**Slikadviezen en kwaliteit van leven**

**Een case study naar mogelijkheden voor eet- en drinkadviezen en daarbij verhoging van de kwaliteit van leven van geriatrische patiënten met slikproblemen na een ziekenhuisopname**

*Auteur: I. (Ilse) van Keulen; studentnummer: 1621996*

*Opleiding Logopedie, Hogeschool Utrecht*

*Aantal woorden: 3269 (exclusief abstract en dankwoord)*

**Abstract**

Orofaryngeale dysfagie is een groot probleem bij ouderen: het kan voor lichamelijke problemen als ondervoeding en aspiratie zorgen, maar ook leiden tot een afname van kwaliteit van leven. Als er zich stoornissen in het kauwen en slikken voordoen, kunnen eet- en drinkconsistenties worden aangepast. Ook in het XXX passen de logopedisten deze interventiemethode toe. Bij ontslag van geriatrische patiënten met slikproblemen is er vaak geen mogelijkheid geweest om eet- en drinkadviezen uit te leggen, waardoor in de thuissituatie opnieuw slikproblemen kunnen ontstaan. Door middel van deze case study, waarin gebruik gemaakt werd van verschillende onderdelen van vragenlijsten over kwaliteit van leven en een interview, is gepoogd een bruikbaar advies te geven over de manier van het verstrekken van eet- en drinkadviezen voor na een ziekenhuisopname. De resultaten uit deze studie laten zien dat persoonlijke eet- en drinkadviezen ervoor zorgen dat de kwaliteit van leven van de hiervoor beschreven doelgroep toeneemt. Voorzichtigheid rondom het verstrekken van deze adviezen is geboden, aangezien het voor sommige patiënten ook een negatieve uitwerking kan hebben op de kwaliteit van leven. Uitvoerige communicatie met iedere patiënt is noodzakelijk om tot een goede beslissing te komen.

**Inleiding**

Eten en drinken gaat over het algemeen moeiteloos, waarbij we genieten van de smaak en dorst en trek lessen (Kalf & Dicke, 2014). Ook gezonde ouderen kunnen vrijwel alles eten en drinken, zonder dat ze zich vaker verslikken of aanpassingen nodig hebben (Kalf, van Poelgeest & Olde Rikkert, 2005). Het ouder worden brengt wel subtiele fysiologische veranderingen in de slikfunctie en de anatomische structuren die bij het slikken betrokken zijn, met zich mee (Sura, Madhavan, Carnaby & Crary, 2012). Onderzoek heeft onder andere aangetoond dat bij gezonde mensen van 65 jaar en ouder verschillende aspecten van de slikfunctie significant afnemen. Het kauwen wordt trager en de gemiddelde sliksnelheid, de tijd die nodig is om voedsel van de mond tot in de slokdarm te krijgen, neemt iets af (Kalf, van Poelgeest & Olde Rikkert, 2005). Daarnaast wordt het volume aan vloeistof dat in één keer weggeslikt kan worden, kleiner en reageert de farynx iets trager op de aankomst van voedsel (Kalf, van Poelgeest & Olde Rikkert, 2005). Deze leeftijdsgerelateerde veranderingen in de kauw- en slikfunctie (ook wel ‘primaire presbyfagie’ genoemd; Kalf, van Poelgeest & Olde Rikkert, 2005) hebben weinig invloed op de slikveiligheid bij gezonde ouderen: deze blijft als dusdanig behouden (Liesenborghs, Dejaeger, Liesenborghs, Tack & Rommel, 2014).

Wanneer de lichamelijke conditie van ouderen sterk verslechtert, kunnen bovenstaande fysiologische veranderingen en daarbij sluimerende slikproblemen tot (tijdelijke) dysfagie leiden (Kalf, van Poelgeest & Olde Rikkert, 2005). Dysfagie wordt in Logemann (2001) beschreven als ‘’moeite om voedsel van de mond naar de maag te verplaatsen’’ (p. 21). Deze dysfagie bij ouderen ontstaat als gevolg van ouderdomsgerelateerde ziekteprocessen (bijvoorbeeld dementie; Sura, Madhavan, Carnaby & Crary, 2012), bovenop een reeds verminderde functionele reserve die bij het natuurlijke verouderingsproces hoort (Liesenborghs, Dejaeger, Liesenborghs, Tack & Rommel, 2014). Oudere mensen zijn in het algemeen vatbaarder voor uiteenlopende ziektebeelden en bijbehorende ziekenhuisopnames. Door de verminderde functionele reserve kan zo’n opname gepaard gaan met plotselinge verslechtering van de slikfunctie. Ook iatrogene oorzaken (zoals bijwerkingen van medicatie) en desoriëntatie en verwardheid bij ziekenhuisopname kunnen verantwoordelijk zijn voor slikproblemen of het slikken negatief beïnvloeden (Liesenborghs, Dejaeger, Liesenborghs, Tack & Rommel, 2014).

Dysfagie is een groot probleem bij ouderen (Chen, Golub, Hapner & Johns, 2009). Orofaryngeale dysfagie (stoornissen in het kauwen en slikken; Kalf, van Poelgeest & Olde Rikkert, 2005) kan onder andere dehydratie, ondervoeding, aspiratie en/of verstikking tot gevolg hebben (Cichero et al., 2013). Tevens kan dysfagie de gezondheidsgerelateerde mate van kwaliteit van leven beïnvloeden (Timmerman, Speyer, Heijnen & Klijn-Zwijnenburg, 2014). Kwaliteit van leven wordt door het Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014) gedefinieerd als ‘’het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied zoals zij dat zelf ervaren’’. Omdat eten een belangrijke rol speelt in onze maatschappij (Chen, Golub, Hapner & Johns, 2009), is de onderzoeker van mening dat problemen rondom eten en drinken bijdragen aan een verminderde kwaliteit van leven. Zo kan regelmatig verslikken er onder andere voor zorgen dat patiënten gehinderd worden met anderen te eten en drinken (Kalf & Dicke, 2014).

Als kauwen en slikken moeilijk gaat, kan het verstandig of zelfs noodzakelijk zijn om de consistentie van eten en drinken aan te passen (Kalf & Dicke, 2014). Het wijzigen van de textuur van voedsel en de dikte van vloeistoffen om verslikken zoveel mogelijk te beperken, is wereldwijd verspreid (Cichero et al., 2013).

Ook in het XXX te XXX passen de klinisch logopedisten eet- en drinkconsistenties aan als geriatrische patiënten, die opgenomen zijn op de verpleegafdeling, zich regelmatig verslikken in drinken of bepaalde voeding. Iedere twee dagen wordt de slikfunctie opnieuw beoordeeld door de logopedisten.

Als de patiënt huiswaarts gaat, omdat de gezondheid verbeterd is of stabiel is, kunnen de slikproblemen nog steeds aanwezig zijn. De logopedisten weten vaak niet dat patiënten met ontslag gaan, waardoor zij dit pas de volgende dag zien. In dergelijke gevallen hebben zij de eet- en drinkadviezen niet kunnen bespreken met patiënten en familieleden. Hierdoor bestaat de kans dat patiënten hun ‘normale’ eet- en drinkpatroon weer oppakken, waardoor opnieuw problemen met slikken kunnen ontstaan en zodoende de kwaliteit van leven beïnvloed kan worden. Deze problematiek kan geïllustreerd worden middels onderstaande casus.

*Dhr. B., eind tachtig, werd opgenomen in het XXX in verband met algehele zwakte bij een urineweginfectie. De logopedist werd geconsulteerd vanwege veelvuldig verslikken tijdens de maaltijden. Na het eerste consult werd voor dhr. een aangepast dieet opgesteld.*

*Een week later had dhr. B. het ziekenhuis verlaten, maar de slikfunctie was nog onvoldoende hersteld.*

*De logopedist zag een dag later dat dhr. al met ontslag was, waardoor het aangepaste dieet niet meer besproken kon worden met dhr. en familie. Hierdoor was de kans aanwezig dat dhr. thuis weer allerlei soorten voeding zou gaan nuttigen, terwijl dit nog niet mogelijk was met zijn verzwakte slikfunctie. Dit kon wederom slikklachten en andere eet- en drinkproblemen met zich meebrengen.*

Het belangrijkste gegeven, wat eveneens geïllustreerd wordt met behulp van bovenstaande casus, is dat patiënten en familieleden onvoldoende ingelicht kunnen worden over slikproblemen en het effect van aanpassingen in eet- en drinkconsistenties, met alle gevolgen (ondervoeding, verslikken en mogelijk een longontsteking) van dien. Om hier een oplossing voor te zoeken, is met behulp van een praktijkgericht onderzoek een antwoord gezocht op de volgende vraag:

‘Hoe kunnen eet- en drinkadviezen voor geriatrische patiënten met slikproblemen na ontslag uit het XXX goed uitgelegd en verstrekt worden door de klinisch logopedisten, zodat de kans op verslikken in de toekomst zo klein mogelijk is en zodoende de kwaliteit van leven van de patiënt toeneemt?’

**Methode**

*Inclusiecriteria en patiëntselectie*

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is gepoogd een geriatrische patiënt te benaderen die slikproblemen had gekregen gedurende de ziekenhuisopname en/of al langer bekend was met slikklachten.

Er werden enkele inclusiecriteria opgesteld waar de patiënt aan moest voldoen voordat hij/zij benaderd werd voor deelname aan dit onderzoek:

* Leeftijd van 65 jaar of ouder en zelfstandig thuiswonend (daar Chen, Golub, Hapner & Johns (2009) voor hun onderzoek naar kwaliteit van leven bij een geriatrische populatie dezelfde maten hanteren);
* Opname op de afdeling Klinische Geriatrie of een andere afdeling binnen het ziekenhuis, met uitzondering van de afdeling Neurologie (daar volgens Logemann (2001) slikstoornissen bij acute neurologische aandoeningen vaak een ander beloop en mate van herstel kennen);
* Logopedie was geconsulteerd vanwege verslikken tijdens eet- en drinkmomenten.

Naar aanleiding van deze criteria werd een patiënt gevonden die binnen het beschreven profiel paste: mw. S. van begin negentig. Deze patiënte gaf, na uitgebreide uitleg over het doel van het onderzoek, schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek en voor het gebruik van haar antwoorden voor het schrijven van dit artikel. Ook de dochter van mw. S., die betrokken was bij de zorg rondom haar moeder, ging akkoord met de deelname van mw. aan het onderzoek.

*Casusbeschrijving*

Mw. S., begin negentig, werd opgenomen in het XXX als gevolg van lichamelijke zwakte bij een pneumonie. Er werd een consult voor logopedie aangevraagd vanwege meermaals verslikken in dunvloeibaar. Bij observatie door de logopedist werd inderdaad verslikken geconstateerd in deze drinkconsistentie, wat resulteerde in een flinke hoestbui. Mw. gaf aan al een paar weken moeite te hebben met het slikken van dunne dranken en zich er meerdere malen in verslikt te hebben. Tevens vertelde ze dat ze sinds de ziekenhuisopname meer moeite had om brood en vlees te kauwen en weg te slikken. Hierop werd het kauwen en slikken van brood met korst geobserveerd door de logopedist.

Er werd opgemerkt dat mw. er erg lang over deed om het brood te kauwen, te verzamelen op de tong en weg te slikken. Na de slik bleven er flink wat kruimels achter op de tong.

*Werkwijze*

Voor het onderzoek heeft mw. S. een vragenlijst, de Deglutition Handicap Index [DHI] (Woisard, Andrieux & Puech, 2006), ingevuld. Met de DHI is geprobeerd een klinisch en praktisch instrument te creëren, die de impact van een slikprobleem op de patiënt in kaart brengt (Woisard & Sordes, 2014). De vragenlijst werd als eerste gepubliceerd in het Frans, waarna hij vertaald is naar het Engels en andere talen door verschillende auteurs (Woisard & Sordes, 2014). Voor deze case study is gebruik gemaakt van een vrije vertaling naar het Nederlands vanuit de Engelse vragenlijst die in het artikel van Woisard & Sordes (2014) wordt weergegeven.

De DHI bestaat uit drie domeinen met telkens tien items, dertig items in totaal. Al deze items houden verband met aspecten die in relatie staan tot het slikken. Het eerste domein (lichamelijk; P) bevat symptomen gerelateerd aan slikken, het tweede domein (functioneel; F) omvat gevolgen met betrekking tot voeding en ademhaling en het derde domein (emotioneel; E) bevraagt de psychosociale gevolgen van slikproblemen. De score per item wordt ingevuld aan de hand van een 5-puntsschaal: nooit (score 0), bijna nooit (score 1), soms (score 2), bijna altijd (3 punten) en altijd (score 4). De maximumscore op deze vragenlijst bedraagt 120 punten (Woisard, Andrieux & Puech, zoals beschreven in Universiteit Gent & Université Catholique de Louvain [UCL], z.j.).

In bijlage 1 zijn de dertig Engelse items vanuit het artikel van Woisard & Sordes (2014) weergegeven, waarna in bijlage 2 de vrije vertaling van deze items naar het Nederlands volgt.

Daarnaast werd mw. S. gevraagd de ernst van haar dysfagie te scoren op een algemene 7-puntsschaal, die onderdeel is van een andere vragenlijst voor slikproblemen en kwaliteit van leven, de Dysphagia Handicap Index [DyHI] (Silbergleit, Schultz, Jacobson, Beardsley & Johnson, 2012). Deze schaal bevat een score van 1 tot en met 7, waarbij een score 1 als ‘normaal’ en een score 7 als ‘ernstig probleem’ wordt gezien (De Bodt, Guns, D’hondt, Vanderwegen & Van Nuffelen, 2015).

Tot slot kreeg mw. S. zeven algemene vragen voorgeschoteld die gericht waren op eet- en drinkadviezen voor de periode na de ziekenhuisopname. Hiervan waren vijf vragen te beantwoorden middels ‘ja’ of ‘nee’ (de vragen 1, 3, 4, 5 en 7), bevatte één vraag een keuze uit verschillende opties (vraag 2) en moest één vraag (vraag 6) naar eigen ideeën beantwoord worden. Ook de dochter van mw. werd gevraagd deel te nemen aan dit gedeelte van het onderzoek, aangezien zij aangaf haar moeder bijna iedere dag te bezoeken en regelmatig met haar mee te eten.

Voor dit gedeelte van het onderzoek, een interview dat door de onderzoeker werd afgenomen, werd aan beide dames toestemming gevraagd om de antwoorden met een digitale memorecorder (Philips LFH 0648) op te nemen. Na transcriptie van de antwoorden zijn de opnames direct verwijderd.

Het interview werd per persoon afgenomen, zodat voorkomen werd dat antwoorden elkaar konden beïnvloeden. In bijlage 3 zijn de algemene vragen van dit interview weergegeven.

Na afronding van bovenstaande onderzoeksonderdelen werd in overleg met mw. en haar dochter een aangepast eet- en drinkadvies opgesteld. Dit advies had betrekking op het indikken van dranken en het nuttigen van zachte/smeuïge voeding tijdens de maaltijden.

Om het effect van de opgestelde eet- en drinkadviezen (interventie genoemd in de cursieve tussenkopjes bij het onderdeel ‘Resultaten’) op de kwaliteit van leven van mw. S. te onderzoeken, is haar kwaliteit van leven middels de 7-puntsschaal uit de DyHI op twee momenten onderzocht: vóórdat de eet- en drinkadviezen waren opgesteld en nádat ze ingevoerd waren.

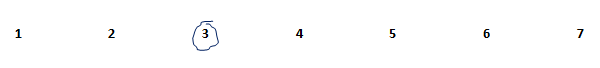
**Resultaten**

*Vóór interventie*

|  |  |
| --- | --- |
| **Geselecteerd domein** | **Score** |
| P (fysiek) | 13 |
| F (functioneel) | 21 |
| E (emotioneel) | 6 |
| Totaalscore van alle domeinen | 40 |

*Tabel 1: scores op de verschillende domeinen van de DHI en de totaalscore van mw. S.*

De resultaten die behaald zijn op de vrije vertaling naar het Nederlands van de DHI, zijn weergegeven in tabel 1. De scoring per vraag door mw. S. is weergegeven in bijlage 2. In tabel 1 is te zien dat mw. een score van 40 punten had op de dertig items van de DHI. Daarbij is ook op te merken dat de meeste punten (21 van de 40) behaald werden in domein F (functioneel).



*Figuur 1: de score op de 7-puntsschaal van de DyHI vóór aanpassing in eet- en drinkconsistenties, omcirkeld door mw. S.*

In figuur 1 is de score van mw. S. op de 7-puntsschaal vanuit de DyHI weergegeven. Te zien is dat mw. haar slikprobleem in relatie tot haar kwaliteit van leven met het cijfer ‘3’ beoordeelde.

De volledig getranscribeerde antwoorden van de interviews met mw. S. en haar dochter zijn weergegeven in bijlagen 4 en 5. Doordat zij allebei meegewerkt hebben aan het interview, was de populatie voor dit gedeelte van het onderzoek N = 2.

Gekeken naar de antwoorden kan gesteld worden dat mw. S. en haar dochter allebei graag een eet- en drinkadvies zouden willen ontvangen voor de thuissituatie. Beide dames gaven aan dat zij, als ze adviezen meekregen, deze het liefst schriftelijk en/of in een folder zouden ontvangen. Tevens antwoordden beide dames instemmend ‘ja’ op de vraag of een folder kan helpen voor betere bewustwording van slikproblemen. Zij vermeldden allebei graag zo’n folder te ontvangen. Als laatst gaven zowel mw. S. als haar dochter aan dat een combinatie van een persoonlijk eet- en drinkadvies voor thuis en een folder over slikproblemen voor thuis bijdragen aan betere hantering van eet- en drinkadviezen. Belangrijk voor een eet- en drinkadvies waren volgens mw. S. onder andere een goede leesbaarheid en een overzichtelijk advies. Volgens haar dochter moest de adviezen praktisch en gemakkelijk toe te passen zijn, met daarnaast ook tips voor alternatieven voor voeding en dranken.

*Ná interventie*

Een paar dagen later, na invoering van de eet- en drinkadviezen, werd mw. S. opnieuw bezocht door de onderzoeker. De logopedist was eerder al langsgeweest en had nog geen verbetering in de slikfunctie opgemerkt, waardoor het aangepaste dieet werd gehandhaafd. Mw. kreeg opnieuw de vraag voorgelegd om de ernst van haar dysfagie op de 7-puntsschaal weer te geven.

*Figuur 2: de score op de 7-puntsschaal van de DyHI ná aanpassing in eet- en drinkconsistenties, omcirkeld door mw. S.*

In figuur 2 is de score van mw. S. op de 7-puntsschaal vanuit de DyHI weergegeven. Te zien is dat mw. haar slikprobleem in relatie tot haar kwaliteit van leven, na enkele aanpassingen in eet- en drinkconsistenties, met het cijfer ‘2’ beoordeelde. Deze score ligt lager ten opzichte van de score die mw. gaf vóór interventie, toen zij haar slikprobleem in relatie tot haar kwaliteit van leven met het cijfer ‘3’ beoordeelde (zie figuur 1).

Op de vraag waarom mw. S. in een paar dagen tijd haar kwaliteit van leven ten opzichte van haar slikprobleem verbeterd vond (getuige de verschuiving van ‘3’ naar ‘2’), gaf zij aan dat zij zich sinds de start van het aangepaste dieet niet meer verslikt had. Zij gaf aan dat ze nog geen ‘1’ (normaal) wilde scoren, omdat ze de verdikte koffie en thee vrij smaakloos vond en ‘liever gewone thee en koffie’ dronk.

**Conclusie**

Uit het onderzoek van Woisard & Sordes (2014) is op te maken dat een totaalscore van 20 punten of meer op de DHI statisch relevant is in vergelijkingsgroepen. Tevens ligt de cut-off score voor deze vragenlijst op 11 punten (Woisard & Sordes, 2014), waar mw. S. met 40 punten ruim boven scoort. De onderzoeker herleidt hieruit dat mw. S. zich realiseerde dat er daadwerkelijk sprake was van een slikprobleem.

Daarnaast concluderen Woisard & Sordes (2014) dat kwaliteit van leven bij orofaryngeale dysfagie beïnvloed wordt door de functionele gevolgen van de slikproblemen. Vanuit de ingevulde DHI door mw. S. is te zien dat meer dan de helft van de punten (21 van de 40 in totaal) in domein F viel. Dit ondersteunt de bewering dat de mate van kwaliteit van leven van mw. S. voor een groot deel bepaald wordt door het functionele domein, dat betrekking heeft op de mate van problemen met voeding en ademhaling (Universiteit Gent & Université Catholique de Louvain [UCL], z.j.).

Tot slot valt er nog wat te zeggen over betrouwbaarheid en validiteit van zowel de DHI als de 7-puntsschaal uit de DyHI. Voor het beoordelen van betrouwbaarheid wordt gebruik gemaakt van de Cronbach’s alpha. Hoge waarden (> 0.8) wijzen op een hoge betrouwbaarheid of een hoge interne consistentie (Tilburg University, z.j.). De DHI heeft een Cronbach’s alpha van 0,9 en de DyHI heeft zelfs een Cronbach’s alpha van 0,94. Dit betekent grofweg dat beide instrumenten betrouwbaar zijn. Het begrip ‘validiteit’ heeft betrekking op de geschiktheid van de gekozen observaties of metingen om een bepaalde vraag te beantwoorden (Van Borsel, 2009). Aangezien zowel de DHI als de DyHI aangeven de kwaliteit van leven bij slikproblemen te meten en dit ook daadwerkelijk naar voren komt, valt te concluderen dat beide instrumenten valide zijn.

Naar aanleiding van deze case study valt, met behulp van de resultaten, te concluderen dat aangepaste eet- en drinkconsistenties, schriftelijk en/of in een folder verstrekt, bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van leven. Deze verbetering komt tot stand vanwege de forse reductie van verslikmomenten als gevolg van de eet- en drinkadviezen.

**Discussie**

Het voorschrijven van aangepaste voedselconsistenties en verdikte dranken is een belangrijk punt geworden in het tegengaan van dysfagie (Cichero et al., 2013). Voeding met een aangepaste consistentie is gemakkelijker te slikken, maar minder aantrekkelijk in smaak en geur dan ‘gewone’ voeding (Kalf & Dicke, 2014). Dit kan er voor zorgen dat de kwaliteit van leven rondom eten en drinken juist afneemt. Voor mw. S. was de reductie van het aantal verslikmomenten belangrijker dan de verminderde keuze uit voeding en dranken, getuige haar toename van kwaliteit van leven na invoering van de adviezen. Echter is het niet ondenkbaar dat een andere patiënt zo ‘gewoon’ mogelijk wil blijven eten, omdat dit aantrekkelijker is dan voeding met een aangepaste consistentie (Kalf & Dicke, 2014). Het onderzoek is slechts onder één patiënt en een familielid uitgevoerd, waardoor eigenlijk geen eenduidig advies gegeven kan worden over het effect van slikadviezen op de kwaliteit van leven.

Daarnaast is de daadwerkelijke betekenis van de cut-off score van 11 punten op de DHI niet te herleiden uit het artikel van Woisard & Sordes (2014). Ook de allereerste publicatie van de DHI door Woisard, Andrieux & Puech (2006) is niet vrij verkrijgbaar. Hierdoor kan geen onderbouwde uitspraak gedaan worden over de betekenis van een score boven of onder de gegeven cut-off score, met als gevolg dat de totaalscore geïnterpreteerd is op basis van ervaring van de onderzoeker. Er is eveneens geen complete schaal met interpretatie per score van de 7-puntsschaal uit de DyHI beschikbaar, waardoor geen goede definitie kan worden gegeven bij iedere score.

Tot slot is in de conclusie beschreven dat de Cronbach’s alpha voor de DHI 0,9 is, waardoor dit instrument een hoge betrouwbaarheid kent. Deze score heeft echter betrekking op de Engelse versie van de DHI, terwijl voor dit onderzoek gebruik is gemaakt van een vrije vertaling van deze DHI naar het Nederlands. Dit kan een reden zijn om de betrouwbaarheid van de Nederlandse vertaling door de onderzoeker in twijfel te trekken.

**Aanbevelingen voor de praktijk**

Uit deze case study is gebleken dat mw. S. en haar dochter veel behoefte hadden aan persoonlijke eet- en drinkadviezen voor de thuissituatie. Zij waren beide van mening dat deze adviezen en extra informatie over slikproblemen bijdragen aan de reductie van verslikmomenten en de verhoging van kwaliteit van leven. Zoals beschreven in de discussie, is het onderzoek middels de vragenlijst en het interview slechts op één casus toegespitst, waardoor er geen sterk eenduidig advies gegeven kan worden. Aangezien mw. S. zelf aangaf dat haar kwaliteit van leven verbeterd was ná de invoering van eet- en drinkadviezen, moedigt de onderzoeker aan zulke adviezen wel te verstrekken aan geriatrische patiënten met slikproblemen. Gekeken naar de resultaten van de interviews, verdient het aanbeveling om adviezen schriftelijk mee te geven, zodat patiënten en familieleden ze altijd kunnen raadplegen. Tevens is gebleken dat er informatiebehoefte is over slikproblemen in het algemeen. Met deze twee elementen heeft de onderzoeker, in overleg met de logopedisten van het XXX, gekozen voor het ontwerpen van een slikfolder. In deze folder wordt informatie over slikproblemen verstrekt en kan de logopedist eet- en drinkadviezen direct aankruisen. Deze folder is te vinden in bijlage 6. Een voorbeeld van zo’n instrument, waarbij zowel algemene informatie als specifieke tips gegeven worden, kan door alle logopedisten in ziekenhuizen gebruikt worden.

Echter is communicatie met de patiënt over de behoefte van slikadviezen voor de thuissituatie het allerbelangrijkst en moet dit altijd in acht worden gehouden.

**Dankwoord**

Voor dit onderzoek wil ik allereerst XXX en XXX, klinisch logopedisten, bedanken. Zij gaven mij de ruimte om dit onderzoek uit te voeren en hebben hier ook hun akkoord voor gegeven (bijlage 7). Tevens hebben ze opbouwende feedback gegeven tijdens het ontwerpen van de slikfolder, waardoor de informatie geschikt is voor patiënten en hun familie.

Daarnaast wil ik XXX, docent aan de opleiding Logopedie van de Hogeschool Utrecht, bedanken voor haar enthousiaste en professionele begeleiding bij dit onderzoek en de gehele periode van de afstudeereenheid.

Tot slot wil ik mijn ouders en vriend ook hartelijk danken voor hun steun tijdens het uitvoeren en schrijven van dit onderzoeksartikel.

**Referenties**

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

Borsel, J. van (2009). *Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie.* Leuven/Den Haag: Acco.

Chen, P.H., Golub, J.S., Hapner, E.R. & Johns, M.M. 3rd (2009). Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia, 24 (1),* 1-6.

Cichero, J.A. et al. (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 and rehabilitation reports, 24 (1),* 280-291.

Kalf, J.G. & Dicke, H. (2014). Orale voeding met een aangepaste consistentie. In: Former, M., Asseldonk, G. van, Drenth, J. & Duinen, J. van (red.), *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek* (pp. 79-93). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kalf, J.G., Poelgeest, A. van & Olde Rikkert, M.G.M. (2005). Slikstoornissen en voedingsproblemen bij ouderen. *Bijblijven, 21 (7),* 303-306.

Liesenborghs, C., Dejaeger, E., Liesenborghs, L., Tack, J. & Rommel, N. (2014). Presbyfagie: de invloed van het primair verouderingsproces op de slikfunctie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 45 (5),* 261-272.

Logemann, J.A. (2001). *Slikstoornissen – onderzoek en behandeling.* Amsterdam: Pearson.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014). Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven samengevat. Verkregen op 14 januari, 2016, via

*http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van -leven/kwaliteit-van-leven/gezondheidsgerelateerde-kwaliteit-van-leven-samengevat/*

Silbergleit, A.K., Schultz, L., Jacobson, B.H., Beardsley, T. & Johnson, A.F. (2012). The Dysphagia Handicap Index: Development and Validation. *Dysphagia, 27 (1),* 46-52.

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. & Crary, M.A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical interventions in aging, 7 (7),* 287-298.

Tilburg University (z.j.). Interne consistentie – Cronbach’s alpha. Verkregen op 4 januari, 2016, via *http://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/vaardigheden/spsshelpdesk/edesk/cronbach/*

Timmerman, A.A., Speyer, R., Heijnen, B.J. & Klijn-Zwijnenburg, I.R. (2014). Psychometric characteristics of health-related quality-of-life questionnaires in oropharyngeal dysphagia. [*Dysphagia*](http://europepmc.org/search?page=1&query=JOURNAL:%22Dysphagia%22)*, 29 (2)*, 183-198.

Universiteit Gent & Université Catholique de Louvain [UCL] (z.j.). Belgian Screening Tools III (BeST III); Deglutition Handicap Index. Verkregen op 22 december, 2015, via *http://www.health.belgium.be/filestore/19073197\_NL/DHItext.pdf*

Woisard, V., Andrieux, M.P., & Puech, M. (2006). Validation d’un questionnaire d’auto-évaluation du handicap pour les troubles de la deglutition oropharyngée (Deglutition Handicap Index). *Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, *127 (5)*, 315-325.

Woisard, V. & Sordes, F. (2014). Health Related Quality of Life and Oropharyngeal Dysphagia.

*Journal of Gastroenterology and Hepatology Research, 3 (10),* 1292-1300.

**N.B.: Referenties bij bijlage 6**

[Schematische weergave van de slikanatomie] (z.j.). [Illustratie]. Verkregen op 7 januari, 2016, via  *http://www.biologiesite.nl/keelholte.htm*

[Verdikkingsmiddel voor dranken] (z.j.). [Afbeelding]. Verkregen op 7 januari, 2016, via *http://www.newpharma.fr/nutricia/417779/nutricia-nutilis-clear-poudre-175g.html*

**BIJLAGE 1: De vragen uit de Engelse vertaling van de Deglutition Handicap Index [DHI] (Woisard & Sordes, 2014).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Domain** | **Item** |
| P | I feel a discomfort when I swallow |
| P | The food sticks or stays blocked in my throat |
| P | I have difficulty swallowing liquids |
| P | I cough or clear my throat during or after a meal |
| P | I suffocate when eating of drinking |
| P | I feel food or liquid coming up after a meal |
| P | I have difficulty chewing |
| P | Food comes up to my nose when I drink or eat |
| P | I dribble when I eat |
| P | My throat hurts when I swallow |
| F | I am unable to eat certain foods because of my swallowing difficulties |
| F | I have to modify the consistency of the food in order to swallow |
| F | It takes longer to eat a meal because of my swallowing difficulties |
| F | I eat less because of my swallowing problems |
| F | I am still hungry or thirsty after a meal |
| F | I am tired because of my swallowing problems |
| F | I have lost weight because of my swallowing difficulties |
| F | I am afraid of eating |
| F | I have had bronchitis or pulmonary infections more often since my swallowing problems |
| F | I have more trouble breathing since my swallowing problems |
| E | I avoid eating with others because of my swallowing difficulties |
| E | My swallowing problem limits my personal or social life |
| E | I am bothered by the way I eat during meal |
| E | Eating has become a disagreeable time because of my swallowing problems |
| E | My swallowing difficulty constrains me |
| E | I find that others do not understand my swallowing problems |
| E | Others seem to be irritated by my swallowing problems |
| E | I am tense when I eat with others because of my swallowing |
| E | I am ashamed of my swallowing problem |
| E | I feel handicapped because of my swallowing difficulties |

**BIJLAGE 2: Vrije vertaling naar het Nederlands van de DHI en de antwoorden van mw. S.**

De vragen zijn verdeeld in drie verschillende domeinen: P (fysiek), F (functioneel) en E (emotioneel).

Voor iedere vraag is er een 5-puntsschaal, variërend van de score 0 (nooit) tot score 4 (altijd).

Ik wil u vragen het cijfer te omcirkelen dat aansluit bij uw situatie ten opzichte van iedere stelling.

**P** Ik heb een raar gevoel als ik slik 0 1 2 3 4

**P** De voeding blijft in mijn keel hangen 0 1 2 3 4

**P** Ik heb moeite om vloeistoffen 0 1 2 3 4

(zoals water) te slikken

**P** Ik hoest of schraap mijn keel 0 1 2 3 4

tijdens of na het eten

**P** Ik heb het gevoel dat ik stik 0 1 2 3 4

tijdens het eten of drinken

**P** Ik voel dat eten of drinken omhoog 0 1 2 3 4

komt na afloop hiervan

**P** Ik heb moeite met kauwen 0 1 2 3 4

**P** Voeding of vocht komt bijna door mijn

neus tijdens het eten of drinken 0 1 2 3 4

**P** Ik kwijl tijdens het eten 0 1 2 3 4

**P** Mijn keel doet zeer als ik slik 0 1 2 3 4

**F** Ik kan sommige producten niet eten 0 1 2 3 4

of drinken vanwege mijn slikprobleem

**F** Ik moet de consistentie (structuur) van 0 1 2 3 4

eten/drinken aanpassen

**F** Ik doe langer over eten en drinken 0 1 2 3 4

door mijn slikprobleem

**F** Ik eet en drink minder als gevolg van mijn 0 1 2 3 4

slikprobleem

**F** Ik heb nog steeds honger/dorst 0 1 2 3 4

nadat ik gegeten of gedronken heb

**F** Ik ben moe als gevolg van mijn 0 1 2 3 4

slikprobleem

**F** Ik ben afgevallen als gevolg van mijn 0 1 2 3 4

slikprobleem

**F** Ik ben bang om te eten 0 1 2 3 4

**F** Ik heb vaker luchtweginfecties gehad 0 1 2 3 4

sinds ik slikproblemen heb

**F** Ik heb meer moeite met ademen als 0 1 2 3 4

gevolg van mijn slikprobleem

**E** Ik vermijd eten met anderen als gevolg 0 1 2 3 4

van mijn slikprobleem

**E** Mijn slikprobleem belemmert me in 0 1 2 3 4

mijn persoonlijk/sociaal leven

**E** Ik erger me aan mijn manier van eten 0 1 2 3 4

**E** Eten is onaangenaam geworden als 0 1 2 3 4

gevolg van mijn slikprobleem

**E** Mijn slikprobleem belemmert me 0 1 2 3 4

**E** Ik denk dat anderen mijn slikprobleem 0 1 2 3 4

niet begrijpen

**E** Anderen lijken geïrriteerd door mijn 0 1 2 3 4

slikprobleem

**E** Ik ben gespannen als ik met anderen 0 1 2 3 4

eet als gevolg van mijn slikprobleem

**E** Ik schaam me voor mijn slikprobleem 0 1 2 3 4

**E** Ik voel me beperkt als gevolg van 0 1 2 3 4

mijn slikprobleem

**BIJLAGE 3: De zeven algemene vragen over eet- en drinkadviezen voor na de ziekenhuisopname**

1. Heeft u behoefte aan een eet- en drinkadvies voor de periode na ontslag uit het ziekenhuis? (Opvolging van zo’n advies verkleint de kans op voedings- en slikproblemen in de thuissituatie).

2. Op welke manieren zou u het liefst eet- en drinkadviezen ontvangen vanuit het ziekenhuis? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

* Mondeling;
* Schriftelijk, bijvoorbeeld in een lijstje of onder elkaar genoteerd;
* In een folder die ik meekrijg van de logopedisten;
* Anders, namelijk...

3. Denkt u dat een folder over slikproblemen en adviezen om verslikken zoveel mogelijk te voorkomen, helpt voor betere bewustwording van de slikproblemen?

4. In navolging op vraag 3: zou u graag een folder meekrijgen waarin slikproblemen beschreven worden, er uitleg gegeven wordt over het ontstaan en wat u eraan kunt doen?

5. Denkt u dat een combinatie van een persoonlijk eet- en drinkadvies (schriftelijk en mondeling toegelicht) en informatie over slikproblemen bijdraagt aan het beter blijven hanteren van eet- en drinkadviezen in de ‘thuissituatie’?

6. Wat vindt u belangrijk aan een eet- of drinkadvies?

7. Zou u het fijn vinden om een eet- en drinkadvies na verloop van tijd nog te evalueren met de logopedist van het XXX? (bijvoorbeeld telefonisch)

**BIJLAGE 4: Getranscribeerde antwoorden van mw. S. op de zeven algemene vragen over eet- en drinkadviezen voor na de ziekenhuisopname**

1. Heeft u behoefte aan een eet- en drinkadvies voor de periode na ontslag uit het ziekenhuis? (Opvolging van zo’n advies verkleint de kans op voedings- en slikproblemen in de thuissituatie).

*Mw. S.: ‘Oh jazeker, als die goed zijn voor mij, zou ik dat heel prettig vinden.’*

2. Op welke manieren zou u het liefst eet- en drinkadviezen ontvangen vanuit het ziekenhuis? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

* Mondeling;
* Schriftelijk, bijvoorbeeld in een lijstje of onder elkaar genoteerd;
* In een folder die ik meekrijg van de logopedisten;
* Anders, namelijk...

*Mw. S.: ‘Oh, nou, dat weet ik niet hoor. Ik denk, (...) euhm, onder elkaar op papier.’*

3. Denkt u dat een folder over slikproblemen en adviezen om verslikken zoveel mogelijk te voorkomen, helpt voor betere bewustwording van de slikproblemen?

*Mw. S.: ‘Euhm, ja, dat denk ik wel, nu sta ik er bij stil dat ik me wel eens verslik ja.’*

4. In navolging op vraag 3: zou u graag een folder meekrijgen waarin slikproblemen beschreven worden, er uitleg gegeven wordt over het ontstaan en wat u eraan kunt doen?

*Mw. S.: ‘Ja hoor.’*

5. Denkt u dat een combinatie van een persoonlijk eet- en drinkadvies (schriftelijk en mondeling toegelicht) en informatie over slikproblemen bijdraagt aan het beter blijven hanteren van eet- en drinkadviezen in de ‘thuissituatie’?

*Mw. S.: ‘Oh euhm, ja, want dan weet ik waar die adviezen voor zijn, voor mijn eigen bestwil namelijk.’*

6. Wat vindt u belangrijk aan een eet- of drinkadvies?

*Mw. S.: ‘Oh meisje, dat weet ik niet hoor. (...) Euhm, misschien dat het overzichtelijk is, of euhm, goed leesbaar, zodat ik alles goed kan zien \*lacht\*.’*

7. Zou u het fijn vinden om een eet- en drinkadvies na verloop van tijd nog te evalueren met de logopedist van het XXX? (bijvoorbeeld telefonisch)

*Mw. S.: ‘Oh euhm, nou, als mijn dochter het ook weet, kan ik het euhm ook met haar bespreken, maar bellen mag altijd.’*

**BIJLAGE 5: Getranscribeerde antwoorden van de dochter van mw. S. op de zeven algemene vragen over eet- en drinkadviezen voor na de ziekenhuisopname**

1. Heeft u behoefte aan een eet- en drinkadvies voor de periode na ontslag uit het ziekenhuis? (Opvolging van zo’n advies verkleint de kans op voedings- en slikproblemen in de thuissituatie).

*Dochter: ‘Oh ja, als mijn moeder zich regelmatig verslikt, zou ik dat wel heel erg fijn vinden ja.’*

2. Op welke manieren zou u het liefst eet- en drinkadviezen ontvangen vanuit het ziekenhuis? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

* Mondeling;
* Schriftelijk, bijvoorbeeld in een lijstje of onder elkaar genoteerd;
* In een folder die ik meekrijg van de logopedisten;
* Anders, namelijk...

*Dochter: ‘Euhm, ik denk op papier, zodat ik ze altijd nog eens na kan lezen en euhm ergens op kan hangen.’*

3. Denkt u dat een folder over slikproblemen en adviezen om verslikken zoveel mogelijk te voorkomen, helpt voor betere bewustwording van de slikproblemen?

*Dochter: ‘Mmm ja, voor mij persoonlijk wel, omdat ik dan kan euhm lezen hoe alles werkt van het slikken en wat ik er euhm tegen kan doen als me.. mijn moeder zich een keer verslikt ja.’*

4. In navolging op vraag 3: zou u graag een folder meekrijgen waarin slikproblemen beschreven worden, er uitleg gegeven wordt over het ontstaan en wat u eraan kunt doen?

*Dochter: ‘Ja, dat zou ik wel prettig vinden.’*

5. Denkt u dat een combinatie van een persoonlijk eet- en drinkadvies (schriftelijk en mondeling toegelicht) en informatie over slikproblemen bijdraagt aan het beter blijven hanteren van eet- en drinkadviezen in de ‘thuissituatie’?

*Dochter: ‘Euhm, mmm, ja, maar ik euhm zou sowieso wel vasthouden aan adviezen die het ziekenhuis geeft.’*

6. Wat vindt u belangrijk aan een eet- of drinkadvies?

*Dochter: ‘Oh, mmm, hier moet ik even over nadenken hoor \*lacht\*. (...). Euhm, ik denk dat ze praktisch moeten zijn, en euhm dat ik het makkelijk moet kunnen toepassen als euhm mijn moeder bij mij is of ik bij haar. En euhm misschien ook welke producten euhm ik aan kan schaffen als vervanging.’*

7. Zou u het fijn vinden om een eet- en drinkadvies na verloop van tijd nog te evalueren met de logopedist van het XXX? (bijvoorbeeld telefonisch)

*Dochter: ‘Euhm, nou, als ik heel eerlijk ben euhm, denk ik dat het wel moet lukken als ik euhm in het ziekenhuis al goed uitleg krijg over de adviezen. En als er een foldertje is, dan euhm kan ik alles nog nalezen. Dus euhm nee, van voor mij hoeft dat niet zo.’*

**BIJLAGE 6: Informatiefolder over slikproblemen en met aan te kruisen eet- en drinkadviezen voor na de ziekenhuisopname, zoals die meegegeven kan worden door de logopedisten van het XXX**

**Slikproblemen tijdens en na ziekenhuisopname**

**XXX**

**Afdeling Logopedie**

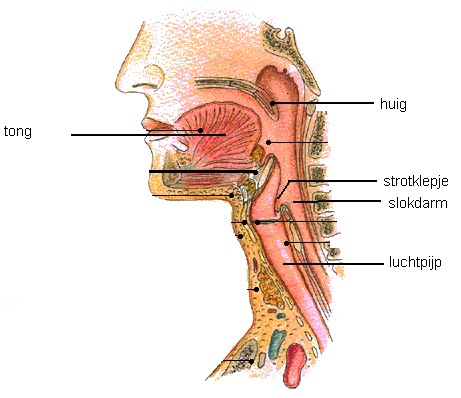
**Inleiding**

Tijdens uw ziekenhuisopname kunt u problemen met kauwen en/of slikken gekregen hebben. Deze slikproblemen kunnen bij ontslag uit het ziekenhuis weer verdwenen zijn, maar kunnen ook van meer blijvende aard zijn.

In deze folder leest u informatie over het slikproces en problemen hierbij, hoe de logopedist te werk gaat in geval van slikproblemen en hoe u in de thuissituatie zo goed mogelijk om kunt gaan met blijvende slikklachten.

**Hoe verloopt het slikproces?**

Het slikken is een ingewikkeld proces, dat normaal gezien geheel automatisch verloopt. Er zijn verschillende structuren bij betrokken, zoals de mondholte, de tong, de keelholte, het strottenklepje, het strottenhoofd en de slokdarm.



*Figuur 3.* Overgenomen van [Schematische weergave van de slikanatomie] (z.j.). Auteursrechthebbende onbekend. Verkregen op 7 januari, 2016, via http://www.biologiesite.nl/keelholte.htm

Het slikproces bestaat uit vier fasen.

1. De voorbereidingsfase.

In deze fase gaat de mondholte meer speeksel produceren. De mond opent zich ter voorbereiding op fase 2.

1. De mondfase.

In deze fase wordt het voedsel in de mond geplaatst, gekauwd en vermengd met speeksel. Als het eten voldoende fijngemalen is, wordt het verzameld op de tong en gevormd tot een bal (een bolus), waarna de tong deze bolus verder naar achteren in de mond brengt.

1. De keelfase.

In deze fase wordt de slikbeweging ingezet. Het voedsel of de vloeistof gaat via de keelholte naar de slokdarm. Tijdens deze slikinzet sluit het strottenklepje de luchtpijp volledig af, om te voorkomen dat voedsel of vloeistof in de luchtpijp terecht komt.

1. De slokdarmfase.

In deze fase wordt het eten of drinken, met behulp van knijpbewegingen van de slokdarm, naar de maag getransporteerd. Hier hebben we geen invloed op.

**Wat is een slikstoornis en hoe kan deze ontstaan?**

Bij goede gezondheid en goedwerkende structuren die bij het slikken betrokken zijn, zal het slikken van verschillende soorten voeding of vloeistoffen geen problemen opleveren.

Er kunnen zich echter wijzigingen voordoen in de gezondheid, die ook een uitwerking kunnen hebben op de slikfunctie. Wanneer er in het slikproces problemen optreden, spreekt men van een slikstoornis (dysfagie).

Er zijn verschillende aandoeningen die kunnen leiden tot een slikstoornis:

* een beroerte (ook wel CVA genoemd);
* aandoeningen van het centrale zenuwstelsel, zoals dementie, ALS, MS, Parkinson;
* een tumor, voornamelijk als deze zich in het hoofd- en/of halsgebied bevindt;
* een operatie, in het bijzonder een operatie aan bijvoorbeeld de tong, de keel of de slokdarm;
* algehele lichamelijke zwakte, bijvoorbeeld door een infectie of een ontsteking in het lichaam - de slikproblemen zijn vaak het gevolg van verminderde spierkracht, waardoor ook de kauw- en slikspieren slapper worden.

**Symptomen bij slikproblemen**

Slikproblemen zijn vaak moeilijk te herkennen. Er zijn een aantal symptomen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van een (mogelijk) slikprobleem:

* moeite met afhappen van een lepel;
* moeite met kauwen van (harde/taaie) voeding;
* een droge mond, waardoor weinig speeksel aangemaakt wordt tijdens het eten/drinken;
* moeite met het transporteren van het voedsel richting de keelholte;
* moeite om de slik in te zetten;
* hoesten, kuchen, keelschrapen, benauwd worden of rood aanlopen na het slikken.

Frequent hoesten, kuchen of keelschrapen na het slikken duiden het meest op een slikprobleem. Als dit gebeurt, komt er wat voedsel of vocht in de luchtpijp terecht in plaats van in de slokdarm. Het strottenklepje heeft de luchtweg niet volledig afgesloten, waardoor er wat vocht of voeding langs lekt. In bijna alle gevallen ontstaat op dat moment een hoestbui. In zo’n geval spreken we van verslikken.

In sommige gevallen hoeft iemand niet of nauwelijks te hoesten als er wat voeding of vocht in de luchtpijp komt. Iemand kan dan wel benauwd worden of rood aanlopen. In zo’n geval spreken we van stil verslikken, omdat het nauwelijks te horen is dat iemand zich verslikt.

**Slikproblemen en mogelijke gevolgen**

Ieder mens verslikt zich wel eens. Goed ophoesten zorgt er voor dat de longen beschermd blijven. Als iemand minder kracht heeft om goed te hoesten of helemaal niet hoest tijdens een verslikmoment, kan er wat voeding of vocht in de longen terecht komen. In het ergste geval kan zo een longontsteking ontstaan. Zo’n longontsteking door verslikken kan vooral gevaarlijk zijn voor oudere patiënten, indien deze niet tijdig behandeld wordt.

**De rol van de logopedist bij slikproblemen**

De logopedist wordt in consult gevraagd indien de verpleegkundigen merken dat een patiënt zich vaak verslikt tijdens het eten of drinken. Zij doet onderzoek naar de mond- en tongmotoriek en de slikfunctie van de patiënt.

Als blijkt dat de patiënt zich verslikt in bepaalde voeding of in drinken, schrijft de logopedist een aangepast eet- en drinkadvies voor deze betreffende patiënt.

**Adviezen en aanpassingen bij slikproblemen**

Indien de logopedist gemerkt heeft dat het slikken van water moeite kost of tot verslikken leidt, geeft zij het advies om de dranken in te dikken tot karnemelkdikte. Als zij gezien heeft dat kauwen veel moeite kost en lang duurt, geeft zij het advies om zachte of gemalen voeding te nuttigen.

**Verloop van de slikproblemen**

Naarmate de patiënt lichamelijk opknapt, verbetert vaak de slikfunctie. Ten tijde van ontslag kunnen de patiënten vaak alles weer eten en drinken zonder problemen. In sommige gevallen blijft de slikfunctie zwak en herstelt deze niet goed.

Als de patiënt naar huis mag, stelt de logopedist een eet- en drinkadvies op dat in de thuissituatie gehanteerd kan worden. Dit advies is persoonlijk en bevat tips over welke voeding/vloeistoffen u wel en beter niet kunt nuttigen.

Op de achterzijde van deze folder vindt u het eet- en drinkadvies dat voor u van toepassing is.

**Tips voor de omgeving en houding tijdens eet- en drinkmomenten**

zorg voor een goede houding om te eten en drinken: het liefst rechtop en aan tafel;

zorg voor voldoende rust in de omgeving;

praat niet tijdens het eten of drinken, hiermee voorkomt u dat u zich eerder verslikt;

neem de tijd om te eten en drinken.

**Tips voor het eten als u moeite heeft met kauwen**

kies voor groenten en vlees/vis die u makkelijk fijn kunt snijden of prakken, zoals koolsoorten, een gehaktbal of een stukje witvis;

kies vaker voor stamppotten als avondmaaltijd, deze zijn zacht en smeuïg;

maak de warme maaltijd smeuïg met wat jus of appelmoes;

vermijd harde of taaie producten, zoals taai vlees (rundvlees);

als u graag een koekje eet bij de koffie, maar moeite heeft om deze te kauwen, kunt u hem in de koffie of thee dopen.

**Tips voor het drinken als u moeite heeft met het slikken van dunne dranken**

kies voor dranken die van nature al wat dikker zijn, zoals chocomel, karnemelk, milkshakes, diksap of tomatensap;

vermijd zoveel mogelijk dranken met stukjes/pulp;

dik de dranken een klein beetje in met wat verdikkingsmiddel;

maak koffie wat romiger en dikker door een beetje vanillevla of slagroomvla toe te voegen en dan goed door te roeren;

drink uit een gewoon glas en maak zo min mogelijk gebruik van rietjes of tuitbekers.

****

*Figuur 4.* Overgenomen van [Verdikkingsmiddel voor dranken (z.j.).

Auteursrechthebbende onbekend. Verkregen op 7 januari, 2016, via http://www.newpharma.fr/nutricia/417779/nutricia-nutilis-clear-poudre-175g.html