

Behoeften van verpleegkundigen bij slikproblemen

Een kwalitatief onderzoek naar behoeften van verpleegkundigen werkzaam met dysfagiepatiënten.

Jessica Pieterse
Afstudeeronderzoek Opleiding Logopedie
Hogeschool Utrecht, studentnummer 1675072
Februari 2019 – Juni 2019
E-mailadres: jessica.pieterse@student.hu.nl

Aantal woorden: 3298 (exclusief samenvatting, tabellen, figuren en bijlagen)

Samenvatting

Gedurende dit onderzoek is middels semigestructureerde interviews inzicht verkregen in behoeften van vier verpleegkundigen met betrekking tot dysfagie. Allen zijn zij werkzaam binnen revalidatiecentrum 'X'. De onderzoeksgroep is beperkt en het onderzoek is slechts in één revalidatiecentrum uitgevoerd. De resultaten zijn daarom alleen van toepassing op de geïnterviewde verpleegkundigen van dit revalidatiecentrum. Generalisatie (transferability) van de resultaten is daarom niet mogelijk.

Na het transcriberen en coderen van de interviews bleek dat de verpleegkundigen alle vier behoefte hebben aan een scholing met betrekking tot dysfagie en begeleiding van een logopedist bij de begeleide eetmomenten. Voorkeur voor het soort scholing is verschillend. Drie van de vier geïnterviewden hebben de voorkeur voor een klassikale training, twee keer werd “training-on-the-job” genoemd en één keer scholing door middel van een e-learning.

Uit dit onderzoek zijn aanbevelingen gekomen voor dysfagiescholing van verpleegkundigen. Deze zijn met de logopedisten van het revalidatiecentrum gedeeld.

Kernwoorden: dysfagie, begeleiding, verpleegkundigen, behoeften, revalidatie

Inleiding

Een alledaagse bezigheid zoals eten, drinken en slikken is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Wanneer slikken niet vanzelfsprekend is kan dysfagie een oorzaak zijn. Slikproblemen bij dysfagie kunnen ontstaan door neurologische aandoeningen. Hierin zijn twee verschillende typen te onderscheiden: acute en degeneratieve aandoeningen (Logemann, 2001). Matsuo & Palmer (2008) beschrijven het slikproces aan de hand van het normale en het abnormale slikproces. Zij verdelen het slikproces in vier fases: de voorbereidende fase, de orale fase, de faryngeale fase en de oesofageale fase. Dysfagie wordt beschreven als een stoornis in het slikproces. Deze stoornis ontstaat door een combinatie van stoornissen in de slikspieren, afname van de reflexen in mond- en keelgebied en een verminderde sensibiliteit. De genoemde stoornissen hebben tot gevolg dat een gestoord transport van vloeibare en vaste voedingsconsistenties kan optreden. Tijdens één van de vier genoemde fases in het normale slikproces kan een stoornis leiden tot complicaties.

Volgens De Bodt, Guns, D'hondt, Vanderwegen & Nuffelen (2015) is dysfagie een veel voorkomend probleem. Patiënten getroffen door een CVA krijgen in 50 – 64% van de gevallen te maken met dysfagie. Binnen deze patiëntengroep ligt het sterftecijfer op 27,2% (Martino et al., 2005; Singh & Hamdy, 2006). Deze literatuur is verouderd waardoor percentages mogelijk niet meer actueel zijn. Complicaties bij dysfagie zijn onder andere ondervoeding, pneumonie en 'stille' aspiratie (Smithard et al., 1996). Dysfagie is het grootste logopedische behandelgebied bij patiënten met een CVA. Hierbij is het van levensbelang dat zorgverleners, in samenwerking met naasten, logopedische interventies opvolgen (Martino et al., 2005; Singh & Hamdy, 2006).

Het is noodzakelijk elke dysfagiepatiënt op de juiste manier te onderzoeken en een passend advies en/of revalidatieplan te bieden (Daniels & Huckabee, 2014). Eén van de mogelijkheden is door middel van multidisciplinaire benadering. Hierbij worden de eerste stappen door een logopedist gezet. Dit begint met het voeren van een gesprek en het doen van onderzoek. Aan de hand van dit multidisciplinair onderzoek wordt de inhoud van dysfagierevalidatie bepaald. Zo heeft elke discipline zijn beroepsspecifieke inbreng bij het maken en uitvoeren van een behandelplan (De Bodt et al., 2015). Het slikteam bestaat uit verschillende disciplines (Logemann, 2001). Hierbij kan de logopedist, nadat een behandelplan is opgesteld, de verpleegkundigen inschakelen bij het dagelijks uitvoeren van de gewenste oefentechniek. Aangezien verpleegkundigen het meest frequent en vaak als eersten van een medisch team betrokken zijn bij een patiënt, is hun rol bij het herkennen van symptomen en tekenen van dysfagie cruciaal (Khoja, 2018; Vyt, 2015).

Dit onderzoek is verricht onder verpleegkundigen werkzaam binnen een revalidatiecentrum. Een revalidatiecentrum is een diagnose- en behandelcentrum voor kinderen en volwassenen met een functiebeperking. In revalidatiecentrum 'X' worden patiënten opgenomen na een ongeluk/ongeval, operatie, ziekte of beroerte. Vanuit de literatuur is geen onderzoek bekend naar behoeften van verpleegkundigen met betrekking tot begeleiding van slikproblemen. Kotler (2009) stelt: "Een behoefte is het idee van een individu dat het hem aan iets ontbreekt" (p. 11).

Verschillende studies toonden een gebrek aan theoretische en praktische kennis van dysfagie aan onder verplegend personeel. Hierbij werd de nadruk gelegd op de noodzaak van passende vervolgopleidingen (Albini, Soares, Wolf & Gonçalves, 2013; Simmons, Osterweil, & Schnelle, 2001). De eerder uitgevoerde onderzoeken zijn voornamelijk verricht binnen ziekenhuizen. Zo verrichtten Düdükçü, Hilster & Leijtens (2015) onderzoek naar wensen en behoeften van 14 verpleegkundigen met betrekking tot een screeningsinstrument voor dysfagie op een Intensive Care.

Hieruit bleek dat de verpleegkundigen het slikprotocol niet kenden, voornamelijk hoesten als symptoom van dysfagie benoemden en dat adviezen vanuit de logopedie niet altijd correct opgevolgd werden. De betrouwbaarheid van deze resultaten werd verhoogd doordat de saturatie tijdens de interviews werd bereikt. Omdat de resultaten voornamelijk uit meningen van experts bestaan, staat dit onderzoek onderaan de evidentiepiramide. Tevens deed Khoja (2018) een kwantitatief onderzoek naar kennis van verpleegkundigen over dysfagie in Saoedi-Arabië. Honderdvierenzeventig verpleegkundigen vulden een vragenlijst in. Hieruit bleek dat alle verpleegkundigen beschikten over beperkte theoretische en praktische kennis met betrekking tot dysfagie. Van deze groep gaf 78% aan minder dan een uur training te hebben gehad over dysfagie. Khoja (2018) beschrijft dat de verpleegkundigen in Saoedi-Arabië behoefte hebben aan nauwere samenwerking tussen verpleegkundigen en logopedist. Deze onderzoeken beschrijven problemen die de logopedisten van revalidatiecentrum 'X' ook opmerken. Tijdens deze onderzoeken is niet specifiek ingegaan op de behoeften van verpleegkundigen met betrekking tot begeleiding van slikproblemen. Omdat setting en doelstelling verschillen is generalisatie (transferability) van de gevonden uitkomsten op dit onderzoek niet mogelijk.

De aanleiding van dit onderzoek is de constatering van de logopedisten binnen het revalidatiecentrum dat het door hen opgestelde behandelplan voor patiënten met slikproblemen niet volledig of onjuist opgevolgd wordt door verpleegkundigen. Dit is bijvoorbeeld te herleiden uit de patiëntendossiers. Hierbij worden omschrijvingen genoteerd van patiënten met slikproblemen die een verkeerde consistentie toegediend kregen door een verpleegkundige. Dat deze problemen bij meerdere instellingen voorkomen, wordt onder andere beschreven in de hierboven genoemde onderzoeken van Khoja (2018) en Düdükçü et al. (2015). Düdükçü et al. (2015) benoemen dat zowel logopedisten als verpleegkundigen bemerken dat misverstanden bestaan tussen de twee professionals. "Het lijkt erop dat de mogelijkheden van de verpleegkundigen niet altijd toereikend zijn om de logopedische adviezen op te volgen, waardoor deze adviezen niet altijd goed worden opgevolgd" (Düdükçü et al., 2015, p. 8).

Dit afstudeeronderzoek richt zich op behoeften van verpleegkundigen bij het begeleiden van slikproblemen. De logopedisten willen dit laten onderzoeken om gevolgen als aspiratie en penetratie bij dysfagiepatiënten te voorkomen. Op deze manier vermindert de kans op respiratoire infecties (Rodriquez & Borelli, 2003), pneumonie en zelfs overlijden (De Bodt et al., 2015).

In dit artikel is beoogd de volgende vraag te beantwoorden:

"Wat zijn de behoeften van verpleegkundigen van revalidatiecentrum 'X' met betrekking tot het begeleiden van slikproblemen bij dysfagiepatiënten?"

Methode

Onderzoeksopbouw

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve methode, waarbij gebruik gemaakt is van het stappenplan van Wouters, Van Zaalen & Bruijning (2015). Dit onderzoek is beschrijvend van aard. Gedetailleerde informatie over de onderliggende (beweeg)redenen en motieven (behoeften) van de doelgroep worden verzameld. Middels kwalitatief onderzoek wordt dieper inzicht verkregen in de belevings- en ervaringswereld van de participanten (Wouters et al., 2015). Onderzoek werd gedaan door middel van face-to-face, semigestructureerde interviews. De interviews bestonden uit vooraf

opgestelde open hoofdvragen met daarnaast vragen die voortkwamen uit de dialoog tussen interviewer en participant (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). De gemiddelde duur van een interview was 20 tot 30 minuten. Ter voorbereiding werden een topiclijst en een interviewgide opgesteld. Deze zijn beschreven in de paragraaf 'Werkwijze'.

Participanten

Vier verpleegkundigen, werkzaam op de neurologieafdeling van revalidatiecentrum 'X', werden geïnterviewd. De participanten zijn geselecteerd op basis van een doelgerichte steekproeftrekking (Wouters et al., 2015). Dit hield in dat zij gekozen werden op basis van de volgende kenmerken (behorend bij het doel van dit onderzoek): verpleegkundigen van het revalidatiecentrum die slikproblemen begeleiden bij dysfagiepatiënten (zie tabel 1). De definitieve participantengroep staat weergegeven bij de resultaten.

Tabel 1. inclusiecriteria participanten

Inclusiecriteria
Werkzaam als verpleegkundige
Werkzaam op de neurologieafdeling
Werkervaring met dysfagiepatiënten
Begeleidt op dit moment slikproblemen bij dysfagie

De verpleegkundigen moeten werkzaam zijn op de neurologieafdeling, aangezien dysfagie ontstaat vanuit een neurologische aandoening (Logemann, 2001). De verpleegkundigen begeleiden op dit moment slikproblemen bij dysfagiepatiënten zodat de verkregen informatie zo relevant mogelijk is. Tevens werd rekening gehouden met het aantal jaren werkervaring. Hiervoor werden twee verpleegkundigen met >10 jaar werkervaring en twee verpleegkundigen met <10 jaar werkervaring geselecteerd. Hierdoor kan worden nagegaan of het wisselende aantal jaren werkervaring een andere uitkomst geeft.

Werkwijze

Voorafgaand aan dit onderzoek werd relevante literatuur over dit onderwerp verzameld. Hiervoor is gebruik gemaakt van verschillende bronnen, zoektermen en literatuur. Deze zijn geïndexeerd in Pubmed, Google (scholar), VU/HU bibliotheek, en Speechbite. De gevonden literatuur moest voldoen aan bepaalde inclusie- en exclusiecriteria (zie bijlage 1).

De onderzoeker oefende het interview met twee verpleegkundigen die geen deel uitmaakten van de participantengroep maar wel in aanraking komen met dysfagie. Dit had twee doelen: ten eerste bekend worden met het interviewen en ten tweede het toetsen van de vragen aan de voorkennis van de participanten. Uit deze oefeninterviews bleek dat de vragen goed aansloten bij de doelgroep en hebben geen aanpassingen plaatsgevonden.

De participanten hadden de keuze waar zij het interview wilden houden. Alle participanten kozen voor een rustige ruimte binnen het revalidatiecentrum. Voorafgaand aan de interviews werd schriftelijk en mondeling informatie verstrekt over het onderzoek. Voor een goede dialoog beoogde de onderzoeker

tijdens de afname van het interview een positieve relatie op te bouwen met de participant (DiCicco-Bloom et al., 2006).

Voor de interviews werd gebruik gemaakt van een topiclijst (Wouters et al., 2015). Op basis van deze topiclijst en het literatuuronderzoek maakte de onderzoeker vijf hoofdvragen (zie figuur 1) met de onderzoeksvraag in het achterhoofd. De hoofdvragen vormden de leidraad voor het interview. De topics (zie tabel 2) zijn afkomstig uit twee artikelen (Khoja (2018) en D         et al. (2015)) en uit het boek ‘‘Dysfagie’’ van De Bodt et al. (2015). Naast de vijf hoofdvragen is gebruik gemaakt van prompts (korte doorvraag-vragen) om antwoorden uit te diepen.

Tabel 2. Topiclijst

Topics	Sub topics
1. Algemeen (achtergrond geïnterviewde)	Geslacht, aantal jaren ervaring, aantal jaren in revalidatiecentrum ‘X’, specialisme.
2. Dysfagie (inhoud)	Kennis, symptomen, adviezen, beleid rondom slikken, ervaring, screening.
3. Behoeft��	Wensen, obstakels, scholing, samenwerking, tijd, communicatie
4. Afsluiten	Bedanken participant

1. Wat versta jij onder dysfagie? 2. Kun je mij vertellen over het huidige beleid rondom slikken? 3. Hoe gaat het met het opvolgen van de logopedische adviezen? 4. Waar loop je tegen aan bij de begeleiding van slikproblemen? 5. Wat zijn jouw wensen/behoef��ten met betrekking tot begeleiding van dysfagie patiënten?
--

Figuur 1. Interviewg  ide

Om eventueel van onderwerp en vragen te kunnen afwijken, werd gekozen om niet te veel vragen vast te stellen. Zo konden participanten overige opmerkingen inbrengen (Wouters et al., 2015). Tijdens de afname van de interviews heeft de onderzoeker de kennis, verkregen vanuit het literatuuronderzoek, buiten beschouwing gelaten. Zo konden de interviews zo open mogelijk verlopen en nieuwe informatie opleveren. Dit heet *bracketing* (Wouters et al., 2015).

Analyse

De audio-opnames werden direct na het interview uitgewerkt, getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd om de betrouwbaarheid (credibility) te vergroten. Hiervoor is Microsoft Word gebruikt. Fragmenten zijn voorzien van een code (open coderen). Dit is gedaan door de onderzoeker en een buitenstaander, een vierdejaars logopediestudent. Daarna zijn de fragmenten geordend en de codes gesorteerd op wat het meest van belang was voor het onderzoek en wat niet gebruikt werd voor het onderzoek (axiaal coderen). Hierna zijn grotere thema’s uit de interviews gelicht (selectief coderen) (zie bijlage 3). Tenslotte zijn verbanden gelegd tussen de thema’s, zodat een model kon worden opgesteld (Wouters et al. 2015). Uit bovenstaande stappen is een mindmap (bijlage 2) voortgekomen, gemaakt met behulp van Coggle. Hierin zijn de belangrijkste codes en thema’s voor het beantwoorden

van de onderzoeksvraag opgenomen. De gevonden codes en thema's zijn door de onderzoeker geïnterpreteerd en opgenomen in de resultaten.

Kwaliteitscriteria

De klassieke criteria van kwalitatief onderzoek zijn: confirmability, dependability, transferability en credibility (Wouters et al., 2015). Confirmability en credibility betreffen de betrouwbaarheid van het onderzoek. De betrouwbaarheid wordt in dit onderzoek vergroot door meerdere aspecten. Van alle interviews werd een geluidsopname gemaakt met een voicerecorder (merk: Merchannice). Deze geluidsopnamen werden naderhand letterlijk uitgeschreven waardoor geen informatie gemist werd. Het tweede aspect is de uitgevoerde member check. Hierbij werd het transcript voorgelegd aan de geïnterviewde, die wanneer nodig feedback gaf, zodat de onderzoeker dit kon verwerken. Zo werd de onderzoeker gecontroleerd op volledigheid van verslaglegging en de interpretatie. Het derde aspect is dat de opgestelde vragenlijst, voorafgaand aan de interviews, is bekritiseerd door twee logopedisten. Zij beoordeelden of de vragen open en objectief genoeg waren. Het vierde aspect is het oefenen van de interviews vóór de officiële afname. Hierdoor raakte de onderzoeker bekend met de onderzoeksmethode.

Dependability is de betrouwbaarheid van de gevonden literatuur. Deze wordt in dit onderzoek vergroot door middel van peer review. Dit betekent dat door twee personen, de onderzoeker en een vierdejaars logopediestudent, werd gecodeerd. Hierdoor werd zo objectief mogelijk beoordeeld en gezorgd dat alle relevante fragmenten werden meegenomen (Wouters et al., 2015).

Om validiteit te garanderen werden de vragenlijsten door twee andere logopedisten, met tien jaar ervaring op het gebied van dysfagie, bekritiseerd. Zij beoordeelden of de vragen passend waren en antwoord gaven op de onderzoeksvraag. Tevens was van tevoren de topiclijst vastgesteld waarover de participanten bevraagd werden. Zo werd zo compleet mogelijk antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

Ethische aspecten

De interviews werden in overleg met de participanten ingepland, zodat het werk hier geen hinder van ondervond. Voorafgaand aan het onderzoek werden de geselecteerde verpleegkundigen, zowel mondeling als schriftelijk, geïnformeerd over de inhoud van het onderzoek, het doel, de werkwijze en de privacy (*informed consent*). Tevens is een toestemmingsformulier (zie bijlage 4) toegestuurd. Ook meldde de onderzoeker hen wat ging gebeuren met verkregen gegevens omtrent het onderzoek. Tenslotte werd hen uitgelegd dat wanneer zij niet wilden deelnemen aan het onderzoek dit geen verdere consequenties zou hebben.

De namen van de participanten en de instelling zijn geanonimiseerd in verband met de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De instelling van dit onderzoek is aangeduid met 'revalidatiecentrum 'X' en de participanten met V.01, V.02, V.03 en V.04. Na afloop van het onderzoek zijn de verzamelde gegevens vernietigd.

Resultaten

In tabel 3 is de participantengroep weergegeven.

Tabel 3. Beschrijving van de verpleegkundigen

Gefingeerde naam verpleegkundige	Geslacht	Leeftijd	Jaren ervaring als verpleegkundige	Jaren ervaring als verpleegkundige binnen revalidatiecentrum X	Specialisme
V.01	V.	55 jaar	20 jaar	3 maanden	-
V.02	V.	23 jaar	3 maanden	3 maanden	-
V.03	M.	39 jaar	19 jaar	7 jaar	Trauma en pijn
V.04	V.	43	9 jaar	4 jaar	Neurologie

Aan de hand van de gevonden codes in de interviews werden thema's opgesteld. Deze zijn hieronder beschreven en in een mindmap gezet.

Behoeften

Bij dit thema waren de verpleegkundigen het vrijwel met elkaar eens: behoefte aan meer mankracht, meer kennis met betrekking tot slikstoornissen (4/4)* en behoefte aan een logopedist bij het begeleid eten (3/4). De laatste behoeften die benoemd werden: goede rapportages van collega-verpleegkundigen en nauwere samenwerking met de logopedist. Deze laatste behoefte komt overeen met de behoefte van de verpleegkundige uit de studie van Khoja (2018).

Tabel 4. Behoeften van de verpleegkundigen

V.02	"Een scholing! Meer kennis. Gewoon een keer echt een goeie scholing over slikproblemen een dagje en dan alles uitgebreid. Ik denk dat dat al heel veel scheelt."
V.01	"Wat ik echt mis is dat de begeleiding aan de tafel aan het begeleid eten dat daar geen logopedist bij is. Weet je soms dan zitten er ook uh uitzendkrachten aan tafel gewoon omdat je het mankracht niet hebt eh. Dus die zitten aan die tafel ja en goed het zal wel ze werken allemaal in ziekenhuizen weet ik veel wat maar ze hebben daar geen kaas van gegeten. Dus dat is nog denk ik best wel gevaarlijk als dat eh op die manier gebeurt. Dus ik mis dan echt wel dat stukje begeleiding van die logo's."
V.03	"scholen van de verpleging of het coachen/ begeleiden van de verpleging."

Wensen ten behoeve van scholing

Meningen hierover liepen uiteen. De soorten (dysfagie)scholingen die benoemd werden: training-on-the-job (2/4), klassikale training (3/4), e-learning (1/4). V.01 gaf aan het liefst géén e-learning te volgen. Tevens is gesproken over de inhoud van een eventuele scholing.

Veel benoemd is dat basiskennis met betrekking tot dysfagie daarbij niet mag ontbreken en dat deze afgesloten moet worden met een toets (2/4). V.01 wil ook graag weten op welke manier een dysfagiepatiënt het beste benaderd kan worden tijdens eetmomenten.

*(.. /4)= ... van de vier verpleegkundigen hebben dit genoemd. Wanneer 2 van de vier verpleegkundigen hetzelfde genoemd hebben, wordt dit weergegeven als (2/4)

Tabel 5. Wensen ten behoeve van scholing

V.03	"Ik zou het aan de ene kant prettig vinden als er dus een ervaringsdeskundige van jullie vak bij zit om die coaching te doen. Maar dit zou ook on the job kunnen. Terwijl als je de e-learning zou doen weet je gewoon zeker he ik kan ook controleren heeft iedereen het afgerond heeft iedereen een voldoende gehaald voor het eindtoetsje. En is de kennis dus voldoende en ik dan dus zelf bepalen of ik dit dan in de nachtdienst doe als ik niets te doen heb of in een avonddienst als k een rustig moment heb of misschien zelf van thuis nog even inlog omdat ik het graag gedaan wil hebben voor de afgesproken tijd. Dus dat. Ja e-learning zie ik wel als een krachtig middel daarin."
V.01	"E-learning is absoluut niet mijn voorkeur. Ik vind het heerlijk om uh klassikaal te leren."

Symptomen dysfagie

Door de vraag te stellen 'wat wordt verstaan onder dysfagie?' werden symptomen besproken. V.01 benoemde zeven symptomen. Zij benoemde als enige stille aspiratie. Het meest genoemde symptoom was 'hoesten' (4/4). De overige genoemde kenmerken waren: droge mond, traag kauwen, kwijlen, borrelige stem, pijn bij slikken, verslikken. V.02 gaf in eerste instantie aan geen symptomen te kunnen benoemen.

Tabel 6. Symptomen dysfagie

V.01	"Dat zijn slikproblemen, dat sowieso veelal door of slokdarm kanker of CVA's of op wat voor manier dan ook en symptomen zijn dan vaak droge mond, heel traag kauwen, kwijlen, pijn met slikken, hoesten en verslikken en ook vaak een beetje borrelige/korrelige stem, beetje waterig. Maar ook juist de stille aspiratie moet je niet vergeten"
V.02	"Nou deze vraag kan ik niet beantwoorden. Ik moet het altijd echt eerst even opzoeken want ik hoor elke keer verschillende namen en als ik het lees dan denk ik ohja! Dit weet ik. Dit weet ik wel zeg maar wat onder valt maar als ik dan de naam lees denk ik uh.... Wat was dat ook alweer? Waar ging dat ook alweer over? Maar dat komt denk ik omdat ik nog niet zo lang in dit vak zit."

Afspraken bij dysfagie

De afspraak die het meest benoemd werd met betrekking tot het slikbeleid, was het opvolgen van logopedische adviezen (4/4). Tevens werd het begeleid eten ook vaak benoemd (3/4). Voor V.02 was het slikbeleid eigenlijk onbekend en V.03 benoemde dat communicatie tussen verpleegkundigen en logopedist van belang is.

Tabel 7. Afspraken bij dysfagie

V.02	"A: Na ik heb er nooit echt uitleg over gehad van van hier van dit doen we met slikproblemen, alleen dan dat we zitten bij het begeleid eten en dat de afspraken over het slikken in het afsprakenblad komen te staan. en dat wij die dan eh moeten opvolgen. Maar verder weet ik niet of er echt duidelijke afspraken over zijn. Maar misschien zijn die er wel hoor maar zijn die niet verteld."
V.03	"logopedist is leading".

Communicatie tussen verpleegkundigen

Alle verpleegkundigen benoemden punten die misgaan bij de communicatie tussen de verpleegkundigen. Punten die benoemd werden: verpleegkundigen volgen een eigen weg, zijn het oneens met elkaar, schuiven advies van de logopedist opzij of rapporteren de slikproblemen niet.

Tabel 8. Communicatie tussen verpleegkundigen

V.03	<i>"in principe is het probleem dusdanig gevaarlijk dat je eigenlijk zou willen, dat je iedere observatie die je hebt en dat is iedere maaltijd daar wat over rapporteert. Dat gaat gewoon heel vaak op in de grote hoop want we hebben daar te weinig kaas van gegeten en ik durf te wedden dat we bijna een hele hoop patiënten nu met slikproblemen, ga de rapportage van de verpleging er maar op na slaan. Staat er niets over in. We doen het gewoon niet. Ik doe het ook zelf niet maar ook mijn collega's niet."</i>
------	--

Opvolgen logopedische adviezen

Benoemd werd dat de logopedist een grote rol speelt bij de behandeling van dysfagie. Hier werd op doorgevraagd. De meeste verpleegkundigen benoemden dat de adviezen opgesteld door de logopedist niet altijd haalbaar zijn (3/4). Hier liggen organisatorische redenen aan ten grondslag. Tevens werd benoemd dat adviezen niet duidelijk uitgeschreven staan (2/4) en deze vaak op twee manieren te interpreteren zijn. V.01 gaf ook aan dat adviezen niet alleen mondeling gegeven moeten worden.

Tabel 9. Opvolgen logopedische adviezen

V.01	<i>"Ze staan niet altijd duidelijk vermeld vind ik. En dat betekent eh dat als je een zin neerzet kun je het vaak op een verschillende manier interpreteren."</i>
V.03	<i>"Ze staan niet altijd duidelijk vermeld vind ik. En dat betekent eh dat als je een zin neerzet kun je het vaak op een verschillende manier interpreteren. ik vind dat de adviezen die de logopedisten moeten geven zouden altijd haalbaar moeten zijn. Alleen als je echt puur gaat kijken naar de organisatorische krapte die wij als verplegende discipline hebben eh zitten we gewoon echt met 20 duizend vacatures in de zorg en dat merken we hier ook."</i>
V.04	<i>"Door beperkte bezetting van personeel is het afgelopen tijd een enkele keer voorgekomen dat bepaalde afspraken er bij ingeschoten zijn, bijvoorbeeld slikoefeningen met waterijsje/lolly. Afspraken omtrent begeleid eten en veiligheid worden altijd opgevolgd."</i>

Ervaring begeleiding bij slikproblemen

De onderwerpen die de verpleegkundigen vooral benoemden: medicijninname en mondhygiëne (3/4). Door V.01 en V.02 werd benoemd dat de mondhygiëne een stuk beter moet. Begeleiding bij medicijninname gaat over het algemeen goed (2/4) maar is volgens V.01 lastig te controleren.

Tabel 10. Ervaring begeleiding bij slikproblemen

V.01:	<i>"De mondhygiëne nou echt dat komt echt als laatste sluitstuk en dat wordt vaak vergeten en het is juist zo belangrijk vooral bij mensen met sondevoeding enzo. He dat je soms ook echt ziet dat die tong erbij ligt als een leren-lap. Dan denk ik van oeeeeee fout fout fout. Het wordt gewoon vergeten. Ja dat vind ik wel een heel kwalijke zaak hoor. Dus die mondhygiëne kan sowieso een stuk beter."</i>
-------	---

Gevolgde scholing

Alle verpleegkundigen meldden geen specifieke dysfagiescholing te hebben gehad (4/4). De kennis die de verpleegkundigen op dit moment vergaard hebben, komt voort uit werkervaring en de verpleegkundige opleiding (2/4). Alleen V.01 heeft eerder een e-learning gevolgd.

Tabel 11. Gevolgde scholing

V.01	"niet echt training van hoe kun je nou iemand laten slikken of wat dan ook. Maar wel die e-learning ja."
V.02	"Ik kom net van school af en heb geen specifieke scholing gehad voor dysfagie. Op school is het ook heel weinig het komt een keer in en opdracht of in een toets maar dat is het wel"
V.03	"Ik heb uh alleen het basis stukje gehad in mijn opleiding en ik heb daar geen aanvullende scholing in gehad. het budget voor scholing is er niet dus ik loop daarin uh vind ik zelf als revalidatiezuster wel achter, ook op neurogebied in het algemeen"
V.04:	"geen, alleen informatie van collega verpleegkundigen."

Slikscreening:

In het revalidatiecentrum is de logopedist nu degene die de slikscreening uitvoert. De meeste verpleegkundigen hebben aangegeven deze screening liever niet zelf te doen en vinden dit een taak van de logopedist (3/4). Tevens waren zij van mening dat dit wel zou kunnen, mits ze scholing hebben gehad (2/4).

Tabel 12. Slikscreening

V.02	"Nou ik zou het niet kunnen. Dan moet ik echt eerst een cursus, nja cursus is een groot woord maar een scholing voor hebben. Even een scholing en dan even een keer meekijken van klopt het wat ik denk? En dan zou dat moeten lukken."
------	---

Benaderen logopedist

Het onderwerp 'wanneer benader je de logopedist' kwam ook ter sprake. De verpleegkundigen waren hierin duidelijk: namelijk bij opname van een revalidant en/of wanneer de verpleegkundige twijfels heeft over de (veilige) slik (3/4). V.03 benoemde dat hij ook de logopedist benadert wanneer een belangrijk besluit moet worden genomen omtrent de slik(problemen). V.04 benadert ook de logopedist wanneer onduidelijkheid ontstaat omtrent de afspraken.

Tabel 13. Benaderen logopedist

V.04	"Als de verpleging problemen ervaart bij een revalidant of als er onduidelijkheden zijn omtrent de gemaakte afspraken."
V.03	"Als ik mijn bedenkingen heb of dingen gaan anders dan dat ze horen te gaan dan benader ik een logopedist. Vooral als er belangrijke beslissingen genomen moeten worden."

Discussie

Het onderzoek is specifiek gericht op vier verpleegkundigen uit het revalidatiecentrum. De doelgroep is beperkt (vier verpleegkundigen) en het onderzoek is maar in één revalidatiecentrum uitgevoerd. De resultaten zijn daarom alleen van toepassing op de geïnterviewde verpleegkundigen van dit revalidatiecentrum. Om deze redenen is toepasbaarheid en overdraagbaarheid (transferability) niet mogelijk. Interviews met meer verpleegkundigen geven mogelijk een completer beeld van de behoeften.

Doordat interviews zijn gehouden met de verpleegkundigen zelf kon concreet gevraagd worden naar de behoeften om de begeleiding bij slikproblemen (dysfagie) zo optimaal mogelijk te maken. Uiteindelijk zijn zij degenen die de begeleiding bij slikproblemen bieden, daardoor geeft dit een grote

meerwaarde aan het onderzoek. Achteraf gaven alle verpleegkundigen aan het prettig te vinden een inbreng te hebben rondom dit onderwerp.

Twee interviews zijn vlak na elkaar afgenomen, waardoor het niet mogelijk was om het eerste interview te coderen voordat het volgende interview plaats vond. Hierdoor konden nieuwe vragen/onderwerpen niet worden toegevoegd aan dit laatste interview (Wouters et al., 2015).

De interviews zijn gehouden in een afgesloten, stille ruimte in het revalidatiecentrum. De interviews kunnen het beste in een veilige omgeving afgenomen worden (Wouters et al., 2015). De onderzoeker heeft de participant hierin laten besluiten. Hierin is afgeweken van het advies van Wouters et al. (2015) om dit bij voorkeur thuis te doen. Dit kan gezorgd hebben voor een mindere betrouwbaarheid. Tevens lag in de genoemde ruimte behandelmateriaal. Soms kwamen therapeuten binnen om dit op te halen. Hierdoor werd het interview onderbroken en kan het zijn dat de participant uit zijn/haar concentratie werd gehaald en een ander antwoord heeft gegeven dan hij/zij had gewild.

Suggesties voor vervolgonderzoek

Het advies voor vervolgonderzoek is om te onderzoeken of duidelijke overeenkomsten binnen heel Nederland gevonden worden bij verpleegkundigen die slikproblemen begeleiden. Hiervoor moet onderzoek worden gedaan binnen meerdere, verschillende instellingen en geïnterviewd worden tot saturatie wordt bereikt. Dit is het moment waarop nieuwe interviews geen nieuwe informatie meer opleveren (Wouters et al., 2015). Dit zou meer inzicht geven in ervaringen van verpleegkundigen. Dit is belangrijk om te onderzoeken omdat dysfagie een veel voorkomend probleem is met ernstige complicaties (De Bodt et al., 2015). Voor de generaliseerbaarheid wordt aangeraden een grootschaliger onderzoek uit te voeren. Het is interessant om niet alleen feiten over de kennis van de verpleegkundigen te weten, maar juist ook hun ervaringen en meningen.

Conclusie

In dit onderzoek is antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag:

“Wat zijn de behoeften van verpleegkundigen met betrekking tot het begeleiden van slikproblemen bij dysfagiepatiënten?”

De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat de verpleegkundigen het meeste behoefte hebben aan een scholing met betrekking tot dysfagie. Dit wordt door alle participanten benoemd. Zij willen graag scholing in de vorm van klassikale training (3/4) of training-on-the-job (2/4). Wat bij deze scholing volgens de participanten niet mag ontbreken zijn basiskennis en een toets (2/4). Deze resultaten sluiten aan op de onderzoeken van Khoja (2018), Albini et al. (2013) en Simmons et al. (2001) die suggereren dat verpleegkundigen een gebrek aan theoretische en praktische kennis met betrekking tot dysfagie ervaren. Ook blijkt uit dit onderzoek dat de verpleegkundigen van deze instelling graag een logopedist willen bij de begeleide eetmomenten (3/4).

Tenslotte worden problemen die de verpleegkundigen ervaren benoemd. Zij noemen diverse factoren voor de problemen die worden ervaren door de logopedisten, namelijk: de communicatie tussen verpleegkundigen, het opvolgen van logopedische adviezen en tenslotte de kennis die deze verpleegkundigen missen over dysfagie.

Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek verdient het de aanbeveling om in revalidatiecentrum 'X' een logopedist te laten aansluiten bij de begeleide eetmomenten. Een andere aanbeveling is om een scholing te geven aan alle verpleegkundigen die dysfagiepatiënten begeleiden. Verpleegkundigen geven adviezen hiervoor (zie resultaten). Tevens benoemen zij dat adviezen niet altijd duidelijk genoeg weergegeven staan en dat deze op twee manieren geïnterpreteerd kunnen worden. Het advies is om deze duidelijker uit te schrijven.

Literatuurlijst

- Albini, R.M.N., Soares, V.M.N., Wolf, A.E. and Gonçalves, C.G.D.O. (2013), "Knowledge of nursing professionals about the care to dysphagic patients in intensive care units", *Revista CEFAC*, Vol. 15 No. 6, pp. 1512-1524.
- Düdükçü, I., De Hilster, C & Leijters, H. (2015) *Dysfagie op de intensive care: een optimale samenwerking tussen de logopedist en de verpleegkundige*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Daniels, S. K., & Huckabee, M. L. (2014). *Dysphagia Following Stroke* (2e ed.). San Diego, Verenigde Staten: Plural Publishing, Incorporated.
- De Bodt, M., Guns, C., D'Hondt, M., Vanderwegen, J., & Van Nuffelen, G. (2015). *Dysfagie. Handboek voor de klinische praktijk*. Antwerpen, België: Garant.
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40, 314-321.
- Khoja, M. A. (2018). Registered nurses' knowledge and care practices regarding patients with dysphagia in Saudi Arabia. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(8), 896–909. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-06-2017-0106>
- Kotler, P., Armstrong, G., Wong, V., Saunders, J. (2009). *Principes van marketing* (F. Broere, Ned. bew.; T. Roozenboom, vert.). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Logemann, J. A. (2001). *Slikstoornissen: onderzoek en behandeling* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.
- Macht, M.D., Wimbish, M.S., Bodine, P.H.D. & Moss, M.D. (2013). ICU-Acquired Swallowing Disorders. *Critical Care Medicine journal*, 41 (10), 2396- 2405.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., Teasell, R.,(2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* ,36(12), 2756-2763.
- Matsuo, K. & Palmer, B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing- Normal and Abnormal. Published in final edited form as: *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 19(4): 691-707. doi:10.1016/j.pmr.2008.06.001.
- Rodriguez, L., & Borelli, M. (2003) *Dysphagia screening: a training resource pack*. London: Whurr Publishers.
- Singh, S. & Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate medical journal*, 82(968), 383-391.
- Simmons, S.F., Osterweil, D. and Schnelle, J.F. (2001), "Improving food intake in nursing home residents with feeding assistance: a staffing analysis", *Journals of Gerontology* Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, Vol. 56 No. 12, pp. M790-M794
- Smithard, D.G., O'Neill, P.A., Park, C.L., Morris, J., Wyatt, R., England, R. & Martin, D.F. (1996). Complications and outcome after acute stroke: does dysphagia matter? *Stroke*, 27(7), 1200-1204.

Vyt, A. (2015). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn. (3de herziene druk)*. Apeldoorn, Nederland: Maklu.

Wouters, E., Van Zaalen, Y., & Bruijning, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg*. Bussum, Nederland: uitgeverij Couthino.

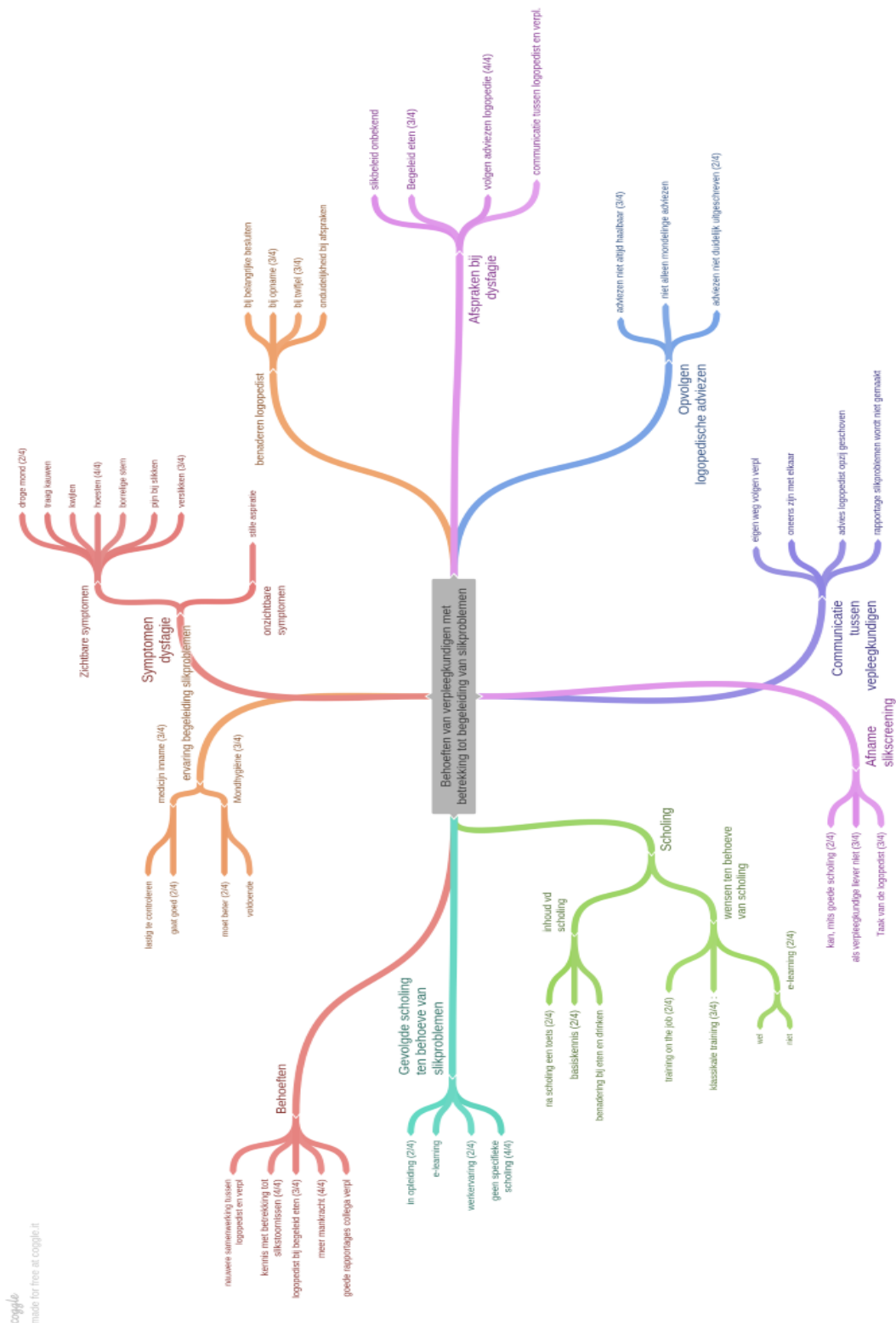
Bijlage 1 Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan dit onderzoek werd voldoende relevante literatuur over dit onderwerp verzameld. Hiervoor is onder andere gebruik gemaakt van verschillende bronnen, zoektermen en literatuur. Deze zijn geïndexeerd in Pubmed, Google, google scholar, VU bibliotheek, HU bibliotheek en speechbite. De volgende zoektermen werden gebruikt en gecombineerd: verpleegkundigen, dysfagie, behoeften, scholing, slikstoornissen. Dezelfde combinaties werden ook in het Engels gebruikt om de database te doorzoeken.

De artikelen moesten aan de volgende inclusiecriteria voldoen: relevantie aan de onderzoeksvraag, literatuur niet ouder dan 10 jaar, komt overeen met de doelgroep (verpleegkundigen en dysfagiepatiënten met CVA), Nederlands of Engels artikel.

De artikelen moesten aan de volgende exclusiecriteria voldoen: niet-relevant aan de onderzoeksvraag, niet recent, andere doelgroep, artikel in een andere taal dan Nederlands of Engels.

Bijlage 2 Mindmap



Verpl = afkorting verpleegkundige

Bijlage 3

Symptomen dysfagie – V.01 – kan 7 symptomen benoemen

Symptomen dysfagie – V.01 – stille aspiratie

Symptomen dysfagie – V.01 – zijn meer symptomen, maar noemt ze niet

Symptomen dysfagie – V.01 – betrekken van collega's bij signaleren symptomen

Symptomen dysfagie – V.02 – kan in eerste instantie de vraag niet beantwoorden

Symptomen dysfagie – V.02 – kan uiteindelijk twee symptomen benoemen

Symptomen dysfagie – V.03 – kan 4 symptomen benoemen

Symptomen dysfagie – V.03 – dysfagie met als oorzaak CVA

Symptomen dysfagie – V.04 – slikstoornis

Symptomen dysfagie – V.04 – kan 4 symptomen benoemen

Afspraken bij dysfagie – V.01 – revalidant mag nooit alleen eten

Afspraken bij dysfagie – V.01 – volgen adviezen van logopedist

Afspraken bij dysfagie – V.01 – mis communicatie tussen logopedist en verpleegkundige

Afspraken bij dysfagie – V.01 – bij onduidelijkheid in advies mondeling overleg met logopedist

Afspraken bij dysfagie – V.02 – slikbeleid is niet duidelijk

Afspraken bij dysfagie – V.02 – volgen adviezen van logopedist op afsprakenblad

Afspraken bij dysfagie – V.03 – logopedie verantwoordelijk vaststellen beleid

Afspraken bij dysfagie – V.03 – logopedist leading

Afspraken bij dysfagie – V.03 – als verpleegkundige functioneel oefenen (maaltijdmomenten)

Afspraken bij dysfagie – V.04 – logopedist observeert/ doet testjes en maakt advies

Afspraken bij dysfagie – V.04 – begeleid eten

Communicatie tussen verpleegkundigen – V.01 – oneens zijn met elkaar

Communicatie tussen verpleegkundigen – V.01 – advies logopedist wordt opzij geschoven

Communicatie tussen verpleegkundigen – V.01 – verpleegkundige volgt eigen weg

Communicatie tussen verpleegkundigen – V.03 – rapportage slikproblemen doen we niet

Opvolgen logopedische adviezen – V.01 – gaat goed, mits duidelijk vermeld

Opvolgen logopedische adviezen – V.01 – adviezen duidelijker uitschrijven

Opvolgen logopedische adviezen – V.01 – advies nu op veel op meerdere manieren te interpreteren

Opvolgen logopedische adviezen – V.01 – adviezen niet alleen mondeling geven

Opvolgen logopedische adviezen – V.02 – adviezen zijn niet altijd makkelijk op te volgen

Opvolgen logopedische adviezen – V.03 – Niet altijd duidelijk vermeld

Opvolgen logopedische adviezen – V.03 – adviezen op verschillende manieren te interpreteren

Opvolgen logopedische adviezen – V.03 – scheidslijn tussen verpleging en logopedist is van elkaar.

Opvolgen logopedische adviezen – V.03 – zouden altijd haalbaar moeten zijn

Opvolgen logopedische adviezen – V.03 – lukt organisatorisch niet altijd

Opvolgen logopedische adviezen – V.04 – verwerkt in verpleegplan

Opvolgen logopedische adviezen – V.04 – Worden opgevolgd door verpleging

Opvolgen logopedische adviezen – V.04 – door beperkte bezetting zijn afspraken erbij in geschoten.

Gevolgde scholing – V.01 – e-learning

Gevolgde scholing – V.01 – werkervaring met slikproblemen

Gevolgde scholing – V.01 – geen specifieke trainingen gevolgd

Gevolgde scholing – V.02 – tijdens de opleiding is er 1 blok aan gewijd

Gevolgde scholing – V.02 – voor de rest geen specifieke trainingen gevolgd

Gevolgde scholing – V.03 – basis vanuit de opleiding

Gevolgde scholing – V.03 – geen aanvullende scholing

Gevolgde scholing – V.03 – werkervaring met slikproblemen

Gevolgde scholing – V.04 – geen

Gevolgde scholing – V.04 – alleen informatie verkregen vanuit collega's en logopedisten

Wensen t.b.v. scholing – V.01 – klassikale training onder begeleiding van een logopedist

Wensen t.b.v. scholing – V.01 – benadering van dysfagie patiënt bij eten en drinken

Wensen t.b.v. scholing – V.01 – leren door doen in de praktijk

Wensen t.b.v. scholing – V.01 – e-learning geen voorkeur

Wensen t.b.v. scholing – V.02 – meer kennis door les klassikaal

Wensen t.b.v. scholing – V.02 – na scholing een toets doen

Wensen t.b.v. scholing – V.03 – training-on-the-job

Wensen t.b.v. scholing – V.03 – basiskennis

Wensen t.b.v. scholing – V.03 – e- learning is krachtig middel

Wensen t.b.v. scholing – V.03 – toets om te zien of je bezit over de basiskennis

Wensen t.b.v. scholing – V.03 – scholingsmomenten zijn lastig bij te wonen, wisselende diensten.

Wensen t.b.v. scholing – V.04 – Do's en don'ts

Wensen t.b.v. scholing – V.04 – waar specifiek op te letten

Wensen t.b.v. scholing – V.04 – Klassikale training

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.01 – mondhygiëne is momenteel sluitstuk en moet beter

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.01 – medicijnen toedienen via sonde is makkelijk

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.01 – toedienen medicijnen via voeding lastig controleren

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.02 – mondhygiëne is kan echt een stuk beter

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.02 – inname medicijnen gaat meestal wel goed

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.03 – kennis heb ik niet

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.03 – samenwerking is te nauw met logopedist.

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.03 – eten/drinken wordt praktisch gezien, is oefening

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.04 – mondhygiëne, meestal voldoende

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.04 – medicijn inname goed

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.04 – waar nodig gemalen/opgelost

Ervaring begeleiding bij slikproblemen – V.04 – geven van slikinstructies wisselt per revalidant

Afname slikscreening – V.01 – niet, is expertise logopedie

Afname slikscreening – V.02 – liever niet, is expertise logopedie

Afname slikscreening – V.02 – zou misschien kunnen, na goede scholing

Afname slikscreening – V.03 – fijn, mits ik daarvoor geschoold ben

Afname slikscreening – V.03 – hierdoor vaker kans om te screenen.

Afname slikscreening – V.04 – taak van logopedist

Benaderen logopedist – V.01 – bij opname revalidant met slikproblemen

Benaderen logopedist – V.01 – bij twijfel over veilig slikken

Benaderen logopedist – V.02 – bij twijfel over veilig slikken

Benadering logopedist – V.03 – als ik mijn bedenkingen heb over veilig slikken

Benadering logopedist – V.03 – dingen gaan anders dan ze horen te gaan

Benadering logopedist – V.03 – als er belangrijke beslissingen genomen moeten worden

Benaderen logopedist – V.04 – problemen bij revalidant m.b.t slikken

Benaderen logopedist – V.04 – onduidelijkheden omtrent afspraken

Wensen en behoeften – V.01 – begeleiding van logopedist tijdens maaltijden

Wensen en behoeften – V.01 – meer mankracht

Wensen en behoeften – V.01 – 1-op-2 begeleiding tijdens maaltijden

Wensen en behoeften – V.01 – uitleg en richtlijnen t.b.v. slikstoornissen

Wensen en behoeften – V.01 – goede rapportages van collega-verpleegkundigen

Behoeften – V.02 – meer mankracht

Behoeften – V.02 – meer scholing / meer kennis

Behoeften – V.03 – Meer mankracht

Behoeften – V.03 – meer kennis

Behoeften – V.03 – apparatuur

Behoeften – V.03 – logopedist bij begeleid eten

Behoeften – V.03 – probleemgericht werken, probleemgestuurd revalideren

Behoeften – V.03 – nauwe samenwerking tussen verpleegkundige en logopedist

Behoeften – V.03 – betere communicatie tussen therapeut en verpleegkundigen

Behoeften – V.03 – scholen van de verpleging

Behoeften – V.03 – coachen/ begeleiding van de verpleging

Behoeften – V.03 – Proactive rol van de logopedisten

Behoeften – V.04 – meer mankracht

Behoeften – V.04 – Meer scholing / kennis

Behoeften – V.04 – logopedist bij begeleid eten

Bijlage 4 Toestemmings-/ informatiebrief

(Plaats ~~geanonimiseerd~~), 25 maart 2019

Beste ...,

Mijn naam is Jessica Pieterse. Ik ben een 4^e-jaars logopediestudent aan (school ~~geanonimiseerd~~). Momenteel ben ik bezig met mijn eindstage en afstudeerscriptie bij (instelling ~~geanonimiseerd~~).

Mijn onderzoek richt zich met name op de wensen en behoeften van verpleegkundigen met betrekking tot de begeleiding van slikproblemen bij dysfagiepatiënten. Hierbij wil ik met name kijken naar jullie ervaringen, behoeften, meningen etc. Ik hoop dat uit dit onderzoek een dusdanig resultaat komt, dat er in gespeeld kan worden op jullie behoeften en wensen door de logopedisten. Dit onderzoek zal worden gedaan door middel van anonieme interviews. Graag vraag ik uw hulp hierbij. Het interview zal slechts een half uur van uw tijd in beslag nemen.

In verband met de nieuwe privacywet vraag ik u hierbij om toestemming. Wanneer u ervoor kiest geen toestemming te verlenen, heeft dit geen nadelige gevolgen voor uw werkzaamheden. Het onderzoek zal volledig geanonimiseerd uitgevoerd worden. De naam van zowel de participant als de instelling zullen niet genoemd worden, waardoor deelnemers aan dit onderzoek niet herkend kunnen worden. De geluidsopnamen die gemaakt worden tijdens het interview, zullen na verwerking meteen gewist worden. Het uitgewerkte interview zal aan u voorgelegd worden ter goedkeuring en verbetering.

Graag hoor ik van u of u mee wilt werken aan dit interview. Zo ja, dan verneem ik graag of u al dan niet toestemming geeft voor dit interview. Indien u toestemming geeft hiervoor, wilt u dan zo vriendelijk zijn het bijgevoegde formulier in te vullen en te ondertekenen?

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking. Heeft u nog vragen dan kunt u contact met mij opnemen. Onder aan deze brief vindt u mijn contactgegevens.

Met vriendelijke groet,

Jessica Pieterse

E-mail: J.pieterse@instelling-geanonimiseerd.nl

Telefoon: 03nummer ~~geanonimiseerd~~

Op maandag, donderdag en vrijdag bereikbaar via afdeling logopedie (onder begeleiding van naam ~~geanonimiseerd~~).

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik,..... geef wel / geen* toestemming voor mijn
deelname aan het interview voor het afstudeeronderzoek van Jessica Pieterse.

**(graag doorstrepen wat niet van toepassing is)*

Datum:

Handtekening deelnemer: