder Survey (DDS)**

De DDS kan alleen ingezet worden in de verstandelijk-gehandicaptensector en kan door gecertificeerde logopedisten toegepast worden als instrument om een eventueel slikprobleem in kaart te brengen. Uit onderzoek van Sheppard et al (2014) ²¹ blijkt dat item 1 (body mass index) en item 15 (gastro-oesofageale functie) moeilijk te meten zijn en daardoor zwak gerelateerd zijn met de andere testitems. Om deze reden beveelt de werkgroep aan om de versie zonder items 1 en 15 te gebruiken.

- **Choking Risk Assessment (CRA) en Pneumonia Risk Assessment (PRA)**

Aanvullend kunnen daarbij in de verstandelijkgehandicaptensector de Choking Risk Assessment (CRA, een instrument voor risicobeoordeling van verslikken) en Pneumonia Risk Assessment (PRA, een instrument voor risicobeoordeling van longontsteking) toegepast worden. De werkgroep benoemt dat de samenhang van items en betrouwbaarheid van deze instrumenten twijfelachtig zijn en de sensitiviteit laag is. Daarom adviseert de werkgroep om de CRA en PRA puur ter inzicht te gebruiken, zonder het scoresysteem en bijhorende conclusies.

- **Slikgerelateerde kwaliteit van leven**

Kwaliteit van leven is een belangrijk onderdeel van de zorg rondom slikproblemen bij cliënten in de langdurige zorg. Zorgverleners in de langdurige zorg zijn hier alert op, en het gesprek rondom kwaliteit van leven wordt regelmatig met cliënten en naasten gevoerd. De werkgroep beveelt hierbij geen instrumenten aan.

De Swal-Qol (zie onderbouwing module 3) kan worden ingezet als onderdeel van diagnostiek met als doel het gericht kunnen inzetten van behandeling. Dit is echter een zeer uitgebreid instrument. De gemiddelde interviewtijd in het onderzoek van Lemmens (2013) was 41 minuten ⁴⁰, wat niet haalbaar is in de praktijk. De NVKNO-richtlijn Orofaryngeale dysfagie beschrijft vier vragenlijsten voor kwaliteit van leven: de SWAL-QoL, MD Anderson Dysphagia Inventory, Deglition Handicap Index, en de Radboud Oral Motor Inventory for Parkinson's Disease ¹¹. Zij concluderen echter dat er momenteel weinig aanwijzingen zijn voor het gebruik van dysfagie-gerelateerde vragenlijsten bij identificeren/diagnosticeren van diagnostiek. Hoewel gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten mogelijk een goed beeld geven van de subjectieve beleving van een slikstoornis, zijn deze niet door alle cliënten goed in te vullen en bij een zorgvuldige anamnese ook niet noodzakelijk.

- **Cervicale auscultatie**

Auscultatie, luisteren naar de slik met een stethoscoop, kan ondersteunend zijn om het slikken in beeld te brengen bij diagnostiek in de langdurige zorg. Wetenschappelijk bewijs voor cervicale auscultatie is niet overtuigend: Een systematische review bij volwassenen en kinderen met dysfagie beschrijft dat er conflicterend bewijs is voor de validiteit van cervicale auscultatie ⁴¹. Bovendien is de betrouwbaarheid onvoldoende om cervicale auscultatie als stand-alone instrument bij volwassenen te gebruiken. Het is echter wel een praktisch goed inzetbare, goedkope, niet invasieve en toegankelijke ondersteunende methode. Ook de werkgroep is van mening dat cervicale auscultatie van meerwaarde kan zijn bij diagnostiek in de langdurige zorg. Logopedisten die hier intensief in getraind zijn (bijv. door scholing of expertise van collega's) en dus kennis hebben van het interpreteren van de geluiden, kunnen cervicale auscultatie als hulpmiddel gebruiken om te bepalen of een slik afwijkend is. Een onderzoek van Bergström en collega's benadrukt het belang van intensieve training: Na een tweedaagse training voor cervicale auscultatie waren logopedisten significant beter in het bepalen van veiligheid van de slik (83%) en in hoeverre de slik normaal/afwijkend is (89%) dan voor de training ⁴². Het bepalen van de ernst van de slikstoornis, ten opzichte van FEES, verbeterde niet significant (57%). Te horen zijn de adem voor en na de slik en of er mogelijk sprake is van penetratie of residu. Er kan worden gehoord of iemand daadwerkelijk geslikt heeft en hoeveel slikken er per hap nodig zijn. Het vergt echter wel veel expertise en oefening van de logopedist om dit vast te stellen. Ook is dit onderzoek moeilijk uit te voeren in groepssituaties. Andere nadelen van cervicale auscultatie zijn dat het niet goed meetbaar is, subjectief is, geen aspiratie kan detecteren en de logopedist er niet mee in kaart kan brengen hoe krachtig de slik is. Bovendien zijn de resultaten wisselend per consistentie.

Instrumenteel slikonderzoek

Indien het klinisch slikonderzoek niet voldoende uitsluitsel over de diagnostiek van slikproblemen geeft, kan instrumenteel slikonderzoek worden uitgevoerd. De werkgroep benoemt de volgende methoden:

- **Slikvideo**

De inzet van een röntgenslikvideo maakt het mogelijk om de slikfunctie goed te beoordelen met diverse consistenties en in alle fasen van het slikken te onderzoeken. Een slikvideo is tevens de meest valide techniek om het moment en de ernst van aspiratie te visualiseren, evenals de oorzaak daarvan. Zoals bij alle beeldvorming is ook de slikvideo een momentopname, waarbij alleen gekeken kan worden naar de fysiologische aspecten van het slikken. Factoren zoals invloed van de normale eetomgeving, alertheid en moment van de dag worden niet meegenomen tijdens dit onderzoek. Omgekeerd is instrueerbaarheid van de cliënt een uitdaging. Ook kunnen cliënten angst hebben voor het ziekenhuis en het onderzoek of daardoor juist beter presteren dan in de thuissituatie.

- **Flexibele Endoscopische Evaluatie (FEES)**

FEES is een instrumenteel onderzoek waarbij een dunne slang (scoop) via de neus wordt ingebracht, met aan het uiteinde een camera. Een endoscopische opname geeft een duidelijk beeld van het slikken: het geeft informatie over de anatomie, mate van penetratie of aspiratie en de ernst van residu van speeksel, vocht of voeding. Nadelen zijn dat slechts een beperkt deel van de slik zichtbaar is (white out) en informatie over de keelholte mist. Onderzoek bij slecht coöperatieve cliënten is moeilijk, want de cliënt moet slikken met een dunne slang in de neus/keel. Een voordeel aan de FEES is dat het onder afgesproken omstandigheden in de instelling (vertrouwde omgeving) uitgevoerd kan worden en de cliënt dus niet naar het ziekenhuis hoeft. Omdat het een voorbehouden handeling is volgens de wet BIG, moet de logopedist getraind zijn in de uitvoer van FEES. Ook aan alle andere voorwaarden moet worden voldaan (zoals reiniging van de scoop, arts op afroep e.d.) volgens de landelijke afspraken die door de beroepsgroep zijn opgesteld⁴³. Indien een KNO-arts wordt ingezet, dient de behandelend logopedist betrokken te worden.

- **High-Resolution Pharyngeal Manometry (HRPM)**

Deze methode wordt in Nederland nog maar weinig gebruikt. Hoewel de eerste onderzoeksresultaten veelbelovend zijn, vindt de werkgroep het te vroeg om deze methode voor instrumenteel onderzoek aan te bevelen.

5.2 Indicaties voor instrumenteel slikonderzoek

5.2.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Wanneer wordt aanbevolen om instrumenteel slikonderzoek uit te voeren bij volwassenen in de langdurige zorg?

Voer instrumenteel slikonderzoek uit als er gezondheidsrisico's zijn en/of er twijfels bestaan over de veiligheid van de cliënt.

Zet instrumenteel slikonderzoek alleen in als de cliënt in staat is om mee te willen en kunnen werken aan het onderzoek, en als de uitkomst consequenties heeft voor het behandelbeleid.

Overweeg instrumenteel slikonderzoek uit te voeren bij een van onderstaande situaties: - onduidelijke diagnose na klinisch slikonderzoek - uitblijven van effect van behandelinterventies - verdenking van (ernstige) stille aspiratie - verdenking van afwijkingen op KNO-gebied.

5.2.2 Onderbouwing

Zie onderbouwing '[Methoden voor diagnostiek](#)'.

5.2.3 Overwegingen

De meerwaarde van instrumenteel slikonderzoek is dat objectief in kaart wordt gebracht wat er tijdens het slikken gebeurt. Met klinisch slikonderzoek is immers niet alles in kaart te brengen, zoals de plaats en omvang van het faryngeaal residu of de ernst en oorzaak van aspiratie. Instrumenteel slikonderzoek geeft echter een belasting voor de cliënt, dus het is van belang om dit alleen uit te voeren als er gezondheidsrisico's zijn ten gevolge van de slikproblemen en/of twijfels over de veiligheid van de cliënt. Toestemming van cliënt en/of vertegenwoordiger is noodzakelijk. Het is belangrijk dat het voor de cliënt mogelijk is om mee te willen en kunnen werken aan het onderzoek en dat het consequenties heeft voor het behandelbeleid.

Bij de volgende indicaties kan instrumenteel slikonderzoek overwogen worden:

- De diagnose is nog onduidelijk nadat klinisch slikonderzoek is uitgevoerd.
- Het effect van behandelinterventies blijft uit, en het is voor de behandelaar niet duidelijk waar de oorzaak ligt.
- Er is een verdenking van (ernstige) stille aspiratie. Stille aspiratie is in tegenstelling tot hoorbare aspiratie (hoesten) niet zomaar te herkennen. Signalen zoals benoemd in [Herkennen van Slikproblemen](#) zijn soms toepasbaar, maar de deskundig zorgverlener zal stille aspiratie vooral vermoeden op basis van zijn eigen klinische blik.

- Er is een verdenking van anatomische afwijkingen in het KNO-gebied, die van invloed kunnen zijn op het slikken.
- Er zijn meningsverschillen binnen zorgteams of tussen zorgteam en familie. Objectief inzicht in het probleem kan deze meningsverschillen wegnemen.

Indien wordt besloten om instrumenteel slikonderzoek uit te voeren, dient de zorgverlener te zorgen dat dat de omstandigheden bij het slikonderzoek optimaal zijn voor de cliënt en betrokken zorgverleners, door de volgende maatregelen te overwegen:

- Bereid de cliënt goed voor, passend bij het communicatieniveau.
- Bereid het instrumenteel slikonderzoek voor in samenwerking met de zorgverleners in het ziekenhuis (KNO-arts en/of radioloog) zodat waar mogelijk aan de behoeften van cliënt kan worden voldaan en voldoende tijd ingeroosterd kan worden. Bespreek bijvoorbeeld of de cliënt in zijn eigen rolstoel kan blijven en of een cliënt op commando moet kunnen slikken.
- Behandelend logopedist is gedurende het hele onderzoek aanwezig en betrokken.
- Neem een vertrouwd persoon (meestal begeleider of naaste) mee naar het ziekenhuis.
- Neem, indien wenselijk en mogelijk, eigen voedsel, drinken, beker en bestek van de cliënt mee naar het ziekenhuis. Contrastvloeistof kan (tot op zekere hoogte) door het eigen eten/drinken gemengd worden. Dit draagt hierdoor bij aan het meewerken van de cliënt. Bij een FEES kan altijd eigen voeding worden gebruikt. Bij slikvideo tot op zekere hoogte (het voedsel moet dan met voldoende contrastvloeistof gemengd zijn).

6. Evalueren van slikproblemen

6.1 Methoden voor evalueren

Deze module bespreekt het evalueren van (de behandeling van) slikproblemen. Met evalueren wordt bedoeld: het evalueren van zowel de behandeling als de ontwikkeling van de slikproblemen. Uit de knelpuntenanalyse is gebleken dat regelmatige evaluatiemomenten voor slikproblemen ontbreken, terwijl die belangrijk zijn voor de samenwerking in het multidisciplinaire team en de ontwikkeling van het slikprobleem. Het is voor zorgverleners dus onduidelijk hoe en wanneer evaluatie van slikproblemen en bijhorende behandeling moet plaatsvinden.

6.1.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Welke methoden worden aanbevolen om (de behandeling van) slikproblemen bij volwassenen in de langdurige zorg te evalueren?

Logopedisten: Stel aan de hand van de vier domeinen voor evaluatie (zie figuur 6.1) een aandachtspuntenlijst op voor de evaluatie van het slikprobleem.

Zorg en begeleiding: Rapporteer je observaties aan de hand van de aandachtspuntenlijst van de logopedist om slikproblemen te evalueren.

Rapporteer de evaluatie van slikproblemen volgens een vast format in het elektronisch patiëntendossier en bespreek dit multidisciplinair met aanwezigheid van in ieder geval cliënt(systeem), logopedist, zorg en begeleiding, en bij voorkeur ook diëtist, ergotherapeut en arts.

6.1.2 Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion tot aanbevelingen gekomen. Waar nodig werd kennis van instrumenten uit het [hoofdstuk Risico-inventarisatie](#) en het [hoofdstuk Diagnostiek](#) gebruikt.

6.1.3 Overwegingen

Om de behandeling van slikproblemen bij cliënten in de langdurige zorg te evalueren, is kennis en ervaring van zorgverleners nodig. Directe observatie met aandacht voor signalen en veranderde klachten speelt ook hier een rol. Directe observaties (bij inname van eten, drinken en medicatie), zoals beschreven in de module Diagnostiek, kunnen herhaald worden om verschil in tijd te observeren. Ook hierbij is het belangrijk om directe observatie(s) uit te voeren in verschillende situaties en op verschillende momenten van de dag.

- **Inzet van vragenlijsten**

Bij het evalueren is het van belang om met name vooropgestelde behandeldoelen te evalueren. In de langdurige zorg worden geen gevalideerde vragenlijsten gebruikt om de ernst van het slikprobleem te kwantificeren, noch te evalueren. Bovendien zijn vragenlijsten tijdsintensief en onvoldoende maatwerk op het behandelgoal van de cliënt. Daarom besluit de werkgroep om geen vragenlijsten voor evaluatie aan te bevelen. De werkgroep vindt het belangrijk om zorgverleners ondersteuning te bieden bij rapportage en evaluatie. Logopedisten hebben de kennis van andere zorgverleners (meestal zorg en begeleiding) immers nodig om te kunnen evalueren.

Het is van belang om zo specifiek en meetbaar mogelijk te rapporteren. Onderstaand is een voorbeeld gegeven van een 'slechte' en 'goede' rapportage:

- Niet goed: Mevrouw heeft goed gegeten, hele avond niet gehoord.
- Goed: Mevrouw heeft in de gezamenlijke eetruimte 3/4e van haar portie warm eten opgegeten (drie aardappelen, broccoli en een stuk verse worst). Zij had hierbij geen hulp nodig. Het was niet nodig de maaltijd extra te malen, wel hebben we extra jus toegevoegd. Mevrouw heeft in de avond geen signalen van reflux (hoesten, onrust, zweten) laten zien.

De logopedist heeft de regie over de evaluatie van slikproblemen. Aan de hand van het gemelde probleem en behandelplan, stellen zij een aandachtspuntenlijst op die zorg en begeleiding kan gebruiken bij het evalueren. Bij voorkeur wordt deze aandachtspuntenlijst toegevoegd aan het elektronische patiëntendossier (EPD) van de cliënt, zodat evaluatie zo laagdrempelig mogelijk kan worden uitgevoerd door zorg en begeleiding.

• Vier domeinen van evaluatie van slikproblemen

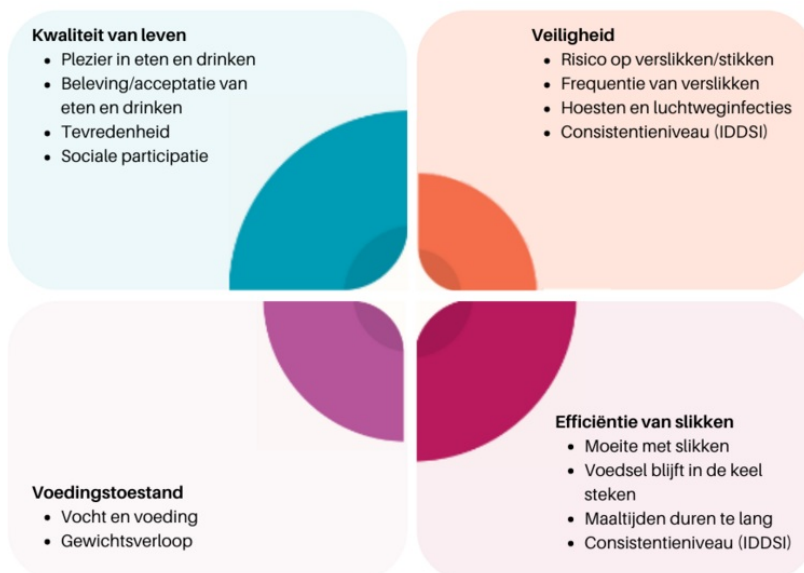
Figuur 6.1 kan gebruikt worden bij het opstellen van een aandachtspuntenlijst voor evaluatie. Daarbij helpt het zorgverleners om met elkaar multidisciplinair te beslissen welke domeinen en aandachtspunten het belangrijkste zijn bij en voor een cliënt, en waar op te letten. De figuur beschrijft de volgende domeinen:

- Het domein Kwaliteit van leven beschrijft wensen en voorkeuren van cliënten, waarbij aandacht zou moeten zijn voor plezier in eten en drinken, beleving/acceptatie van eten en drinken, tevredenheid en sociale participatie. De cliënt kan dit verbaal uiten, maar ook non-verbaal door bijvoorbeeld gedragsproblemen rondom de eetsituatie.
- Het domein Veiligheid beschrijft het risico op verslikken/stikken, frequentie van verslikken en de veilige consistenties volgens IDDSI weer ⁴⁴. De classificatie van consistentieniveaus van vocht en voeding volgens de IDDSI heeft als doel veiligheid.
- Het domein Voedingstoestand beschrijft vocht en voeding en gewichtsverloop. De nadruk op gewichtsverloop i.p.v. 'huidig gewicht' is hierin belangrijk: Juist onbedoelde afnamen van gewicht is van belang bij het signaleren en evalueren van (behandeling van) slikproblemen.
- Het domein Efficiëntie van slikken beschrijft diverse aandachtspunten zoals moeite met slikken, voedsel dat in de keel blijft steken, te lang durende maaltijden en de passende consistenties.

Naast de domeinen en aandachtspunten in deze figuur, dient bij het evalueren van slikproblemen ook aandacht voor omgevingsfactoren te zijn. Denk hierbij aan de ruimte waar wordt gegeten, aanwezige andere bewoners of zorgverleners en het gebruik van bestek/bekers/substanties.

Alle domeinen dienen bij elke cliënt geëvalueerd te worden, maar afhankelijk van type en context van de cliënt speelt het ene domein meer dan het andere. Niet alle aandachtspunten binnen een domein hoeven dus altijd geëvalueerd te worden.

Figuur 6.1: Domeinen met aandachtspunten bij het evalueren van slikproblemen



6.2 Wanneer, hoe vaak en door wie?

6.2.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Wanneer, hoe vaak en door wie moet de behandeling van slikproblemen geëvalueerd worden?

Evalueer het slikprobleem minimaal één keer per jaar tijdens het multidisciplinair cyclisch overleg. Afhankelijk van de ernst en prognose van het slikprobleem dient evaluatie vaker plaats te vinden. Leg bij de start van een behandeling vast wanneer wordt geëvalueerd en hoe vaak dit herhaald wordt. Evalueer ook indien verandering van klachten van een slikprobleem worden opgemerkt.

Werk als logopedist en zorg/begeleiding samen om evaluatie vorm te geven:

- Logopedist: Bepaal wanneer periodieke evaluatie plaats hoort te vinden en stem dit af met andere zorgverleners. Ontwikkel een lijst met aandachtspunten per cliënt die zorg en begeleiding kan gebruiken bij evaluatie.

- Zorg en begeleiding: Rapporteer en evalueer slikproblemen aan de hand van de lijst met aandachtspunten.

6.2.2 Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion tot aanbevelingen gekomen. Waar nodig werd kennis van instrumenten uit het [hoofdstuk Risico-inventarisatie](#) en het [hoofdstuk Diagnostiek](#) gebruikt.

6.2.3 Overwegingen

Individueel maatwerk bij de evaluatie van behandeling van slikprobleem is nodig: Het is namelijk sterk afhankelijk van cliëntkenmerken, de ernst van het slikprobleem, comorbiditeit en het type slikprobleem. Sommige zorgverleners ervaren administratie zoals het invullen van risico's en evaluatievragen als belastend en als 'tijd die niet aan de cliënt besteed kan worden'.

De werkgroep adviseert in ieder geval onderstaande:

- **Hoe vaak?**

De frequentie van evaluatie is afhankelijk van de ernst en prognose van het slikprobleem. De werkgroep beveelt aan om tenminste één keer per jaar, tijdens een bestaand multidisciplinair cyclisch overleg, te evalueren.

- **Wanneer?**

Na een bepaalde tijd na start van het behandeladvies is evaluatie van de behandeling en vooruitgang/achteruitgang van slikproblemen nodig. Dit is maatwerk en de logopedist moet vastleggen binnen welke termijn de evaluatie plaatsvindt.

Daarnaast dient evaluatie van behandeling tijdens multidisciplinaire cyclische overleggen (zoals MDO en zorgplanevaluatie) plaats te vinden. Een evaluatie met aandachtspunten (zie figuur 6.1) in het elektronisch patiëntendossier kan daarbij helpen om de aandacht op het slikprobleem te vestigen en te onderzoeken of er (nieuwe) adviezen nodig zijn.

Evaluatie dient ook plaats te vinden indien er nieuwe signalen van slikproblemen (zie [Herkennen van slikproblemen](#)) of veranderingen in klachten zijn.

- **Door wie?**

Evaluatie van slikproblemen is een samenwerking tussen zorg en begeleiding en logopedist. De logopedist is verantwoordelijk om aan te geven wanneer periodieke evaluatie plaats dient te vinden en dit af te stemmen met andere zorgverleners.

De logopedist heeft een lijst met aandachtspunten ontwikkeld (zie [Methoden voor evalueren](#)), die door zorg en begeleiding gebruikt kan worden bij de rapportage. De zorg en begeleiding heeft de meeste observaties gedaan en kan hier dus het beste over rapporteren. Het is aan te bevelen om ook familie/naasten hierbij te betrekken; zij zien mogelijk nog andere zaken. Vervolgens voert de logopedist aan de hand van de rapportage de beoordeling uit. De logopedist is eindverantwoordelijke. Bij verslikrisico wordt een cliënt periodiek door de logopedist gezien.

De evaluatie wordt vervolgens multidisciplinair besproken in aanwezigheid van in ieder geval het cliënten(systeem), begeleiding/zorg, logopedist en arts/verpleegkundig specialist. Afhankelijk van de ingezette behandeling is ook de diëtist en/of ergotherapeut aanwezig. Mogelijk is het niet in alle instellingen haalbaar om logopedisten aanwezig te laten zijn. De werkgroep vindt dit echter wel van grote meerwaarde en heeft daarom besloten toch aan te bevelen dat al deze disciplines aanwezig dienen te zijn voor de evaluatie van slikproblemen.

7. Omgaan met wensen en voorkeuren van cliënten

7.1 Stappenplan voor het maken van afwegingen

Deze module beschrijft aandachtspunten en eventuele dilemma's die kunnen optreden bij het uiten van wensen en voorkeuren door (vertegenwoordigers van) cliënten met slikproblemen. Behandelaren gaan in beginsel uit van kwaliteit van zorg. De invalshoek van de cliënt is bijna vanzelfsprekend meer gericht op kwaliteit van leven. Het is belangrijk om beide uitgangspunten te benoemen en te bespreken wat de voorgestelde behandeling voor deze cliënt met een slikprobleem betekent. Het gaat hier om het bieden van zorg op maat.

Naast de beschrijving van een concreet stappenplan is er ook kort aandacht voor het juridisch kader. Dit betreft met name de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), op basis van Samen Beslissen ('shared decision making'), de Wet Zorg en Dwang (WZD) alsook het ethische kader; het als hulpverlener bieden van goede zorg door niet te schaden.

De werkgroep gaat er graag vanuit dat het beschreven stappenplan een werkbaar richtlijn is voor de dagelijkse praktijk. Zij realiseert zich echter ook dat het doorlopen van dit stappenplan niet zal leiden tot een eenduidig antwoord op elke situatie die zich in de praktijk voordoet: verschillende teams van behandelaren kunnen in een gelijke situatie mogelijk tot een andere uitkomst komen. Dit is geen probleem, als de afweging maar zorgvuldig heeft plaatsgevonden en alles is geprobeerd om binnen vrijwillig kader tot een oplossing te komen.

Waar in dit hoofdstuk 'cliënt' wordt geschreven, kan ook de vertegenwoordiger van toepassing zijn. De wens van de cliënt staat te allen tijde centraal, en de vertegenwoordiger dient deze dan ook in acht te nemen. De cliënt wordt altijd zo veel mogelijk betrokken. De vertegenwoordiger is de wettelijk vertegenwoordiger d.w.z. de ouder of voogd met gezag als het om een minderjarige cliënt gaat, of een door de rechter benoemde curator of mentor. Andere mogelijke vertegenwoordigers zijn de door de cliënt geïmmandateerde of de partner van de cliënt dan wel zijn broer, zus, (groot)ouder of (klein)kind. Er kunnen ook situaties zijn waarbij een naaste die formeel niet bevoegd is tot vertegenwoordigen, betrokken wordt bij de uitvoering of besluitvorming van de behandeling.

7.1.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Hoe kunnen zorgverleners het beste afwegingen maken omtrent het omgaan met behandeladviezen voortkomend uit diagnostisch onderzoek enerzijds en wensen en voorkeuren van cliënten/vertegenwoordigers anderzijds?

Neem altijd de wens van de cliënt als uitgangspunt in elk gesprek en tijdens de behandeling.

Volg het stappenplan uit deze module (Figuur 7.2) om samen met de cliënt op gestructureerde en zorgvuldige wijze tot gezamenlijke besluitvorming te komen. Indien (nog) geen consensus bereikt is, kan de zorgverlener telkens naar eigen inzicht een stap verder gaan.

Bespreek de voorgestelde behandeling met de cliënt. Neem daarbij de vier domeinen 'voedingstoestand, efficiëntie van slikken, veiligheid en kwaliteit van leven' mee in de dialoog (Figuur 7.1). (stap 1)

Voer een tweede slikonderzoek uit met aansluitend een adviesgesprek. Nodig de vertegenwoordiger en/of naaste hierbij uit. (stap 2)

Organiseer een (multidisciplinair) overleg met de focus op maatwerk voor de cliënt waarin de voors en tegens van de voorgestelde behandeling aan de hand van de vier domeinen 'voedingstoestand, efficiëntie van slikken, veiligheid en kwaliteit van leven' worden besproken. (stap 3)

Benader een ter zake deskundig persoon om een onafhankelijk oordeel (second opinion) te geven. (stap 4)

Overweeg een moreel beraad met betrokkenen waarin de verschillende normen en waarden gewogen kunnen worden. (*stap 5*)

Voer de voorgestelde behandeling niet uit bij een cliënt die wilsbekwaam ter zake van de voorliggende beslissing is, wanneer alle stappen zijn doorlopen en toch geen consensus is bereikt (*stap 6a*).

Overweeg, alleen bij ernstig nadeel, om de voorgestelde behandeling tegen de wens van de cliënt, die wilsonbekwaam ter zake van de voorliggende beslissing is, uit te voeren (*stap 6b*).

Ondersteun de cliënt, diens vertegenwoordiger en/of naaste, en zorgverleners bij de (emotionele) gevolgen van het accepteren van het risico op verslikken of inzetten van behandeling tegen wensen en voorkeuren van de cliënt (*stap 7*).

7.1.2 Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion, met ondersteuning van prof. dr. Kees Blankman tot aanbevelingen gekomen.

7.1.3 Overwegingen

Een vastgesteld slikprobleem leidt in de regel tot behandeling, variërend van oefenen van het slikken tot het aanpassen van de consistentie van voeding en vloeistoffen en de manier of omstandigheden waarin eten en drinken plaatsvindt. Die aanpassingen kunnen door de cliënt als minder gewenst worden ervaren, bijvoorbeeld omdat het een beperking inhoudt. Het doel van het gesprek tussen behandelaar en cliënt hierover is om tot overeenstemming te komen. De behandelaar is verplicht om uit te leggen waarom de behandeling voorgesteld wordt. Hierbij moet benoemd worden wat de voor- en nadelen zijn voor de cliënt en wat de gevolgen zijn voor de cliënt als hij/zij niet kiest voor de voorgestelde behandeling. De uitleg moet gegeven worden op het niveau van de cliënt, rekening houdend met zijn cognitief functioneren.

Dit hoofdstuk beschrijft een stappenplan voor de gevallen waarin de cliënt en/of diens vertegenwoordiger de voorgestelde behandeling niet wil overnemen, omdat het plezier in het eten en drinken daardoor af zou nemen. Als zorgverlener kun je dan voor een dilemma komen te staan: meegaan in de wens van de cliënt of vertegenwoordiger of kiezen voor de adviezen van de behandelaar. Bij het afwegen van een dilemma spelen er vaak aandachtspunten mee vanuit meerdere domeinen (Figuur 7.1). Bij de ene cliënt kan het ene domein belangrijker zijn dan bij de andere cliënt. Bij elke cliënt ga je alle domeinen langs.

Figuur 7.1: Vier domeinen van de zorg bij slikproblemen



De vertegenwoordiger en/of naaste moet soms ook (mee)beslissen over een behandeling, bijvoorbeeld bij keuzes rondom sondevoeding. Zij kijken vanuit een ander perspectief. Het is belangrijk om ook aandacht te hebben voor de draagkracht van de vertegenwoordiger/naaste.

Het stappenplan

Het onderstaande stappenplan (figuur 7.2) kan doorlopen worden om te komen tot een gezamenlijk besluit rond de behandeling van slikproblemen indien er dilemma's zijn omtrent behandeladviezen enerzijds en wensen/voorkeuren van cliënten anderzijds. De stappen hoeven niet te allen tijde één voor één uitgevoerd te worden. Sommige stappen (bijvoorbeeld stap 2 en 3) kunnen ook tegelijkertijd plaatsvinden. Het stappenplan hoeft ook niet altijd volledig doorlopen te worden. Er kan al overeenstemming worden bereikt in een fase voor stap 6.

Figuur 7.2: Stappenplan voor het maken van afwegingen omtrent behandeladviezen



Het stappenplan begint altijd met het basisbeginsel: de wens van de cliënt is leidend.

• Stap 1: Uitleg

Na het uitvoeren van diagnostiek waarbij een slikprobleem is vastgesteld, wordt de voorgestelde behandeling besproken met de cliënt. De cliënt en zijn vertegenwoordiger moeten op de hoogte zijn van de aard en de ernst van het slikprobleem, van de gevolgen van niet handelen vs. handelen volgens het advies, en van eventuele alternatieve mogelijkheden. Dit kan de zorgverlener bespreken met behulp van de vier domeinen (Figuur 7.1): voedingstoestand, efficiëntie van slikken, veiligheid en kwaliteit van leven. Het verdient de voorkeur dat de ter zake deskundig behandelaar (vaak de logopedist) de behandeling bespreekt. Zorg voor goede beslisvaardigheidsondersteuning⁴⁵ en laat de cliënt zelf, met ondersteuning, beslissen. De werkgroep adviseert het behandeladvies mondeling te geven en schriftelijk vast te leggen. Indien er consensus is tussen behandelaar en cliënt kan de behandeling worden uitgevoerd.

• Stap 2: Herhaling

Indien er geen consensus is bereikt tussen behandelaar en cliënt volgt een herhaling van het slikonderzoek door de behandelaar met aansluitend een adviesgesprek. Het verdient de voorkeur dat de vertegenwoordiger en/of naaste aanwezig is bij het onderzoek zodat zij meer inzicht verkrijgen in de ernst en aard van het slikprobleem. Hierbij stemt de behandelaar met de cliënt af of de cliënt akkoord is dat de vertegenwoordiger en/of naaste wordt uitgenodigd.

• Stap 3: Multidisciplinair overleg

Indien er nog geen consensus is bereikt, volgt een (multidisciplinair) overleg met alle belangrijke betrokkenen. Hierin wordt besproken wat de voors en tegens zijn van de voorgestelde behandeling vanuit het standpunt van alle belangrijke betrokkenen. Hierbij dient de cliënt en/of vertegenwoordiger altijd betrokken te zijn. De zorgverlener dient hierbij aandacht te hebben voor alle vier de domeinen (voedingstoestand, efficiëntie van het slikken, veiligheid en kwaliteit van leven) en te bespreken welk aandachtspunt bij deze cliënt het belangrijkste is. De focus van de uitkomst van het gesprek ligt hierbij op maatwerk.

- **Stap 4: Second opinion**

Indien er dan nog steeds geen consensus is bereikt, kan een second opinion door een ter zake deskundig behandelaar uitgevoerd worden. Deze behandelaar dient langer dan 1 jaar geleden betrokken te zijn geweest bij de behandeling van de cliënt. De voorgestelde behandeling van deze behandelaar wordt op dezelfde manier als bij stap 1 besproken.

- **Stap 5: Moreel beraad**

In een moreel beraad worden de ethische aspecten besproken van het wel en niet volgen van de voorgestelde behandeling. Het moreel beraad wordt voorgezeten door een onafhankelijk persoon die deskundig is in het voorzitten van een moreel beraad. Het is hierbij van belang stil te staan bij de normen en waarden van alle belangrijke betrokkenen. Bij het moreel beraad is de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger altijd betrokken.

- **Stap 6: Gezamenlijk besluit inzake de behandeling**

Indien alle bovenstaande stappen zijn doorlopen en er geen consensus bereikt is, kan de hulpverlener gebruik maken van een juridisch kader om het vervolg te bepalen. Bij deze stap wordt een onderscheid gemaakt tussen cliënten die zelf in staat zijn te beslissen over de voorgestelde behandeling en cliënten die dat niet zijn.

Overweeg om eventueel een expliciete wilsbekwaamheidsbeoordeling uit te (laten) voeren. Bij het oordeel wilsonbekwaamheid ter zake van de voorliggende beslissing, wordt de vertegenwoordiger de gesprekspartner. De vertegenwoordiger dient hierbij te beslissen in de geest van de wensen van de cliënt.

- **6a) Cliënten die zelf beslissen over de voorgestelde behandeling.**

Indien alle bovenstaande stappen zijn doorlopen en er geen consensus is bereikt, dan wordt de voorgestelde behandeling niet uitgevoerd. Dit kan dan wel leiden tot een ernstig nadeel voor de cliënt zelf. Zo kan het zijn dat er een aanzienlijk risico op verslikken of stikken bestaat. Het is aan de hulpverlener om dit risico met de cliënt goed door te spreken. De mogelijkheid bestaat dat er in bepaalde situaties en onder bepaalde voorwaarden, een risico kan worden geaccepteerd.

Mochten er echter bezwaren zijn om het risico te accepteren, dan hoeft een hulpverlener op grond van goed hulpverlenerschap niet mee te gaan in de wens van de cliënt. Deze keuze dient goed onderbouwd te worden en de uitleg moet zoveel mogelijk aansluiten bij het denkniveau van de cliënt. Wanneer niet tot een overeenkomst wordt gekomen, kan dat er in extreme gevallen toe leiden dat de cliënt zelf voor zijn eigen eten moet zorgen of dat de behandelovereenkomst wordt ontbonden.

- **6b) Cliënten die niet (volledig) zelf kunnen beslissen over de voorgestelde behandeling.**

Indien alle bovenstaande stappen zijn doorlopen en er geen consensus is bereikt, dan kan de zorgverlener beslissen om de wens van de cliënt / vertegenwoordiger niet in te willigen.

Onderstaand juridisch kader beschrijft hoe en wanneer een keuze van cliënt / vertegenwoordiger verworpen kan worden. In alle gevallen kan dit alleen als er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt. Het ernstig nadeel moet duidelijk worden beschreven in het dossier van de cliënt.

Juridisch kader

Bij de behandeling wordt altijd geprobeerd om tot overeenstemming te komen. De behandelaar is verplicht om uit te leggen waarom de behandeling voorgesteld wordt. Hierbij moet benoemd worden wat de voor- en nadelen zijn voor de cliënt en wat de gevolgen zijn voor de cliënt als hij/zij niet kiest voor de voorgestelde behandeling. De uitleg moet gegeven worden op het niveau van de cliënt, rekening houdend met zijn cognitief functioneren. Indien overeenstemming wordt bereikt, is er sprake van vrijwillige zorg en behandeling. Wanneer het niet lukt om tot overeenstemming te komen, is er sprake van onvrijwillige zorg en behandeling.

Uitgangspunt bij het behandelen van slikproblemen is de WGBO. In de WGBO staat de behandelovereenkomst centraal: een overeenkomst tussen cliënt / vertegenwoordiger enerzijds en behandelaar anderzijds. De WGBO gaat uit van wilsbekwaamheid van een cliënt en behandeling op basis van overeenstemming.

Als de cliënt onvoldoende beslisvaardig is om de beslissing te nemen (wilsonbekwaam), dan geldt het besluit van diens vertegenwoordiger⁴⁵. De vertegenwoordiger moet hierbij beslissen in de geest van de wensen van de cliënt. Behandeling onder dwang is mogelijk binnen de WGBO en binnen de WZD. De WGBO maakt dwang mogelijk wanneer voldaan is aan drie vereisten: de cliënt is ter zake wilsonbekwaam, de behandeling is nodig om ernstig nadeel voor de cliënt af te wenden en de vertegenwoordiger stemt in met behandeling in gedwongen kader. De laatste voorwaarde is niet hard; de behandelaar kan een weigering van de vertegenwoordiger verwerpen met een beroep op de door hem in acht te nemen zorg van een goed hulpverlener. De WZD is van toepassing wanneer het een cliënt betreft waarbij een arts de diagnose dementie of verstandelijke beperking heeft gesteld en de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet tegen de voorgestelde behandeling. Onvrijwillige zorg in de WZD is mogelijk wanneer er een dergelijke diagnose is gesteld en de behandeling nodig is om ernstig nadeel af te wenden. De behandeling is gericht op het wegnemen van de gevolgen van dementie of de verstandelijke beperking of het behandelen van een somatische aandoening die nauw verband houdt met de diagnose of waarbij het verzet tegen de behandeling duidelijk voortvloeit c.q. verband houdt met de diagnose. Wilsbekwaam of wilsonbekwaam speelt binnen de WZD een minder belangrijke rol.

Bij twijfels aan de beslisvaardigheid van de cliënt, moet de beslisvaardigheid verder onderzocht worden. Mogelijk kan een expliciete wilsbekwaamheidsbeoordeling nuttig zijn. Raadpleeg de handreiking 'Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid: ondersteunen en beoordelen' voor meer informatie over het ondersteunen van de beslisvaardigheid en het beoordelen van wilsbekwaamheid bij cliënten in de langdurige zorg⁴⁵.

In onderstaande casus wordt een voorbeeld van ernstig nadeel beschreven:

"Deze casus betreft een cliënt die niet (volledig) in staat is te beslissen over de voorgestelde behandeling. Een voorbeeld van ernstig nadeel betreft deze cliënt die gemalen voedsel weigert en/of waarbij de vertegenwoordiger aangeeft dat de cliënt ongemalen voeding moet krijgen terwijl er sprake is van een grote kans op verslikking en een reële kans op stikken. Op basis van goed hulpverlenerschap kun je dan besluiten om niet mee te gaan met de wens van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger."

- **Stap 7: Ondersteuning**

In deze laatste stap benadrukt de werkgroep dat het belangrijk is om het gesprek met de cliënt en zijn vertegenwoordiger te blijven voeren: in samenspraak blijven onderzoeken wat haalbaar is voor de diverse betrokkenen. Een keuze kan bijvoorbeeld zijn om risico op verslikken te accepteren bij drinken, maar niet bij eten. Of na te denken over kleine aanpassingen en andere mogelijkheden. Daarbij is nadrukkelijk aandacht en ondersteuning nodig voor bijkomende emoties en verwerking ('rouw') van de cliënt / vertegenwoordiger. Nazorg kan ook worden geboden door het inzetten van een gedragsdeskundige, psycholoog en/of geestelijk verzorger.

Indien een cliënt die wilsbekwaam ter zake is, het behandeladvies weigert en (een deel van de) risico's wordt geaccepteerd, kan dit ook gevolgen hebben voor zorgverleners. Zij zullen mogelijk een cliënt eten of drinken geven met een verhoogd risico op verslikken of stikken. Dit kan een impact hebben op zowel deze zorgverleners als op medebewoners en ook daarbij is ondersteuning nodig.

Indien de behandeling (gedeeltelijk) wordt uitgevoerd tegen de wens van cliënt / vertegenwoordiger, kan de impact op cliënt / vertegenwoordiger groot zijn. Het afwijzen van de wens of voorkeur van de cliënt, kan voelen als een ernstige vrijheidsinperking van het leven van de cliënt. Dit kan tot gevoelens van rouw of verlies leiden. Aandacht voor deze gevoelens is noodzakelijk. Bijvoorbeeld door extra aandacht te besteden aan het ondersteunen van de cliënt en zijn vertegenwoordiger en/of naaste ten aanzien van de aanpassingen. Door met de cliënt / vertegenwoordiger in gesprek te blijven, laat je als hulpverlener je betrokkenheid zien, juist ook wanneer het moeilijk is.

8. Ondersteunen van naasten

8.1 Ondersteunen van naasten en mantelzorgers

Naasten en mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg rondom slikproblemen. Zowel bij herkennen, voorkomen, behandelen als evalueren ervan. Naasten en mantelzorgers worden vanaf nu samengevat in de term naasten.

Naasten zijn regelmatig aanwezig bij eet- en drinkmomenten van de cliënt en geven regelmatig ook eten en drinken aan de cliënt. Dit kan zowel in de thuis- als instellingssituatie. Een goede samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en naasten is daarom van belang. Uit de knelpuntenanalyse bleek dat het soms een uitdaging is voor zorgverleners om naasten hierin te ondersteunen. Daarnaast lijken naasten onvoldoende kennis te hebben van slikproblemen. Zorgverleners weten niet goed waar zij behoefte aan hebben, welke informatie ze moeten geven en hoe ze naasten kunnen motiveren om de adviezen rondom slikproblemen op te volgen.

8.1.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Hoe kunnen naasten en mantelzorgers ondersteund worden bij het herkennen, voorkomen en behandelen van slikproblemen bij volwassenen in de langdurige zorg?

Erken de ervaren complexiteit van de zorg voor een persoon met slikproblemen.

Breng samen de mogelijkheden van de naaste(n)/mantelzorgers in kaart en pas de ondersteuning daarop aan.

Geef informatie op maat over het slikprobleem en zorg dat deze informatie herhaaldelijk naar voren komt.

Zorg dat naasten/mantelzorgers de relevantie van het advies begrijpen en geef uitleg over de eventuele gevolgen. Gebruik hierbij eventueel voorlichtingsmateriaal (bijvoorbeeld een folder of video).

Overweeg een informatiebijeenkomst over slikproblemen te organiseren voor naasten.

8.1.2 Onderbouwing

- Kennis uit de literatuur

Voor deze uitgangsvraag is een literatuursearch uitgevoerd met de volgende zoekvraag:

Op welke manieren kunnen naasten en mantelzorgers effectief ondersteund worden bij het herkennen, voorkomen en behandelen van slikproblemen bij volwassenen met een verstandelijke beperking en ouderen in de langdurige zorg, zodat de kwaliteit van leven van de cliënt en naasten verbetert?

De verantwoordding van het literatuuronderzoek van deze uitgebreide search naar de zorg rondom slikproblemen en naasten/mantelzorgers is in [deze bijlage](#) te vinden. De zoekactie en selectie identificeerde geen studies die van toepassing waren op de onderzoeksvraag.

Hoewel literatuur over de belasting van naasten en zorg rondom slikproblemen werden geëxcludeerd, werden deze wel als achtergrondinformatie gebruikt. Een samenvatting van relevante informatie, voortkomend uit de literatuursearch en bijvangst, is hieronder weergegeven.

De ervaren belasting voor de zorg vergroot bij naasten als er sprake is van slikproblemen. Naasten ervaren deze impact bijvoorbeeld door veranderingen in het bereiden van voeding, verstoring van de levensstijl, gevolgen voor het sociale leven, een gebrek aan steun, het inbrengen van sondevoeding en angst voor aspiratie⁴⁶. Dit zijn onderwerpen waar een zorgverlener mogelijk bij kan ondersteunen. Alle naasten in de onderzoeken, ongeacht patiëntpopulatie of eigenschappen van de naasten, bleken zorgen rondom slikproblemen te ervaren. Een ander systematisch literatuuronderzoek laat ook een verhoogde ervaren zorglast bij naasten van thuiswonende ouderen zien. Verslechterend voedingsgerelateerd gedrag en de toepassing van sondevoeding bleken geassocieerd met een verhoogde impact⁴⁷.

Andere studies onderzochten de naleving door naasten van adviezen voor de preventie en behandeling van slikproblemen. Diverse onderzoeken laten een hoge naleving van adviezen zien door naasten en volwassenen met een verstandelijke beperking, waaronder een onderzoek van Crawford (2007) en collega's dat 82% de adviezen naleeft⁴⁸⁻⁴⁹. De mate van afhankelijkheid van cliënten en training van naasten bleek een rol te spelen in de mate van naleving. Een verkennende onderzoeksvraag naar de zorgbehoeften van personen met orofaryngeale dysfagie en hun naasten, beschreef dat beide groepen vooral sociale (28.9%) en praktische behoeften (25.2%) hebben. Ook informatie (28.9%) en psychologische behoeften (25.2%) zijn bij beide aanwezig, maar alleen patiënten rapporteerden fysieke behoeften (4.9%)⁵⁰.

In 2022 is een praktische handreiking voor naasten '[Eten en drinken voor mensen met dementie in het verpleeghuis](#)' uitgebracht. In hoofdstuk 3 worden tips bij kauw-, gebits- en slikproblemen beschreven. Signalen van slikproblemen en 'Eerste Hulp bij verslikken' worden ook benoemd.

• Kennis uit interviews

Uit het literatuuronderzoek bleek geen kennis over het ondersteunen van naasten en mantelzorgers bij slikproblemen in de langdurige zorg. Daarom zijn zes interviews met naasten van personen met slikproblemen uitgevoerd met als doel om in kaart te brengen hoe naasten beter ondersteund kunnen worden in de zorg voor hun naaste met slikproblemen. De interviews beoogden twee hoofdvragen te beantwoorden:

- Hoe ervaart u de zorg voor iemand met slikproblemen?
- Waar heeft u behoefte aan vanuit de zorgverleners en wat zou voor u waardevolle kennis/ondersteuning zijn?

De methodebeschrijving en uitwerking van de interviews is te vinden in [deze bijlage](#).

De kennis uit de interviews geeft de werkgroep inzicht in de ervaringen en behoeften van de naasten, maar er is ook een kritische noot nodig. Ten eerste is er mogelijk sprake van selectiebias. De geïnterviewden hebben zich zelf aangemeld, en mogelijk melden juist mensen die ontevreden zijn met de ondersteuning zich aan. Daarnaast is een redelijk homogene en specifieke groep mensen geïnterviewd: vier van de zes interviews werden uitgevoerd bij naasten van een cliënt met Parkinson.

8.1.3 Overwegingen

Naasten hebben een belangrijke rol bij het herkennen, voorkomen en behandelen van slikproblemen. De [deskundig zorgverlener](#) (met behandelrelatie) tot de cliënt is verantwoordelijk voor het voorlichten en ondersteunen van naasten. Daarvoor kunnen zij de handvatten in dit hoofdstuk gebruiken.

• Erkenning van de ervaren complexiteit

Uit de literatuur blijkt dat naasten een verhoogde belasting ervaren wanneer er sprake is van slikproblemen. De informatie uit de interviews ondersteunen deze bevinding uit de literatuur: Naasten geven aan dat de zorg intensief kan zijn. Ze kunnen zich overbelast voelen en/of het gevoel hebben continu 'op scherp' te staan. De werkgroep adviseert om sensitief te zijn richting de naaste(n). Benoem dat je begrijpt dat de zorg complex is en vraag hoe je mee kan denken in het omgaan met de slikproblemen. Ook als de naaste moeite heeft met aanpassingen in voeding wegens slikproblemen, kun je hier in ondersteunen door bijvoorbeeld alternatieve 'genietmomenten' te bedenken.

• Ondersteuning aanpassen op mogelijkheden en behoeften van naasten

Om naasten succesvol ondersteunen, moet de steun aangepast worden op hun mogelijkheden en behoeften. Om goed inzicht te krijgen in het netwerk van de cliënt beveelt de werkgroep aan dat zorgverleners goed uitvraag doen naar het cliëntsysteem. Vraag uit welke naasten betrokken zijn en hoe zij geïnformeerd en/of betrokken willen worden. Het gaat hier dus om de naaste zelf, maar ook om de fysieke omgeving. Denk hierbij aan vragen als: Zijn de voorgestelde eetadviezen haalbaar om uit te voeren in de omgeving van de cliënt? Zijn de juiste hulpmiddelen/materialen aanwezig om voedingsconsistentie aan te passen? Heeft de naaste hier fysieke ondersteuning bij nodig?

• Informatievoorziening voor naasten

De kennis uit de interviews met naasten heeft de werkgroep laten zien dat informatie, aangepast aan de situatie van de cliënt en de naaste, belangrijk is. Geïnterviewden beschreven dat zij regelmatig informatie aangeboden kregen door meerdere zorgverleners (o.a. KNO-arts, neuroloog, logopedist en verpleegkundige). Dit was echter vooral in de ziekenhuis-setting. Om het geven van informatie ook te borgen in de langdurige zorg, adviseert de werkgroep dit door de logopedist te laten uitvoeren.

Hoewel de geïnterviewden dus wel informatie kregen, bleek toch dat de informatie niet altijd beklijft. Ook werd de informatie soms als te algemeen ervaren. Daarnaast bleek dat naasten het slikprobleem soms kunnen onderschatten, totdat zich een ernstig verslikincident heeft voorgedaan. Dit ernstige verslikincident willen we met de juiste informatievoorziening voorkomen. Naasten verklaarden ook aan dat ze het gevoel hebben dat adviezen worden opgelegd.

De naasten gaven aan dat het zou helpen om samen met de zorgprofessional naar het individueel slikprobleem van de cliënt te kijken. Het zou helpend zijn als naasten achtergrondinformatie ontvangen over slikproblemen, uitleg waar adviezen op gebaseerd zijn en waarom bepaalde adviezen ingezet worden. Zorgverleners kunnen methoden die voor diagnostiek worden ingezet gebruiken om naasten voor te lichten over het slikprobleem. Denk bijvoorbeeld aan:

- Gezamenlijk kijken naar de slikvideo die door de radioloog is gemaakt.
- Naasten uitnodigen tijdens een eet- en/of drinkmoment of voor het bekijken van een eet- of drinkmoment.
- Met deze methoden kan de zorgverlener laten zien of horen wat er gebeurt tijdens dit moment en direct uitleg geven aan de naaste(n).

Leg hierbij de eventuele gevolgen voor de kwaliteit van leven, veiligheid en de gezondheid van de cliënt uit. Ook de signalen voor het [herkennen van](#)

[een slikprobleem](#) kunnen met de naasten besproken worden. Neem ook de haalbaarheid van de adviezen mee voor het totale cliëntsysteem. Zorgverleners, cliënten en naasten dienen immers gezamenlijk tot besluiten te komen. Meer informatie hierover staat beschreven in het hoofdstuk '[Omgaan met wensen en voorkeuren van cliënten](#)'.

De werkgroep adviseert om herhaaldelijk momenten in te plannen om met naasten over het slikprobleem te spreken en informatie te geven. De behoefte van naasten staat hier centraal in. De gevraagde tijdsinvestering kan voor zorgverleners een belemmerende factor zijn om het gesprek regelmatig te voeren. Geef daarom bij naasten aan dat zij te allen tijde het initiatief mogen nemen om contact op te nemen met de zorgverlener.

Bij voorkeur wordt informatie persoonlijk aan de naaste(n) gegeven, zodat het individuele slikprobleem kan worden besproken. Een informatiebijeenkomst voor naasten van cliënten met slikproblemen binnen een groep of instelling kan daarentegen ook helpend zijn. Zorgverleners kunnen dan algemene informatie over slikproblemen geven met specifieke voorbeelden. Ook kunnen naasten ervaringen delen, waardoor zij zich gesteund en erkend voelen. Een negatieve ervaring met een ernstig verslikincident kan ook andere naasten weer helpen om het probleem te begrijpen.

9. Organisatie van zorg

9.1 Organisatie van zorg

Het doel van dit hoofdstuk is om te komen tot een beschrijving van de organisatie van zorg rondom slikproblemen. Deze beschrijving moet enerzijds recht doen aan de geldende kwaliteitsrichtlijnen voor de algemene zorg en anderzijds passend zijn bij de actuele richtlijnen van de beroepsgroepen die bij dit type zorg en behandeling betrokken zijn. Dit hoofdstuk beoogt om te beschrijven hoe de zorg geregeld zou moeten zijn. Vervolgens is het aan zorgorganisaties om de wijze van uitvoering te bepalen.

Wanneer er gekeken wordt naar de organisatie van zorg rondom slikproblemen zijn een helder, richtinggevend beleid en voldoende scholing van het personeel van belang. In de dagelijkse zorg gaat het met name om voldoende, goed geschoold personeel. Daarnaast is ook de beschikbare tijd om passende zorg rondom het proces van eten en drinken te kunnen bieden een belangrijke factor. Betrokken familieleden en mantelzorgers hebben een voorname plek in deze zorg. Ook voor hen geldt dat voldoende scholing en duidelijke instructie van belang zijn.

Uit een knelpuntenanalyse komen aandachts- en verbeterpunten naar voren die enerzijds gezien worden op de werkvloer en anderzijds gelden voor de algemene organisatie van zorg. Zorgverleners gaven onder andere aan dat slikproblemen geen prioriteit in het beleid lijken te hebben, waardoor protocollen en adviezen binnen de organisatie ontbreken. Het is ook onbekend welke zorgverlener in welke fase van het proces van opsporen tot evaluatie van de behandeling verantwoordelijk is. Slikproblemen worden onvoldoende geregistreerd. Er lijkt tevens onvoldoende kennis en tijd (door o.a. personeelstekort) bij zorgverleners te zijn om aandacht voor slikproblemen te hebben. Ook rondom afstemming en samenwerking tussen zorgverleners werden knelpunten gevonden. Onder andere worden protocollen en adviezen (van logopedisten/diëtisten) niet (juist) opgevolgd door andere zorgverleners.

De aandachts- en verbeterpunten die uit de knelpuntenanalyse naar voren komen, laten zien dat de zorg rondom slikproblemen in de praktijk verbetering behoeft. Het is echter niet zo dat alle gevonden knelpunten ook daadwerkelijk gelden voor alle instellingen die hebben deelgenomen aan deze inventarisatie.

9.1.1 Aanbevelingen

Uitgangsvraag: Hoe dient de zorg rondom slikproblemen bij volwassenen in de langdurige zorg georganiseerd te worden?

Voor zorgaanbieders

Draag zorg voor een algemeen beleid met betrekking tot slikproblematiek, waarin toegankelijke, heldere protocollen en adviezen zijn vastgelegd.

Richt een goede zorgplancyclus in en borg deze.

Zorg voor een systeem van geïntegreerde verslaglegging van de cliëntgegevens met daarin borging van de onderdelen van het zorgplan.

Draag de verantwoordelijkheid voor voldoende en goed gekwalificeerd personeel.

Maak risico-inventarisatie onderdeel van het zorgplan, waarbij slikproblemen onderdeel zijn van deze risico-inventarisatie. Meld slikincidenten in het kwaliteitssysteem van de zorginstelling.

Faciliteer de uitvoering van de zorgplancyclus ten aanzien van het multidisciplinair overleg, scholing en communicatie.

Zorg dat rondom de eet- en drinksituatie toezicht wordt gehouden door een in slikproblemen geschoolde medewerker bij cliënten met slikproblemen.

Voor zorgverleners

In de zorginstelling maken artsen/verpleegkundig specialisten en logopedisten, in het behandelplan, afspraken over de werkwijze rondom slikproblemen en maken deze kenbaar aan de zorgvrager. Buiten de zorginstelling stemt de logopedist af met de huisarts. Zowel de artsen/verpleegkundig specialisten als logopedisten evalueren hun samenwerking regelmatig.

De logopedist draagt de kennis aan ten behoeve van de periodieke scholing van begeleiders inzake slikproblemen.

De logopedist is na verwijzing door de arts/verpleegkundig specialist verantwoordelijk voor diagnostiek, behandeling en evaluatie van slikproblemen. De logopedist rapporteert aan de arts/verpleegkundig specialist.

Het inrichten van een eet- en drinkteam verdient de voorkeur. Het eet- en drinkteam zou ook toegankelijk moeten zijn voor cliënten die niet in een zorginstelling wonen.

De persoonlijk begeleider of eerst verantwoordelijke verzorgende is verantwoordelijk voor de uitvoering van behandeladviezen van en rapportage aan de logopedist over slikproblemen.

9.1.2 Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd. De aard van deze vraag leent zich namelijk niet voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion tot aanbevelingen gekomen. Daarnaast wordt in onderstaande tekst verwezen naar achtergronddocumenten die zijn gebruikt bij het schrijven van de overwegingen en aanbevelingen.

9.1.3 Overwegingen

De langdurige zorg is in dit hoofdstuk verdeeld in 'Verstandelijk-gehandicaptensector' en 'Ouderenzorg'. Deze uitsplitsing is niet toereikend voor de doelgroep langdurige zorg. Ook voor mensen die niet binnen deze twee termen passen, zoals jonge mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en multiple sclerose (MS), is dit hoofdstuk geschreven. Zij krijgen mogelijk zorg in instellingen en thuiszorgorganisaties van beide sectoren.

Naast veel overeenkomsten tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en de zorg voor kwetsbare ouderen bestaat er immers ook een belangrijk verschil, namelijk de inrichting van de zorg rondom het begrip 'contextsturing'. Met name in de gehandicaptensector gaat een groot gedeelte van de zorg om de begeleiding van de cliënt door 'het sturen van de context waarbinnen de cliënt leeft'. Dit is het zogenaamde pedagogische milieu. De zorg voor kwetsbare ouderen kent een meer medisch ingericht model. Dat heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg.

9.1.4 Overwegingen - Verstandelijk gehandicaptensector

Ingewikkeld in de uitwerking is de grote diversiteit van organisatievormen binnen de gehandicaptenzorg. Zowel het ouderinitiatief met grote inzet van betrokken ouders, als de complexe grote zorgorganisaties met beleidsafdelingen en behandelstaven behoren tot de uiteinden van het spectrum dat te vinden is in de gehandicaptenzorg. De "behandeling" wordt daardoor zeer divers vormgegeven. Van volledige gebruikmaking van de algemene

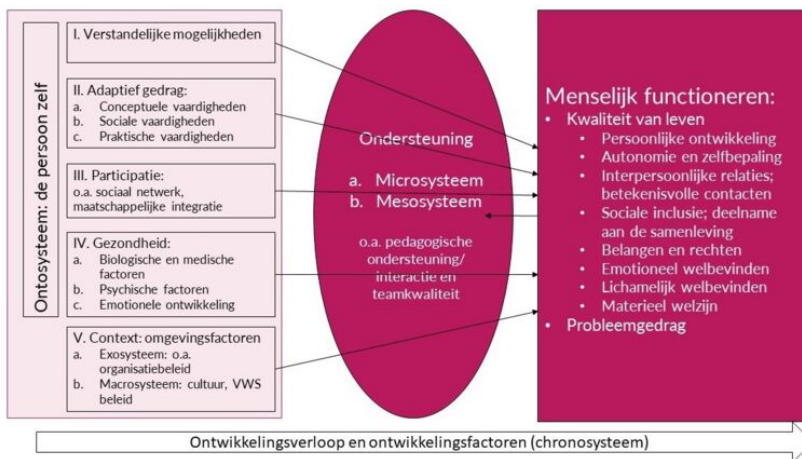
eerstelijnsvoorzieningen tot eigen behandelinstellingen met professionals die gespecialiseerd zijn in diagnostiek en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking. Eén zaak is echter voor iedereen verplicht. Er moet een zorgplan opgesteld worden als een cliënt zorg van een zorgaanbieder ontvangt en in een Wlz-zorginstelling woont. Dit is bepaald in de Wet langdurige zorg (art 8.1.1 Wlz) ⁵¹. Een zorgplan wordt ook wel een zorgleefplan of een ondersteuningsplan genoemd. We spreken in deze paragraaf verder van zorgplan. Dit zorgplan is de basis van de afspraken die tussen de zorgaanbieder en de cliënt gemaakt zijn en wordt tenminste twee keer per jaar geëvalueerd. In de diverse paragrafen wordt het zorgplan als het totale plan beschouwd en zijn het ondersteuningsplan, de risico-inventarisatie en het behandelplan onderdelen van het zorgplan. Het verschil tussen het ondersteuningsplan en het behandelplan zit in deze paragrafen in de uitvoering. Ondersteuning vindt plaats door groepsbegeleiding, behandeling door de behandelaren. In de volgende paragraaf bezien we het zorgplan nader.

• **Het zorgplan, het ideaalbeeld**

Het lijkt een open deur, toch is het goed om de hele zorgplansystematiek nog eens onder de loep te nemen. Hierin kunnen wellicht antwoorden gevonden worden op vragen die voortkomen uit de bij het veld opgehaalde knelpunten.

Bij opname wordt door de zorgaanbieder een zorgplan opgesteld. Om tot een goed zorgplan te komen is het van belang eerst de cliënt goed in beeld te brengen. In de gehandicaptenzorg wordt voor deze beeldvorming doorgaans het AAIDD-model gecombineerd met het bio-psycho-sociale model. Overigens is het AAIDD-model toepasbaar voor alle mensen die zorg ontvangen. Schematisch ziet dit model er als volgt uit:

Figuur 9.1: Aangepast AAIDD-model



Bron: Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking (pag 29)

Het eerste onderdeel van dit model (linker rechthoek in figuur 9.1) bestaat uit de volgende items: verstandelijke mogelijkheden, adaptatievermogen, participatie, gezondheid, context. Deze items, ook wel 'dimensies van functioneren' genoemd, beschrijven de cliënt.

De onderdelen verstandelijke mogelijkheden en adaptatie worden meestal geïventariseerd door de gedragsdeskundige, gezondheid door de arts/verpleegkundig specialist, context en participatie door de persoonlijk begeleider.

In het volgende onderdeel van het model (het ovaal in figuur 9.1) worden de behoeften en de wensen van de cliënt in beeld gebracht. Tevens wordt binnen dit onderdeel een risico-inventarisatie van de cliënt opgesteld. Denk hier aan systematische aandacht voor onderwerpen als epilepsie, zintuigstoornissen, slikproblemen, dieet, verslaving, bijkomende ziekten zoals suikerziekten, astma en psychiatrische stoornissen.

Het opstellen van een risico-inventarisatie vindt plaats op basis van de verzamelde gegevens door de persoonlijk begeleider en wordt integraal beoordeeld door de regiebehandelaar: gedragsdeskundige en/of arts/verpleegkundig specialist. Tenslotte wordt op basis van de mogelijkheden van de cliënt, zijn behoeftes en zijn wensen een behandel- en begeleidingsplan samengesteld: "de ondersteuning" in de figuur.

In het laatste onderdeel van dit model wordt geëvalueerd hoe deze ondersteuning leidt tot een zo goed mogelijke kwaliteit van leven, uitgesplitst in de domeinen van Schalock (zie rechter rechthoek in figuur 9.1).

Het doorlopen van de eerste twee stappen in dit model leidt tot de 'geïntegreerde beeldvorming' van de cliënt. Deze geïntegreerde beeldvorming vindt doorgaans onder regie van de gedragsdeskundige plaats. Gebruikmakend van informatie van de cliënt(vertegenwoordiger), naasten, de persoonlijke begeleiders, de arts en andere betrokken zorgverleners.

Indien het totale zorgproces goed is ingericht vindt er, nadat iedereen zijn onderzoek heeft gedaan en stap 1 en 2 van het model zijn doorlopen, een multidisciplinair overleg plaats. Bij dit overleg zijn tenminste aanwezig: de cliënt en zijn vertegenwoordiger, de persoonlijk begeleider, de regiebehandelaar; gedragsdeskundige en/of arts/verpleegkundig specialist. Tijdens dit overleg worden het ondersteuningsplan en het behandelplan besproken. Hiermee wordt het zorgaanbod van de zorgaanbieder aan de cliënt besproken en vastgesteld. Beiden dienen hiermee in te stemmen.

Toegespitst naar het onderwerp van deze richtlijn vindt er op een aantal momenten in dit model inventarisatie van slikproblemen plaats. Bij intake of bij de jaarlijkse periodieke evaluatie van het zorgplan wordt door de persoonlijk begeleider een risico-inventarisatie opgesteld dan wel geëvalueerd.

Slikproblemen behoren een onderdeel van de risico-inventarisatie te zijn. Indien een arts VG aanwezig is in de zorginstelling dan heeft deze bij een periodiek medisch onderzoek ook aandacht voor slikproblemen. Bij slikproblemen vindt doorgaans een verwijzing naar de logopedist plaats. De logopedist is dan verantwoordelijk voor diagnostiek, behandeling en evaluatie van deze slikproblemen en rapporteert periodiek aan de arts. De arts is immers integraal verantwoordelijk voor het onderdeel 'gezondheid' in het zorgplan.

Wanneer tijdens het hele proces van zorgverlening een nieuw, of nog niet herkend slikprobleem ontstaat dan worden het zorgplan en het onderdeel de risico-inventarisatie daarop aangepast.

Tot zover het ideaalbeeld om te komen tot een goed afgewogen zorgplan. In de huidige tijd met personeelstekorten blijkt dit ideaalbeeld vaak niet overeen te komen met de dagelijkse werkelijkheid. De kwaliteit, de continuïteit en de veiligheid van zorg staan onder druk.

• De uitwerking

De zorgaanbieder is volgens de WLZ en de Governancecode Zorg 2022 ⁵² verplicht 'goede' zorg te leveren. Zorg is 'goed' als deze volgens geldende richtlijnen van de diverse beroepsverenigingen gegeven wordt. We beperken ons nu tot de behandeling als onderdeel van de totale zorgverlening.

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de inrichting van het proces van zorgverlening. Daar hoort ook de inrichting van de registratie van zorg, periodiek overleg met zorgverleners en de evaluatie van de uitkomsten van zorgverlening bij.

De inrichting van de zorgverlening rond slikproblemen vraagt om aandacht van de zorgaanbieder en om afstemming tussen de artsen/verpleegkundig specialisten, logopedisten en andere betrokken behandelaren en zorgverleners. Genoemde partijen stemmen daarbij af wat de verantwoordelijkheden zijn in het zorgproces en hoe er wordt gerapporteerd en geregistreerd in het informatiesysteem. Verder stemmen zij de communicatie over deze afspraken, het opstellen van protocollen en werkafspraken gezamenlijk af. Periodieke scholing van begeleiders, vrijwilligers en naasten over slikproblematiek is een onmisbaar en essentieel onderdeel van de zorgverlening rondom slikproblemen.

• Eet- en drinkteams

Een vorm van samenwerking die aanbeveling vraagt, zijn de 'eet- en drinkteams' die aanwezig zijn bij tal van zorgorganisaties. Een eet- en drinkteam bestaat doorgaans uit de volgende beroepsbeoefenaren: logopedist, diëtist, ergotherapeut, gedragskundige, arts en/of verpleegkundig specialist (ondersteunend verpleegkundige). Een eet- en drinkteam observeert multidisciplinair en brengt een geïntegreerd advies uit aan de cliënt, de vertegenwoordiger en de persoonlijk begeleider, naar aanleiding van geconstateerde slikproblemen of verdenking op slikproblemen. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor de operationele uitvoering van dit advies.

• Het melden en vastleggen van slikincidenten

Slikproblemen dienen onderdeel te zijn van de risico-inventarisatie, waarbij deze regelmatig worden geëvalueerd. Indien een slikincident plaatsvindt, dient de zorgverlener dit vast te leggen in het dossier van de cliënt. Vervolgens moeten deze automatisch in het kwaliteitssysteem van de zorginstelling gemeld worden.

• De rol van vrijwilligers

Informele zorg, onder andere door naasten en vrijwilligers, speelt een grote rol in de langdurige zorg. Vrijwilligers bieden vaak hulp in de vorm van begeleiding, zoals maaltijden serveren. Het is belangrijk dat de maaltijd van cliënten met slikproblemen wordt genuttigd onder toezicht van een in slikproblemen geschoolde zorgverlener. Bij voorkeur worden zij dus niet geholpen door vrijwilligers. Indien door personeelstekort of andere redenen toch vrijwilligers worden ingezet, moet in het beleid van de zorgorganisatie hun rol en verantwoordelijkheid te zijn beschreven en vastgesteld.

• Slikproblemen, verantwoordelijkheden

Wie is verantwoordelijk voor de zorg rondom slikproblemen? Onderstaand zijn de verantwoordelijkheden van een aantal professionals in de zorg rondom slikproblemen beschreven:

- De zorgaanbieder moet het zorgproces goed inrichten.
- De zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit, continuïteit en veiligheid van de zorg.
- De persoonlijk begeleider is integraal verantwoordelijk voor de uitvoering van het ondersteuningsplan.
- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de inhoud van het totale zorgplan
- De arts is verantwoordelijk voor het domein "gezondheid" binnen het zorgplan.
- De logopedist werkt doorgaans op verwijzing van de arts/verpleegkundig specialist, en is meestal ook direct toegankelijk (DTL) en heeft vervolgens binnen het vakgebied een eigenstandige verantwoordelijkheid. De logopedist rapporteert inzake slikproblemen aan de arts. De gehele zorgplancycclus wordt cyclisch herhaald en ge-update. De risico-inventarisatie vindt daarbinnen jaarlijks plaats door de persoonlijk begeleider.

9.1.5 Overwegingen - Ouderensector

De zorg rondom slikproblematiek is een verbijzondering van de 'totale' zorg die geboden wordt aan de cliënt. Deze zorg vindt plaats op basis van een behandel-/of zorgplan op maat. Dit zorgplan is de basis van de afspraken die tussen de zorgaanbieder en de cliënt gemaakt zijn en wordt tenminste twee keer per jaar geëvalueerd.

Hoewel dit een helder uitgangspunt is en ook vastgelegd is in de Wet langdurige zorg (art 8.1.1 Wlz) ⁵¹, is de uitwerking hiervan minder eenduidig. Net als in de gehandicapenzorg is er ook in de ouderenzorg sprake van een flink aantal complexe, grote zorgorganisaties. De genoemde knelpunten

worden dan ook in verschillende mate herkend of ervaren.

Het komt voor dat er protocollen beschikbaar zijn waarin de organisatie van de zorg rondom slikproblemen goed beschreven is, maar in de praktijk niet of nauwelijks worden ingezet. Redenen hiervoor zijn onder meer het niet bekend zijn van een dergelijk protocol, geen prioriteit geven aan dit aspect van de zorg, geen of onvoldoende tijd en kennis bij zorgverleners.

- **Het zorgplan, het ideaalbeeld**

Het lijkt een vanzelfsprekendheid, maar toch is het goed om de hele zorgplansystematiek nog eens onder de loep te nemen. Omdat hierin wellicht antwoorden gevonden kunnen worden op vragen voortkomend uit de bij het veld opgehaalde knelpunten.

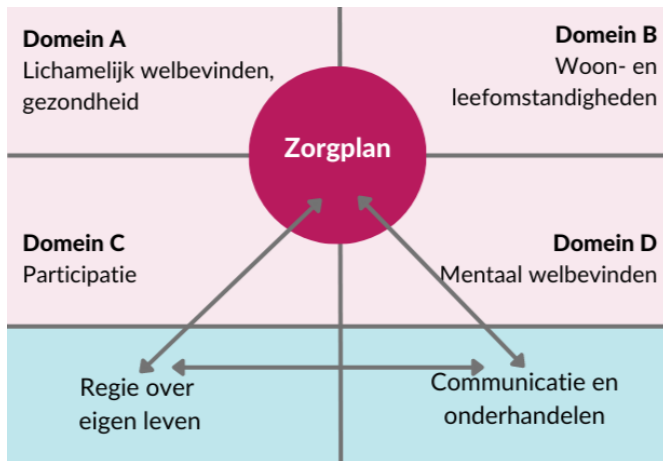
Sinds 2008 is het wettelijk verplicht om met elke cliënt een zorgplanbespreking te houden. De gedachte hierachter is dat cliënten die zorg krijgen van bijvoorbeeld verpleeghuizen en de thuiszorg, meer te zeggen krijgen over de invulling van die zorg.

Bij opname wordt door de zorgaanbieder een individueel zorgplan opgesteld. Om tot een goed zorgplan te komen, is het van belang eerst de cliënt goed in beeld te brengen. In de ouderenzorg wordt voor deze beeldvorming doorgaans gebruik gemaakt van de vier domeinen van het zorgleefplan. Dit zorgleefplan gaat uit van een aantal normen voor verantwoorde zorg en wordt minimaal tweemaal per jaar besproken.

- **De vier domeinen van het zorgleefplan**

Het zorgleefplan (ZLP) is een hulpmiddel om vraaggerichte zorgverlening te kunnen bieden aan de cliënten. In het ZLP staan de individuele wensen centraal. Iedereen is anders en daarom krijgt iedere cliënt een eigen en uniek ZLP. In het ZLP staat een uitgebreide omschrijving van de manier waarop de cliënt zijn of haar leven wil leiden en welke ondersteuning daarbij nodig is.

Figuur 9.2: Vier domeinen van verantwoorde zorg



Deze vier levensdomeinen zijn:

- ◦ *A. het lichamelijke gevoel van welbevinden en gezondheid*

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering, een schoon en verzorgd lichaam en smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes. Dit stelt de norm voor verantwoorde zorg in het domein Lichamelijk welbevinden.

- ◦ *B. de woon- en leefomstandigheden.*

Volgens de normen verantwoorde zorg mag de cliënt rekenen op woonruimte waarin hij of zij zich thuis kan voelen en veilig is. Doel is om hier samen met cliënten die wonen in het verpleeg- of verzorgingshuis aan te werken. Voor de thuissituatie geldt dat we er samen voor moeten zorgen dat het huis van iemand die zorg nodig heeft, niet verandert in het domein van de thuiszorgmedewerkers.

- ◦ *C. participatie*

Daginvulling volgens eigen interesse en onderhouden van sociale contacten. Het leven binnen een zorginstelling kent een eigen programma en ritme. De kunst is om cliënten toch ruimte en ondersteuning te bieden zodat ze hun eigen leven, hun eigen activiteiten en sociale contacten kunnen voortzetten.

- ◦ *D. het mentale welbevinden van de cliënt als persoon*

Mentaal welbevinden is nauw verbonden met de andere drie domeinen: participatie, wonen en lichamelijk welbevinden. Of de cliënt zich mentaal goed voelt en 'lekker in zijn vel zit', heeft vaak te maken met de sociale omgeving of gebeurtenissen die een grote invloed hebben op het leven van de cliënt.

In de wet is vastgelegd dat het gesprek en opstellen van het zorgplan zo snel mogelijk na de start van de zorg moet plaatsvinden. Hierin wordt beschreven:

- ○ ■ Wat het doel is van de zorg en hoe dat doel bereikt wordt.
- Wie wat gaat doen.
- Hoe de cliënt zijn leven in wil richten en welke ondersteuning de zorgverlener daarin kan bieden
- Hoe vaak er geëvalueerd wordt (moet minimaal 2x per jaar).

• **Eet- en drinkteams**

Een vorm van samenwerking die aanbeveling behoeft zijn de 'eet- en drinkteams'. Een eet- en drinkteam in de langdurige zorg kan bestaan uit de volgende beroepsbeoefenaren: logopedist, diëtist, verpleegkundige, verzorgende en arts/verpleegkundig specialist. Een eet- en drinkteam observeert multidisciplinair en brengt een geïntegreerd advies uit aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger naar aanleiding van geconstateerde slikproblemen of verdenking op slikproblemen. Een eet- en drinkteam kan een team zijn dat organisatiebreed is georganiseerd of bestaan uit de diverse samenwerkende disciplines op een afdeling.

• **Het melden en vastleggen van slikincidenten**

Slikproblemen horen onderdeel te zijn van de risico-inventarisatie, waarbij deze regelmatig worden geëvalueerd. Indien een slikincident plaatsvindt, dient de zorgverlener dit vast te leggen in het dossier van de cliënt. Vervolgens moeten deze automatisch in het kwaliteitssysteem van de zorginstelling gemeld worden.

• **De rol van vrijwilligers**

Informele zorg, onder andere door naasten en vrijwilligers, speelt een grote rol in de langdurige zorg. Vrijwilligers bieden vaak hulp in de vorm van begeleiding, zoals maaltijden serveren. Het is belangrijk dat de maaltijd van cliënten met slikproblemen genuttigd wordt onder toezicht van een in slikproblemen geschoolde zorgverlener. Bij voorkeur worden zij dus niet geholpen door vrijwilligers. Als door personeelstekort of andere redenen toch vrijwilligers worden ingezet, dient in het beleid van de zorgorganisatie hun rol en verantwoordelijkheid te zijn beschreven en vastgesteld.

• **Slikproblemen, taakverdeling en verantwoordelijkheden**

Slikproblemen bij ouderen zijn veel voorkomend. Maar niet elke situatie rondom slikken is hetzelfde. Daarom is het belangrijk om goed samen te werken en met elkaar te overleggen. Hierbij is het helpend om een goede taakverdeling met bijbehorende verantwoordelijkheden af te spreken:

- ○ De zorgaanbieder moet het zorgproces goed inrichten.
- De zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit, continuïteit en veiligheid van de zorg.
- De verzorging is verantwoordelijk voor het signaleren, rapporteren en doorgeven van de slikproblemen van de cliënt aan de arts.
- De arts verricht onderzoek naar de gezondheidstoestand, voorgeschiedenis en het medicijngebruik van de cliënt. De arts kan op grond van de verkregen informatie verwijzen naar de logopedist.
- De logopedist verricht na verwijzing onderzoek op gebied van eet-, drink-, en slikproblemen van de cliënt en beoordeelt óf en op welke manier het slikken veilig verloopt. De logopedist koppelt de bevindingen terug naar de arts.
- De gehele zorgplancyclus wordt periodiek herhaald en de behandeling zo nodig bijgesteld.

10. Verantwoording

10.1 Algemene achtergrondgegevens

Deze richtlijn is ontwikkeld en wordt beheerd door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De richtlijn werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De financier heeft geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

10.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in december 2021 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- A.C. Louisse (voorzitter), arts voor verstandelijk gehandicapten, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Dr. J.G. Kalf (vicevoorzitter), logopedist en senior onderzoeker, Radboudumc Nijmegen, namens ParkinsonNL
- Dr. L.P. Bastiaanse, arts voor verstandelijk gehandicapten, Zuidwester, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- I. Beerepoot, diëtist, WilgaerdenLeekerweideGroep, namens Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- P. Boersma, begeleider, Alliade, namens Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)
- Dr. L. van Dam, cliëntvertegenwoordiger en GZ-psycholoog, namens EMB Nederland
- E.G. Geertsema, logopedist, Stichting de Trans Nooitgedacht, namens Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
- A.M. Remmerswaal, ergotherapeut, Sherpa, namens Ergotherapie Nederland
- K.J.V. Sanders, logopedist, Ipse de Bruggen Zwammerdam, namens Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
- A.P. Tanis-Roon, verzorgende IG, Curamare Middelharnis, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- J. van der Bijl, verpleegkundig specialist, De Zijlen Tolbert, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- J.P. van der Waaij, specialist ouderengeneeskunde, Azora Terborg, namens Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- S.J. van Wijnen, logopedist, Warande Zeist, namens Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in april 2022 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- S.P. Anisuzzaman, ergotherapeut, namens Ergotherapie Nederland
- M. Franken-van Toor, orthopedagoog, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- J.L.M. Lambregts, cliëntvertegenwoordiger, namens Alzheimer Nederland
- B.A.M. Makizodila, tandarts gehandicaptenzorg, namens Vereniging Mondzorg voor Bijzondere Zorggroepen (VMBZ)
- J.G. Rietkerk, GZ-psycholoog, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- M. Stüvel, diëtist, namens Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- J.P.S. van de Siepkamp †, cliëntvertegenwoordiger, namens KansPlus. Op 24-04-2023 opgevolgd door E. Brongers, cliëntvertegenwoordiger, KansPlus
- J.H.E. van de Wijdeven, tandarts gehandicaptenzorg, namens Vereniging Mondzorg voor Bijzondere Zorggroepen (VMBZ)
- M.M. van het Hoofd, cliëntvertegenwoordiger, Parkinson Vereniging
- T. van Wiltenburg, cliëntvertegenwoordiger, Patiëntenfederatie Nederland. Op 21-03-2023 opgevolgd door J.W. Mulder, cliëntvertegenwoordiger, Patiëntenfederatie Nederland.

Met ondersteuning van:

- Dr. M.M. Engelen, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ
- Dr. A.L. Dutmer, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ
- Dr. N.M. Molenaar, epidemioloog, Medical Research Consulting
- Dr. I. van Dusseldorp, informatiespecialist, Maatschap Van Dusseldorp, Delvaux & Ket
- M.K. Tuut, epidemioloog, richtlijnmethodoloog, PROVA
- Prof. dr. C. Blankman, bijzonder hoogleraar Juridische bescherming van ouderen en meerderjarigen met beperkingen, Vrije Universiteit Amsterdam
- A. Brink, secretaresse SKILZ

10.3 Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel Belangenverklaringen](#) werkgroep. Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via richtlijnenlangdurigezorg@skilz.nu.

10.4 Publicatiedatum en herziening

De publicatiedatum van deze richtlijn is [invullen datum]. Uiterlijk in [jaartal] bepaalt het bestuur van SKILZ of deze richtlijn nog actueel is. De aan de

werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van de richtlijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om het kwaliteitsinstrument te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

10.5 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde cliënt', en zijn dus mogelijk niet op elk individueel geval van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn af te wijken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

10.6 Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat ...

Deze paragraaf wordt opgesteld na de commentaarfase.

10.7 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn

Deze richtlijn is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ. Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021)⁵³, de HARING-tools (2013)⁵⁴ en AGREE-II (2010)⁵⁵.

10.7.1 Inbreng cliëntenperspectief

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Bij de knelpunteninventarisatie hebben cliëntenvertegenwoordigers de online vragenlijst ingevuld. Daarnaast is het cliëntenperspectief in de werkgroep vertegenwoordigd door EMB Nederland. In de klankbordgroep werd het cliëntenperspectief vertegenwoordigd door Alzheimer Nederland, KansPlus, Parkinson Vereniging en Patiëntenfederatie Nederland. Daarnaast zijn interviews gehouden met naasten van cliënten met slikproblemen om hen te ondersteunen. Dit is beschreven in het hoofdstuk Ondersteunen van naasten.

Actieve betrokkenheid van cliënten / cliëntvertegenwoordigers is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënt en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Bijvoorbeeld de casus in het hoofdstuk 'Omgaan met wensen en voorkeuren van cliënten' werd vele malen beter en genuanceerder opgeschreven door een kritische blik van een cliëntvertegenwoordiger. Bovendien is vanuit het cliëntenperspectief een stap aan dit hoofdstuk toegevoegd: Stap 7. Deze stap benadrukt het belang van in gesprek blijven en ondersteunen indien noodgedwongen vrijheidsbeperkende keuzes gemaakt moeten worden.

10.7.2 Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

10.7.3 Gebruik van andere richtlijnen

De richtlijn Orofaryngeale Dysfagie van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)¹¹ is veelvuldig in deze richtlijn benoemd. Daarom is de methodologische kwaliteit van deze richtlijn beoordeeld met het Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE-II) instrument⁵⁶. Twee onafhankelijke reviewers hebben de richtlijn beoordeeld met het AGREE-II instrument. Items met een verschil van twee punten of meer zijn bediscussieerd in een consensusbespreking. De richtlijn is over het algemeen positief beoordeeld, hoewel een aantal praktische hulpmiddelen (zoals een samenvatting, overzicht van aanbevelingen en implementatieproducten) missen. De methodologie en uitwerking van de richtlijn Orofaryngeale dysfagie scoort op alle items een 4 of hoger, wat deze richtlijn van voldoende kwaliteit maakt om te gebruiken in de huidige richtlijn. De AGREE-beoordelingen zijn op te vragen via richtlijnenlangdurigezorg@skilz.nu.

10.7.4 Van knelpunten naar aanbevelingen

- **Knelpunteninventarisatie**

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd.

De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in [deze bijlage](#).

- **Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten**

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de cliënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. De concept uitgangsvragen zijn in de tweede werkgroepbijeenkomst op 4 april 2022 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In juni 2022 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

- **Methode literatuuronderzoek**

In deze richtlijn werden vijf uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Welke methoden worden aanbevolen om, bij volwassenen in de langdurige zorg, het risico op slikproblemen te inventariseren?
- Bij welke specifieke doelgroepen wordt aanbevolen altijd het risico op slikproblemen te inventariseren?
- Welke methoden voor diagnostiek zijn geschikt om uit te voeren bij volwassenen in de langdurige zorg?
- Wanneer wordt aanbevolen om instrumenteel slikonderzoek uit te voeren bij volwassenen in de langdurige zorg?
- Welke methoden worden aanbevolen om (de behandeling van) slikproblemen bij volwassenen in de langdurige zorg te evalueren?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlage met verantwoordingen van de hoofdstukken [risico-inventarisatie](#), [diagnostiek](#) en [ondersteunen van naasten](#). De paragraaf Onderbouwing per module in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Selecteren en includeren van studies

Literatuurselectie gaat via twee selectiestappen, gebruikmakend van de vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria:

1. Selectie waarbij op basis van titel en abstract wordt bepaald of een artikel mogelijk relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag; vervolgens bij de overgebleven artikelen.
2. Selectie waarbij op basis van het lezen van het volledige artikel beoordeeld wordt of het relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag en de uitkomstmaat.

Het selecteren en includeren is door een literatuuronderzoeker uitgevoerd. De procesbegeleiding van SKILZ voerde aanvullend 10% uit. Onduidelijkheden werden met een tweede procesbegeleider als onafhankelijke bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de selectie.

Kwaliteitsbeoordeling van studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (bias) te kunnen inschatten. De kwaliteitsbeoordeling is door één onderzoeker uitgevoerd. Onduidelijkheden werden met een tweede onderzoeker bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de kwaliteitsbeoordeling.

Deze beoordelingen kunt u vinden in de risk-of-bias-tabellen, zie bijlagen met verantwoordingen van de hoofdstukken [risico-inventarisatie](#), [diagnostiek](#) en [ondersteunen van naasten](#).

Voor de richtlijn Slikproblemen zijn de volgende beoordelingsinstrumenten gebruikt om de kwaliteit van de afzonderlijke studies te beoordelen:

- De systematische reviews zijn beoordeeld met de AMSTAR-2 checklist (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews, Canada) ⁵⁷.
- Observationale studies naar screeningsmethoden en diagnostische instrumenten zijn beoordeeld met behulp van de Joanna Briggs Institute Checklist for Diagnostic Test Accuracy Studies ⁵⁸.
- Observationale studies naar risicofactoren zijn beoordeeld met behulp van de Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data ⁵⁹.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen zijn weergegeven in evidence-tabellen en beschreven per studie en per uitgangsvraag. De resultaten uit de literatuur werden per module beschreven in de bijlage Resultaten literatuuronderzoek.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

Een GRADE assessment is uitgevoerd voor de prevalentie van slikproblemen in bewoners van verpleeghuizen ([zie Verantwoording Risico-inventarisatie](#)). Door het type uitgangsvragen en narratieve karakter van de resultaten zonder kwantitatieve onderbouwingen, was het voor de andere uitgangsvragen niet mogelijk om gebruik te maken van GRADE voor het graderen van de kwaliteit van het bewijs en de sterkte van aanbevelingen. De GRADE tool voor interventies en diagnostiek is hierdoor niet van toepassing. Uit de geselecteerde systematische reviews en kwantitatieve studies is de relevante data voor de uitgangsvragen geëxtraheerd en op narratieve wijze samengevat. Aan de hand van de kennis uit de literatuur en de

kwaliteitsbeoordeling werd een conclusie geformuleerd.

• **Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)**

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁶⁰. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In deze richtlijn werden zes uitgangsvragen niet beantwoord met systematisch literatuuronderzoek:

- Bij welke signalen, die kunnen wijzen op een slikprobleem bij volwassenen in de langdurige zorg, moet een deskundig zorgverlener ingeschakeld worden?
- Wanneer, hoe vaak en door wie wordt aanbevolen om het risico op slikproblemen te inventariseren?
- Wanneer, hoe vaak en door wie moet de behandeling van slikproblemen geëvalueerd worden?
- Hoe kunnen zorgverleners het beste afwegingen maken omtrent het omgaan met behandeladviezen voortkomend uit diagnostisch onderzoek enerzijds en wensen en voorkeuren van cliënten/vertegenwoordigers anderzijds?
- Hoe kunnen naasten en mantelzorgers ondersteund worden bij het herkennen, voorkomen en behandelen van slikproblemen bij volwassenen in de langdurige zorg?
- Hoe dient de zorg rondom slikproblemen bij volwassenen in de langdurige zorg georganiseerd te worden?

Deze vragen werden expert-based beantwoord, op basis van de expertise van de werkgroep en best-practice. In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn:

- gezondheidswinst,
- waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg,
- balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies,
- aanvaardbaarheid van interventies,
- ethische overwegingen,
- kosten(implicaties),
- veiligheid,
- duurzaamheid,
- haalbaarheid van een aanbeveling.

Deze aspecten worden per module besproken onder het kopje 'Overwegingen'.

• **Formuleren van de aanbevelingen**

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie onderstaande tabel).

Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers		
	Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

10.7.5 Van conceptrichtlijn tot publicatie

- **Opstellen van het implementatieplan**

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de [bijlage Implementatieplan](#).

- **Formuleren van kennislacunes**

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de [bijlage Kennislacunes](#).

- **Commentaar- en autorisatiefase**

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van 30 mei t/m 11 juli 2023 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Slikproblemen:

[Tabel invoegen na commentaarfase]

- **Publicatie**

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

11. Referentielijst

1. Robertson J, Chadwick D, Baines S, Emerson E, Hatton C. People with intellectual disabilities and dysphagia. *Disabil Rehabil* 2018;40:1345–60. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1297497>.
2. Dell'Aquila G, Peladic NJ, Nunziata V, Fedecostante M, Salvi F, Carrieri B, et al. Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: the SHELTER Project. *BMC Geriatrics* 2022 22:1 2022;22:1–7. <https://doi.org/10.1186/S12877-022-03402-Y>.
3. Ahn DH, Yang HE, Kang HJ, Do KH, Han SC, Jang SW, et al. Changes in etiology and severity of dysphagia with aging. *European Geriatric Medicine* 2019 11:1 2019;11:139–45. <https://doi.org/10.1007/S41999-019-00259-0>.
4. Robertson J, Chadwick D, Baines S, Emerson E, Hatton C. Prevalence of Dysphagia in People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *Intellect Dev Disabil* 2017;55:377–91. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-55.6.377>.
5. Farri A, Accornero A, Burdese C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2007;27:83.
6. Chadwick DD, Jolliffe J, Goldbart J, Burton MH. Barriers to Caregiver Compliance with Eating and Drinking Recommendations for Adults with Intellectual Disabilities and Dysphagia. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006;19:153–62. <https://doi.org/10.1111/J.1468-3148.2005.00250.X>.
7. Madhavan A, Lagorio LA, Crary MA, Dahl WJ, Carnaby GD. Prevalence of and risk factors for dysphagia in the community dwelling elderly: A systematic review. *Journal of Nutrition, Health and Aging* 2016;20:806–15. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0712-3>.
8. Dell'Aquila G, Peladic NJ, Nunziata V, Fedecostante M, Salvi F, Carrieri B, et al. Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: the SHELTER Project. *BMC Geriatrics* 2022 22:1 2022;22:1–7. <https://doi.org/10.1186/S12877-022-03402-Y>.
9. Hermans H, Evenhuis HM. Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2014;35:776–83. <https://doi.org/10.1016/J.RIDD.2014.01.022>.
10. Chadwick DD, Jolliffe J. A descriptive investigation of dysphagia in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2009;53:29–43. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.2008.01115.X>.
11. Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO). Orofaryngeale dysfagie. 2017.
12. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Spastische cerebrale parese bij kinderen, Slikstoornissen bij kinderen met CP. 2006.
13. Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG). Verstandelijke beperking, palliatieve zorg voor mensen, 2022. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Retrieved from: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/zorg-voor-mensen-met-verstandelijke-beperking>
14. Vereniging Samenwerkende Ouderen. Kwaliteitsstandaard Atypische Parkinsonismen. 2020.
15. Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Multiple Sclerose (MS). 2021.
16. Kalf H, van Zundert S (red). Logopedie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Woerden: 2017.
17. ALS Centrum Nederland. Richtlijn Logopedie bij ALS/PSMA/PLS. 2019.
18. V&VN. (2021). Richtlijn Mantelzorg. <https://www.venvn.nl/media/u5oboc0o/richtlijn-mantelzorg-21-9-2021-2.pdf>
19. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition>
20. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Begrippen - Vertegenwoordiger. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/wet-zorg-en-dwang-wzd/begrippen-4/vertegenwoordiger>
21. Sheppard JJ, Hochman R, Baer C. The dysphagia disorder survey: validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. *Res Dev Disabil* 2014;35:929–42. <https://doi.org/10.1016/J.RIDD.2014.02.017>.
22. van Timmeren DEA, Deddens A, van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, van der Schans CP, Krijnen WP, Waninge A, et al. The convergent validity of a Dutch Screening tool for Dysphagia (Signaleringslijst Verslikken) for people with severe or profound intellectual and multiple disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019;32:994–1001. <https://doi.org/10.1111/JAR.12592>.
23. Estupiñán Artilles C, Regan J, Donnellan C. Dysphagia screening in residential care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 2021;114. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2020.103813>.
24. Park YH, Bang HL, Han HR, Chang HK. Dysphagia screening measures for use in nursing homes: a systematic review. *J Korean Acad Nurs* 2015;45:1–13. <https://doi.org/10.4040/JKAN.2015.45.1.1>.
25. Brodsky MB, Suiter DM, González-Fernández M, Michtalik HJ, Frymark TB, Venediktov R, et al. Screening Accuracy for Aspiration Using Bedside Water Swallow Tests: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Chest* 2016;150:148–63. <https://doi.org/10.1016/J.CHEST.2016.03.059>.
26. van der Woude S, S-KM, V-JN, FAS, DAD. Screeningsinstrument voor Dysfagie bij mensen met een Verstandelijke Beperking (SD-VB): ontwikkeling en eerste validering. *Nederlands Tijdschrift Voor de Zorg Aan Mensen Met Verstandelijke Beperkingen* 2021;2:50–65.
27. JM J. Signs of Aspiration in Adults with Down Syndrome: Prevalence as Determined Using A WaterSwallowing Screen and Caregiver Report. *J Neurol Neurobiol* 2016;2. <https://doi.org/10.16966/2379-7150.120>.
28. Smith CH, Teo Y, Simpson S. An observational study of adults with Down syndrome eating independently. *Dysphagia* 2014;29:52–60. <https://doi.org/10.1007/S00455-013-9479-4>.
29. Thacker A, Abdelnoor A, Anderson C, White S, Hollins S. Indicators of choking risk in adults with learning disabilities: a questionnaire survey and interview study. *Disabil Rehabil* 2008;30:1131–8. <https://doi.org/10.1080/09638280701461625>.
30. van Timmeren EA, van der Putten AAJ, van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, van der Schans CP, Waninge A. Prevalence of reported physical health problems in people with severe or profound intellectual and motor disabilities: a cross-sectional study of medical records and care plans. *J Intellect Disabil Res* 2016;60:1109–18. <https://doi.org/10.1111/JIR.12298>.
31. Henderson CM, Rosasco M, Robinson LM, Meccarello J, Janicki MP, Turk MA, et al. Functional impairment severity is associated with health status among older persons with intellectual disability and cerebral palsy. *J Intellect Disabil Res* 2009;53:887–97. <https://doi.org/10.1111/J.1365->

- 2788.2009.01199.X.
32. Ball SL, Panter SG, Redley M, Proctor CA, Byrne K, Clare ICH, et al. The extent and nature of need for mealtime support among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2012;56:382–401. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.2011.01488.X>.
 33. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;56:1–9. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2012.04.011>.
 34. Munhoz L, Jabbar AQ, Silva Filho WJ e., Nagai AY, Arita ES. The oral manifestations of Huntington's disease: A systematic review of prevalence. *Oral Dis* 2021. <https://doi.org/10.1111/ODI.14076>.
 35. Banda KJ, Chu H, Chen R, Kang XL, Jen HJ, Liu D, et al. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia and Risk of Pneumonia, Malnutrition, and Mortality in Adults Aged 60 Years and Older: A Meta-Analysis. *Gerontology* 2022;68:841–53. <https://doi.org/10.1159/000520326>.
 36. Rivelrud MC, Hartelius L, Bergström L, Løvstad M, Speyer R. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analyses. *Dysphagia* 2022. <https://doi.org/10.1007/S00455-022-10465-X>.
 37. Pauly L, Stehle P, Volkert D. Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Z Gerontol Geriatr* 2007;40:3–12. <https://doi.org/10.1007/S00391-007-0430-X>.
 38. Schüller-Korevaar M, van der WS, LJA, FAS, DAD. Periodieke screening, diagnostiek en behandeladviezen van dysfagie bij mensen met verstandelijke beperkingen Praktijkervaringen met een cyclisch dysfagiewerkproces. *Nederlands Tijdschrift Voor de Zorg Aan Mensen Met Verstandelijke Beperkingen* 2022;3:82–94.
 39. Imaizumi M, Suzuki T, Matsuzuka T, Murono S, Omori K. Low-risk assessment of swallowing impairment using flexible endoscopy without food or liquid. *Laryngoscope*. 2019;129(10):2249-2252. doi:10.1002/LARY.28073
 40. Lemmens, J., Bours, G. J.J.W., Limburg, M., Beurskens, A.J.H.M. (2013). The feasibility and test-retest reliability of the Dutch Swal-Qol adapted interview version for dysphagic patients with communicative and/or cognitive problems. *Qual Life Res*, 22, 891-895. DOI 10.1007/s11136-012-0202-y
 41. Lagarde, M. L. J., Kamalski, D. M. A., & Van Den Engel-Hoek, L. E. N. I. E. (2015). The reliability and validity of cervical auscultation in the diagnosis of dysphagia: a systematic review. <http://Dx.Doi.Org/10.1177/0269215515576779>, 30(2), 199–207. <https://doi.org/10.1177/0269215515576779>
 42. Bergström, L., Cichero, J.A. (2022). Dysphagia management: Does structured training improve the validity and reliability of cervical auscultation? *Int J Speech Lang Pathol*, 24 (1), 77-87. doi: 10.1080/17549507.2021.1953592
 43. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF). Flexibele Endoscopische Evaluatie van het Slikken door logopedisten bij volwassenen - Herzien versie (2022). NVLF. Rotterdam.
 44. Compleet IDDSI-raamwerk. Gedetailleerde definities. (2019). International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Retrieved from: [https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/Dutch/V2-0_IDDSI_DetailedDefinitionsTemplate-NL_def_September2022\(new\).pdf](https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/Dutch/V2-0_IDDSI_DetailedDefinitionsTemplate-NL_def_September2022(new).pdf)
 45. Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). Handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid: Ondersteunen en beoordelen. 2023. In concept.
 46. Rangira D, Najeed H, Shune SE, Namasivayam-Macdonald A. Understanding Burden in Caregivers of Adults With Dysphagia: A Systematic Review. *Am J Speech Lang Pathol* 2022;31:486–501. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00249.
 47. Namasivayam-MacDonald AM, Shune SE. The Burden of Dysphagia on Family Caregivers of the Elderly: A Systematic Review. *Geriatrics (Basel)* 2018;3. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020030>.
 48. Crawford H, Leslie P, Drinnan MJ. Compliance with dysphagia recommendations by carers of adults with intellectual impairment. *Dysphagia* 2007;22:326–34. <https://doi.org/10.1007/S00455-007-9108-1>.
 49. Chadwick, D. D., Jolliffe, J., Goldbart, J. (2003). Adherence to eating and drinking guidelines for adults with intellectual disabilities and dysphagia. *American Journal on Mental Retardation*, 108 (3), 202-211.
 50. Ninfa A, Crispatico V, Pizzorni N, Bassi M, Casazza G, Schindler A, et al. The care needs of persons with oropharyngeal dysphagia and their informal caregivers: A scoping review. *PLoS One* 2021;16. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0257683>.
 51. Wet Langdurige Zorg (WLZ) (artikel 8.1.1.). Retrieved from <https://collegebundel.nl/wet-langdurige-zorg/hoofdstuk8>
 52. Brancheorganisatie Zorg (BOZ). Governancecode Zorg, 2022. <https://www.governancecodezorg.nl/>
 53. AQUA-Leidraad (2021). Zorginstituut Nederland. Retrieved from: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
 54. Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. ZonMw. Retrieved from: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
 55. AGREE Next Steps Consortium. (2009, May). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>
 56. AGREE Next Steps Consortium. (2009, May). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>
 57. Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 358. <https://doi.org/10.1136/BMJ.J4008>
 58. Whiting, Penny F., Anne W. S. Rutjes, Marie E. Westwood, Susan Mallett, Jonathan J. Deeks, Johannes B. Reitsma, Mariska M. G. Leeflang, Jonathan A. C. Sterne, and Patrick M. M. Bossuyt. 2011. "QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies." *Annals of Internal Medicine* 155(8):529–36. doi: 10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00009.
 59. Munn Z, MCLinSc SM, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):147-153. doi:10.1097/XEB.0000000000000054
 60. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Vandvik PO, Meerpohl J, Guyatt GH, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;353:i2089.