

University of Groningen

De convergente validiteit van de 'Signaleringslijst Verslikken' bij mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen

van Timmeren, Dinette E. A.; Deddens, Annelies; van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J.; van der Schans, Cees P.; Krijnen, Wim; Waninge, Aly; van der Putten, Annette

Published in:

Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van Timmeren, D. E. A., Deddens, A., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J., van der Schans, C. P., Krijnen, W., Waninge, A., & van der Putten, A. (2019). De convergente validiteit van de 'Signaleringslijst Verslikken' bij mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 37(3), 132-135.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

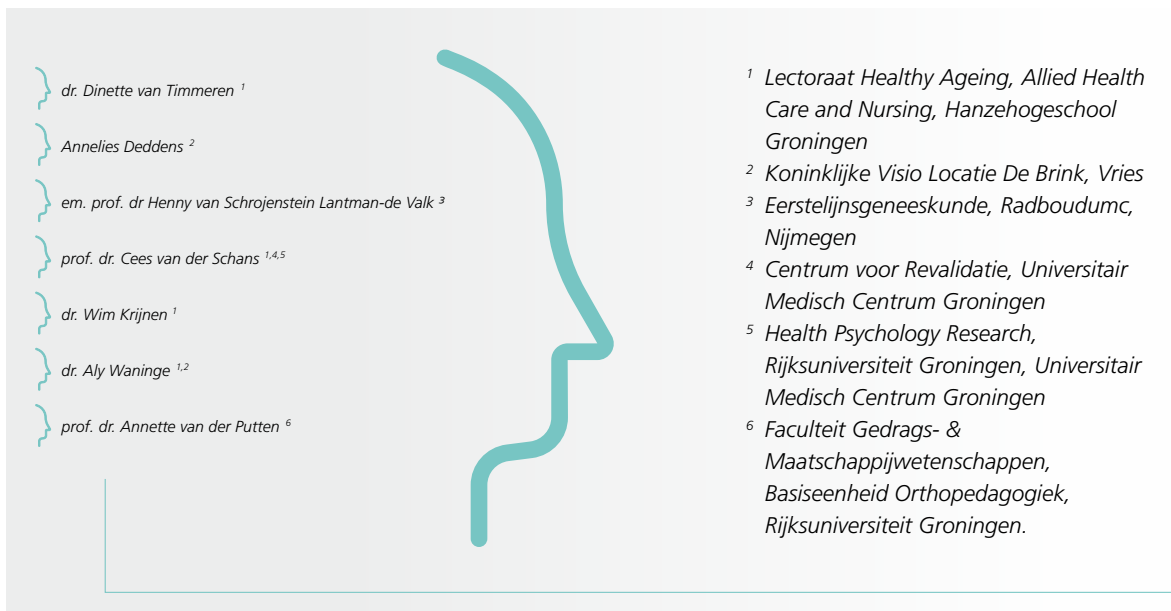
The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

De convergente validiteit van de 'Signaleringslijst Verslikken' bij mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen



Dit artikel is een samenvatting van het artikel: The convergent validity of a Dutch Screening tool for Dysphagia (Signaleringslijst Verslikken) for people with severe or profound intellectual and multiple disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 2019, 32, 994–1001.¹

Inleiding

Dysfagie (slikstoornis) komt veel voor bij mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen ((Z)EVMB) met negatieve gevolgen voor de gezondheid, zoals uitdroging, ondervoeding, luchtweginfecties, pneumonie en verstikking². Een pneumonie is de meest voorkomende doodsoorzaak bij mensen met (Z)EVMB. Het is belangrijk om dysfagie vroeg op te sporen zodat complicaties en vroegtijdig overlijden voorkomen kunnen worden^{2,3,4}.

De gerapporteerde prevalentie van dysfagie bij mensen met (Z)EVMB varieert van 15% tot 50%^{5,6}. Dit kan echter een onderschatting zijn omdat er bij mensen met een verstandelijke beperking frequent sprake is van 'stille aspiratie'⁷. De onderschatting kan ook komen doordat dagelijkse begeleiders de signalen van dysfagie niet herkennen

onder anderen omdat mensen met (Z)EVMB veelal op non verbale wijze communiceren^{7,8}.

In Nederland is de 'Signaleringslijst Verslikken' (SV) ontwikkeld als een hulpmiddel voor begeleiders om tijdig te signaleren of er mogelijk sprake is van verslikken bij mensen met een verstandelijke beperking van 50 jaar en ouder. Als er na invullen van de SV aanwijzingen zijn dat iemand slikproblemen heeft krijgt men het advies contact op te nemen met een arts of logopedist. De SV wordt ook gebruikt om het risico op verslikken te ontdekken bij mensen met (Z)EVMB. Echter, het idee bestaat in de praktijk dat bij deze doelgroep de screeningslijst mogelijk verslikken onder- of overschat. Er is tot nu toe geen onderzoek gedaan naar de validiteit van de SV bij deze specifieke doelgroep.

Onderzoeksvraag

Wat is de convergente validiteit van de SV voor het detecteren van dysfagie bij mensen met ZEVMB van 50 jaar en ouder?

Methode

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek waarbij de scores op de SV zijn vergeleken met de scores van de DDS bij 41 mensen met (Z)EVMB van 50 jaar en ouder. Het onderzoek is uitgevoerd bij een organisatie voor mensen met een visuele en verstandelijke beperking. Op het moment van onderzoek werd zorg en ondersteuning geboden aan 186 mensen met (Z)EVMB, waarvan 58 mensen 50 jaar en ouder waren. Wettelijke vertegenwoordigers van 41 mensen hebben toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. De deelnemers hadden een intelligentiequotiënt van minder dan 35 punten en waren slechtziend of blind (visus < 6/18; 0,3), allen maakten gebruik van 24-uurs zorg. In tabel 1 staan de kenmerken van de deelnemers.

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemers (n=41)

Kenmerken	
Leeftijd in jaren, gemiddelde (SD)	58 (6.1)
Vrouw, n (%)	18 (43)
GMFCS niveau, n (%)	
I	12 (29)
II	13 (32)
III	7 (17)
IV	7 (17)
V	2 (5)
Visus, n (%)	
Blind	30 (73)
Slechtziend	11 (27)
GMFCS= Gross Motor Function Classification System ^{9,10}	

Signaleringslijst Verslikken (SV)

De SV (tabel 2) maakt onderscheid tussen mogelijk wel of niet verslikken bij mensen met een verstandelijke beperking van 50 jaar en ouder. Het is een vragenlijst met acht items die door ongetrainde begeleiders ingevuld kan worden. Elk item wordt gescoord als aan- of afwezig met een wegingsfactor per item. De totale score op de SV varieert theoretisch van 2 tot 36. Een totale score van 12 of meer suggereert de aanwezigheid van dysfagie en vereist doorverwijzing voor verdere beoordeling door arts of logopedist¹¹.

Dysphagia Disorders Survey (DDS)

De DDS12 is een klinisch onderzoeksinstrument voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking voor het bepalen of er sprake is van een eet- en drinkprobleem/dysfagie. De DDS (tabel 3) is gestandaardiseerd en gevalideerd en bestaat uit twee delen met in totaal 15 items met klinisch relevante signalen en symptomen van dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking¹³. Het eerste deel (zeven items) bestaat uit dysfagie-gerelateerde factoren. De itemscore varieert tussen 0 en 4 punten. Het tweede deel (acht items) omvat de observatie van de slikvaardigheid. De observatie heeft betrekking op drie voedselconsistenties: vast, dik-vloeibaar en dun vloeibaar. Elk item wordt gescoord als normaal/ zonder beperking of afwijkend/ met beperking. De totale score op de DDS varieert theoretisch tussen de 0 en 38. De DDS geeft ruwe en gestandaardiseerde scores die een numerieke gradatie van de mate van de aandoening aangeven. De mate van de dysfagie wordt geclassificeerd in vijf categorieën: (1) geen, (2) licht, (3) matig, (4) ernstig of (5) zeer ernstig. De DDS mag alleen afgenomen worden door gecertificeerde professionals.

Tabel 2 Signaleringslijst Verslikken (Helder, 2010)

Omschrijving	Wegingsfactor
1. De cliënt verslikt zich wel eens. (‘Ja’ invullen bij één keer per maand of vaker verslikken. Invullen bij licht en/of ernstig verslikken.)	6
2. De cliënt hoest, proest of kucht tijdens of na het eten en drinken.	6
3. De cliënt heeft voor zichzelf meer dan 25 minuten nodig voor een maaltijd.	2
4. Er komt voeding uit de maag terug (=reflux) of de cliënt gebruikt hier medicatie voor.	3
5. Een of meer van de volgende factoren zijn van toepassing:	
Longproblemen	5
Regelmatig koorts	5
Epilepsie	5
CVA (herseneninfarct)	5
Dementie	5
Zit in een rolstoel	5
Slikproblemen in het verleden	5
6. Er is sprake van suf of vermoeid zijn tijdens de maaltijd. Of er is sprake van onrustig zijn en eventueel veel praten.	3
7. Het eten of drinken wordt aangepast. (Denk aan: heel fijn snijden, zonder korsten geven, verdikken van drinken, gedoseerd aanbieden, enzovoort.)	6
8. De cliënt weigert eten of drinken.	2

Tabel 3 Dysphagia Disorders Survey

Item	Definitie	Score	Totaal
Deel 1. Gerelateerde factoren			16
1. Body Mass Index	De verhouding tussen gewicht en lengte.	0-2	
2. Dieet	Voedselconsistentie en dieetaanpassingen.	0-4	
3. Onafhankelijkheid	Mate van hulp die de cliënt nodig heeft bij het eten.	0-3	
4. Aangepast eetgerei	Gebruik van aangepast eetgerei, een aangepaste beker of ander special eetgerei dat reeds gebruikt wordt om onveilig eetgedrag te corrigeren of voor correctie van een gestoorde verwerking van voedselbolus door de mond.	0-3	
5. Zithouding	Gebruik van speciale hulpmiddelen om tijdens de maaltijd dezelfde houding te handhaven.	0-2	
6. Houdingscontrole	Heeft betrekking op het vermogen om rechtop te blijven zitten.	0-1	
7. Eettechnieken	Heeft betrekking op de eetmethoden die door de verzorger gebruikt worden om te corrigeren voor het niet goed kunnen verwerken van de voedselbolus.	0-1	
Deel 2. Eet- en slikvaardigheid			22
8. Oriëntatie	Alert op het voedsel, naar het voedsel toe bewegen, openen van de mond.	0-1*	
9. Opname	Afhappen van lepel, bijten, uit beker drinken, de goede maat hap nemen, timing.	0-1*	
10. Vasthouden	Het niet uit de mond laten lekken van voedsel of vloeistof.	0-1*	
11. Oraal transport	Geen resten in de mond na het slikken, efficiënt transport van de bolus.	0-1*	
12. Kauwen	Goede kauwbeweging voor het type bolus, geen speciale plaatsing nodig.	0-1	
13. Oro-faryngeaal slikken	Vaardig achter elkaar drinken van vloeistof, niet kokhalzen, geen meerdere slikbewegingen.	0-1*	
14. Na het slikken	Niet hoesten, geen veranderd ademgeluid of een natte stem.	0-1*	
15. Gastro-oesophageale functie	Niet overgeven, geen oprispingen.	0-1*	

* drie keer gescoord voor drie texturen van voeding

Procedure

Dagelijkse begeleiders van de deelnemers hebben de SV ingevuld en twee DDS-gecertificeerde logopedisten hebben op basis van filmbelden van de deelnemers de DDS gescoord.

Data-analyse

Omdat de DDS niet de algemeen aanvaarde gouden standaard is, werd in plaats van sensitiviteit/specificiteit, de proportie overeenstemming tussen de uitkomsten van de SV en de DDS berekend.

Resultaten

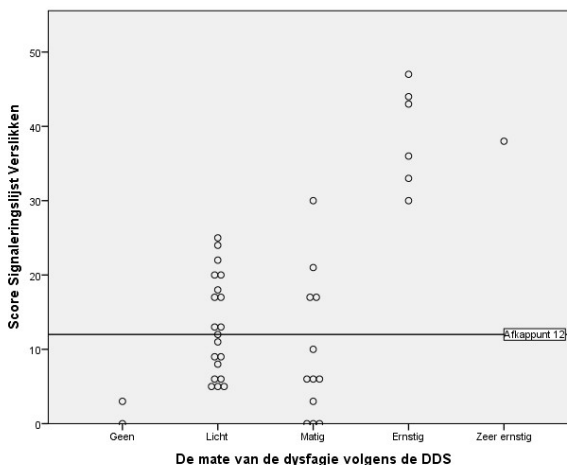
Volgens de SV heeft 54% van de deelnemers ($n = 22$) dysfagie en volgens de DDS is dit 95% ($n = 39$). De resultaten van de SV en DDS wat betreft de aan- of afwezigheid van dysfagie zijn weergegeven in een kruistabel (tabel 4). De proportie van overeenstemming tussen de SV en de DDS is 0,59 (95% CI 0,43 tot 0,72). De SV heeft bij 17 deelnemers (44%) 'dysfagie afwezig' gescoord die door de DDS gescoord zijn als 'dysfagie aanwezig'. Het verschil tussen de proportie 'dysfagie aanwezig' van SV en de DDS is statistisch significant (McNemar toets: $\chi^2 = 17$, $df = 1$, $P < .001$).

Tabel 4 De aan-/afwezigheid van verslikken volgens Signaleringslijst Verslikken (SV) en Dysphagia Disorders Survey (DDS)

Verslikken	DDS		
	Aanwezig	Afwezig	Totaal
DDS	Aanwezig 22	Afwezig 0	22
	Afwezig 17	2	19
	Totaal 39	2	41

Volgens de DDS hadden 20 deelnemers een lichte dysfagie (49%), 12 matige dysfagie (29%), zes ernstige dysfagie (15%) en één zeer ernstige dysfagie (2%). In figuur 1 is de score op de SV afgezet tegen de mate van de dysfagie. De horizontale referentielijn vertegenwoordigt het afkappunt van 12 voor de SV. De SV detecteerde bij 17 deelnemers geen dysfagie (44%), terwijl deze deelnemers volgens de DDS lichte tot matige dysfagie hebben.

Figuur 1 Scatterplot van de score op Signaleringslijst Verslikken met afkappunt van 12 en de ernst van dysfagie volgens de Dysphagia Disorders Survey



Discussie

De resultaten laten zien dat de convergente validiteit van de SV onvoldoende is als deze wordt gebruikt om het risico op dysfagie vast te stellen bij mensen met (Z)EVMB van 50 jaar en ouder. Met het gebruik van de SV zou 44% van de deelnemers met lichte of matige dysfagie niet zijn doorverwezen voor verdere beoordeling. Herkenning van alle gradaties van dysfagie is belangrijk om vroeg te signaleren wie risico loopt op secundaire gezondheidsproblemen⁷. Tekenen van lichte en matige dysfagie worden vaak gemist¹⁴, mede doordat mensen met (Z)EVMB stil aspireren⁷ en niet op een gangbare manier duidelijk kunnen maken dat ze een gezondheidsprobleem ervaren.

In Helder's (2010) studie, van 83 volwassenen van 50 jaar en ouder, was het percentage van overeenstemming tussen de SV en de DDS 0,9. Dit is veel hoger dan het percentage overeenstemming van 0,59 in de huidige studie. De verschillen in resultaten kunnen bijvoorbeeld veroorzaakt zijn doordat het niveau van verstandelijke- en motorische beperking niet goed vertegenwoordigd zijn in de SV. De SV houdt bijvoorbeeld geen rekening met het niveau van de verstandelijke beperking hoewel een ernstiger verstandelijke beperking is geassocieerd met dysfagie⁸. Daarnaast verwijst de SV alleen naar het zitten in een rolstoel als het gaat om motorische beperkingen, terwijl items zoals de mate van spasticiteit, de controle van de romp en de aanwezigheid van scoliose waardevolle toevoegingen zouden kunnen zijn bij het screenen op dysfagie bij mensen met een (Z)EVMB⁷.

Volgens de DDS heeft 95% van de deelnemers dysfagie in lichte tot zeer ernstige mate. De resultaten suggereren dat mensen met (Z)EVMB van 50 jaar en ouder beschouwd kunnen worden als een hoog-risicogroep voor slikproblemen, hetgeen een ernstig en potentieel levensbedreigend probleem is. Het screenen op aanwezigheid van slikproblemen door begeleiders met de SV in deze specifieke groep is een onnodige stap en een risicofactor voor onderdiagnostiek van slikproblemen. Op basis van de resultaten van de huidige studie wordt aanbevolen dat met (Z)EVMB van 50 jaar en ouder regelmatig worden beoordeeld door logopedisten of door een multidisciplinair slikteam.

Correspondentieadres:

Dr. Dinette van Timmeren, Hanzehogeschool Groningen, Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing, Petrus Driessenstraat 3, 9714 CA Groningen (e-mail: e.a.van.timmeren@pl.hanze.nl)

Referenties

1. van Timmeren EA, Deddens A, van Schrojenstein Lantman de Val HMJ, van der Schans CP, Krijnen WP, Waning A, van der Putten AAJ. The convergent validity of a Dutch Screening tool for Dysphagia (Signaleringslijst Verslikken) for people with severe or profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2019; 32: 994–1001.
2. Robertson J, Chadwick D, Baines S, Emerson E, Hatton C. People with intellectual disabilities and dysphagia. *Disability and Rehabilitation*. 2018; 40: 1345–1360.
3. Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: A population based study. *The Lancet*. 2014; 383: 889–895.
4. Hosking FJ, Carey IM, Shah SM, Harris T, DeWilde S, Beighton S, Cook DB. Mortality among adults with intellectual disability in England: Comparisons with the general population. *American Journal of Public Health*. 2016; 106: 1483–1490.
5. van Timmeren EA, van der Putten AAJ, van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, van der Schans CP, Waning A. Prevalence of reported physical health problems in people with severe or profound intellectual and motor disabilities: A cross sectional study of medical records and care plans. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2016; 60: 1109–1118.
6. van Timmeren EA, van der Schans CP, van der Putten AAJ, Krijnen WP, Steenbergen HA, van Schrojenstein Lantman de Valk HMJ, Waning A. Physical health issues in adults with severe or profound intellectual and motor disabilities: A systematic review of cross sectional studies. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2017; 61: 30–34.
7. Chadwick DD, Jolliffe J. A descriptive investigation of dysphagia in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2009; 53: 29–43.
8. Robertson J, Chadwick D, Baines S, Emerson E, Hatton C. Prevalence of dysphagia in people with intellectual disability: A systematic review. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2017; 55: 377–391.
9. Palisano R, Hanna SE, Rosenbaum PL, Russell DJ, Walter SD, Wood EP, ... Galuppi BE. Validation of a model of Gross Motor Function for children with Cerebral Palsy. *Physical Therapy*. 2000; 80: 974–985.
10. Gorter JW. Gross Motor Function Classification System (Dutch translation) [Website]. Revalidatiecentrum De Hoogstraat Utrecht; 2001. Opgevraagd van: <https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/41466/27797/HandleidingGMFCS.Pdf>
11. Helder A. De Signaleringslijst Verslikken. Eindrapport van het onderzoeksproject 'Signaleren van verslikken' [Website]. 2010. Opgevraagd van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/verbinding/pdf/EindrapportVerslikken.pdf>
12. Sheppard JJ. Swallowing and feeding in older people with lifelong disability. *Advances in Speech & Language Pathology*. 2002; 4: 119–121.
13. Sheppard JJ, Hochman R, Baer C. The Dysphagia Disorder Survey: Validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*. 2014; 35: 929–942.
14. Calis EA, Veugelers R, Sheppard JJ, Tibboel D, Evenhuis HM, Penning C. Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2008; 50: 625–630.