

Logopedische slikscreening op de stroke-unit

Verschillen en overeenkomsten van een logopedische slikscreening in ziekenhuizen

M. Floor, E. van Leeuwen en K. Crum

Een slikscreening blijkt niet uniform te zijn in ziekenhuizen. De auteurs hopen met deze inventarisatie collega's aan te zetten tot het verbeteren van de screening.

Bij een groeiend aantal ziekenhuizen in Nederland is op de neurologieafdeling een stroke-unit. Voor deze stroke-unit ontwikkelt elk ziekenhuis een eigen strokeprotocol. Een onderdeel hiervan is de slikscreening. Vanuit de werkgroep klinische logopedisten¹ te Utrecht, waarbij ongeveer 20 % van de Nederlandse ziekenhuizen is aangesloten, is de vraag ontstaan om een inventarisatie te maken van de verschillende slikscreeningen die op de stroke-units worden gebruikt. Aanleiding was dat een aantal ziekenhuizen bezig is met het verbeteren van de huidige strokeprotocollen en daarmee ook met het optimaliseren van de slikscreening. Het doel van deze inventarisatie was om de verschillen en overeenkomsten tussen de slikscreeningen inzichtelijk te maken. Mogelijk kan deze informatie een bijdrage leveren voor anderen bij het ontwikkelen van een nieuwe slikscreening. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van negen aspecten die vergeleken zijn. In totaal hebben tien ziekenhuizen inzage gegeven in hun slikscreening. Het

betreft zowel academische als algemene ziekenhuizen. De slikscreeningen zijn door ons naast elkaar gelegd om de verschillen en overeenkomsten zichtbaar te maken.

Er is internationale consensus dat elke CVA-patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis op dysfagie moet worden gescreend, voordat hij/zij weer met orale voeding mag starten (Kalf, 2002; Commissie CVA-revalidatie, 2001). Ongeveer de helft van de CVA-patiënten heeft in de acute fase dysfagie, waar een aspiratiepneumonie en/of dehydratie het gevolg van kunnen zijn (Kalf, 2002).

HET DOEL VAN DE SLIKSCREENING IS EEN ASPIRATIEPNEUMONIE EN ONDERVOEDING TE VOORKOMEN

De slikscreening wordt gebruikt om in de acute fase te onderzoeken of de patiënt, die een CVA heeft doorgemaakt, dysfagie heeft. Het doel van de slikscreening is om uiteindelijk aspiratiepneumonieën en ondervoeding op een efficiënte wijze te voorkomen. Met behulp van een slikscreening kan de verple-

ging op een adequate wijze een slikstoornis aan de oppervlakte brengen. Ook in “Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners” van de Nederlandse Hartstichting (2001) is er een aanbeveling gedaan voor het gebruik van een slikscreening.

Verschillen in slikscreening

In “Revalidatie na een beroerte, Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners” van de Nederlandse Hartstichting in 2001 is een slikscreening opgenomen (zie www.hartstichting.nl, site voor zorgverleners). Deze slikscreening is gebaseerd op een screening van de Staff Swallowing Assessment (SSA) van de collaborative Dysphagia Audit Study (CODA, 2000). Het merendeel van de ziekenhuizen uit onze inventarisatie heeft deze screening gebruikt als basis voor hun eigen screening en vervolgens aangepast aan de eigen instelling.

Uit het werkgroepoverleg is gebleken dat de reden waarom enkele ziekenhuizen de screening hebben aangepast is omdat de eerder genoemde screening als beperkt wordt ervaren en niet geheel van toepassing is in elke instelling. Het is afhankelijk van een aantal factoren zoals de aanwezigheid van de logopedist en het niveau van de verpleegkundigen. Vier ziekenhuizen hebben geen gebruik gemaakt van deze bron (zie tabel 1).

Uitvoering slikscreening

Een aanbeveling van “Revalidatie na een beroerte” is dat de slikscreening uitsluitend door een ervaren (neuro)verpleegkundige, arts of logopedist wordt uitgevoerd (aanbeveling 142). Uit onze inventarisatie blijkt dat de slikscreening in de meeste gevallen wordt uitgevoerd door verpleegkundigen. In één ziekenhuis wordt er geen slikscreening uitgevoerd, maar wordt direct door de logopedist een slikonderzoek gedaan. Wanneer de logopedist niet aanwezig is dan wordt een slikscreening uitgevoerd door een verpleegkundige. In een ander ziekenhuis wordt de slikscreening alleen uitgevoerd door zorgcoördinatoren die door de logopedist zijn geschoold in het afnemen van een slikscreening. In één ziekenhuis mogen ook de ziekenverzorgenden de screening afnemen. In de overige zeven ziekenhuizen nemen verpleegkundigen de screening af (zie tabel 1).

Logopedie standaard in consult

Over het algemeen wordt de logopedist niet standaard in consult geroepen bij elke CVA-patiënt. In één ziekenhuis is dit echter wel het geval. De logopedist ziet daar elke CVA-patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis. In de overige negen ziekenhuizen wordt de logopedist alleen in consult geroepen wanneer er uit de slikscreening, die door de verpleging / ziekenverzorgende is uitgevoerd, naar voren is gekomen dat er sprake is van een slikstoornis.

Adviesconsistentie na negatieve screening

De verschillende ziekenhuizen hanteren veel verschillende

adviesconsistenties na een negatieve scoring op de slikscreening (zie tabel 1). Een negatieve scoring houdt in dat er geen sprake is van dysfagie. In sommige ziekenhuizen krijgen patiënten direct een normale maaltijd aangeboden, terwijl andere ziekenhuizen starten met een gemalen maaltijd. In één zie-

HET OPLEIDINGSNIVEAU VAN VERPLEEGKUNDIGEN HEEFT INVLOED OP HOE EEN SLIKSCREENING ERUIT MOET ZIEN

kenhuis wordt gekozen om te starten met een dik vloeibaar dieet. Veiligheid staat hier voorop totdat de logopedist is langsgeweest voor uitgebreidere diagnostiek. Pas als er uit het logopedische onderzoek blijkt dat er geen sprake is van een dysfagie, wordt er overgegaan op een normaal dieet. De reden hiervoor kan zijn dat deze instelling er zeker van wil zijn dat er geen sprake van een dysfagie is, een screening is namelijk geen onderzoek. Bij twee ziekenhuizen wordt geen adviesconsistentie genoemd na een negatieve slikscreening.

Testconsistenties tijdens de screening

De consistenties die tijdens de screening worden getest verschillen ook per instelling (zie tabel 1). Een drietal ziekenhuizen observeert naast dun- en dik vloeibaar ook de eerste maaltijd als aanvulling op de screening. Eén van de ziekenhuizen doet deze observatie aan de hand van een standaard observatielijst. Er zijn echter ook ziekenhuizen waar alleen dun vloeibaar wordt getest. Acht van de tien ziekenhuizen gebruiken water op kamertemperatuur als dun vloeibare testconsistentie. De overige drie ziekenhuizen maken gebruik van ijswater.

Herhaling slikscreening

Het komt nogal eens voor dat een patiënt neurologisch achteruit gaat gedurende de ziekenhuisopname. Vooral in de eerste dagen na de opname kan neurologische achteruitgang voorkomen. Dit komt met name voor bij grotere infarcten door zwelling. Deze zwelling treedt voornamelijk op tussen de tweede en de vierde dag waardoor inklemming kan plaatsvinden. Vaak gaat dit gepaard met sufheid. Ook kan er sprake zijn van een toename van uitval. Men spreekt dan van een ‘progressive stroke’. Soms is de verergering heel wisselend en noemen we het een ‘stuttering stroke’ (Hijdra et al., 2002). Er is maar één ziekenhuis dat een herhaling doet van een slikscreening ongeacht de uitkomst van de eerste slikscreening (zie tabel 1). De reden hiervan is om mogelijke achteruitgang van de slikfunctie door neurologische achteruitgang in kaart te brengen. De herhaling van de slikscreening wordt hier alleen de eerste dag uitge-

	Gebbruikmaking van de slikscreening uit 'Revalidatie na een beroerte' van de Nederlandse Hartstichting (2001)?	Wie voert de slikscreening uit?	Adviesconsistentie na negatieve scoring (= geen dysfagie) op slikscreening?	Testconsistenties?
Ziekenhuis 1	Ja	Zorgcoördinator	Normale maaltijd	Dun en dik vloeibaar + observatie 1e maaltijd
Ziekenhuis 2	Ja	Verpleegkundige	?	Dun vloeibaar
Ziekenhuis 3	Nee	Verpleegkundige	?	Dun en dik vloeibaar
Ziekenhuis 4	Ja, aangepast	Verpleegkundige	Dun vloeibaar, dik vloeibaar, gemalen of gewoon	Dik vloeibaar en later dun vloeibaar
Ziekenhuis 5	Ja	Verpleegkundige	Normale maaltijd	Dun vloeibaar + observatie 1e maaltijd
Ziekenhuis 6	Nee, wel als bijlage	Verpleegkundige	Gemalen of normale maaltijd	Dun vloeibaar
Ziekenhuis 7	Ja	Verpleegkundige	Gemalen maaltijd	Dun vloeibaar + observatie 1e maaltijd
Ziekenhuis 8	Ja	Verpleegkundige/ ziekenverzorgende/ logopedist	Dik vloeibaar, gemalen of normaal	Dun en dik vloeibaar
Ziekenhuis 9	Nee	Logopedist	Dik vloeibaar	Dun vloeibaar
Ziekenhuis 10	Nee	Verpleegkundige	Normale maaltijd	Dun vloeibaar

Tabel 1

De slikscreening van 10 ziekenhuizen vergeleken op verschillende punten.

voerd. Terwijl de neurologische achteruitgang door bijvoorbeeld oedeemvorming de eerste twee tot vier dagen kan betreffen. De overige ziekenhuizen houden geen rekening met de mogelijkheid van neurologische achteruitgang. Een aantal ziekenhuizen herhalen de slikscreening wel, maar alleen wanneer tijdens de eerste slikscreening een slikstoornis naar voren is gekomen. De tijd die tussen de eerste en tweede screening zit, staat niet vast.

Start sondevoeding

Bij het opstellen van een slikscreening moet men zich de vragen stellen wanneer er gestart moet worden met sondevoeding. In de richtlijnen van "Revalidatie na een beroerte" wordt hier geen uitspraak over gedaan. Wel wordt hierin vermeld dat de voedingstoestand van de patiënt die niets per os krijgt, vanaf de eerste dag moet worden bewaakt door middel van intraveneuze vochttoediening of sondevoeding. Sommige ziekenhuizen hebben hier geen duidelijk beleid voor (zie tabel 1). In een aantal ziekenhuizen wordt een termijn van 24 uur aangehouden voordat er overgegaan wordt op sondevoeding. In een aantal andere ziekenhuizen wordt besloten om te starten met sondevoeding nadat er één of twee keer een positieve scoring (dysfagie) uit de slikscreening naar voren is gekomen.

Mondmotoriekonderzoek

Dysfagie gaat in veel gevallen gepaard met stoornissen in de mondmotoriek. In één ziekenhuis (ziekenhuis 3) wordt tijdens de

slikscreening door de verpleging ook de mondmotoriek onderzocht. Dit betreft de tong uitsteken en de wangen opblazen.

Uiteenlopende verschillen

De slikscreeningen die met elkaar vergeleken zijn, verschillen op veel punten met elkaar. Ziekenhuis 1 test bijvoorbeeld naast koud dik vloeibaar, wat in de meeste gevallen yoghurt is, ook nog met warm dik vloeibaar. In ziekenhuis 3 wordt niet alleen twee keer de slikfunctie onderzocht, maar wordt ook de mondmotoriek gecontroleerd. In ziekenhuis 6 wordt per probleem een handelingswijze aangeboden. Bijvoorbeeld wanneer er voedselresten in de mond aanwezig zijn na het eten van een stukje brood wordt er geadviseerd om de logopediste in consult te roepen en het eten wat betreft de consistentie aan te passen. Bovendien wordt aan de patiënt geadviseerd om na te slikken en extra alert te zijn op etensresten in de wangzak. Op deze manier is de verpleging op de hoogte hoe ze in specifieke gevallen moeten handelen. Ziekenhuis 7 heeft een uitgebreide observatielijst die door de verpleging gebruikt wordt tijdens de eerste maaltijdobservatie. Op deze manier observeert de verpleegkundige steeds dezelfde punten. De lijst is eenvoudig in te vullen. Ziekenhuis 8 heeft voor elke consistentie een eigen richtlijn. Dik vloeibaar wordt bijvoorbeeld altijd in een gewoon glas gegeven en niet in een tuitbeker. Ziekenhuis 9 laat de slikscreening in principe altijd uitvoeren door de logopedist. Alleen wanneer deze niet aanwezig is, wordt deze taak overgedragen aan de verpleegkundige.

Starten met sondevoeding?	Standaard herhaling van de screening?	Logopedie standaard in consult?	Dun vloeibaar: ijskoud of op kamertemperatuur?	Uiteenlopende verschillen
Ja, na 1 keer positieve slikscreening	Nee	Nee	Ijswater	Zowel warm dik vloeibaar als koud dik vloeibaar wordt getest
Ja, na 2 keer positieve slikscreening	Nee, alleen bij 1e keer positieve slikscreening	Nee	Kamertemperatuur	
Nee	Ja, 2 keer per dag	Nee	Ijswater	Mondmotoriek wordt ook onderzocht
Ja, na 2 keer positieve slikscreening	Nee, alleen bij 1e keer positieve slikscreening	Nee	Kamertemperatuur	
Ja, na 2 keer positieve slikscreening	Nee, alleen bij 1e keer positieve slikscreening	Nee	Kamertemperatuur	
Nee	Nee, alleen bij 1e keer positieve slikscreening	Nee	Kamertemperatuur	Per probleem is er een handelingswijze
Ja, na 2 keer positieve slikscreening	Nee, alleen bij 1e keer positieve slikscreening	Nee	Kamertemperatuur	Uitgebreide observatie normale maaltijd
Nee	Nee	Nee	Kamertemperatuur	Voor elke consistentie zijn eigen richtlijnen
Ja, na 2 keer positieve slikscreening	Nee	ja	Ijswater	De logopedist neemt in principe de slikscreening af
Nee	Nee, alleen bij 1e keer positieve slikscreening	Nee	Kamertemperatuur	

vervolg tabel 1

Discussie

Duidelijk is dat er veel verschillen bestaan tussen de slikscreeningen in verscheidende ziekenhuizen. Ondanks de beperkte omvang van deze onderzoeksgroep lijkt dit beeld representatief te zijn voor Nederland (de werkgroep klinisch logopedisten Utrecht omvat zoals eerder genoemd ongeveer 20% van alle ziekenhuizen in Nederland).

De slikscreening van de Nederlandse Hartstichting wordt in de meeste gevallen wel als basis genomen, maar blijkt in de praktijk te beperkt. De vraag is of het haalbaar is om een uniforme slikscreening te ontwikkelen. De werkwijze in de verschillende ziekenhuizen hangt immers af van de plaatselijke omstandigheden: hoeveel dagen in de week is er een logopedist aanwezig in het ziekenhuis, is er capaciteit om alle acute CVA-patiënten te zien of alleen op indicatie van een screening door een verpleegkundige. Ook het niveau van de verpleegkundigen speelt een rol.

Het verschil tussen een slikscreening en een slikonderzoek is dat het laatste altijd door een logopedist moet worden afgenomen. Het is uitgebreider dan een slikscreening. Een slikscreening is om te constateren of er sprake is van een slikstoornis. Uit een slikonderzoek komt informatie naar voren waaruit blijkt wat de oorzaak is van aspiratie, in welke fasen van het slikken stoornissen optreden, welke hersenzenuwen aangedaan zijn en welke eventuele compensaties en oefeningen zinvol zijn.

Dit artikel hoopt een bijdrage te leveren aan het verbeteren van

de slikscreeningen. Elke instelling kan de afzonderlijke punten die in dit artikel zijn vergeleken, meenemen bij het optimaliseren van de screening.

Voor het optimaliseren van een slikscreening zal elke logopedist moeten bedenken wat haalbaar is in die setting waarin hij/zij werkt. Moet de screening herhaald worden? Welke consistentie volgt op een negatieve slikscreening? Met welke consistentie wordt er getest? Wie neemt de slikscreening af? Wat is het beleid van sondevoeding? Moet er met ijswater of met water op kamertemperatuur worden getest?

Wanneer bijvoorbeeld de logopedist maar twee dagen in de week in het ziekenhuis werkt, zal het verpleegkundig personeel vaak de slikscreening uitvoeren. Het opleidingsniveau van verpleegkundigen kan ook per instelling verschillen. Dit heeft wel veel invloed op hoe een slikscreening eruit moet komen te zien. Bovendien beïnvloedt het de sensitiviteit van de slikscreening. Wellicht is het wenselijk dat alleen verpleegkundigen met een bepaald opleidingsniveau de screening mogen uitvoeren.

Het lijkt ons belangrijk om tijdens de slikscreening kraanwater in plaats van ijswater te gebruiken, omdat bij het testen een zo normaal mogelijke situatie moet worden benaderd. Wanneer ijswater wordt gebruikt tijdens de slikscreening moet men namelijk bedacht zijn op het feit dat ijswater de slikinzet faciliteert (Logemann, 2002). Ijswater is naar onze mening daarom meer therapeutisch inzetbaar.

Het testen van dun vloeibaar geeft voor de verpleging de

meeste aanwijzingen voor een slikprobleem. Wanneer er sprake is van faryngeale stoornissen, heeft de patiënt kans op aspiratie van dun vloeibare vloeistof. Daarom is het zinvol om deze consistentie te testen. Tevens lijkt het zinvol om de eerste maaltijd te observeren na een negatieve screening (geen dysfagie). Dit verdient de voorkeur omdat een screening beperkt is en in principe niet de orale motoriek onderzoekt. Gebruik maken van een gestructureerd formulier waar de verpleging bijzonderheden kan opschrijven, is ons advies. We zijn ons echter bewust van de tijdsinvestering die hiervoor nodig is en daarnaast van de werkdruk van de verpleging.

DE VRAAG IS OF HET HAALBAAR IS OM EEN UNIFORME SLIKSCREENING TE ONTWIKKELEN

Het lijkt ons verder belangrijk om een beleid te hebben over wanneer sondevoeding gestart wordt. Binnen de werkgroep was er geen consensus over of er na negatieve screening direct gestart mag worden met een gewone maaltijd.

In het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam (AMC) wordt er momenteel onderzoek gedaan naar de validiteit van de daar gebruikte slikscreening. De AMC-watersliktest wordt gevalideerd tegen naso-endoscopisch slikonderzoek (FEES), zodat kan worden vastgesteld of de AMC-watersliktest te adviseren is. Indien uit dit grote onderzoek blijkt dat de slikscreening valide is, dan kan hier ook gebruik van worden gemaakt door andere instellingen, mits aan de voorwaarden wordt voldaan, zoals opleidingsniveau.

Conclusie

Concluderend kan er gezegd worden dat er nog veel verschillen bestaan tussen de slikscreeningen die in verschillende ziekenhuizen gebruikt worden. In dit artikel zijn de slikscreeningen van tien ziekenhuizen (zowel academische als algemene ziekenhuizen in Nederland) met elkaar vergeleken. De verschillen waren vooral zichtbaar bij de onderdelen testconsistenties en adviesconsistenties die volgen op een negatieve screening. Het al dan niet herhalen van de screening is per ziekenhuis ook verschillend. Het beleid in het starten van sondevoeding is tevens wisselend. In sommige ziekenhuizen is daar helemaal geen beleid over afgesproken. Het kan voorkomen dat, wanneer arts en logopedist een vooruitgang van de slikfunctie verwachten, patiënten een aantal dagen aan een infuus liggen voordat er gestart wordt met sondevoeding.

Omdat er veel verschillen zijn in ziekenhuizen, onder meer wat betreft de aanwezigheid van de logopedist en de scholing van

de verpleegkundigen, lijkt een universele slikscreening moeilijk realiseerbaar.

Samenvatting

In dit artikel is een vergelijking gemaakt tussen slikscreeningen in een aantal ziekenhuizen op grond van een negental punten. Uit deze vergelijking is naar voren gekomen dat er veel individuele verschillen bestaan tussen de slikscreeningen in een tiental ziekenhuizen. Het doel van dit artikel is om deze verschillen aan het licht te brengen. Een universele slikscreening lijkt moeilijk te realiseren vanwege de vele individuele verschillen per instelling.

Summary

This article compares the swallowing screening tests used in ten different hospitals on nine criteria. This comparison shows that many differences in swallowing screening tests exist between the ten hospitals. A universal swallowing screening seems difficult to obtain due to the many individual approaches of the different hospitals.

Keywords

Dysphagia, clinical screening, comparison.

Auteurs

- M. Floor, logopedist Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam en 't Lange Landziekenhuis te Zoetermeer
- E. van Leeuwen, logopedist St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein
- K. Crum, logopedist ziekenhuis Hilversum te Hilversum

Correspondentie

Mevrouw M. Floor, m.floor@llz.nl, m.floor@olvg.nl ✉

Noten:

- 1 De werkgroep klinisch logopedisten Utrecht komt vier keer in het jaar bij elkaar met als doel de nieuwe ontwikkelen in de klinische setting te bespreken en om informatie uit te wisselen. Nieuwe behandelmethodes, onderzoeken en cursussen worden besproken.

Literatuur

- Kalf, J.G. (2002). Slikscreening na een beroerte. Een evidence based review. *Logopedie en Foniatrie*, 74, 76-82
- Commissie CVA-richtlijn (2001). *Revalidatie na een beroerte*. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting
- Hijdra, A., Koudstaal, P.J., & Roos, R.C.A. (2002). *Neurologie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Logemann, J. (2001). *Slikstoornissen: onderzoek en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- CODA (2000). *Staff Swallowing Assessment*. Online beschikbaar: www.ncl.ac.uk/stroke-research-unit/coda 18 maart 2005