

Een tuitbeker bij volwassenen, wat moeten we daar eigenlijk mee?

Een onderzoek naar de verbetering van de kwaliteit van de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen voor mensen met een dysfagie.



Naam
Studentnummer
Klas
Onderwijsinstelling
Instituut
Onderwijsperiode
Opleiding
Cursusnaam
Docent
Opdrachtgever
Stage verlenende instelling

Rosa Boerefijn
0906027
LOG-4C
Hogeschool Rotterdam
Instituut voor Gezondheid, IVG
Kwartaal 3 & 4, 2018-2019
Logopedie
Afstuderen (LOGAPT02P4)
Gerda Brondijk
Francien de Jong – Lammerts
Anouk Oudhuis
Het Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Voorwoord

Deze bachelor scriptie is tot stand gekomen in het kader van mijn afstudeerproject voor de opleiding Logopedie aan de Hogeschool Rotterdam, te Rotterdam.

De opdrachtgevers hebben mij gebracht tot dit afstudeeronderwerp. Zij gaven aan veelvuldig tuitbakers te zien bij dysfagiepatiënten waarna slikproblemen ontstonden.

Een in 2011 uitgevoerd onderzoek in Leuven wees uit dat de tuitbaker verschillende dysfuncties in het slikproces veroorzaakt wat kan leiden tot een aspiratiepneumonie. Daarnaast toonden ze aan dat tuitbakers volgens verschillende disciplines tot de top drie meest gebruikte drinkbakers bij volwassen met een neurogeen vochtinnameprobleem behoren. Beweegredenen van de verschillende disciplines om de tuitbaker in te zetten ontbraken echter in dit onderzoek, evenals aanbevelingen hoe het gebruik van de tuitbaker verminderd kan worden. Zo ontstond de interesse om de zorg rondom de vochtinname bij patiënten met een neurogeen vochtinnameprobleem te verbeteren door verder uit te zoeken waarom de verschillende disciplines een tuitbaker gebruiken en welke eisen zij stellen aan een passend alternatief.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die hebben geholpen bij de totstandkoming van deze afstudeerscriptie. Ten eerste wil ik mijn opdrachtgevers Francien de Jong – Lammerts en Anouk Oudhuis bedanken voor de begeleiding en adviezen betreffende de uitvoering van het onderzoek. Ten tweede wil ik mijn afstudeerbegeleider Gerda Brondijk vanuit de Hogeschool Rotterdam bedanken voor haar kritische blik en feedback op mijn onderzoeksvoorstel en het eindverslag. Tot slot wil ik alle participanten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek bedanken voor hun medewerking.

Rosa Boerefijn

Rotterdam, Mei 2019.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Abstract.....	3
Inleiding	5
Methode	8
1.1 Onderzoeksdesign	8
1.2 Onderzoekspopulatie	8
1.2.1 In- en exclusiecriteria.....	8
1.2.2 Werving en selectie	8
1.3 Onderzoeksinstrument & meetprocedure	9
1.4 Data-analyse.....	10
1.5 Ethische kaders.....	10
Resultaten	11
2.1 Demografische gegevens onderzoeksgroep	11
2.2 Gegevens tuitbeker gebruik	11
2.2 Doelgroep	11
2.3 Redenen gebruik tuitbeker	12
2.3.1 Knoeien	12
2.3.2 Bevorderen zelfstandigheid en welzijn van de patiënt.....	12
2.3.3. Verzoek van de patiënt en omgeving	12
2.4 Nadelen	13
2.4.1. Schrikreacties	13
2.4.2. Gebruiksvriendelijkheid	13
2.4.3. Verslikproblemen.....	13
2.5 Alternatief	14
2.5.1. Eisen	14
2.5.2. Scholing	14
Discussie	15
Conclusie.....	17
Aanbevelingen.....	18
Bronnen.....	19
Bijlage 1 Zoekstrategie.....	21
Bijlage 2 Topic lijst	25
Bijlage 3 Informed Consent.....	27
Bijlage 4 Brief aan participanten	28

Bijlage 5: Invulformulier samenwerking tussen opdrachtgever en student (bij eindverslag)	29
Bijlage 6 Codeboom.....	30
Bijlage 7 Eindproduct.....	31

Samenvatting

Inleiding

Dysfagie is een verworven slikstoornis, waarvan geschat wordt dat 8% van de wereldwijde bevolking moeilijkheden ervaart met eten en drinken als gevolg van dysfagie. In de logopedische behandeling gericht op dysfagie speelt de manier waarop vochtinname gebeurt een grote rol. Bij deze doelgroep kan het drinken ondersteund worden door het inzetten van verschillende hulpmiddelen om zo tot een veilige en voldoende vochtinname te komen. Een hulpmiddel wat door veel ziekenhuizen en woonzorgcentra vaak standaard wordt aangeboden aan dysfagiepatiënten is een tuitbeker. Een tuitbeker veroorzaakt echter verschillende dysfuncties in zowel de oraal voorbereidende, de orale als de faryngeale fase. De gevolgen zijn groot, een slikstoornis is een belangrijke factor voor het veroorzaken van een aspiratiepneumonie, ondervoeding, dehydratie en/of verminderde levenskwaliteit. In de literatuur ontbreekt helaas ieder spoor van beweegredenen van zorgprofessionals om deze beker toch te gebruiken. Dit onderzoek heeft daarom als doel de beweegredenen van zorgprofessionals in kaart te brengen waarna gezocht kan worden naar een andere beker als passend alternatief. Op die manier hoopt dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg rondom de orale intake van vloeistoffen.

Methode

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek waarbij data is verzameld middels het afnemen van interviews. De onderzoeksgroep bestaat uit 6 participanten, verdeeld in 3 verpleegkundigen en 3 voedingsassistenten. Middels een topiclijst zijn vragen gesteld over het gebruik van de tuitbeker, beweegredenen om de beker in te zetten en eisen waaraan een alternatief moet voldoen. De resultaten zijn getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd waardoor een conclusie kon worden getrokken. Ook bevat dit onderzoek een kleine kwantitatieve observatie waarbij is geturfd hoe vaak een tuitbeker daadwerkelijk bij dysfagiepatiënten wordt ingezet.

Resultaten

De participanten beschreven de tuitbeker, vanwege een afsluitende functie van de deksel, voornamelijk in te zetten om het knoeien van de patiënt te voorkomen. Daarnaast vertelden zij de tuitbeker te gebruiken om de zelfstandigheid en het welzijn van de patiënt te bevorderen. Tot slot gaven de participanten aan de tuitbeker in te zetten op verzoek van de patiënt en diens omgeving. Bij het inzetten van de beker wordt geen onderscheid gemaakt in patiënten mét en zonder slikstoornis. De participanten benoemden echter ook een aantal nadelen aan het gebruik van de tuitbeker. Zo zou vloeistof uit de beker moeilijk te doseren zijn waardoor patiënten zich sneller verslikken. Ook zorgt de afsluitbare deksel ervoor dat visuele feedback vervalt en patiënten schrikken van een soms nog hete vloeistof. Ook zou de tuitbeker niet gebruiksvriendelijk zijn omdat niet alle patiënten er goed mee overweg kunnen. Een nieuwe beker zou dus aan de volgende eisen moeten voldoen: de beker moet knoeien voorkomen, lichtgewicht zijn en handvatten bevatten waardoor zowel de zelfstandigheid van de patiënt als de gebruiksvriendelijkheid van de beker verbeterd. Dit alternatief zou middels een scholing het beste kunnen worden geïmplementeerd.

Conclusie

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is het van belang om de beweegredenen om een tuitbeker in te zetten weg te nemen. Het wegnemen van de eerste twee beweegredenen zou gedaan kunnen worden middels het inzetten van een alternatief. Dit alternatief zou een beker moeten zijn met een deksel die de beker afsluit waardoor knoeien wordt voorkomen. De beker

moet dus lichtgewicht zijn en eventueel handvatten bevatten zodat de patiënten zelfstandig kunnen drinken. Daaraan toegevoegd dat dit alternatief ook veilig moet zijn voor dysfagiepatiënten voorkomt herhaling van het probleem waarbij een beker wordt ingezet die niet veilig blijkt voor deze doelgroep. Om de laatste beweegreden weg te nemen en participanten op de hoogte te stellen welke drinkbekers ze kunnen gebruiken moet een scholing worden georganiseerd. Deze scholing bespreekt de risico's van de tuitbeker zodat zorgprofessionals aan de patiënt en de omgeving kunnen uitleggen waarom een tuitbeker niet meer wordt gebruikt. Ook moet deze voorlichting ingaan op het gebruik van verschillende, reeds aanwezige, drinkbekers en het mogelijke alternatief waardoor de juiste drinkbeker bij de juiste patiënt terecht komt

Abstract

Background

Dysphagia is an acquired swallowing disorder of which it is estimated that 8% of the worldwide population is experiencing difficulties eating and drinking as a result of dysphagia. In speech therapy treatment focused on dysphagia the manner in which fluids are taken plays a major role. With this particular target group fluid intake can be supported through the use of different tools as to reach safe and sufficient intake of fluids. A standard tool that is offered to patients with dysphagia by most hospitals and residential centres is a sippy cup. However, a sippy cup is the cause of several different dysfunctions both in the oral preparation, the oral and the pharyngeal phase. The effects are huge, a swallowing disorder can play a big role in causing an aspiration pneumonia, malnutrition, dehydration and / or a diminishing quality of life. Sadly, one is unable to find any evidence in the literature as to why the professionals choose to use the cup. The goal of this research is to map the reasoning of the care professionals why they are choosing to use the sippy cup and to find a more suitable alternative. The focus of the research is to be able to contribute to the improvement of the quality of care around oral intake of fluids.

Method

The research is a qualitative research with the data collected through interviews. The research group consists of 6 participants, namely 3 nurses and 3 nutritional assistants. The questions were asked through the use of a topic list and asked information about the use of sippy cups, reasoning behind the use of the cups and the requirements of a suitable alternative instead of the sippy cup. The results have been transcribed, coded and analysed after which a conclusion was reached. The research also includes a small quantitative observation during which a list was ticked every time a sippy cup was used in the care of a dysphagia patient.

Results

The participants explained that the main reason to use the sippy cup is that the patient experiences less spillage due to the closed lid of the sippy cup. They also reported that the use of the sippy cup increases the patient's independence and well-being. Finally they mentioned that the use of the cup is also requested by patients and their care takers. No difference is being made in the use of the sippy cups between patients with or without a swallowing disorder. However, the participants also mentioned negatives to the use of the sippy cups. They reported difficulty in giving the correct dose which could lead to the patient choking. The close lid prevents the patient from receiving visual feedback and can lead to the patient getting a fright from too hot liquid in the cup. The sippy cup is not very user friendly and can be difficult to use for patients. A new cup needs to meet the following requirements: the cup needs to be spill proof, light weight and has to have handles which will increase the independence of the patient and be more user friendly for patients. The implementation of the alternative cup would be best done through education and training.

Conclusion

To improve the quality of the care offered it is important to remove the reasoning for the use of the sippy cup. The first two reasons given by the participants can be taken away through the use of an alternative. The alternative needs to be a beaker with a lid that avoids any spillage. The beaker needs to be light weight and where required have handles so patients can use the cup independently. On top of this the cup has to be safe in use for dysphagia patients to avoid a repeat of the problems where a cup is being used that is unsafe for these patients. To remove the third reason for the use of sippy cups it is necessary that the participants receive training and information which cups are available and appropriate to the needs of the dysphagia patients. The training will discuss the issues with the use of a sippy cup for these patients and will enable the

participants to explain this to the patient and family why the sippy cup is not the appropriate cup. The training also needs to focus on already existing cups and beakers that are available and the possible alternative beaker from this research, so every patient will end up with the most appropriate cup for their needs.

Inleiding

Volgens Cichero et al. (2013) is dysfagie een verworven slikstoornis die kan worden omschreven als een stoornis in het transporteren van vast en vloeibaar voedsel, medicijnen en speeksel door de mond, keel en slokdarm naar de maag. Volgens De Bodt et al. (2015) wordt dysfagie omschreven als een verminderd functioneren van structuren, spieren of zenuwen in het orale, faryngeale en/of oesofageale gebied met als gevolg problemen met het veilig transporteren van één of meerdere consistenties van de mond naar de maag.

Dysfagie is een symptoom van een onderliggende anatomische of neuromusculaire aandoening en dus geen op zichzelf staande stoornis (Rosingh, Havinga, Karel & Keijzer, 2014; Logemann, 2000). Geschat wordt dat 8% van de wereldwijde bevolking moeilijkheden ervaart met eten en drinken als gevolg van dysfagie (Cichero et al., 2013). Rofes et al. (2010) beschrijven dat een orofaryngeale dysfagie bij ongeveer 30% van de mensen met een CVA, 52-82% van patiënten met Parkinson en bij 84% van de patiënten met Alzheimer voorkomt.

Permsirivanich (2009) beschrijft dat dysfagiepatiënten problemen ondervinden op de volgende 3 gebieden: 1) problemen met slikken, 2) het frequent aspireren en een lage luchtweginfectie en 3) een inadequate orale intake, gewichtsverlies en dehydratatie. De Bodt et al. (2015) beschrijft dat een dysfagie in de orale fase zich vaak uit in symptomen zoals onvoldoende lipsluiting, moeite met afhappen, problemen met het verzamelen van de bolus op de tong en dit transporteren richting de farynx. In de faryngeale fase hebben dysfagiepatiënten vooral problemen met premature spillage, verslikken en/of het verlies van voeding uit de neus. Verslikken kan leiden tot een aspiratiepneumonie, die wordt veroorzaakt doordat geaspireerde voedselresten een infectie veroorzaken in de onderste luchtwegen (de Bodt et al., 2015).

In de logopedische behandelingen gericht op dysfagie speelt de manier waarop vochtinname gebeurt een grote rol (Castro, 2011). Bij deze doelgroep kan het drinken ondersteund worden door het inzetten van verschillende hulpmiddelen om tot een veilige en voldoende vochtinname te komen. Het gebruik van een normaal glas heeft bij dysfagiepatiënten ten alle tijden de voorkeur omdat een glas geen negatieve invloed heeft op de fasen van het slikken (Castro et al., 2011). Aan het gebruik van een normaal glas kleven echter ook een aantal nadelen zoals een vergrote kans op knoeien, waardoor het gebruik van een alternatief op zijn plaats zou zijn. Verschillende alternatieven zijn bekers met een neusuitsparing, Handycups, Thermosana bekers, tremorbekers, rillenbekers, Heidi bekers en tuitbekers (met of zonder rietje). Castro (2011) beschrijft dat een neusuitsparingsbeker het hoofd niet in extensie brengt, wat er voor zorgt dat de kans dat de vloeistof naar de luchtpijp stroomt afneemt. Een onderzoek van Logemann (2000) bevestigt dit en geeft ook dat een flexiehouding van het hoofd het aspireren van vloeistoffen bij mensen met dysfagie kan voorkomen. Een Handycup is een beker met twee grote oren en een stabiel ondervlak, deze beker geeft grip en zou het hoofd niet in extensie brengen. Een Thermosana beker heeft een groot oor en voorkomt wederom dat het hoofd in extensie wordt gebracht. Een tremorbeker zorgt ervoor dat de vloeistof beter in de beker blijft en een rillenbeker geeft extra grip. De Heidi beker is een beker met een kraagdeksel die o.a. kan worden ingezet bij slikspasmen. De beker wordt ook wel een doseerbeker genoemd, want door de vorm van de deksel wordt de vloeistof gedoseerd waardoor de patiënt minder morst. (www.able2.nl).

Een vaak gebruikt alternatief is de tuitbeker, welke volgens de Bodt et al. (2015) ingezet kan worden om het naar achter kantelen van het hoofd te voorkomen mits de tuit schuin genoeg is. Castro et al. (2011) concludeert daarentegen dat het gebruik van een tuitbeker verschillende dysfuncties veroorzaakt in de oraal voorbereidende, de orale en de faryngeale fase. De Bodt et al. (2015) geeft tegelijkertijd aan dat het gebruik van een tuitbeker bij patiënten met een

aspiratierisico niet is aangewezen en kan er beter gebruik gemaakt kan worden van een alternatief.

Uit een anonieme enquête (Castro et al., 2011) blijkt echter dat in ziekenhuizen en woonzorgcentra vaak standaard een tuitbeker wordt aangeboden aan patiënten met een dysfagie die een vochtinnameprobleem hebben. Van Eijle (1991) geeft aan dat drinken uit een tuitbeker van invloed is op alle fasen van de slikact. Tijdens de voorbereidende orale fase blijft de tuit gedurende de volledige slikact in de mond wat zorgt voor een verminderde lipsluiting en lipkracht. Dit heeft een verminderde intra-orale drukopbouw als gevolg. Marks & Rainbow (2001) geven aan dat personen kunnen schrikken als een warme vloeistof te snel uit de tuit stoomt omdat gewaarwordingen zoals waarnemen vervallen. De meeste tuitbekers bestaan namelijk niet uit doorzichtig plastic waardoor de visuele feedback wordt verminderd (Castro et al., 2011). Daarnaast zorgt het plaatsen van een deksel met een tuit op de beker ervoor dat de vloeistof ook niet van bovenaf kan worden waargenomen en informatie over bijvoorbeeld de temperatuur verminderd. Tijdens de orale fase van het slikken zorgt een enkele omhoog- en achterwaarts gerichte beweging van de tong voor het naar achteren transporteren van de bolus. Wanneer met een tuitbeker wordt gedronken rust deze op de tong waardoor deze tijdelijk is geïmmobiliseerd wat kan zorgen voor een verminderde tongbewegelijkheid. Op die manier kan de bolus zich ongecontroleerd in de mond verspreiden, waardoor aspiratie kan optreden (Logemann, 2000). Ook Yoshida (2006) concludeert dat de tong tijdens het slikken druk veroorzaakt om de bolus te kunnen transporteren, iets wat niet kan als deze geïmmobiliseerd is. Kalf et al. (2008) stelt dat de functie van de lipsluiting als activator van de slikreflex buiten werking wordt gesteld. Daarnaast is de vloeistof moeilijk te doseren en komt deze met grote snelheid onverwacht op het midden van de tong terecht waardoor er sprake is van een verlies van boluscontrole (Kalf et al., 2008). Ook kan het drinken met een tuitbeker de persoon de neiging geven zijn hoofd naar achter te brengen (extensie) waardoor premature spillage kan optreden (Castro, 2011).

Castro (2011) geeft ook aan dat een tuitbeker eventueel wel kan worden aangeboden aan bedlegerige personen zonder een slikprobleem. Het betreft hier patiënten waarbij boomstamverpleging wordt gehanteerd, wat inhoudt dat iemand vanwege medische redenen plat in bed moet blijven liggen en absoluut niet rechtop mag zitten.

Ook in Het Groene Hart Ziekenhuis merkten de logopedisten Francien de Jong-Lammerts en Anouk Oudhuis op dat tuitbekers op de verschillende afdelingen veel worden gebruikt. Zo zien zij dat de tuitbekers voor volwassenen te pas en te onpas worden ingezet bij dysfagiepatiënten op de interne, geriatrische- en longafdeling en problemen m.b.t. de vochtinname kunnen veroorzaken. Het betreft hier problemen zoals premature spillage en verslikproblematiek als gevolg van verminderde waarneming en bewegelijkheid van de tong, controle verlies van de bolus en het hoofd in extensie brengen (Castro et al., 2015). Een probleem met de vochtinname kan uiteenlopende gevolgen hebben en kan een slikprobleem/slikstoornis veroorzaken (Castro et al., 2011). Een slikprobleem is tevens een belangrijke factor voor het veroorzaken van een aspiratiepneumonie, ondervoeding, dehydratie en/of verminderde levenskwaliteit (Steele, Greenwood, Ens, Robertson & SeidmanCarlson, 1997). Volgens Langmore et al. (1998) kan dit alles leiden tot hospitalisatie, een grote zorgbehoefte met soms de dood als gevolg.

Uit een onderzoek van Castro et al. (2011) kwam al naar voren dat een tuitbeker in verschillende ziekenhuizen en zorgcentra vaak standaard wordt aangeboden, de literatuur beschrijft echter niet wat de reden is achter dit gebruik. Logopedisten Francien de Jong-Lammerts en Anouk Oudhuis vragen zich daarom af wat de reden is dat deze bekens worden ingezet en op welke manier ze het gebruik kunnen reduceren waardoor de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen kan worden geoptimaliseerd. Met een onderzoek naar het gebruik van deze tuitbekers verwachten de

logopedisten meer bewustwording te creëren bij de verpleegkundigen en voedingsassistenten over het inzetten van verschillende drinkbekers.

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen welke redenen zorgprofessionals hebben om de tuitbeker in te zetten bij dysfagiepatiënten. Dit onderzoek zal inzichtelijk maken hoe zij tegenover het gebruik van alternatieven staan en aan welke eisen deze alternatieven moeten voldoen. Ook zal worden onderzocht wat volgens de zorgprofessionals nodig is om met de alternatieven te werken. Met het inzichtelijk maken van deze gegevens kunnen aanbevelingen worden opgesteld die nodig zijn om de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen te optimaliseren.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat is er nodig om de kwaliteit van de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen voor mensen met een dysfagie op de Geriatrie-, Long- en interne afdelingen in het GHZ te optimaliseren?

Methode

1.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een kwalitatief beschrijvend onderzoek waarbij op de geriatrie, de long- en interne afdeling in Het Groene Hart Ziekenhuis semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij verpleegkundigen en voedingsassistenten. De semigestructureerde interviews zijn gebruikt om de meningen en opvattingen van de participanten over het gebruik van de tuitbeker te achterhalen. De interviews hadden als doel inzicht te geven in de redenen achter het gebruik van de tuitbeker en hoe participanten staan tegenover het gebruik van alternatieven. Er is gekozen voor deze onderzoeksmethode omdat deze methode geschikt is om meningen, opvattingen en beweegredenen van de participanten inzichtelijk te maken (Verhoef, 2015).

Ook betreft dit onderzoek een kwantitatief onderzoek waarbij een observatie op de verschillende afdelingen is gedaan om te bepalen hoe vaak een tuitbeker werd ingezet bij een patiënt met dysfagie. Deze observatie is uitgevoerd door bij dysfagiepatiënten te kijken of een tuitbeker aanwezig was op de kamer. Gegevens van deze observatie maken inzichtelijk hoe vaak een tuitbeker daadwerkelijk nog wordt ingezet en geven daarmee een feitelijke weergave van de omvang van het probleem.

1.2 Onderzoekspopulatie

Er is voor gekozen om zowel verpleegkundigen als voedingsassistenten te includeren in dit onderzoek. Beide zorgverleners zijn namelijk verantwoordelijk voor het veilig aanbieden van orale intake bij patiënten. De onderzoekspopulatie bestaande uit 6 participanten (N=6) bevat 3 verpleegkundigen en 3 voedingsassistenten om relevante en representatieve informatie te verkrijgen (Verhoef et al., 2015).

1.2.1 In- en exclusiecriteria

De onderzoekspopulatie voldeed aan de onderstaande criteria:

<u>Inclusiecriteria</u>	<u>Exclusiecriteria</u>
- De verpleegkundigen en voedingsassistenten zijn gediplomeerd. - De verpleegkundigen en voedingsassistenten zijn werkzaam op de geriatrie-, long- of interne afdelingen in Het Groene Hart Ziekenhuis. - De verpleegkundigen en voedingsassistenten zijn werkzaam met patiënten waarbij een dysfagie is gediagnosticeerd.	- De verpleegkundigen en voedingsassistenten zijn stagiaires.

Tabel 1: In- en exclusiecriteria

1.2.2 Werving en selectie

Allereerst is mondeling contact gezocht met de mogelijke respondenten op de 3 geselecteerde afdelingen. Aan de potentiële deelnemers werd gevraagd of ze voldeden aan de in- en exclusiecriteria en tijd hadden om deel te nemen aan dit onderzoek. Vervolgens werd een kleine mondelinge introductie van het onderzoek gegeven waarop de vraag volgde of de interesse bestond om deel te nemen aan dit onderzoek. Indien mogelijk werd het interview diezelfde dag

nog afgenomen. Als deze mogelijkheid zich niet voordeed werden gegevens van de participanten genoteerd en werd schriftelijk een vervolgafpraak gemaakt.

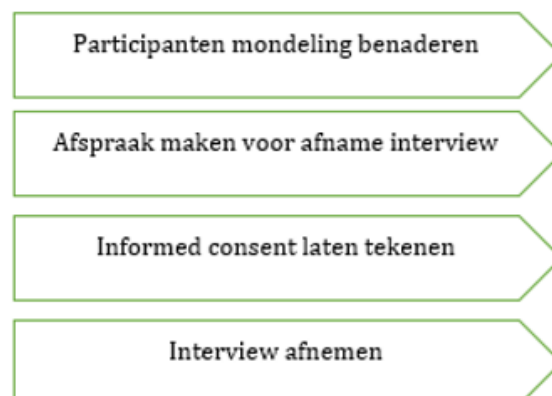
1.3 Onderzoeksinstrument & meetprocedure

Gedurende dit onderzoek zijn semigestructureerd interviews afgenomen waarbij gebruik werd gemaakt van een aantal topics. Per topic zijn een aantal vragen opgesteld waarbij, indien nodig werd geacht, de mogelijkheid werd gecreëerd om deze uit te diepen. (Bakker & Van Buuren, 2014). Gegevens verkregen uit bovenstaande literatuurstudie en een eerder gebruikt interviewprotocol uit het onderzoek van Castro et al. (2011) zijn gebruikt om de uiteindelijke topics in de vragenlijst (Bijlage 2) te bepalen (Verhoef et al., 2015). Om de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te vergroten is bij het opstellen van het interviewprotocol het taalgebruik afgestemd op het referentiekader van de respondent en een neutrale, niet suggestieve vaagstelling gehanteerd (Baarda & De Goede, 2006; Janssens, 2006). Daarnaast zijn de topics in de vragenlijst door 2 externe personen beoordeeld op volledigheid van het instrument, waarmee de validiteit van het instrument wordt gewaarborgd (Verhoef, 2015). De topiclijst bevat de volgende onderdelen:

1. Kennis van het slikken: Binnen dit topic werd gevraagd naar de kennis van het slikken, het belang van veilig slikken en aanpassingen om de patiënt veilig te laten slikken.
2. Gebruik van de tuitbeker: Binnen dit topic werd gevraagd waarom de beker wordt ingezet, wat mogelijke voor- en nadelen zijn en bij welke doelgroep de beker wordt gebruikt.
3. Herkennen van verslikproblemen: Binnen dit topic werd uitgevraagd welke signalen de participanten herkennen m.b.t. verslikking.
4. Alternatieven: Binnen dit topic werd uitgevraagd hoe de participanten tegenover mogelijke alternatieven op de tuitbeker stonden.

Alle interviews zijn opgenomen middels audioapparatuur zodat gegevens achteraf getranscribeerd en geanalyseerd konden worden. Reproduceerbaarheid van dit onderzoek werd bewaakt middels het kiezen van de juiste onderzoekspopulatie en het toevoegen van het gebruikte interviewprotocol (Bijlage 2)

Aan het einde van het interview kregen participanten de mogelijkheid eventuele relevante informatie m.b.t. het onderzoek te delen. Ook kregen ze de keuze op de hoogte gehouden te worden over de resultaten van het onderzoek.



Figuur 1.0 Schematische weergave meetprocedure

1.4 Data-analyse

Om de data kwalitatief te beoordelen en te analyseren is gebruik gemaakt van de '*grounded theory*', waarbij van tevoren nog niet precies bekend is naar welke thema's of categorieën wordt gezocht (Verhoef et al., 2015). Gegevens uit de interviews zijn middels het af luisteren van de audioapparatuur getranscribeerd. Codes zijn toegevoegd die de desbetreffende passage in een tekst zo goed mogelijk representeren (Verhoef et al., 2015). Een codeboom is opgesteld om informatie te organiseren en thema's te creëren (*Bijlage 6*). Aansluitend is axiaal gecodeerd waarbij fragmenten binnen een thema met elkaar zijn vergeleken. Daarna is selectief gecodeerd waarbij de gevonden concepten uitgewerkt zijn tot een theorie (Verhoef et al., 2015). De interpretatie van deze gegevens en de hieruit volgende inzichten zijn gecheckt bij de participanten middels een member check (Verhoef, 2015). Hier zijn geen wijzigingen uit voortgekomen.

Gegevens uit de kwantitatieve observatie zijn verwerkt middels het gebruik van een nominaal meetniveau. Er zijn verschillende categorieën opgesteld waarbij de uitkomstwaarden zijn benoemd in getallen (Kuiper, 2007).

1.5 Ethische kaders

De gedragscode praktijkgericht onderzoek is tijdens dit onderzoek als leidraad genomen (Verhoef et al., 2015). Privacy en anonimiteit van de deelnemers aan dit onderzoek werd bewaakt middels het tekenen van een informed consent (*Bijlage 3*) (Verhoef, 2015). Participanten waren voorafgaand op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek en hebben middels het tekenen van het informed consent ook toestemming gegeven het interview op te nemen. Audio-opnames zijn na het analyseren van de gegevens verwijderd, resultaten van deze opnames zijn anoniem en vertrouwelijk behandeld. Er is rekening gehouden met de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) door gegevens te anonimiseren. De wet Medisch-Wetenschappelijk onderzoek (WMO) is in acht genomen. De beoordeling van een medische-ethische toetsingscommissie (METC) was niet vereist (Verhoef et al., 2015).

Resultaten

2.1 Demografische gegevens onderzoeksgroep

Tijdens dit onderzoek zijn 3 verpleegkundigen en 3 voedingsassistenten geïnterviewd die voldeden aan opgestelde inclusiecriteria. De participanten zijn werkzaam op de ouderengeneeskunde, long- en interne afdeling. De werkervaring verschilt van 8 tot 30 jaar (zie tabel 1).

Respondenten	Functie	Afdeling	Werkervaring
Respondent 1.	Verpleegkundige	Longafdeling	30 jaar
Respondent 2.	Voedingsassistent	Longafdeling	26 jaar
Respondent 3.	Verpleegkundige	Interne afdeling	8 jaar
Respondent 4.	Voedingsassistent	Interne afdeling	8 jaar
Respondent 5.	Voedingsassistent	Ouderengeneeskunde	19 jaar
Respondent 6.	Verpleegkundige	Ouderengeneeskunde	10,5 jaar

Tabel 1: overzicht respondenten

2.2 Gegevens tuitbeker gebruik

Onderstaande resultaten geven een schematische weergave van het gebruik van de tuitbeker op de verschillende afdelingen. Bij de berekening van het gemiddeld aantal tuitbekers bij dysfagiepatiënten zijn patiënten waarbij Niks Per Os (NPO) werd gehanteerd niet meegenomen in de berekening omdat bij deze doelgroep, vanwege een slikstoornis, geen orale intake wordt aangeboden. Bij deze patiëntengroep zal een tuitbeker dus nooit aanwezig zijn.

Afdelingen: A5 (Long), A4 (intern) D5 (Geriatric)				
Resultaat	Datum			
	Week 1 09/04/2019	Week 2 07/05/2019	Week 3 16/05/2019	
Aantal patiënten met dysfagie	6	4	6	
Aantal patiënten NPO	1	0	0	
Tuitbeker aanwezig*	4	3	4	
Gemiddeld percentage	80%	75%	67%	73%

Tabel 2: Overzicht tuitbekers op de deelnemende afdelingen

*Patiënten met dysfagie waarbij de beker met een tuit aanwezig is op de kamer en wordt ingezet.

Bij 73% van de dysfagiepatiënten werd dus een tuitbeker ingezet, de overige 27% maakte gebruik van een normaal glas.

2.2 Doelgroep

Bij het inzetten van de tuitbeker is het allereerst van belang te achterhalen bij wie deze beker precies wordt ingezet. Bij het inzetten van de tuitbeker gaven vier respondenten aan geen onderscheid te maken in patiënten mét of zonder slikstoornis. Patiënten met Parkinson, verminderde kracht, een verminderd cognitief functioneren en reumatische klachten behoren volgens 3 participanten tot de doelgroep waarbij zij een tuitbeker zouden gebruiken. Twee respondenten gaven aan de tuitbeker juist niet in te zetten bij dysfagiepatiënten.

Participant 3

“Nee niet per se, we maken geen onderscheid of iemand dan wel of geen slikprobleem heeft.”

2.3 Redenen gebruik tuitbeker

Voor het inzetten van de tuitbeker hebben de participanten verschillende redenen. Hieronder volgt een opsomming van de meest genoemde beweegredenen.

2.3.1 Knoeien

Voor het inzetten van de tuitbeker hebben de participanten verschillende redenen. Een veel genoemd voordeel, en tevens ook een belangrijke reden om de beker in te zetten, is het verminderd knoeien van de patiënten. Voor 5 van de 6 participanten was dit argument een belangrijke reden om de beker te gebruiken. Zo zou de deksel van de tuitbeker de beker grotendeels afsluiten waardoor de kans op knoeien wordt verminderd

Delirante patiënten, patiënten die de neiging hadden om hun glas om te stoten en patiënten met Parkinson behoren volgens de participanten allemaal tot de groep waarbij de tuitbeker vanwege knoeien snel wordt ingezet. Slechts 1 participant gaf aan dat knoeien voor haar geen reden was om de tuitbeker te gebruiken.

Participant 2

“Hij wordt vaak gebruikt bij mensen die vaak beven, bijvoorbeeld Parkinson. Dan is het vooral om het knoeien te voorkomen. Ik heb het idee dat het vaak een beetje gemakzucht is.”

2.3.2 Bevorderen zelfstandigheid en welzijn van de patiënt

Een ander genoemd voordeel, het bevorderen van de zelfstandigheid en het welzijn van de patiënt, is voor 4 participanten een reden om de tuitbeker in te zetten. De patiënt zou middels het gebruik van een tuitbeker zelfstandig kunnen drinken en minder knoeien, iets wat het welzijn van de patiënt bevordert. Sommige hulpbehoevende patiënten zouden niet geholpen willen worden tijdens het drinken, het inzetten van een tuitbeker is volgens een participant dan een goede oplossing. Een andere participant benoemde dat de patiënten die een normale beker niet meer snappen vanwege cognitieve problematiek, vaak nog wel met een tuitbeker overweg kunnen. Een normale beker zou de patiënt niet goed naar de lippen kunnen brengen en daarbij veel knoeien, met een tuitbeker zou de patiënt wél zelfstandig kunnen drinken. Een andere participant beaamde dit en gaf aan deze reden, in combinatie met tijdgebrek, veel te horen als argument waarom de beker wordt ingezet:

Participant 5:

“Ik snap dat heel veel het makkelijk vinden. We zetten een tuitbeker neer en kunnen de patiënt alleen achterlaten. Bijvoorbeeld als mensen geen tijd hebben om te helpen met drinken.”

2.3.3. Verzoek van de patiënt en omgeving

Ook het verzoek van de patiënt en diens omgeving om de tuitbeker in te zetten speelt een grote rol. Alle participanten gaven aan te maken gehad te hebben met verzoeken van de patiënt en het bezoek om de tuitbeker te gebruiken. Vijf participanten gaven aan dat veel patiënten ook zelf vragen om een tuitbeker. Patiënten gaven vaak als reden dat ze minder knoeien, het vanuit huis al gewend zijn en niet uit bed hoeven te komen. Een participant benoemde dat deze laatste reden werd gebruikt door een longpatiënt die aangaf te verzwakt te zijn om rechtop in bed zitten en middels een tuitbeker ook liggend kon drinken. Twee andere participanten gaven aan dat ook de omgeving van de patiënten vraagt om een tuitbeker te gebruiken. Zij zeggen daarover het volgende:

Participant 6

“En dan is het niet altijd te patiënt zelf die er om vraagt maar bijvoorbeeld ook de partner. Die vragen er dan om.”

Een participant gaf aan het verzoek van de patiënt en de omgeving niet altijd te weigeren en het lastig te vinden om uit te leggen waarom een tuitbeker geen geschikt hulpmiddel is:

Participant 4:

"Ja maar je doet het wel. Want wie ben ik om daarover te oordelen. Het zijn de patiënten hoor, daar mag ik helemaal niks over zeggen. Als de mensen koffie willen, nou ja wie ben ik om te zeggen nee dat mag niet in de tuitbeker? Dat is raar. Je luistert naar de patiënten. En soms kan je nog wel het een en ander uitleggen, maar ja dat vind ik lastig."

2.4 Nadelen

Naast de voordelen zien alle participanten ook nadelen aan het gebruik van de tuitbeker. Hieronder volgt een opsomming van de drie veelvuldig genoemde nadelen.

2.4.1. Schrikreacties

Bij warme dranken zou het gebruik van een tuitbeker ook nadelen teweegbrengen. Volgens de participanten sluit de deksel de beker af waardoor visuele waarneming verminderd. Een participant benoemde dat naast visuele- ook sensorische feedback wegvalt. Door het gebruik van een tuitbeker zou de tast van je lippen missen waardoor soms een te hete vloeistof in mond terecht komt, als gevolg hiervan zou een schrikreactie kunnen ontstaan.

Participant 2

"Ook de temperatuur kennen ze dan niet. Als mensen bijvoorbeeld warme dranken drinken uit een tuitbeker dan waarschuw ik ook altijd. Het voelt namelijk warmer aan in je mond. Je mist de tast van je lippen, daar voel je de temperatuur ook aan. Met een rietje of tuitbeker komt het gelijk in je mond en daar schrik je van."

2.4.2. Gebruiksvriendelijkheid

Twee respondenten gaven aan dat de tuitbeker niet altijd begrepen wordt door mensen waarbij het cognitief functioneren is verminderd. Die patiënten weten niet wat ze met de tuitbeker moeten doen, terwijl drinken uit een normaal glas vaak beter gaat. Ook gaf een participant aan dat sommige patiënten juist onzeker worden van het gebruik van een tuitbeker. Een ander genoemd nadeel was dat het gebruik van een tuitbeker niet hygiënisch zou zijn voor zowel de verpleegkundigen als de patiënt. De tuitdeksel zit vaak stevig vast op de beker, waardoor het lastig is om de beker open en dicht te doen. De verpleging moet de deksel dan stevig vastpakken, zowel onhygiënisch voor het personeel als de patiënt.

Participant 1

"Ik heb idee dat mensen die zich verslikken, die zijn soms ook wel in de war, dat ze daarom ook niet weten wat ze ermee aan moeten met zo een tuitbeker. En als je dan dat tuitje er af haalt dan lukt het vaak beter"

2.4.3. Verslikproblemen

Het nadeel dat het meest werd benoemd, namelijk door 5 van de 6 participanten, was het zien van verslikproblemen na het gebruik van de tuitbeker. Drie participanten benoemde waarom ze dachten dat een tuitbeker verslikproblemen veroorzaakt. Zij gaven aan dat patiënten met een tuitbeker gemakkelijk een grote hoeveelheid van de vloeistof uit de beker naar achter gooien waardoor ze zich juist verslikken. De beker zou de vloeistof moeilijk doseren en door de grote opening van de tuit er juist voor zorgen dat bij het nemen van een slok een te grote hoeveelheid uit de beker stroomt. Eén participant gaf aan het idee te hebben juist minder verslikproblemen te zien bij het gebruik van een tuitbeker.

Participant 5

"Nou ik denk sneller. Want als je iemand een glas geeft, dan neemt diegene altijd een klein slokje. Die gaat dat niet naar binnen gieten. Maar met een tuitbeker heb je die kans wel. Dan gaan ze gewoon gieten. "

2.5 Alternatief

Om de tuitbeker te vervangen is aan de participanten gevraagd aan welke eisen een mogelijk alternatief moet voldoen. Ook werd hun gevraagd wat er nodig is om het gebruik van de tuitbekers te verminderen en een alternatief te implementeren.

2.5.1. Eisen

Volgens alle participanten moet een mogelijk alternatief een afsluitbare deksel hebben waardoor knoeien door de patiënt wordt voorkomen. De beker moet de vloeistof doseren zodat voorkomen wordt dat patiënten gaan gieten, waardoor het risico op aspiratie verminderd. Een Heidibeker zien de participanten, vanwege de afsluitbare deksel met kleine opening, daarom als een bruikbaar alternatief bij patiënten die veelvuldig knoeien. Ook gaven twee participanten aan graag een beker te willen die gebruiksvriendelijk is voor zowel de verpleging, de voedingsassistenten als de patiënt. Hierbij kan gedacht worden aan een beker die lichtgewicht is en handvatten bevat, zodat patiënten gemakkelijker zelfstandig kunnen drinken.

Participant 5

“Ja die beker kan dan zeker ook het knoeien voorkomen. Of een beker met handvatten, die geven de patiënten meer grip. Zo hadden wij laatst een dame op kamer 61, die pakt die beker dan met 2 handen, neemt een klein slokje en zet de beker dan weer neer. En dat hielp die vrouw wel.”

2.5.2. Scholing

Om het gebruik van de tuitbeker te verminderen een alternatief te laten slagen gaven de participanten behoefte te hebben aan een scholing om de risico's van het gebruik van een tuitbeker uit te leggen. De scholing zou zich volgens de participanten vooral moeten richten op fasen van het slikken, de invloed van de tuitbeker op de deze fasen en het doel van het alternatief. Een andere participant vertelde deze scholing ook fijn te vinden om aan de patiënt uit te leggen waarom ze geen tuitbeker wil gebruiken.

Participant 5:

“Ja ik zou het heel erg interessant vinden. Dan kan ik makkelijker uitleggen aan familie van een patiënt waarom ik geen tuitbeker wil gebruiken.”

Het gebruik van de tuitbeker kan volgens een participant verminderd worden door de tuitbeker na het geven van een scholing van de afdeling te halen.

Participant 3

“Het werk vaak het beste om de ‘meuk’ waar je niet meer wil dat er mee gewerkt wordt gewoon weg te halen. Wij houden namelijk graag vast aan bekenden dingen. Dan wordt het oude ook echt niet meer gebruikt.”

Discussie

Vier respondenten gaven aan bij het inzetten van tuitbeker geen onderscheid te maken in patiënten mét of zonder slikstoornis. Dit resultaat is in tegenstrijd met de literatuur omdat de Bodt (2015) en Castro et al. (2011) aangeven dat de tuitbeker verschillende dysfuncties in het slikproces veroorzaakt. De tuitbeker is daarom bij patiënten met een aspiratierisico als gevolg van Parkinson of algehele zwakte niet aangewezen. De vier respondenten die aangaven geen onderscheid te maken gebruiken de tuitbeker dus ook bij patiënten mét een slikstoornis. Wellicht dat deze constatering gedeeltelijk kan bijdragen aan de verklaring waarom bij 73% van de dysfagiepatiënten een tuitbeker wordt gebruikt en maar bij 27% van de dysfagiepatiënten een normaal glas.

Het gebruik van een tuitbeker levert volgens de participanten ook een aantal nadelen op. Twee participanten gaven aan dat de tuitbeker niet altijd werd begrepen door mensen waarbij het cognitief functioneren is verminderd. Castro et al. (2011) bevestigt dit en beschrijft dat bij patiënten waarbij Alzheimer dementie is vastgesteld agnosie vaak voorkomt. Ook vertelden de deelnemers dat de tuitbeker ervoor zorgt dat dat visuele en sensorische feedback verminderd/wegvalt waardoor bij patiënten een schrikreactie ontstaat. Dit ligt in lijn met Marks & Rainbow (2001) die aangeven dat personen kunnen schrikken als een hete vloeistof snel uit de tuit stroomt omdat gewaarwordingen zoals waarnemen vervallen. Een andere participant benoemde dat sommige patiënten ook onzeker worden van het gebruik van een tuitbeker. Castro et al. (2011) beaamt dit en zegt dat een tuitbeker vaak wordt aangezien als kinderachtig hulpmiddel.

Een ander genoemd nadeel is het zien van verslikproblematiek tijdens het gebruik van een tuitbeker. Participanten gaven aan dat vloeistof uit de beker, vanwege de grote tuit, moeilijk te doseren is waardoor de patiënten teveel vloeistof in de mond krijgen. Kalf et al. (2008) sluit hierbij aan en verteld dat vanwege de grote hoeveelheid en de snelheid waarmee de vloeistof achter in de mond terecht komt er verlies van boluscontrole optreedt. Logemann (2000) verteld dat op die manier de bolus zich ongecontroleerd in de mond verspreid, waardoor aspiratie kan optreden. Castro et al. (2011) geeft aan dat de tuitbeker (hyper)extensie van het hoofd uitlokt waardoor de kans op aspiratie vergroot wordt. Een mogelijke andere verklaring voor de verslikproblematiek zou volgens Castro et al. (2011), vanwege de tuit, een verminderde tongbeweeglijkheid van de tong zijn waardoor de bolus zich ongecontroleerd in de mond verspreid. Ook Yoshida (2006) concludeert dat het van belang is dat de tong tijdens het slikken druk veroorzaakt om de bolus te kunnen transporteren, iets wat niet kan als deze geïmmobiliseerd is. Het zien van de verslikproblematiek na het gebruik van een tuitbeker lijkt dus in verband te staan met bevindingen uit de literatuur.

De Bodt et al. (2015) beschrijft, de inmiddels achterhaalde reden, dat de tuitbeker oorspronkelijk is bedoeld om extensie van het hoofd te voorkomen waardoor de kans op aspireren wordt verkleind. Toch komt uit de resultaten naar voren dat alle participanten de tuitbeker met een ander doel inzetten dan datgene waar hij dus oorspronkelijk voor was bedoeld. Het verminderen van knoeien, het bevorderen van zelfstandigheid en welzijn en het luisteren naar het verzoek van de patiënt zijn namelijk drie grote beweegredenen en niet overeenkomstig met de literatuur.

Deze beweegredenen, in combinatie met de bovenstaande constatering waarbij door de participanten niet wordt gelet op de aanwezigheid van een slikstoornis, zouden mogelijk kunnen verklaren waarom een tuitbeker bij dysfagiepatiënten wordt ingezet.

Opmerkelijk was ook dat een participant aangaf de tuitbeker juist in te zetten bij patiënten die een normale beker niet meer snappen vanwege cognitieve problematiek. Op basis van eerdere bevindingen van Castro et al. (2011) zou men dit niet verwachten omdat bij deze doelgroep de kans bestaat dat agnosie, het niet herkennen van voorwerpen, optreedt waardoor patiënten een tuitbeker vaak niet kunnen gebruiken. Een andere participant gaf als reden dat de patiënt liggend kan drinken omdat rechtop in bed zitten voor de patiënt te vermoeiend is. Indien er geen sprake is van een slikstoornis beschrijven Castro et al. (2011) dat een tuitbeker om die reden inderdaad kan worden aangeboden aan bedlegerige personen.

De participanten stelden als eis dat een alternatieve beker knoeien voorkomt, vloeistof doseert, lichtgewicht is en eventueel handvatten voor meer grip bevat. Het gebruik van een Heidibeker en Handycup zou volgens de onderzoeksgroep, indien sprake van knoeigevaar en verminderde zelfstandigheid, daarom op zijn plek zijn. In de literatuur beschrijft ook Castro et al. (2011) de Handycup en de rillenbeker als twee bekertjes die lichtgewicht zijn en patiënten extra grip geven. Het voordeel van een Handycup t.o.v. een rillenbeker is dat deze beker het hoofd niet in extensie brengt, en dus ook geschikt is voor dysfagiepatiënten. Een beker die, vanwege een afsluitbare kraagdeksel en kleine opening, knoeien voorkomt en vloeistof doseert is een Heidibeker. De kraagdeksel zorgt ervoor dat het net lijkt alsof de patiënt uit een normaal glas drinkt, en dus ook de voordelen bevat van een normaal glas. De Heidibeker lijkt een geschikt alternatief, literair onderzoek naar deze laatste beker ontbreekt echter.

Onderzoeksproces

Het resultaat van dit onderzoek bevat zowel sterke als zwakke kanten. De uitslag van dit onderzoek zou mogelijk beïnvloed kunnen zijn vanwege de kleine onderzoeksgroep bestaande uit 3 verpleegkundigen en 3 voedingsassistenten, werkzaam op de 3 verschillende afdelingen in het GHZ. Een volgende onderzoeker zou de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van dit onderzoek kunnen verhogen door een grotere onderzoeksgroep aan te stellen. Daarentegen bestaat deze onderzoeksgroep uit een combinatie van professionals dit nog niet eerder in beeld is gebracht. Door verpleegkundigen én voedingsassistenten te interviewen zijn de beweegredenen om een tuitbeker in te zetten breed in beeld gebracht. Beide groepen zijn immers verantwoordelijk voor de veiligheid van orale intake. Het antwoord van deze onderzoeksvraag zou daarom ook van toepassing kunnen zijn in andere ziekenhuizen omdat ook daar de verantwoording van een veilige orale intake ligt bij verpleegkundigen en voedingsassistenten.

Ook het proces van dit onderzoek bevat zowel sterke als zwakke punten. Zo is het mogelijk dat de geïnterviewde onbewust is beïnvloed door de formulering van de vraagstelling. Ook ging, vanwege het gebruik van audioapparatuur, non-verbale informatie verloren. Een andere onderzoeker zou dit kunnen voorkomen door gebruik te maken van een standaard vragenlijst en videoapparatuur. Daarentegen is gedurende dit onderzoek gebruik gemaakt van een interviewprotocol met topiclijst die is gebaseerd op een eerder gebruikt interviewprotocol uit het onderzoek van Castro et al. (2011). Dit zorgt ervoor dat de validiteit van dit onderzoek wordt verhoogd. Ook zorgt het gebruik van audioapparatuur dat data niet verloren gaat en op objectieve wijze kan worden getranscribeerd en geanalyseerd.

Conclusie

Gedurende het onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

“Wat is er nodig om de kwaliteit van de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen voor mensen met een dysfagie op de Geriatrie-, Long- en interne afdelingen in het GHZ te optimaliseren?”

Geconcludeerd kan worden dat verschillende beweegredenen om de tuitbeker in te zetten en het feit dat geen rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van slikstoornissen ervoor zorgt dat bij $\pm 73\%$ van de dysfagiepatiënten een tuitbeker wordt ingezet. Uit zowel literatuur als resultaten uit het praktijkonderzoek is gebleken dat het gebruik van een tuitbeker verschillende nadelen met zich meebrengt zoals schrikreacties, verminderde gebruiksvriendelijkheid en het moeilijk doseren van de vloeistof waardoor verslikkingsgevaar en mogelijk een aspiratiepneumonie kan ontstaan. Gezien de omvang en de gevolgen van het probleem kan dus geconcludeerd worden dat het van belang is de tuitbeker, en daarmee ook de beweegredenen om deze beker in te zetten, weg te nemen om de kwaliteit van de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen te verbeteren.

Uit het interview met de participanten kan geconcludeerd worden dat er verschillende redenen zijn om de tuitbeker bij dysfagiepatiënten te gebruiken zoals een verminderd risico op knoeien en het bevorderen van de zelfstandigheid en welzijn van de patiënt. Geconcludeerd kan worden dat het gebruik van een alternatieve drinkbeker ervoor zou kunnen zorgen dat de beweegredenen om een tuitbeker te gebruiken worden weggenomen, waardoor de kwaliteit van de zorg verbeterd. Het gebruik van een passend en veilig alternatief zou namelijk de functie van de tuitbeker overbodig maken waardoor deze naar alle waarschijnlijkheid niet meer zal worden ingezet. Uit praktijkonderzoek kan worden geconcludeerd dat een alternatief knoeien moet voorkomen, handvatten moet bevatten, lichtgewicht moet zijn en vloeistof doseert.

Tevens gaven de participanten aan de tuitbeker in te zetten op verzoek van de patiënt en diens omgeving. Geconcludeerd kan worden dat het bieden van een scholing gericht op de risico's van de tuitbeker de kwaliteit van de zorg zou kunnen beteren omdat het verpleegkundigen en voedingsassistenten handvatten biedt het verzoek van de patiënt en diens omgeving verbaal te kunnen weerleggen. Ook gaven de participanten aan dat een scholing zich eveneens zou lenen om het mogelijke alternatief te implementeren, waaruit geconcludeerd kan worden dat de scholing zich vooral moet richten op de doel en de werkwijze van dit alternatief.

De aanbevelingen voor het Groene Hart Ziekenhuis met betrekking tot het alternatief en de implementatie hiervan zijn beschreven in de aanbevelingen.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn de volgende aanbevelingen opgesteld.

Aanbevelingen voor de praktijk:

- Om de kwaliteit van de zorg rondom orale vloeistoffen bij dysfagiepatiënten te verbeteren wordt aanbevolen de tuitbeker bij deze doelgroep niet te gebruiken. Er wordt aangeraden de tuitbeker te vervangen door een passend alternatief, welke veilig is voor patiënten mét en zonder slikprobleem. Herhaling van het probleem waarbij door de zorgverleners niet specifiek wordt gelet op de aanwezigheid van slikproblemen wordt hiermee voorkomen.
- Indien sprake is van veelvuldig knoeien wordt aangeraden een alternatief te gebruiken met een afsluitbare deksel, hierbij kan gedacht worden aan een Heidibeker. Als de zelfstandigheid en het welzijn van de patiënt gestimuleerd dient te worden kan gedacht worden aan het gebruik van een beker met handvatten zoals de Handycup.
- Indien bovenstaande argumenten voor een alternatief niet aanwezig zijn wordt aangeraden de tuitbeker te vervangen door een normaal glas omdat dit geen negatieve invloed heeft op de slikact (Castro et al., 2011).
- Het verdient de aanbeveling een scholing te organiseren voor verpleegkundigen en voedingsdeskundigen die ingaat op de volgende aspecten:
 - Risico's gebruik van een tuitbeker
 - Kiezen van de juiste drinkbeker
 - Doel en gebruik van een mogelijk alternatief
- Het verdient de aanbeveling de tuitbeker, na het geven van een scholing en het implementeren van het alternatief, te verwijderen om onnodig gebruik te voorkomen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek:

- Er wordt aanbevolen nader onderzoek te doen naar de beweegredenen van verpleegkundigen en voedingsassistenten in het gehele GHZ.
- Het verdient de aanbeveling om het effect van de Heidibeker op de fasen van het slikken bij dysfagiepatiënten te onderzoeken.
- Het verdient de aanbeveling verder onderzoek te doen naar andere mogelijke alternatieven die de tuitbeker kan vervangen.
- Het verdient de aanbeveling, indien bovenstaande praktijkaanbevelingen zijn doorgevoerd, te onderzoeken of de tuitbeker daadwerkelijk niet meer gebruikt wordt op de verschillende afdelingen.
- Het verdient de aanbeveling na de scholing gebruik te maken van de folder (*Bijlage 7*), om de zorgprofessionals ook na het volgen van de scholing te wijzen op het gebruik van de juiste drinkbekers.
- Het verdient de aanbeveling, indien bovenstaande aanbevelingen in de praktijk zijn doorgevoerd, te onderzoeken of gebruik wordt gemaakt van de aangeboden alternatieven en kennis en daarmee de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen daadwerkelijk is verbeterd.

Bronnen

Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. P. M., Peters, V. A. M., & van der Velden, T. M. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). Onderzoek in de gezondheidszorg. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Boerjan Sabine (2013), Als eten een zorg wordt... Het maaltijdgebeuren bij personen met Dementie.

Castro, E.-M., Franco, L., Van Beneden, G., & Vanderheyden, M. (2011). Onderzoek naar het gebruik van een tuitbeker bij volwassenen met een neurogeen vochtinnameprobleem. *Logopedie*, 2011 (mei – juni), 68 – 83.

Cichero, J. A. Y. (2013). The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: Foundations of a Global Initiative. *Current Physical Medicine Rehabilitation Reports*, 1, 280-291.

De Bodt, M., Guns, C., D'hondt, M., Vanderwegen, J., Van Nuffelen, G. (2015). *Dysfagie. Handboek voor de klinische praktijk*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Huizing, E. H., Snow, G. B., De Vries, N., Graamans, K., & Van de Heyning, P. (2007). Keel-neusoorheelkunde en hoofd-halschirurgie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kalf, H., Rood, B., Dicke, H., & Keeken, P. V. (2008). Slikstoornissen bij volwassenen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kuiper, H.M. (2007). *Methodisch handelen in de logopedie* (2^e druk). Assen: van Gorcum.

Logemann, J. (2000). Slikstoornissen: onderzoek en behandeling. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Marks, L., & Rainbow, D. (2017). *Working with dysphagia*. Routledge.

Permsirivanich, W. (2009). Comparing the effects of rehabilitation swallowing therapy vs. neuromuscular electrical stimulation therapy among stroke patients with persistent pharyngeal dysphagia: a randomized controlled study. *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 92(2), 259

Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., Clavé, P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011, 1–13. doi.org/10.1155/2011/818979

Steele, C. M., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C., & Seidman-Carlson, R. (1997). Mealtime Difficulties in a Home for the Aged: Not Just Dysphagia. *Dysphagia*, 12(1), 43–50. Doi.org/10.007/pl00009517

Tubbing, L. (2018, 10 december). Hoe interviews te coderen. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://deafstudeerconsultant.nl/hoe-interviews-te-coderen/>

Verhoef J., Kuiper C., Neijenhuis K., Dekker-Van Doorn C., Rosendal H. (2015) Zorgbasics 'Praktijkgericht onderzoek'. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

Yoshida, M., Kikutani, T., Tsuga, K., Utanohara, Y., Hayashi, R., & Akagawa, Y. (2006). Decreased Tongue Pressure Reflects Symptom of Dysphagia. *Dysphagia*, 21(1), 61–65.
doi.org/10.1007/s00455-005-9011-6

Bijlage 1 Zoekstrategie

Literatuurvragen

Om volledig antwoord te kunnen geven op de uiteindelijke onderzoeksvraag zijn er verschillende deelvragen voor de literatuur opgesteld:

- Wat is de invloed van de tuitbeker op de oraal-voorbereidende, de orale en faryngale fase van het slikken?
- Wat staat in de literatuur beschreven over de voor- en nadelen van het gebruik van een tuitbeker?
- Welke alternatieven zijn er naast het gebruik van een tuitbeker?

De deelvraag die middels deze zoekstrategie beantwoord wordt:

Wat is de invloed van de tuitbeker op de oraal-voorbereidende, de orale en faryngale fase van het slikken?

P: patiënten met een dysfagie

I: de tuitbeker

C: -

O: de invloed op de oraal-voorbereidende, de orale en faryngale fase van het slikken

De literatuurstudie heeft als doel inzicht te geven in de informatie die reeds beschikbaar is over het onderwerp. Deze informatie wordt gebruikt tijdens het praktijkgericht onderzoek en kan bijvoorbeeld worden ingezet bij het opstellen van een interviewprotocol. Op basis van kennis uit de literatuur kunnen topics voor een protocol worden opgesteld om op die manier volledige informatie uit de praktijk te verkrijgen. Ook kunnen eerder opgestelde interviews, die als bijlage van een onderzoek zijn toegevoegd, gebruikt worden om een interviewprotocol te maken. Het verkrijgen van een volledig beeld uit de praktijk is van belang om aanbevelingen op te stellen die tot een oplossing kunnen leiden.

Methode

Om een concrete selectie van de beschikbare literatuur te maken zijn de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Talen: Nederlands & Engels	Problemen met orale intake niet t.g.v. een slikprobleem.
Full tekst beschikbaar	
Gericht op patiënten met dysfagie	
Wetenschappelijk	

Bij het zoeken naar wetenschappelijke artikelen zijn verschillende zoektermen opgesteld. Deze zoektermen zijn zowel in het Nederlands als in het Engels opgesteld. Bij het opstellen van de Engelse zoektermen is gekeken naar Engelse vakliteratuur om tot de juiste zoektermen en artikelen te komen. Er is gebruik gemaakt van de volgende databases: Pubmed, Springerlink, Worldcat en Google Scholar. Gedurende het literatuuronderzoek werd er gebruik gemaakt van Booleaanse operatoren om tot een relevante selectie van literatuur te komen. Ook werd het filter 'full text' in alle databases toegepast om na het lezen van de abstract zeker te zijn dat het volledige artikel beschikbaar is.

Bij het selecteren van literatuur ging de voorkeur uit naar wetenschappelijke artikelen met de hoogst mogelijke bewijslast zoals een Systematic Review (SR) of een randomized controlled trial (RCT) (Kuiper, 2007). Wanneer geen artikelen beschikbaar zijn met deze bewijslast worden ook andere artikelen met een lagere bewijslast geïnccludeerd.

Werkwijze

Hieronder volgt een overzicht van de verschillende zoektermen die zijn opgesteld en gebruikt bij het zoeken naar literatuur in de verschillende databases. Indien een zoekopdracht te veel resultaten gaf werden Booleaanse operatoren toegepast om het aantal hits te verkleinen. Indien een zoekopdracht, waarbij gebruik gemaakt werd van Booleaanse operatoren, niet het gewenste resultaat opleverde werden andere zoektermen gebruikt. Als een relevant artikel gevonden leek te zijn werd eerst de titel en de abstract gelezen. Als deze aansloot bij de onderzoeksvraag werd er voor gekozen het gehele artikel te lezen.

Hieronder volgt een schematische weergave m.b.t. de zoekstrategie van 1 deelvraag:

Onderwerp 1 <i>Slikken</i>	Slikfasen Slikproces Oraal-voorbereidende fase Orale fase Faryngale fase.	Swallow/swallowing/ deglutition Swallowing phases The oral preparatory phase The oral transport phase The pharyngeal phase,
Onderwerp 2 <i>Dysfagie</i>	Dysfagie Oropharyngeale dysfagie Aspiratie en penetratie Risico's/moeilijkheden Diagnose en behandeling	Dysphagia Oropharyngeal Dysphagia Aspiration and respiratory complications. Risks/difficulties Diagnosis and management
Onderwerp 3 <i>Tuitbeker</i>	Tuitbeker Hulpmiddelen drinken Behandeling Drinken Voorwaarden	Sippy cup adults Drinking tools/ drinking aids Treatment Drinking / swallowing liquid Condition
Onderwerp 4 <i>Volwassenen</i>	Volwassenen CVA	Adults/older people Older patients Elderly Stroke patients

Databank / informatiebron: Google Scholar		
Gebruikte zoektermen	Hits	Resultaat?
Tuitbeker volwassenen	33	Niet relevant.
Tuitbeker dysfagie	9	Niet relevant
Sip Cup AND dysphagia	37	Niet relevant

Databank / informatiebronnen: Pubmed		
Gebruikte zoektermen	Hits	Resultaat

Sip cup AND dysphagia	2	Niet relevant.
Dysphagia AND drinking	634	Te breed
Dysphagia AND drinking tools	6	Niet relevant
Diagnosis Oropharyngeal Dysphagia AND Complications AND older people	52	Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., Clavé, P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. <i>Gastroenterology Research and Practice</i> , 2011, 1–13. Relevant: geeft aan hoe geslikt kan worden, complicaties en waarom het bij ouderen anders is.
Dysphagia AND difficulties	1288	Te breed
Dysphagia AND difficulties AND older people	55	Niet relevant
Swallowing therapy AND Dysphagia	13602	Te breed
Swallowing therapy AND pharyngeal AND dysphagia AND stroke patients	162	Permsirivanich, W. (2009). Comparing the effects of rehabilitation swallowing therapy vs. neuromuscular electrical stimulation therapy among stroke patients with persistent pharyngeal dysphagia: a randomized controlled study. <i>Medical journal of the Medical Association of Thailand</i> , 92(2), 259 Relevant: beschrijft problemen die patiënten met dysfagie kunnen ervaren.
Difficulties AND Aged AND Dysphagia	549	Te breed

Databank / informatiebron: Worldcat		
Gebruikte zoektermen	Hits	Resultaat
Swallowing therapy AND pharyngeal dysphagia	1542	Te breed
Swallowing therapy AND pharyngeal dysphagia AND sipping cup	2	Niet relevant
Drinking tools AND dysphagia	217	Te breed
Drinking tools AND dysphagia AND Cups	24	Niet relevant
	1892	Te breed

Dysphagia AND Aspiration AND respiratory		
--	--	--

Databank / informatiebron: Springerlink		
Gebruikte zoektermen	Hits	Resultaat
Difficulties AND Aged AND Dysphagia	12,127	Te breed
Difficulties AND Aged AND Dysphagia AND elderly	3778	Te breed
Difficulties AND Aged AND Dysphagia AND elderly AND deglutition	547	Te breed, wel 1 relevant gevonden Steele, C. M., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C., & Seidman-Carlson, R. (1997). Mealtime Difficulties in a Home for the Aged: Not Just Dysphagia. <i>Dysphagia</i> , 12(1), 43–50. Relevant: Gaat dieper in op mogelijke gevolgen van een dysfagie.

Databank / informatiebron: Google	
Gebruikte zoektermen	Resultaat?
Onderzoek tuitbeker volwassenen	Castro, E.-M., Franco, L., Van Beneden, G., & Vanderheyden, M. (2011). Onderzoek naar het gebruik van een tuitbeker bij volwassenen met een neurogeen vochtinnameprobleem. <i>Logopedie</i> , 2011 (mei – juni), 68 – 83. Relevant: enige onderzoek dat daadwerkelijk gaat over het gebruik van een tuitbeker bij volwassenen.

Resultaten:

Permsirivanich, W. (2009). Comparing the effects of rehabilitation swallowing therapy vs. neuromuscular electrical stimulation therapy among stroke patients with persistent pharyngeal dysphagia: a randomized controlled study. *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 92(2), 259

Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., Clavé, P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011, 1–13. doi.org/10.1155/2011/818979

Steele, C. M., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C., & Seidman-Carlson, R. (1997). Mealtime Difficulties in a Home for the Aged: Not Just Dysphagia. *Dysphagia*, 12(1), 43–50. Doi.org/

Bijlage 2 Topic lijst

Functie (Aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Voedingsassistent

Werkervaring: jaar

Kennis over het slikken

- Welke kennis heeft u over het slikken?
 - o Fasen slikken
- Waar heeft u deze kennis opgedaan?
- Heeft u het idee dat iedereen op uw afdeling over deze kennis beschikt?
- Wat weet u van het belang van veilig slikken?
 - o Hulpmiddelen
 - o Aanpassen consistenties
 - o Houdingsaanpassingen

De tuitbeker

- Welke kennis heeft u over de tuitbeker?
- Wat is uw mening over de tuitbeker?
 - o Voordelen
 - o Nadelen
- Waarom wordt de tuitbeker gebruikt?
- Wanneer wordt deze ingezet?
 - o Doelgroep
 - Ziektebeeld
 - Stoornis/beperking
 - o Consistenties/ soorten dranken
 - o 's Ochtends, 's middags, 's avonds.
-

Herkennen verslikproblemen

- Hoe herkennen jullie slikproblemen? (Castro et al., 2015)
 - o Slikapraxie & Weigering
 - o Residu
 - o Keel schrapen
 - o Hoesten
 - o Lekkage uit de mond
 - o Nasale terugvloeï (vloeistof komt lang de neus)
 - o Meerdere malen slikken
 - o Reutelende ademhaling
- Wat doen jullie met die signalen?
 - o Logopedie
 - o Aanpassingen
- Verslikken na gebruik tuitbeker
 - o Frequentie
 - o Doelgroep
 - o Zittend/liggend
 - o Zelfstandig/begeleid
- Signalen verslikken na gebruik tuitbeker (Castro et al., 2015)

- Slikapraxie (De patiënt kan op zich alle bewegingen die nodig zijn voor te slikken, maar weet niet meer hoe)
- Weigering en het hoofd wegdraaien
- Residu (overblijfselen van drinken op de tong, wangen...)
- Hoofd in extensie (achterwaartse strekking)
- Keel schrapen
- Hoesten
- Patiënt is afwezig, niet alert
- Lekkage uit de mond
- Patiënt geeft aan dat het drinken te snel gaat
- Protrusie van de tong (tongpersen)
- Bijtreflex
- Nasale terugvloeï (vloeistof komt lang de neus)
- Meerdere malen slikken
- Zichtbaar zuigreflex
- Weet niet hoe hij een tuitbeker correct moet gebruiken bv. bij dementie
- Schrikreactie (bv. te warme vloeistof)
- Reutelende ademhaling
- Gevolgen verslikken (Steele, Greenwood, Ens, Robertson & SeidmanCarlson, 1997).
 - Aspiratie/penetratie
 - Ondervoeding/dehydratatie
 - Verminderde levenskwaliteit

Alternatieven

- Bent u op de hoogte van alternatieven? Castro et al., 2015)
 - Glas
 - Transparante beker
 - Heidi beker
 - Tremorbeker
 - Rillenbeker (doorzichtige beker met geribbelde buitenkant)
 - Handycup (schuine beker + twee handvaten)
 - Beker met één handvat
 - Antilekbeker
 - Rietje met terugloopventiel
 - Thermische beker
 - Tuitbeker met een rietje
 - Beker met een neusuitsparing
 - Dysphagia cup
 - Doorschijnende beker
- Worden alternatieven gebruikt? Waarom wel/niet?
 - Zo ja, bij welke doelgroep?
- Wat vindt u van alternatieven?
 - Voordelen & nadelen
- Wat is er nodig om van een alternatief gebruik te maken?
 - Nieuwe materialen
 - Voorlichting

*Wilt u nog iets vertellen wat nog niet aan de orde is geweest?
Hoe vond u het gesprek?*

Bijlage 3 Informed Consent

Beste Deelnemer,

Dit onderzoek wordt geleid door Rosa Boerefijn. U bent van harte uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om te inventariseren wat de reden van zorgprofessionals is achter het gebruik van de tuitbeker bij volwassenen met een dysfagie en welke kennis zij hebben over de tuitbeker. Ook wordt in kaart gebracht hoe zij tegenover het gebruik van alternatieven staan en wat volgens hun nodig is om met eventuele alternatieven te kunnen werken. Met het in kaart brengen van deze gegevens kunnen aanbevelingen worden opgesteld die nodig zijn om het gebruik van de tuitbeker te optimaliseren of een mogelijk alternatief te implementeren.

Aan dit onderzoek zijn geen fysieke, economische of juridische risico's verbonden. U hoeft geen vragen te beantwoorden die u niet wilt beantwoorden. Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en kan op elk gewenst moment gestopt worden. Deelname aan dit onderzoek duurt ongeveer 20-30 minuten.

Als u besluit te stoppen met deelname aan dit onderzoek zal dat voor u geen gevolgen hebben. Echter, gegevens die u heeft versterkt tot aan het moment waarop u gestopt bent zullen in het onderzoek gebruikt worden. Uiteraard zullen er geen nieuwe gegevens meer worden verzameld.

Uw privacy is en blijft maximaal beschermd. Op geen enkele wijze zal vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens over u naar buiten gebracht. De audio-opnamen, formulieren en andere documenten die in het kader van dit onderzoek worden gemaakt, worden opgeslagen op een beveiligde computer van de onderzoeker. Bij de publicatie van deze gegevens zal worden geanonimiseerd.

Met de ondertekening van dit document geef ik, ondergetekende, aan vrijwillig mee te werken aan dit onderzoek. Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek, de manier waarop gegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld. Ik geef de onderzoeker toestemming om tijdens het interview opnames (geluid) te maken en schriftelijke notities te maken. Tot slot weet ik dat mijn privacy als deelnemer wordt gewaarborgd en in publicatie van gegevens wordt geanonimiseerd.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

Bijlage 4 Brief aan participanten

Beste Zorgprofessionals,

Mijn naam is Rosa Boerefijn, vierdejaars logopediestudente aan de Hogeschool Rotterdam. Op dit moment loop ik stage bij Francien de Jong- Lammerts en Anouk Oudhuis op de afdeling logopedie. Voor mijn afstudeeronderzoek ben ik op dit moment bezig met een praktijkgericht onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om te inventariseren wat de reden van zorgprofessionals is achter het gebruik van de tuitbeker bij volwassenen met een dysfagie en welke kennis zij hebben over de tuitbeker. Ook wordt in kaart gebracht hoe zij tegenover het gebruik van alternatieven staan en wat volgens hun nodig is om met eventuele alternatieven te kunnen werken. Met het in kaart brengen van deze gegevens kunnen aanbevelingen worden opgesteld die nodig zijn om het gebruik van de tuitbeker te optimaliseren of een mogelijk alternatief te implementeren.

De volgende onderzoeksvraag staat gedurende het onderzoek centraal:

Wat is er nodig om de kwaliteit van de zorg rondom de orale intake van vloeistoffen voor mensen met een dysfagie op de Geriatrie-, Long- en interne afdelingen in het GHZ te optimaliseren?

Middels dit onderzoek wordt in kaart gebracht wat de reden achter het gebruik van de tuitbeker is en hoe zorgprofessionals tegenover het gebruik van een alternatief staan. Door deze informatie te achterhalen kunnen aanbevelingen worden opgesteld om het gebruik van de tuitbeker te optimaliseren.

Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar ongeveer 6 deelnemers die hier aan willen deelnemen. Het interview zal ongeveer 20-30 minuten en kan worden ingepland op een tijdstip dat het u goed uitkomt. Tijdens het interview zal er gebruik gemaakt worden van een audio-opname om op die manier alle informatie zo zorgvuldig mogelijk te verzamelen. De interviews zullen worden afgenomen in het Groene Hart Ziekenhuis, begin april. De exacte datum kan persoonlijk worden besproken.

Als u het leuk lijkt om deel te nemen aan dit onderzoek of vragen heeft kunt u mij persoonlijk aanspreken of een e-mail sturen naar onderstaand emailadres:

Rosa.Boerefijn@ghz.nl

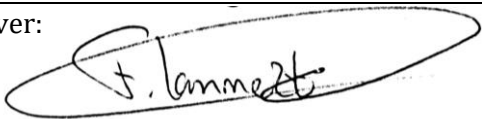
Alvast bedankt voor uw tijd en medewerking!

Met vriendelijke groet,

Rosa Boerefijn

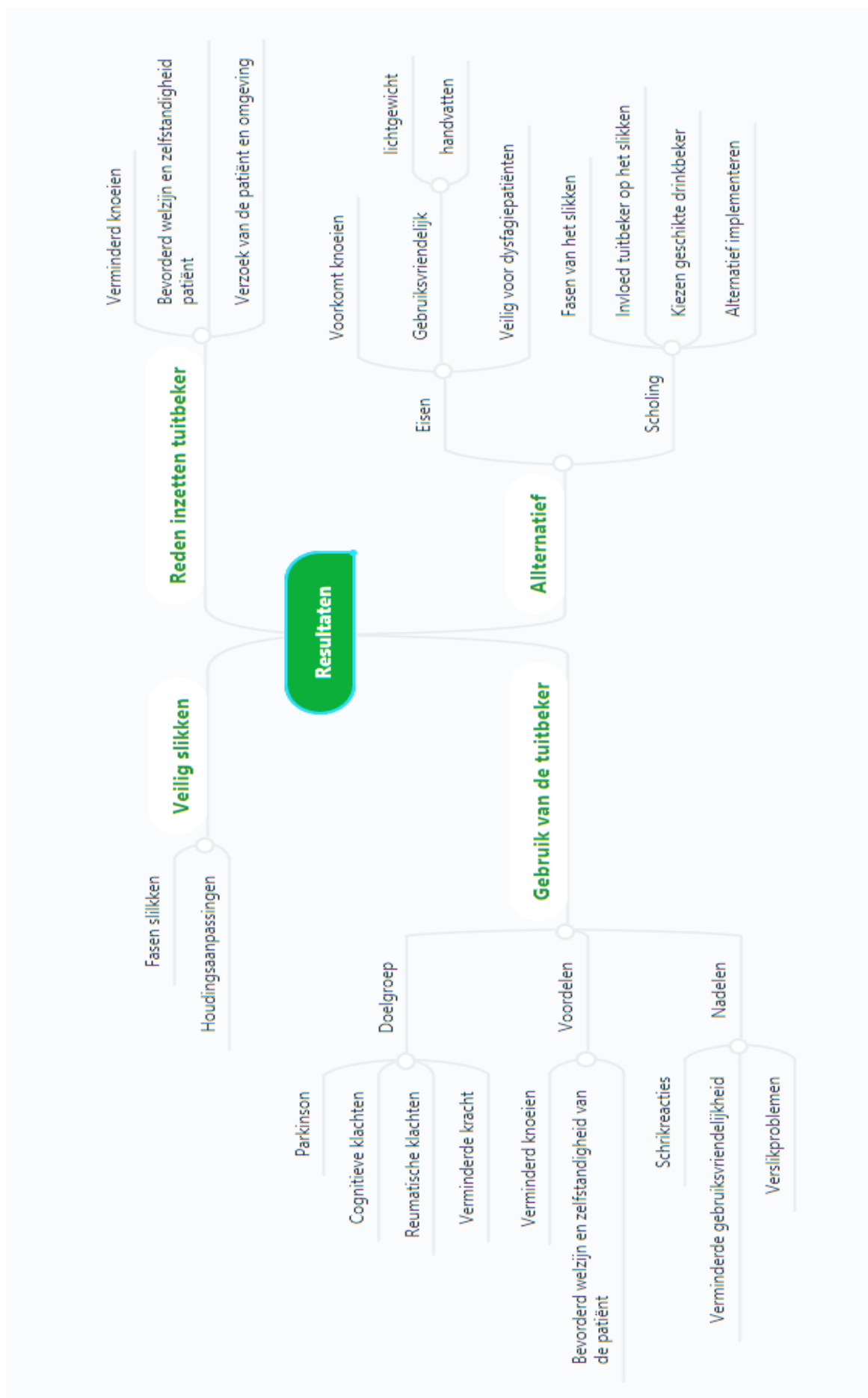
Bijlage 5: Invulformulier samenwerking tussen opdrachtgever en student (bij eindverslag)

Naam student: Rosa Boerefijn
Naam opdrachtgever: Francien de Jong – Lammerts & Anouk Oudhuis
Naam docentbegeleider: Gerda Brondijk

Datum invullen: 16/05/2019
Handtekening opdrachtgever: 

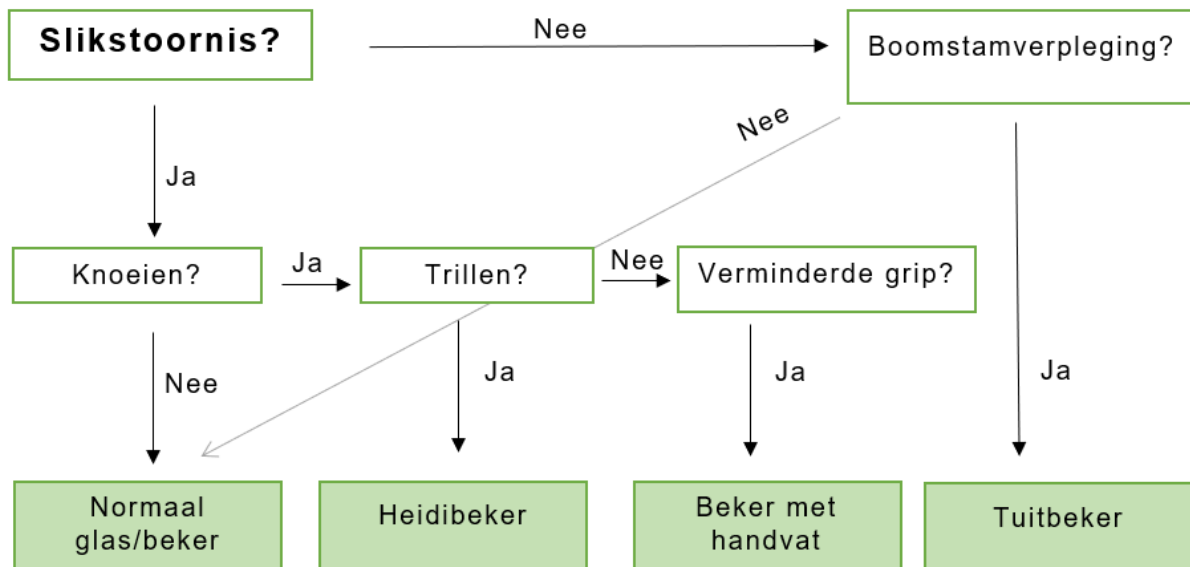
Na het schrijven van het eindverslag, voor het inleveren ervan laat de student onderstaande items invullen door de opdrachtgever. Dit formulier, voorzien van handtekening opdrachtgever, wordt als bijlage toegevoegd aan het eindverslag.

Items		Opmerkingen
Inhoud		
Is de vraagstelling (voldoende) beantwoord?	ja/nee	
Levert het eindverslag de resultaten op, zoals afgesproken? (bijv. databestand, protocol, implementatieplan, voorlichtingsbijeenkomst, presentatie, etc.)?	ja/nee	
Proces		
Verliep de communicatie met de student effectief? ▪ Nakomen en voorbereiden afspraken ▪ Tijdig feedback vragen ▪ Gebruik maken van feedback ▪ Bereikbaarheid	ja/nee	
Werkte de student zelfstandig? ▪ zelf doen en uitzoeken waar mogelijk ▪ betrokkenheid ▪ inzet en initiatief ▪ tijdig om hulp vragen	ja/nee	



Welke beker kies ik nu?

Veilig drinken in het GHZ



HEIDIBEKER

Deze beker heeft een kraagdeksel. De deksel bevat een klein gaatje waardoor vloeistof uit de beker stroomt. De deksel sluit de beker af, en voorkomt knoeien. Het kleine gaatje doseert de vloeistof waardoor patiënten niet gaan gieten.



BEKER MET HANDVAT

Deze beker heeft brede handvatten waardoor de beker makkelijk vast te pakken is. De beker is een lichtgewicht beker en ondersteunt patiënten om zelfstandig te blijven drinken.



WAAROM GEEN TUITBEKER MEER?

Een tuitbeker heeft een negatieve invloed op het slikproces en werkt verslikken in de hand. Vloeistof uit de beker is moeilijk te doseren waardoor de vloeistof met een grote snelheid achter in de mond komt. De grote hoeveelheid vloeistof die achter in de mond beland kan zorgen voor een schrikreactie en verslikkingsgevaar. Patiënten krijgen niet genoeg tijd om te slikken waardoor vloeistof de luchtpijp inloopt. Het strottenklepje, die de luchtwegen beschermd, krijgt onvoldoende tijd om de luchtpijp af te sluiten. Daarnaast zorgt de tuit voor een verminderde beweeglijkheid van de tong waardoor patiënten de controle over de vloeistof verliezen. Vloeistof komt hierdoor vroegtijdig achter in de mond terecht en loopt richting de longen. Dit kan een longontsteking veroorzaken!

Een tuitbeker mag **NIET** worden ingezet bij patiënten met een slikstoornis!