

Laryngologie: concept richtlijnmodules 1^e cyclus

Inhoudsopgave

	Startpagina richtlijn Orofaryngeale Dysfagie	3
5	Verantwoording – Module 1	6
	Module 1 – Video-endoscopie of slikvideo bij dysfagie	13
	Startpagina richtlijn Stemklachten	25
	Verantwoording – Module 2	28
	Module 2 – Logopedische zorg bij stemklachten.....	36

10

Startpagina richtlijn Orofaryngeale Dysfagie

Deze richtlijn valt onder het cluster Laryngologie.

Belangrijkste wijzigingen

5

ÉÉN NIEUWE MODULE

Module 7 Video-endoscopie of slikvideo bij dysfagie

10 De module beschrijft de toegevoegde waarde van het standaard uitvoeren van beide slikonderzoeken t.o.v. één van beide slikonderzoeken.

Waar gaat deze richtlijn over?

15 Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor patiënten met dysfagie of onderliggend lijden met risico op dysfagie. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- De gegevens die van belang zijn voor het vaststellen van dysfagie en het vervolgbeleid
- De verschillende screeningsmethoden die geschikt zijn voor het opsporen van dysfagie
- 20 • De verschillende aanvullende onderzoeken die ingezet kunnen worden en de rol van de logopedist bij het signaleren en vaststellen van dysfagie
- De verschillende mogelijkheden bij de behandeling en begeleiding van patiënten met dysfagie
- De organisatie van de zorg rondom patiënten met dysfagie

25 Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners in de tweede (en derde) lijn die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met dysfagie of onderliggend lijden met risico op dysfagie.

Voor patiënten

30 Dysfagie is een verzamelnaam voor slikklachten of slikproblemen. Deze zijn het gevolg van afwijkingen in de anatomie van belangrijke structuren in het slikproces of afwijkingen in de beweging van deze structuren. Dysfagie kan het gevolg zijn van een hele reeks van aandoeningen. Tekenend voor dysfagie zijn onder andere verslikken, hoesten en kokhalzen. Dysfagie is een veel voorkomend probleem in de oudere bevolking. Geschat wordt dat
35 ongeveer 6 procent van de bevolking lijdt aan dysfagie. Bij ouderen lijdt circa 23 procent aan dysfagie. Dit stijgt tot boven de 50 procent in het geval van ernstige aandoeningen (zoals keelkanker of een beroerte). Dysfagie vormt een belangrijke risicofactor voor problemen als ondervoeding, uitdroging, longontsteking en overlijden.

40 Voor deze richtlijn is informatie voor patiënten ontwikkeld in begrijpelijke taal op [Thuisarts](#)

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

45 Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Keel–Neus–Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd–Halsgebied (NVKNO). De module is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de KNO-artsen, artsen voor verstandelijk gehandicapten, maagdarmlever-artsen, kinderartsen, neurologen, revalidatieartsen, klinisch geriateren, specialisten ouderengeneeskunde, radiologen, radiotherapeuten, longartsen, logopedisten, diëtisten en verpleegkundig specialisten geriatrie.

Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door afgevaardigden van de patiëntenfederatie NPCF, patiëntenverenigingen Spierziekten Nederland en Patiëntenvereniging voor stembandlozen NSvG in de werkgroep, de Parkinson Vereniging en de Patiëntenvereniging Hoofd-Hals.

5

Modulair onderhoud

Vanaf 2023 wordt de richtlijn modulair herzien door het cluster Laryngologie. Onder de 'samenstelling van het cluster' (zie verantwoording) staat beschreven welke organisaties deelnemen aan het cluster. Meer informatie over werken in clusters en modulair onderhoud vindt u [hier](#).

10

Onderhoudsplan

De richtlijnen in het cluster Laryngologie worden modulair onderhouden. In de tabel wordt de actualiteit van de richtlijnmodules beschreven.

15

Tabel 1. Onderhoudsplan richtlijn Orofaryngeale dysfagie

Richtlijnmodule	Geautoriseerd in	Laatst beoordeeld in ¹	Geplande herbeoordeling ²	Wijzigingen meest recente versie
1. Startpagina – Orofaryngeale dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	Geüpdatet
2. Module Anamnese bij orofaryngeale dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
3. Module Screeningsmethode voor dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.
4. Module screeningsfrequentie bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.
5. Module vragenlijsten voor patiënten met dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
6. Module Rol logopedist bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.
7. Video-endoscopie of slikvideo bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	Nieuwe module, beschrijft de toegevoegde waarde van het standaard uitvoeren van beide slikonderzoeken t.o.v. één van beide.
8. Bariumcontrast slikfoto bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
9. bariumcontrast slikfoto bij globus faryngeus	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
10. Cognitief screenen bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
11. Logopedische behandeling bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
11.1 Sliktrainingsprogramma's bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
11.2 Biofeedback bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.

¹ Jaartal waarin de richtlijnmodule is meegenomen in de need-for-update.

² Jaartal waarin de richtlijnmodule weer moet worden meegenomen in de need-for-update.

11.3 Elektrostimulatie bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
12. Dilatatatie musculus cricofaryngeus dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
12.1 Zenker diverticulotomie bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
12.2 Myotomie bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
12.3 Botulinetoxine injectie bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
12.4 Oprekken van de slokdarm bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
13. Medicatie bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
14. Diëtetische behandeling bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
15. Psychosociale begeleiding by dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
16. Mondzorg bij dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
17. Organisatie van zorg orofaryngeale dysfagie	01-02-2017	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.

Verantwoording – Module 1

Leeswijzer

- 5 De verantwoording zal op de Richtlijndatabase (Richtlijndatabase.nl) bij elke geprioriteerde richtlijnmodule die is ontwikkeld binnen dit cluster worden geplaatst. De betrokken expertiseleden, de kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de (Wkkgz) en de autoriserende partijen kunnen variëren per richtlijnmodule.

Autorisatie en geldigheid

- 10 Autorisatiedatum: zie tabel startpagina
Laatst beoordeeld: zie tabel startpagina
Geplande herbeoordeling: zie tabel startpagina
Initiatief: Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-
15 Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-
Halsgebied

Initiatief en autorisatie

De onderstaande richtlijnmodule is ontwikkeld:

Richtlijn Orofaryngeale dysfagie

- 20 • Module 1: Video-endoscopie of slikvideo bij dysfagie
Geautoriseerd door:
○ [Vereniging 1]
○ [Vereniging 2]

25 Algemene gegevens

De ontwikkeling van deze richtlijnmodule werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van de richtlijnmodule.

30

Samenstelling van het cluster

Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2023 een multidisciplinaire cluster ingesteld. Dit cluster bestaat uit vertegenwoordigers van alle relevante organisaties die betrekking hebben op de zorg voor patiënten met stem- en slikklachten.

35

Het cluster Laryngologie bestaat uit meerdere richtlijnen, zie [hier](#) voor de actuele clusterindeling. De stuurgroep bewaakt het proces van modulair onderhoud binnen het cluster. De expertisegroepsleden worden indien nodig gevraagd om hun expertise in te zetten voor een specifieke richtlijnmodule. Het cluster Laryngologie bestaat uit de volgende personen:

40

Clusterstuurgroep

- 45 • Dhr. R.N.P.M. (Rico) Rinkel
• Mevr. drs. M.M.G.E.C. (Margaret) de Jong
• Mevr. drs. E.M.J.M. (Emke) van den Broek
• Dhr. dr. D.A. (Derrek) Heuveling
• Mevr. drs. M.J. (Marieke) Hazewinkel

Clusterexpertisegroep

- Dhr. dr. M.R.A. (Michel) van Hooren
- Mevr. drs. M.M. (Masja) van het Hoofd
- Mevr. P.S. (Petra) Verdouw

5

Met ondersteuning van

- Mevr. B.L. (Babette) Gal-de Geest, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Mevr. A.C. (Anniek) van Westing, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

10

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle clusterstuurgroepleden en actief betrokken expertisegroepsleden (fungerend als schrijver en/of mee-lezer bij tenminste één van de geprioriteerde richtlijnmodules) hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement) hebben gehad. Gedurende de ontwikkeling of herziening van een richtlijnmodule worden wijzigingen in belangen aan de projectleider doorgegeven. De belangenverklaring wordt opnieuw bevestigd tijdens de commentaarfase. Een overzicht van de belangen van de clusterleden en betrokken expertisegroepsleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

15

20

25

Clusterstuurgroep

Tabel 2. Gemelde (neven)functies en belangen stuurgroep

Clusterlid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
Rico Rinkel (voorzitter)	KNO-arts laryngoloog Amsterdam UMC	Plv Regionaal Tuchtcollege	Geen	Geen restricties
Emke van den Broek	Laryngoloog UMC Utrecht	Voorzitter kerngroep laryngologie, lid werkgroep chronische hoest, MAR larynxpapillomatose, bezoekend docent/KNO-arts opleiding logopedie Hogeschool Utrecht	Geen	Geen restricties
Marieke Hazewinkel	Radioloog bij MRON (Maatschap Radiologie Oost Nederland)	MRI trekker radioloog MST (Medisch Spectrum Twente) Opleider neuro hoofd-hals radiologie MST MRON sectievoorzitter NHH	Geen	Geen restricties
Derrek Heuveling	KNO-arts Meander Medisch Centrum	Lid Kerngroep Laryngologie Lid Kennisgroep Laryngologie Lid werkgroep Standpuntnota benigne speekselklierpathologie Penningmeester Medisch Specialisten Bedrijf Midden Nederland UA	Geen	Geen restricties
Margaret de Jong	HumanCapitalCare arbodienst verlener Full time werkzaam als bedrijfsarts	Lid klachtencommissie Sexuele Intimidatie en Geweld sociale werkvoorziening; onkostenvergoeding per zitting	Geen	Geen restricties

Clusterexpertisegroep

Tabel 3. Gemelde (neven)functies en belangen expertisegroep

Clusterlid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
Michel van Hooren	KNO-arts te Maasziekenhuis Pantein	Geen	Geen	Geen restricties
Masja van het Hoofd	Beleidsmedewerker Parkinson Vereniging	Redacteur bij het parkinsonplatform in oprichting (informatieplatform vergelijkbaar met bijv ms.nl, diabetes.nl)	Geen	Geen restricties
Petra Verdouw	Patiëntenvereniging	Geen	Geen	Geen restricties

5 Inbreng patiëntenperspectief

Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door deelname van relevante patiëntenorganisaties aan de need-for-update en/of prioritering. De verkregen input is meegenomen bij het opstellen van de uitgangsvragen, de keuze voor de uitkomstmaten en bij het opstellen van de overwegingen. De conceptrichtlijnmodule is tevens ter commentaar voorgelegd aan alle relevante patiëntenorganisaties in de stuur- en expertisegroep (zie 'Samenstelling cluster' onder 'Verantwoording'). De eventueel aangeleverde commentaren zijn bekeken en verwerkt.

Kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz

15 Bij de richtlijnmodule is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd om te beoordelen of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling is de richtlijnmodule op verschillende domeinen getoetst (zie het [stroomschema](#) op de Richtlijndatabase).

Module 7	Uitkomst raming	Toelichting
Video-endoscopie of slikvideo bij dysfagie	Geen financiële gevolgen	Uitkomst 2

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijnmodule is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 3.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010).

Need-for-update, prioritering en uitgangsvragen

Tijdens de need-for-update fase (november, 2023) inventariseerde het cluster de geldigheid van de richtlijnmodules binnen het cluster. Naast de partijen die deelnemen aan de stuur- en expertisegroep zijn hier ook andere stakeholders voor benaderd. Per richtlijnmodule is aangegeven of deze geldig is, herzien moet worden, kan vervallen of moet worden samengevoegd. Ook was er de mogelijkheid om nieuwe onderwerpen aan te dragen die aansluiten bij één (of meerdere) richtlijn(en) behorend tot het cluster. De richtlijnmodules waarbij door één of meerdere partijen werd aangegeven herzien te worden, werden doorgezet naar de prioriteringsronde. Ook suggesties voor nieuwe richtlijnmodules werden doorgezet naar de prioriteringsronde. Afgevaardigden vanuit de partijen in de stuur- en expertisegroep werden gevraagd om te prioriteren (zie 'Samenstelling cluster' onder 'Verantwoording'). Hiervoor werd de RE-weighted Priority-Setting (REPS) – tool gebruikt. De uitkomsten (ranklijst) werd gebruikt als uitgangspunt voor de discussie. Voor de geprioriteerde richtlijnmodules zijn door de het cluster concept-uitgangsvragen herzien of opgesteld en definitief vastgesteld.

Uitkomstmaten

Na het opstellen van de zoekvraag behorende bij de uitgangsvraag inventariseerde het cluster welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. Hierbij werd een maximum van acht uitkomstmaten gehanteerd. Het cluster waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun relatieve belang bij de besluitvorming rondom aanbevelingen, als cruciaal (kritiek voor de besluitvorming), belangrijk (maar niet cruciaal) en onbelangrijk. Tevens definieerde het cluster tenminste voor de cruciale uitkomstmaten welke verschillen zij klinisch (patiënt) relevant vonden.

Methode literatuursamenvatting

Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor zoeken en selecteren van literatuur is te vinden onder 'Zoeken en selecteren'. Indien mogelijk werd de data uit verschillende studies gepoold in een

5 random-effects model. Review Manager 5.4 werd indien mogelijk gebruikt voor de statistische analyses. De beoordeling van de kracht van het wetenschappelijke bewijs wordt hieronder toegelicht.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

10 De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>). De basisprincipes van de GRADE-methodiek zijn: het benoemen en prioriteren van de klinisch (patiënt) relevante uitkomstmaten, een systematische review per uitkomstmaat, en een beoordeling van de bewijskracht per uitkomstmaat op basis van de

15 acht GRADE-domeinen (domeinen voor downgraden: risk of bias, inconsistentie, indirectheid, imprecisie, en publicatiebias; domeinen voor upgraden: dosis-effect relatie, groot effect, en residuele plausibele confounding). GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie, in het bijzonder de mate van zekerheid dat de

20 literatuurconclusie de aanbeveling adequaat ondersteunt (Schünemann, 2013; Hultcrantz, 2017).

Tabel 4. Gradaties voor de kwaliteit van wetenschappelijk bewijs

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Redelijk	- er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is mogelijk dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - er is een reële kans dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

25 Bij het beoordelen (graderen) van de kracht van het wetenschappelijk bewijs in een richtlijnmodule volgens de GRADE-methodiek spelen grenzen voor klinische besluitvorming een belangrijke rol (Hultcrantz, 2017). Dit zijn de grenzen die bij overschrijding aanleiding zouden geven tot een aanpassing van de aanbeveling. Om de grenzen voor klinische besluitvorming te bepalen moeten alle relevante uitkomstmaten en overwegingen worden meegewogen. De grenzen voor klinische

30 besluitvorming zijn daarmee niet één op één vergelijkbaar met het minimaal klinisch relevant verschil (Minimal Clinically Important Difference, MCID). Met name in situaties waarin een interventie geen belangrijke nadelen heeft en de kosten relatief laag zijn, kan de grens voor klinische besluitvorming met betrekking tot de effectiviteit van de interventie bij een lagere waarde (dichter bij het nuleffect) liggen dan de MCID (Hultcrantz, 2017).

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

35 Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals aanvullende argumenten uit bijvoorbeeld de biomechanica of fysiologie, waarden en voorkeuren van patiënten, kosten (middelenbeslag), aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie. Deze aspecten zijn systematisch vermeld en

40 beoordeeld (gewogen) onder het kopje 'Overwegingen' en kunnen (mede) gebaseerd zijn op expert opinion. Hierbij is gebruik gemaakt van een gestructureerd format gebaseerd op het evidence-to-decision framework van de internationale GRADE Working Group (Alonso-Coello, 2016a; Alonso-

5 Coello 2016b). Dit evidence-to-decision framework is een integraal onderdeel van de GRADE methodiek.

Formuleren van aanbevelingen

10 De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door het cluster wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge

15 bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk (Agoritsas, 2017; Neumann, 2016). De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen. Het cluster heeft bij elke aanbeveling opgenomen hoe zij tot de richting en sterkte van de aanbeveling zijn gekomen.

20 In de GRADE-methodiek wordt onderscheid gemaakt tussen sterke en zwakke (of conditionele) aanbevelingen. De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van patiënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor patiënten, behandelaars en beleidsmakers (zie onderstaande tabel). Een

25 aanbeveling is geen dictaat, zelfs een sterke aanbeveling gebaseerd op bewijs van hoge kwaliteit (GRADE gradering HOOG) zal niet altijd van toepassing zijn, onder alle mogelijke omstandigheden en voor elke individuele patiënt.

Tabel 5. Sterkte van de aanbevelingen

Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers		
	<i>Sterke aanbeveling</i>	<i>Zwakke (conditionele) aanbeveling</i>
Voor patiënten	De meeste patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel patiënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De patiënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Organisatie van zorg

Bij de ontwikkeling van de richtlijnmodule is expliciet aandacht geweest voor de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, mankracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant

35 zijn voor het beantwoorden van deze specifieke uitgangsvraag zijn genoemd bij de overwegingen. Meer algemene, overkoepelende, of bijkomende aspecten van de organisatie van zorg worden behandeld in de richtlijnmodule Organisatie van zorg.

Commentaar- en autorisatiefase

40 De conceptrichtlijnmodule werd voorgelegd aan alle partijen die benaderd zijn voor de need-for-update fase. De commentaren werden verzameld en besproken met het cluster. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijnmodule aangepast en definitief vastgesteld door het cluster. De definitieve richtlijnmodule werd ter autorisatie of goedkeuring voorgelegd aan de partijen die beschreven staan bij 'Initiatief en autorisatie' onder 'Verantwoording'.

Literatuur

- Agoritsas T, Merglen A, Heen AF, Kristiansen A, Neumann I, Brito JP, Brignardello-Petersen R, Alexander PE, Rind DM, Vandvik PO, Guyatt GH. UpToDate adherence to GRADE criteria for strong recommendations: an analytical survey. *BMJ Open*. 2017 Nov 16;7(11):e018593. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018593. PubMed PMID: 29150475; PubMed Central PMCID: PMC5701989.
- Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Rada G, Rosenbaum S, Morelli A, Guyatt GH, Oxman AD; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016 Jun 28;353:i2016. doi: 10.1136/bmj.i2016. PubMed PMID: 27353417.
- Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Vandvik PO, Meerpohl J, Guyatt GH, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016 Jun 30;353:i2089. doi: 10.1136/bmj.i2089. PubMed PMID: 27365494.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010 Dec 14;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348; PubMed Central PMCID: PMC3001530.
- Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A, Alper BS, Meerpohl JJ, Murad MH, Ansari MT, Katikireddi SV, Östlund P, Tranæus S, Christensen R, Gartlehner G, Brozek J, Izcovich A, Schünemann H, Guyatt G. The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2017 Jul;87:4-13. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.05.006. Epub 2017 May 18. PubMed PMID: 28529184; PubMed Central PMCID: PMC6542664.
- Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. http://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html
- Neumann I, Santesso N, Akl EA, Rind DM, Vandvik PO, Alonso-Coello P, Agoritsas T, Mustafa RA, Alexander PE, Schünemann H, Guyatt GH. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016 Apr;72:45-55. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.11.017. Epub 2016 Jan 6. Review. PubMed PMID: 26772609.
- Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/design/client/handbook/handbook.html.

5 Module 1 – Video-endoscopie of slikvideo bij dysfagie

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van video-endoscopie en slikvideo t.o.v. één van deze slikonderzoeken om orofaryngeale dysfagie te beoordelen?

10 Introduction (English)

Video-endoscopy (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing, FEES) and video-fluoroscopy (Videofluoroscopic Swallowing Study, VFSS) can be used to diagnose oropharyngeal dysphagia and during follow-up. The swallowing examinations are used complementarily and are both equally effective. However, there are differences in clinical practice: some hospitals routinely conduct both examinations (starting with FEES, followed by VFSS, or vice versa), while others use only one of the two. Performing both examinations increases patient burden, raises healthcare costs, and is more time consuming for both patient and physician. Given the general rise in healthcare expenses, it is important to determine which type of swallowing examination is truly essential.

20 Search and select

A systematic review of the literature was performed to answer the following questions:

PICO 1: video-endoscopy and video-fluoroscopy vs. video-endoscopy alone

25 What is the added value of routinely performing video-endoscopy and video-fluoroscopy vs. video-endoscopy alone to patients (suspected of) oropharyngeal dysphagia?

Table 1. PICO 1

Patients	Patients suspected of oropharyngeal dysphagia
Intervention	Video-endoscopy (FEES) AND video-fluoroscopy (VFSS)
Control	FEES
Outcomes	Missed diagnoses (difference in sensitivity and difference in specificity), complications
Other selection criteria	Study design: systematic reviews, randomized controlled trials, and observational studies

PICO 2: video-endoscopy and video-fluoroscopy vs. video-fluoroscopy alone

30 What is the added value of routinely performing video-endoscopy and video-fluoroscopy vs. video-fluoroscopy alone to patients (suspected of) oropharyngeal dysphagia?

Table 2. PICO 2

Patients	Patients suspected of oropharyngeal dysphagia
Intervention	FEES AND VFSS
Control	VFSS
Outcomes	Missed diagnoses (difference in sensitivity and difference in specificity), complications
Other selection criteria	Study design: systematic reviews, randomized controlled trials and observational studies

35

5 Relevant outcome measures

The guideline panel considered difference in sensitivity as a **critical** outcome measure for decision making; and difference in specificity and complications as **important** outcome measures for decision making.

10 A priori, the guideline panel did not define the outcome measures listed above but used the definitions in the studies.

The guideline panel defined a difference in sensitivity and a difference in specificity of >10% as a minimal clinically (patient) important difference. For the outcome complications, the guideline panel
15 used the GRADE standard limits of 25% (a relative risk (RR) of <0.80 or >1.25).

Search and select (Methods)

The databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) were searched with relevant search terms until 19-8-2024. The detailed search strategy is listed under the tab 'Literature search
20 strategy'. The systematic literature search resulted in 284 hits. Studies were selected based on the following criteria: systematic reviews, randomized controlled trials, and observational studies investigating the added value of FEES and VFSS vs. either of the swallowing assessments in patients with oropharyngeal dysphagia. Initially, six studies were selected based on title and abstract screening. After reading the full text, all six studies were excluded (see the exclusion table under the
25 tab 'Evidence tabellen'), and no studies were included.

Summary of literature

Description of studies

30 Due to the absence of studies meeting the selection criteria, no studies were included in the literature analysis.

Results

Due to the absence of studies meeting the selection criteria, no studies were included which reported information regarding the outcomes difference in sensitivity and specificity and
35 complications in patients with/suspected of oropharyngeal dysphagia undergoing video-endoscopy (FEES) and video-fluoroscopy (VFSS) compared with either of the two swallowing examinations.

Summary of Findings

40 Due to the absence of studies meeting the selection criteria, no Summary of Findings tables with GRADE assessment are included here.

5 Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling (NL)

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Er is literatuuronderzoek verricht naar de toegevoegde waarde van het doen van zowel een video-endoscopie (FEES) als slikvideo (VFSS) vergeleken met één van de twee slikonderzoeken bij patiënten met (een verdenking op) orofaryngeale dysfagie. Er zijn geen studies gevonden die deze vergelijking onderzocht hebben.

Om de diagnostische waarde van FEES en VFSS te onderzoeken in volwassenen met orofaryngeale dysfagie is een systematische review en meta-analyse uitgevoerd (Giraldo-Cadavid, 2016). Studies met patiënten met dysfagie als gevolg van anatomische obstructies in de tractus aerodigestivus werden geëxcludeerd. In totaal werden zes cross-sectionele studies meegenomen in het review (Langmore, 1991; Park, 2015; Périé, 1998; Rao, 2003; Tabaei, 2006; Wu, 1997). De meeste van de geïnccludeerde studies vergeleken FEES met VFSS als referentietest. De studie liet zien dat de FEES een hogere gepoolde sensitiviteit had dan VFSS voor het aantonen van aspiratie, penetratie en residue. Voor premature spillage werd geen verschil gevonden. De specificiteit van beide slikonderzoeken waren grotendeels gelijk.

De prospectieve cohortstudie van Labeit (2022) had als doel om gelijktijdig een FEES met VFSS te vergelijken in patiënten met orofaryngeale dysfagie als gevolg van een neurologische aandoening. In totaal deden 49 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar mee met de studie. Penetratie en aspiratie werd beoordeeld met de Rosenbek's 8-punten ordinale Penetration-Aspiration-Scale; de faryngeale residue werd beoordeeld met de 5-punten ordinale Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale. Deze studie laat zien dat FEES en VFSS sterk correleren als het gaat om het beoordelen van penetratie, aspiratie en faryngeale residue. De auteurs van de studie concluderen dat zowel een FEES als VFSS gebruikt kunnen worden als gouden standaard voor het aantonen van orofaryngeale dysfagie.

Er is geen wetenschappelijk bewijs of consensus over of FEES of VFSS de gouden standaard is. Beide beeldvormende technieken geven inzicht in het slikmechanisme en over het al dan niet bestaan van dysfagie in de algemene populatie. Meetbare variabelen zoals aspiratie/penetratie, residu in de farynx en premature spillage geven in beide gevallen een vergelijkbare sensitiviteit en specificiteit. De keuze voor een FEES of VFSS in de diagnostiek naar orofaryngeale dysfagie zal dan ook met name gemaakt worden op basis van beschikbaarheid en ervaring van het onderzoeksteam en de voordelen van het ene onderzoek ten opzichte van de ander.

In de praktijk blijkt het voordeel van de FEES ten opzichte van de VFSS te zijn dat het extra informatie verschaft over anatomische afwijkingen, zoals afwijkend slijmvlies, hemilarynx beweeglijkheid, en het testen van de sensorische feedback door met de tip van de scope de larynx te toucheren. Daarnaast kan er worden beoordeeld of er sprake is van speeksel penetratie/aspiratie buiten de slikact en om de aan- of afwezigheid van een whiteout aan te tonen (het even niet kunnen zien van de larynx tijdens de faryngeale constrictie). Bovendien is de FEES beter uitvoerbaar bij patiënten met houdings- of bewegingsbeperkingen en is de FEES niet gebonden aan een specifieke (radiologie) ruimte, maar kan op verschillende plekken worden ingezet zoals polikliniek, aan bed, verpleegkliniek en revalidatiecentrum. Het opslaan en opnieuw bekijken van de beelden maakt de kans op een vals negatieve uitslag kleiner. Tevens kunnen de beelden gebruikt worden als biofeedback om patiënt inzicht te geven in de mate van dysfagie en de effecten van compensatietechnieken.

Eén van de voordelen van de VFSS ten opzichte van FEES is dat ook de mondholte (kauwfunctie, transport door de tong) en de proximale oesofagus (functie musculus cricofaryngeus) in beeld komen, terwijl FEES slechts de faryngeale fase van de slikact visualiseert. Daarnaast kan er met VFSS buiten het lumen van het sliktraject gekeken worden, zodat eventuele probleembronnen (passagebelemmerende osteofieten, spondylodese materiaal cervicale wervelkolom etc.) van

- 5 buitenaf in beeld komen. Daarnaast kunnen ook eventuele complicaties van dysfagie, zoals aspiratie tot in de long, opgemerkt worden. Het nadeel van deze techniek is de stralenbelasting en beperking van uitvoeringsplaats (afdeling radiologie). Echter de stralingsbelasting is dermate laag, dat het geen sterke doorslaggevende factor is in de keuze voor een van beide methoden. Om vals negatieve uitslagen te voorkomen is het zinvol een hoog aantal frames per seconden te gebruiken. In de tabel
- 10 hieronder zijn de voor- en nadelen van de FEES en VFSS overzichtelijk weergegeven (Tabel 3).

Tabel 3. Overzicht van voor- en nadelen van de FEES (video-endoscopie) en VFSS (slikvideo)

	FEES	VFSS
Voordelen	• Extra informatie over anatomische afwijkingen in farynx en larynx • Mogelijkheid om sensorische feedback te testen • Beoordeelt speekselpenetratie/aspiratie buiten de slikact • Geschikt voor patiënten met houdings- of bewegingsbeperkingen • Niet gebonden aan de radiologie ruimte • Mogelijkheid om beelden te gebruiken als biofeedback voor de patiënt	• Visualiseert ook de mondholte en proximale oesofagus • Kan structuren buiten het sliktraject in beeld brengen • Detecteert complicaties van dysfagie, zoals aspiratie tot in de longen • Geen whiteout (tijdelijk niet kunnen zien van de larynx)
Nadelen	• Beperkt tot de faryngeale fase van de slikact • Een whiteout kan de observatie van sommige slikfasen bemoeilijken	• Stralingsbelasting, hoewel laag • Beperkt tot uitvoering op afdeling radiologie • Vals-negatieve uitslagen mogelijk bij een laag aantal frames per seconde

- 15 Voor beide onderzoeken geldt dat het gebruiken van verschillende bolusconsistenties zinvol is om de dysfagie volledig in kaart te brengen. Met name in de consistentie waarin patiënt klachten aangeeft, of wat op basis van de onderliggende etiologie mogelijk afwijkend zou kunnen zijn. Bij voorkeur volgens de International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI).

Kwaliteit van bewijs

- 20 Er is geen literatuur uitgewerkt en dus is GRADE ook niet toegepast, dus dit kopje is niet van toepassing.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun naasten/verzorgers)

- 25 De literatuur en ervaring leren dat zowel FEES als VFSS informatieve onderzoeken zijn bij het in beeld brengen van dysfagie. Bij bepaalde indicaties zullen ze ook als complementair ingezet kunnen worden, voor het verkrijgen van additionele, onderzoek specifieke informatie, zoals van het slijmvlies bij de FEES. Het is de verantwoordelijkheid van de aanvrager en uitvoerend specialist welk onderzoek(en) als beste voor de patiënt op dat moment gekozen wordt. Daarbij is het van belang om
- 30 de patiënt goed te informeren over de voor- en nadelen van beide technieken en de patiënt en zijn naasten/verzorgenden indien mogelijk bij het keuzeproses te betrekken. Er is geen wetenschappelijk bewijs om standaard beide onderzoeken te verrichten in de diagnostiek naar dysfagie in de algemene populatie.

- 35 De belasting voor patiënten van beide onderzoeken is vergelijkbaar. Voor een VFSS dient de patiënt naar het ziekenhuis of diagnostisch centrum te komen, voor een FEES in veel gevallen ook. Het inbrengen van de flexibele laryngoscoop via de neus bij een FEES kan als belastend ervaren worden, echter bij de nieuwere generatie laryngoscopen is de belasting minder door de dunnere slangdikte, en wordt het door de meeste mensen goed verdragen zonder lokale anesthesie.

- 5 Kostenaspecten
De ziekenhuiskosten van FEES en VFSS zijn vergelijkbaar.
- Gelijkheid ((health) equity/equitable)
Beide slikonderzoeken zijn standaard vergoede zorg, dus iedereen behoudt gelijke toegang tot deze zorg.
- 10 Aanvaardbaarheid
- Ethische aanvaardbaarheid*
15 De diagnostiek lijkt aanvaardbaar voor de betrokkenen. Er zijn geen ethische bezwaren. Beide onderzoeken zijn veilig en betrouwbaar gebleken.
- Duurzaamheid*
20 Bij de interventie spelen de volgende duurzaamheidsaspecten een rol. Het gebruik van contrastmiddelen voor VFSS kunnen in het riool- en eventueel oppervlakte- en drinkwater terechtkomen. Bij FEES is dit niet altijd het geval, afhankelijk van gebruik van een kleurstof zoals methyleenblauw.
- Haalbaarheid
25 Zowel FEES als VFSS zijn al geruime tijd de aangewezen diagnostische middelen in de diagnostiek naar orofaryngeale dysfagie. Er worden derhalve geen problemen verwacht in de implementatie. Mogelijk belemmerende factor in het aanbieden van FEES of VFSS is dat er geen NZa productcode beschikbaar is voor FEES of VFSS en het dus geen declarabel product is.
- 30 **Aanbeveling**
Aanbeveling-1
Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies
Zowel video-endoscopie (FEES) als slikvideo (VFSS) zijn even effectief in de diagnostiek naar orofaryngeale dysfagie wanneer de eerder besproken voor- en nadelen in acht worden genomen.
- 35 Het routinematig uitvoeren van beide onderzoeken lijkt niet zinvol. Het geeft een hogere belasting van patiënt en zorgsysteem. Op indicatie is het wel zinvol om beide onderzoeken uit te voeren. Tot slot, het gebruiken van meer frames per seconde voor een VFSS en een betere endoscoop- en beeldkwaliteit voor slikendoscopie lijken de kans op het missen van een afwijkende slikact te vergroten. Om vals negatieve uitslagen bij beide onderzoeken te voorkomen is het van belang om
- 40 minimaal de IDDSI consistentie te kunnen testen waarin patiënt de klacht aangeeft, of wat mogelijk anderszins problematisch zou kunnen zijn. Hierbij lijkt het uitvoeren van meer dan één slikact per consistentie de vals negatieve en vals positieve uitslagen te verminderen.
- Eindoordeel:
45 sterke aanbeveling voor (Doen)

Verricht in de diagnostiek naar orofaryngeale dysfagie een video-endoscopie (FEES) of slikvideo (VFSS). Weeg in de keuze tussen beiden onderzoeken voor iedere patiënt en vraagstelling de voor- en nadelen van FEES en VFSS af (zie tabel 3) en neem daarin de lokale klinische beschikbaarheid en ervaring mee.

Verricht zowel een FEES als VFSS indien bij het primair gekozen onderzoek onvoldoende antwoorden gegeven kunnen worden op de vraagstelling.

Test bij een FEES en VFSS meerdere IDDSI consistenties en bij voorkeur meerdere slikacts per consistentie, indien dit veilig wordt geacht.

5

Kennisvragen

Tijdens de ontwikkeling van de module Video-endoscopie of slikvideo bij dysfagie is gebleken dat er binnen deze module geen kennisvragen zijn die voldoende belangrijk worden geacht voor op de kennisagenda.

10

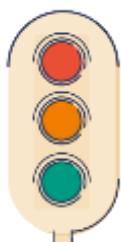
5 Verkeerslicht en (de-)implementatietabel

Toelichting

Met het verkeerslicht worden aanbevelingen gecategoriseerd op basis van formulering en bewijskracht. Als eindproduct wordt bij richtlijnmodules met een sterk geformuleerde en voldoende onderbouwde aanbeveling een implementatietabel opgeleverd. Hierin wordt onder andere opgenomen:

- Een beschrijving van het knelpunt om de module uit te werken of herzien;
- De te verwachten belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie;
- Welke partijen van belang zijn bij toepassen van de aanbeveling in de praktijk;
- Een inschatting van de implementatietermijn.

Verkeerslichtanalyse



- **ROOD** = sterk geformuleerde aanbeveling om iets niet te doen, met een GRADE high of moderate
- **ORANJE** = zwak geformuleerde aanbeveling; mogelijk kennishiaat
- **GROEN** = sterk geformuleerde aanbeveling om iets wel te doen, met een GRADE high of moderate
- **LICHT ROOD** of **LICHT GROEN** = sterk geformuleerde aanbevelingen met een GRADE low, very low of geen GRADE (*modules waarin geen studies geïnccludeerd konden worden in de literatuursamenvatting of waarin geen literatuursamenvatting werd geschreven zoals modules waarin organisatie van zorg wordt beschreven*)

(Sub)aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijskracht per uitkomstmaat	Verkeerslicht per (sub)aanbeveling
Aanbeveling 1: Verricht in de diagnostiek naar orofaryngeale dysfagie een video-endoscopie of slikvideo. Weeg in de keuze tussen beiden onderzoeken voor iedere patiënt en vraagstelling de voor- en nadelen van video-endoscopie en slikvideo af en neem daarin de lokale klinische beschikbaarheid en ervaring mee. Verricht zowel een video-endoscopie als slikvideo indien er bij het primair gekozen onderzoek onvoldoende antwoorden gegeven kunnen worden op de vraagstelling. Test bij een video-endoscopie en slikvideo meerdere IDDSI consistenties en bij	X Sterk (doe/ gebruik) / ☐ Zwak (overweeg)	Overall bewijskracht ☐ H ☐ M ☐ L ☐ VL X NG Range bewijskracht van alle uitkomstmaten ☐ H ☐ M ☐ L ☐ VL X NG OF ☐ voor de (sub)uitgangsvraag is geen systematische literatuur analyse uitgevoerd	☐ ROOD: vul tabel A in ☐ LICHT ROOD: vul tabel A in ☐ ORANJE: gebruik tabel B X LICHT GROEN: vul tabel A in ☐ GROEN: vul tabel A in

5

voorkeur meerdere slikacts per consistentie, indien dit veilig wordt geacht.			
---	--	--	--

Implementatietabel

Tabel A: (De-)Implementatietabel met impuls analyse

Aanbeveling – 1			
1. Wat was het onderliggende probleem om deze uitgangsvraag uit te werken?	☐ Ongewenste praktijkvariatie ☐ Nieuwe evidentie X Anders Toelichting: Er zijn verschillen tussen ziekenhuizen hoe FEES en VFSS ingezet worden. Sommige ziekenhuizen doen routinematig altijd beide slikonderzoeken, andere ziekenhuizen juist één van de twee. Het uitvoeren van beide slikonderzoeken is vervelend voor patiënten, is kostenverhogend, en kost ook meer tijd voor zowel patiënt als arts. Het is nog onduidelijk welk type slikonderzoek essentieel is om orofaryngeale dysfagie aan te tonen.		
2. Maak een inschatting over hoeveel patiënten het ongeveer gaat waar de aanbeveling betrekking op heeft?	☐ < 1000 ☐ < 5000 ☒ X 5000-40.000 ☐ > 40.000		
3. Maakt de aanbeveling deel uit van een set van interventies voor hetzelfde probleem?	☐ Ja: hoe verhoudt deze aanbeveling zich tot de andere aanbevelingen uit deze module/ richtlijn of uit andere richtlijnen(modules)? Dient hier rekening mee gehouden te worden bij de implementatie of kan dit worden gezien als een losstaande aanbeveling? X Nee: de aanbevelingen zijn in deze tabel als 1 set geïnterpreteerd. Implementatie-barrière – kansen en acties worden zijn geheel geïnterpreteerd.		
4. Belemmeringen en kansen op verschillende niveaus voor landelijke toepassing van de aanbeveling:	<i>Voorbeelden</i>	Wat zijn mogelijke belemmerende factoren?	Wat zijn mogelijke bevorderende factoren?
a)Richtlijn/ klinisch traject (innovatie)	<i>Voortschrijding/voortgang in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid</i>	Geen.	Het staat een ziekenhuis vrij welke van de slikonderzoeken er wordt uitgevoerd. Dat maakt de richtlijn toegankelijk en aantrekkelijk voor iedereen.

b)Zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)	<i>Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen, gedragsroutines</i>	Geen.	
c)Patiënt/ cliënt (naasten)	<i>Kennis, vaardigheden, houding, compliance</i>	Geen.	Het blijven aanbieden van beide slikonderzoeken bevordert een adequate diagnose voor patiënt
d)Sociale context	<i>Mening van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap</i>	Geen.	Geen.
e)Organisatorische context	<i>Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen, structuren</i>	Geen.	Geen.
f)Economische en politieke context	<i>Financiële regelingen, regelgeving, beleid (vergoede zorg, betaaltitel)</i>	Beide slikonderzoeken kennen geen NZa productcode en zijn geen declarabel product	Geen.
g)Duurzaamheid		Slikvideo: contrastmiddelen kunnen in het riool- en oppervlakte- en drinkwater terechtkomen.	FEES: geen gebruik van contrastmiddelen

5. Welke personen/partijen zijn van belang bij het toepassen van de aanbeveling in de praktijk?	☐ Patiënt/ cliënt (naaste) ☒ Professional ☒ Beroepsvereniging ☒ Ziekenhuis(bestuurder) ☒ Zorgverzekeraars/ NZa ☐ Zorginstituut [duiding nodig] ☐ (graag aanvullen met alle relevante partijen, e.g., industrie)
6. Wat zouden deze personen/ partijen moeten veranderen in hun gedrag of organisatie om de aanbeveling toe te passen?	Professional: dienen op de hoogte te zijn van het feit dat er met meerdere IDDSI consistenties en meerdere slikacts per consistentie getest kan worden. Beroepsvereniging (NVKNO, NVvR): dienen de leden te informeren over de aanbevelingen. Ziekenhuisbestuurders: dienen op de hoogte te zijn van deze aanbevelingen. Zorgverzekeraars/NZa: dienen op de hoogte te zijn van deze aanbevelingen.
7. Binnen welk tijdsbestek moet de aanbeveling zijn geïmplementeerd?	☒ < 1 jaar ☐ < 2 jaar ☐ < 3 jaar Toelichting: de huidige aanbeveling verandert nauwelijks en daarmee is het haalbaar om binnen een jaar deze aanbeveling te implementeren.
8. Conclusie: is er extra aandacht nodig voor implementatie van de aanbeveling (anders dan publicatie van deze richtlijnmodule)?	☐ Ja* ☒ Nee Toelichting: de huidige aanbeveling verandert niet.

5 **Deze aanbeveling komt in aanmerking voor plaatsing op de Implementatie Agenda van het programma Zorg Evaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG). In het programma ZE&GG werken patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen aan de bewezen beste zorg voor de patiënt. Daarmee is ZE&GG een programma van alle betrokken partijen in de Medisch Specialistische Zorg. FMS is één van deze betrokken partijen.*

10 *De implementatieagenda van ZE&GG bevat onderwerpen over wat de bewezen beste zorg is en die in de dagelijkse zorgpraktijk geïmplementeerd zouden moeten worden. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) hebben landelijke afspraken gemaakt over de implementatie van de onderwerpen van de implementatieagenda. Deze afspraken zijn onderdeel van de zorginkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.*

15 *Vanuit FMS worden sterke, goed onderbouwde aanbevelingen, getoetst op de behoefte aan een implementatie impuls aangedragen. Voor de beoordeling van onderwerpen uit richtlijnen wordt gekeken naar bovenstaande tabel voor een inschatting van de implementatie impuls. Met de ingevulde implementatietabel kunnen we vanuit FMS de andere HLA-MSZ partijen goed informeren om zo samen te beslissen of de aanbeveling daadwerkelijk op de implementatie agenda zal worden geplaatst.*

Literatuur

In literature analysis

No literature included

5

In evidence-to-decision framework

Giraldo-Cadavid LF, Leal-Leaño LR, Leon-Basantes GA, Bastidas AR, Garcia R, Ovalle S, Abondano-Garavito JE. Accuracy of endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing for oropharyngeal dysphagia. *Laryngoscope*. 2017 Sep;127(9):2002-2010. doi: 10.1002/lary.26419. Epub 2016 Nov 15. PMID: 27859291.

10

Labeit B, Ahring S, Boehmer M, Sporns P, Sauer S, Claus I, Roderigo M, Suntrup-Krueger S, Dziewas R, Warnecke T, Muhle P. Comparison of Simultaneous Swallowing Endoscopy and Videofluoroscopy in Neurogenic Dysphagia. *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Aug;23(8):1360-1366. doi: 10.1016/j.jamda.2021.09.026. Epub 2021 Oct 19. PMID: 34678269.

15

Startpagina richtlijn Stemklachten

Deze richtlijn valt onder het cluster Laryngologie.

Belangrijkste wijzigingen

5

ÉÉN SAMENGEVOEGDE EN GEUPDATETE MODULE

Module 4.2 Logopedische zorg bij stemklachten

10 Samengevoegd met module 5.1 en herschreven. De nieuwe module beschrijft adviezen voor doorverwijzing en herbeoordeling van patiënten met stemklachten.

Waar gaat deze richtlijn over?

Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor patiënten met stemklachten. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- 15
- Gegevens bij de anamnese die van belang zijn voor het bepalen van het beleid
 - Diagnostiek bij stemklachten door middel van kijkonderzoek en logopedisch onderzoek
 - Behandeling van stemklachten, waaronder de logopedische behandeling, zorg voor, tijdens en na een operatie, behandeling van stembandnoduli en zure oprispingen en

20 het gebruik van corticosteroïden en antibiotica

 - Organisatie van zorg bij stemklachten

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners in de tweede (en derde) lijn die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met stemklachten.

25

Voor patiënten

De stem is van groot belang voor de communicatie. Daarom kunnen stemstoornissen het functioneren ernstig belemmeren, vooral bij mensen die voor hun beroep afhankelijk zijn van hun stem, zoals leerkrachten en zangers. Bij 85% van de patiënten die de huisarts bezoeken met klachten over hun stem, is sprake van een virale infectie of functionele oorzaak.

30

Meer informatie over stemklachten is te vinden op de website van de logopedisten en de KNO-artsen:

35

<http://www.logopedie.nl/site/stemklachten>

<https://www.kno.nl/patienten-informatie/strottenhoofd/stemproblemen-bij-volwassenen/>

Er is ook een patiënteninformatietool beschikbaar:

<https://www.patiënteninformatietool.nl/stemproblemen>

40

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit KNO-artsen, longartsen en logopedisten. Het perspectief vanuit patiënten werd meegenomen door in de literatuur te zoeken aan de hand van specifieke termen hierover. Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door afgevaardigden van de Parkinson Vereniging en Patiëntenvereniging Hoofd-Hals.

45

Modulair onderhoud

Vanaf 2023 wordt de richtlijn modulair herzien door het cluster Laryngologie. Onder de 'samenstelling van het cluster' (zie verantwoording) staat beschreven welke organisaties deelnemen aan het cluster. Meer informatie over werken in clusters en modulair onderhoud vindt u [hier](#).

Onderhoudsplan

De richtlijnen in het cluster Laryngologie worden modulair onderhouden. In de tabel wordt de actualiteit van de richtlijnmodules beschreven.

Tabel 6. Onderhoudsplan richtlijn Stemklachten

Richtlijnmodule	Geautoriseerd in	Laatst beoordeeld in ³	Geplande herbeoordeling ⁴	Wijzigingen meest recente versie
1. Startpagina – stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	Geüpdatet
2. Module Anamnese bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
3. Module Diagnostiek bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
3.1 Module Videolaryngoscopia bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.
3.2 Module Stroboscopisch onderzoek bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.
3.3 Module Logopedisch onderzoek bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.
4. Module Behandeling bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
4.1 Module Evaluatie van stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
4.2 Module Logopedische zorg bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	Samengevoegd met 5.1, beschrijft adviezen voor doorverwijzing en herbeoordeling van patiënten met stemklachten.
4.3 Module Preoperatieve work-up bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
4.4 Module Peri-operatieve zorg bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
4.5 Module Indicaties voor chirurgie bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
4.6 Module Behandeling stembandnoduli bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
4.7 Module Anti-reflux als therapie bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
4.8 Module Corticosteroïden therapie bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2026	N.v.t.
4.9 Module Antibiotica als therapie bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
5. Module Organisatie van zorg bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	N.v.t.
5.1 Door/terugverwijzing bij stemklachten	21-03-2016	01-11-2023	N.v.t.	Samengevoegd met 4.2, deze module (=5.1) is

³ Jaartal waarin de richtlijnmodule is meegenomen in de need-for-update.

⁴ Jaartal waarin de richtlijnmodule weer moet worden meegenomen in de need-for-update.

				komen te vervallen
5.2 Specifieke stemexpertise van logopedisten	21-03-2016	01-11-2023	01-11-2028	

Verantwoording – Module 2

Leeswijzer

- De verantwoording zal op de Richtlijndatabase (Richtlijndatabase.nl) bij elke geprioriteerde richtlijnmodule die is ontwikkeld binnen dit cluster worden geplaatst. De betrokken expertiseleden, de kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de (Wkkgz) en de autoriserende partijen kunnen variëren per richtlijnmodule.

Autorisatie en geldigheid

- | | |
|--------------------------|--|
| Autorisatiedatum: | zie tabel startpagina |
| Laatst beoordeeld: | zie tabel startpagina |
| Geplande herbeoordeling: | zie tabel startpagina |
| Initiatief: | Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied |

Initiatief en autorisatie

De onderstaande richtlijnmodule is ontwikkeld:

Richtlijn Stemklachten

- Module 1: Logopedische zorg bij stemklachten

Geautoriseerd door:

- [Vereniging 1]
- [Vereniging 2]

Algemene gegevens

De ontwikkeling van deze richtlijnmodule werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van de richtlijnmodule.

Samenstelling van het cluster

Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2023 een multidisciplinaire cluster ingesteld. Dit cluster bestaat uit vertegenwoordigers van alle relevante organisaties die betrekking hebben op de zorg voor patiënten met stem- en slikklachten.

Het cluster Laryngologie bestaat uit meerdere richtlijnen, zie [hier](#) voor de actuele clusterindeling. De stuurgroep bewaakt het proces van modulair onderhoud binnen het cluster. De expertisegroepsleden worden indien nodig gevraagd om hun expertise in te zetten voor een specifieke richtlijnmodule. Het cluster Laryngologie bestaat uit de volgende personen:

Clusterstuurgroep

- Dhr. R.N.P.M. (Rico) Rinkel
- Mevr. drs. M.M.G.E.C. (Margaret) de Jong
- Mevr. drs. E.M.J.M. (Emke) van den Broek
- Dhr. dr. D.A. (Derrek) Heuveling
- Mevr. drs. M.J. (Marieke) Hazewinkel

Clusterexpertisegroep

- Mevr. S. (Stephanie) Booy
- Mevr. M. (Myra) Grünning

- Mevr. drs. M.M. (Masja) van het Hoofd
- Mevr. P.S. (Petra) Verdouw

Met ondersteuning van

- 5
- Mevr. B.L. (Babette) Gal-de Geest, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
 - Mevr. A.C. (Anniek) van Westing, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
 -

10 **Belangenverklaringen**

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle clusterstuurgroepleden en actief betrokken expertisegroepsleden (fungerend als schrijver en/of mee-lezer bij tenminste één van de geprioriteerde richtlijnmodules) hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement) hebben gehad. Gedurende de ontwikkeling of herziening van een richtlijnmodule worden wijzigingen in belangen aan de projectleider doorgegeven. De belangenverklaring wordt opnieuw bevestigd tijdens de commentaarfase. Een overzicht van de belangen van de clusterleden en betrokken expertisegroepsleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Clusterstuurgroep

Tabel 7. Gemelde (neven)functies en belangen stuurgroep

Clusterlid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
Rico Rinkel (voorzitter)	KNO-arts laryngoloog Amsterdam UMC	Plv Regionaal Tuchtcollege	Geen	Geen restricties
Emke van den Broek	Laryngoloog UMC Utrecht	Voorzitter kerngroep laryngologie, lid werkgroep chronische hoest, MAR larynxpapillomatose, bezoekend docent/KNO-arts opleiding logopedie Hogeschool Utrecht	Geen	Geen restricties
Marieke Hazewinkel	Radioloog bij MRON (Maatschap Radiologie Oost Nederland)	MRI trekker radioloog MST (Medisch Spectrum Twente) Opleider neuro hoofd-hals radiologie MST MRON sectievoorzitter NHH	Geen	Geen restricties
Derrek Heuveling	KNO-arts Meander Medisch Centrum	Lid Kerngroep Laryngologie Lid Kennisgroep Laryngologie Lid werkgroep Standpuntnota benigne speekselklierpathologie Penningmeester Medisch Specialisten Bedrijf Midden Nederland UA	Geen	Geen restricties
Margaret de Jong	HumanCapitalCare arbodienst verlener Full time werkzaam als bedrijfsarts	Lid klachtencommissie Sexuele Intimidatie en Geweld sociale werkvoorziening; onkostenvergoeding per zitting	Geen	Geen restricties

Clusterexpertisegroep

Tabel 8. Gemelde (neven)functies en belangen expertisegroep

Clusterlid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
Stephanie Booy	KNO-arts Ikazia ziekenhuis	Lid werkgroep cluster Laryngologie, KNO-vereniging Lid van de denktank van stemplatform	Geen	Geen restricties
Myra Grünning	Logopedist in eigen praktijk	Logopedist bij Ruysdael Clinics, betaald op zzp-basis	Geen	Geen restricties

		Stemdocent bij Voiceovercollege, betaald op zzp-basis		
Masja van het Hoofd	Beleidsmedewerker Parkinson Vereniging	Redacteur bij het parkinsonplatform in oprichting (informatieplatform vergelijkbaar met bijv ms.nl, diabetes.nl)	Geen	Geen restricties
Petra Verdouw	Patiëntenvereniging	Geen	Geen	Geen restricties

Inbreng patiëntenperspectief

Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door deelname van relevante patiëntenorganisaties aan de need-for-update en/of prioritering. De verkregen input is meegenomen bij het opstellen van de uitgangsvragen, de keuze voor de uitkomstmaten en bij het opstellen van de overwegingen. De conceptringlijnmodule is tevens ter commentaar voorgelegd aan alle relevante patiëntenorganisaties in de stuur- en expertisegroep (zie 'Samenstelling cluster' onder 'Verantwoording'). De eventueel aangeleverde commentaren zijn bekeken en verwerkt.

Kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz

Bij de richtlijnmodule is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd om te beoordelen of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling is de richtlijnmodule op verschillende domeinen getoetst (zie het [stroomschema](#) op de Richtlijndatabase).

Module 2	Uitkomst raming	Toelichting
Logopedische zorg bij stemklachten	Geen financiële gevolgen	Uitkomst 2

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijnmodule is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 3.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010).

Need-for-update, prioritering en uitgangsvragen

Tijdens de need-for-update fase (november, 2023) inventariseerde het cluster de geldigheid van de richtlijnmodules binnen het cluster. Naast de partijen die deelnemen aan de stuur- en expertisegroep zijn hier ook andere stakeholders voor benaderd. Per richtlijnmodule is aangegeven of deze geldig is, herzien moet worden, kan vervallen of moet worden samengevoegd. Ook was er de mogelijkheid om nieuwe onderwerpen aan te dragen die aansluiten bij één (of meerdere) richtlijn(en) behorend tot het cluster. De richtlijnmodules waarbij door één of meerdere partijen werd aangegeven herzien te worden, werden doorgezet naar de prioriteringsronde. Ook suggesties voor nieuwe richtlijnmodules werden doorgezet naar de prioriteringsronde. Afgevaardigden vanuit de partijen in de stuur- en expertisegroep werden gevraagd om te prioriteren (zie 'Samenstelling cluster' onder 'Verantwoording'). Hiervoor werd de RE-weighted Priority-Setting (REPS) – tool gebruikt. De uitkomsten (ranklijst) werd gebruikt als uitgangspunt voor de discussie. Voor de geprioriteerde richtlijnmodules zijn door de het cluster concept-uitgangsvragen herzien of opgesteld en definitief vastgesteld.

Uitkomstmaten

Na het opstellen van de zoekvraag behorende bij de uitgangsvraag inventariseerde het cluster welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. Hierbij werd een maximum van acht uitkomstmaten gehanteerd. Het cluster waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun relatieve belang bij de besluitvorming rondom aanbevelingen, als cruciaal (kritiek voor de besluitvorming), belangrijk (maar niet cruciaal) en onbelangrijk. Tevens definieerde het cluster tenminste voor de cruciale uitkomstmaten welke verschillen zij klinisch (patiënt) relevant vonden.

Methode literatuursamenvatting

Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor zoeken en selecteren van literatuur is te vinden onder 'Zoeken en selecteren'. Indien mogelijk werd de data uit verschillende studies gepoold in een random-effects model. Review Manager 5.4 werd indien mogelijk gebruikt voor de statistische analyses. De beoordeling van de kracht van het wetenschappelijke bewijs wordt hieronder toegelicht.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>). De basisprincipes van de GRADE-methodiek zijn: het benoemen en prioriteren van de klinisch (patiënt) relevante uitkomstmaten, een systematische review per uitkomstmaat, en een beoordeling van de bewijskracht per uitkomstmaat op basis van de acht GRADE-domeinen (domeinen voor downgraden: risk of bias, inconsistentie, indirectheid, imprecisie, en publicatiebias; domeinen voor upgraden: dosis-effect relatie, groot effect, en residuele plausibele confounding). GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie, in het bijzonder de mate van zekerheid dat de literatuurconclusie de aanbeveling adequaat ondersteunt (Schünemann, 2013; Hultcrantz, 2017).

Tabel 9. Gradaties voor de kwaliteit van wetenschappelijk bewijs

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Redelijk	- er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is mogelijk dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - er is een reële kans dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Bij het beoordelen (graderen) van de kracht van het wetenschappelijk bewijs in een richtlijnmodule volgens de GRADE-methodiek spelen grenzen voor klinische besluitvorming een belangrijke rol (Hultcrantz, 2017). Dit zijn de grenzen die bij overschrijding aanleiding zouden geven tot een aanpassing van de aanbeveling. Om de grenzen voor klinische besluitvorming te bepalen moeten alle relevante uitkomstmaten en overwegingen worden meegewogen. De grenzen voor klinische besluitvorming zijn daarmee niet één op één vergelijkbaar met het minimaal klinisch relevant verschil (Minimal Clinically Important Difference, MCID). Met name in situaties waarin een interventie geen belangrijke nadelen heeft en de kosten relatief laag zijn, kan de grens voor klinische besluitvorming met betrekking tot de effectiviteit van de interventie bij een lagere waarde (dichter bij het nuleffect) liggen dan de MCID (Hultcrantz, 2017).

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals aanvullende argumenten uit bijvoorbeeld de biomechanica of fysiologie, waarden en voorkeuren van patiënten, kosten

(middelenbeslag), aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie. Deze aspecten zijn systematisch vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje 'Overwegingen' en kunnen (mede) gebaseerd zijn op expert opinion. Hierbij is gebruik gemaakt van een gestructureerd format gebaseerd op het evidence-to-decision framework van de internationale GRADE Working Group (Alonso-Coello, 2016a; Alonso-Coello 2016b). Dit evidence-to-decision framework is een integraal onderdeel van de GRADE methodiek.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door het cluster wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk (Agoritsas, 2017; Neumann, 2016). De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen. Het cluster heeft bij elke aanbeveling opgenomen hoe zij tot de richting en sterkte van de aanbeveling zijn gekomen.

In de GRADE-methodiek wordt onderscheid gemaakt tussen sterke en zwakke (of conditionele) aanbevelingen. De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van patiënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor patiënten, behandelaars en beleidsmakers (zie onderstaande tabel). Een aanbeveling is geen dictaat, zelfs een sterke aanbeveling gebaseerd op bewijs van hoge kwaliteit (GRADE gradering HOOG) zal niet altijd van toepassing zijn, onder alle mogelijke omstandigheden en voor elke individuele patiënt.

Tabel 10. Sterkte van de aanbevelingen

Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers		
	<i>Sterke aanbeveling</i>	<i>Zwakke (conditionele) aanbeveling</i>
Voor patiënten	De meeste patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel patiënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De patiënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Organisatie van zorg

Bij de ontwikkeling van de richtlijnmodule is expliciet aandacht geweest voor de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, mankracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van deze specifieke uitgangsvraag zijn genoemd bij de overwegingen. Meer algemene, overkoepelende, of bijkomende aspecten van de organisatie van zorg worden behandeld in de richtlijnmodule Organisatie van zorg.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptringlijnmodule werd voorgelegd aan alle partijen die benaderd zijn voor de need-for-update fase. De commentaren werden verzameld en besproken met het cluster. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptringlijnmodule aangepast en definitief vastgesteld door het cluster. De definitieve richtlijnmodule werd ter autorisatie of goedkeuring voorgelegd aan de partijen die beschreven staan bij 'Initiatief en autorisatie' onder 'Verantwoording'.

Literatuur

- 10 Agoritsas T, Merglen A, Heen AF, Kristiansen A, Neumann I, Brito JP, Brignardello-Petersen R, Alexander PE, Rind DM, Vandvik PO, Guyatt GH. UpToDate adherence to GRADE criteria for strong recommendations: an analytical survey. *BMJ Open*. 2017 Nov 16;7(11):e018593. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018593. PubMed PMID: 29150475; PubMed Central PMCID: PMC5701989.
- 15 Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Rada G, Rosenbaum S, Morelli A, Guyatt GH, Oxman AD; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016 Jun 28;353:i2016. doi: 10.1136/bmj.i2016. PubMed PMID: 27353417.
- 20 Alonso-Coello P, Oxman AD, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Vandvik PO, Meerpohl J, Guyatt GH, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016 Jun 30;353:i2089. doi: 10.1136/bmj.i2089. PubMed PMID: 27365494.
- 25 Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010 Dec 14;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348; PubMed Central PMCID: PMC3001530.
- 30 Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A, Alper BS, Meerpohl JJ, Murad MH, Ansari MT, Katikireddi SV, Östlund P, Tranæus S, Christensen R, Gartlehner G, Brozek J, Izcovich A, Schünemann H, Guyatt G. The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2017 Jul;87:4-13. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.05.006. Epub 2017 May 18. PubMed PMID: 28529184; PubMed Central PMCID: PMC6542664.
- 35 Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.
http://richtlijnen database.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html
- 40 Neumann I, Santesso N, Akl EA, Rind DM, Vandvik PO, Alonso-Coello P, Agoritsas T, Mustafa RA, Alexander PE, Schünemann H, Guyatt GH. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016 Apr;72:45-55. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.11.017. Epub 2016 Jan 6. Review. PubMed PMID: 26772609.
- 45 Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from
http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/design/client/handbook/handbook.html.

Module 2 – Logopedische zorg bij stemklachten

Uitgangsvraag

Na hoeveel logopedische sessies moet een KNO-arts een patiënt opnieuw beoordelen?

5 Introduction (English)

Speech therapy for voice disorders was traditionally initiated upon referral by an ear-nose-throat (ENT) specialist. If no progress is observed, the ENT specialist re-evaluates the patient after a maximum of 12 sessions. However, in practice, this re-evaluation often occurs sooner.

10

Search and select

No systematic review of the literature was performed, because this is a question related to Organization of Care, and it was anticipated that no studies would be found to answer the research question.

15

Summary of literature

No systematic review of the literature was performed, because it was anticipated that no studies would be found to answer the research question. No conclusions and GRADE assessments are therefore provided. The considerations and recommendations are solely based on expert opinion, formulated by the working group, and supported (where possible) by non-systematic literature research.

20

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling (NL)

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

25

Er is tot op heden geen eenduidig beleid na hoeveel logopediesessies een KNO-arts een patiënt moet herbeoordelen. Er is in deze module geen systematisch literatuuronderzoek verricht, omdat deze module gaat over een organisatorisch vraagstuk. Daarom wordt dit vraagstuk voornamelijk op basis van klinische expertise, aangevuld met niet-systematische literatuur, beantwoord.

30

In het verleden werden patiënten meestal doorverwezen met een machtiging voor 24 sessies logopedische therapie. In de praktijk kwam een machtiging neer op 3 maanden 2 keer per week behandeling. Langzamerhand verschoof de frequentie van 2 keer per week naar 1 keer per week therapie. Machtigingen werden toen meer en meer voor 12 behandelingen uitgeschreven. Deze machtigingen konden zonder beperking worden herhaald. Er is dus langzamerhand een gebruik ontstaan van circa 12 behandelingen met een eventueel vervolg. In de huidige tijd verandert het begeleidingsproces van patiënten met stemproblemen opnieuw. Meestal wordt de begeleiding gestart met een 'klassieke' therapievorm, maar deze wordt langzamerhand omgezet in meer coachende begeleiding. Dit heeft ook consequenties voor de frequentie van de behandelsessies: in aanvang van de behandeling iets intensiever en in de loop van de behandeling een grotere spreiding.

35

40

45

50

In 2014 publiceerde het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) een onderzoek naar de logopedische zorg in de jaren 2009-2013 (Verberne, 2014). Er werd onder andere gevraagd naar het aantal behandelsessies voor de diagnose 'stoornis in de stemproductie'. De mediaan van het aantal behandelingen lag rond de 8 behandelingen per kalenderjaar. Een uitgebreide Belgische review-studie laat een vrijwel gelijk aantal therapiesessies zien vanuit de internationale literatuur: "Bij internationale studies bedroeg de gemiddelde therapieduur 8,91 weken of 10,40 sessies. Regionaal bedroeg de gemiddelde therapieduur 23,67 weken of 24,39 sessies (Patteeuw, 2012)". Dit hogere regionale cijfer moet ongetwijfeld gezien worden vanuit de Belgische verzekeringstechnische opzet van de

gezondheidszorg. Effectstudies (Chen, 2007; Wingate, 2007) bevestigen een positief therapie effect na 8-11 weken. In deze twee studies worden geen lange termijn effectmetingen vermeld, waardoor onduidelijk is of de genoemde therapieperiode ook voldoende is voor blijvend herstel.

5

Bij de overweging van therapieduur bij stemstoornissen spelen wel een aantal complicerende factoren. We kunnen niet spreken van een 'gemiddelde' stempatiënt: beroep, persoonlijkheid, onderliggende psycho-emotionele factoren maken de doelgroep van een stemtherapie sterk wisselend. Stemstoornissen beslaan een gebied van gedifferentieerde stoornissen: invloed van functionele en organische elementen maken dat we niet kunnen spreken over één identieke stemstoornis. Een gemiddelde therapieduur is dus een relatief begrip, afhankelijk van genoemde factoren. Een behandelaar moet echter wel kunnen onderbouwen waarom een therapie eventueel meer tijd nodig heeft: men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan problemen bij de leerbaarheid (auditief, sensorisch), een onderliggend psycho-emotioneel probleem, of het moeten aanleren van juist stemgebruik wat vaak noodzakelijk is bij professionele stemgebruikers met stemklachten.

10

15

20

25

30

In het zorgtraject van de patiënt met stemklachten spelen huisarts, KNO-arts en logopedist en soms de bedrijfsarts, een belangrijke rol. Een patiënt met stemklachten kan zich direct wenden tot de huisarts of de logopedist. Verwijzing vanuit de huisarts vindt veelal plaats richting de KNO-arts, zeker bij vraagstelling omtrent maligniteit, maar kan ook richting de logopedist (Schwartz, 2009). Hoewel niet opgenomen in een richtlijn zal de huisarts patiënten met langer dan 6 weken bestaande stemklachten verwijzen naar de KNO-arts. Bij patiënten met risicofactoren (roken/alcohol) zal dit vaak al na 3 weken zo zijn (nwhht.nl // gezondheidsplein.nl). Door Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL) kan een patiënt zich ook rechtstreeks zonder tussenkomst van een arts aanmelden voor logopedische therapie. Logopedisten die rechtstreeks patiënten aannemen moeten een DTL-bijbscholing hebben gevolgd. Zij voeren bij aanmelding een DTL-screening uit en dienen patiënten met risicofactoren, de zogenaamde 'rode vlaggen', te verwijzen naar de huisarts (NVLF, 2011).

35

40

45

De KNO-arts zal na verwijzing door een huisarts afhankelijk van de bevindingen besluiten tot medische behandeling, doorverwijzing naar een ander specialisme, verwijzing voor logopedisch onderzoek / behandeling of geruystelling en ontslag. In speciale gevallen kan ook verwijzing naar de bedrijfsarts worden overwogen. In het geval van een professionele spreker kan het raadzaam zijn in een vroeg stadium contact te zoeken met de bedrijfsarts om eventuele risicofactoren in het werk (bijv. akoestiek, chemische stoffen, achtergrondlawaai) in kaart te brengen en aan te pakken. Wanneer een patiënt doorverwezen wordt voor logopedische behandeling, bepaalt de KNO-arts het controlebeleid: bij vermoeden van enkel niet-organische dysfonie volgt verwijzing naar logopedist en een controle bij onvoldoende verbetering na ca. 12 behandelingen. Ook bij een samenhang tussen een organische afwijking en stemgebruik is controle noodzakelijk: afhankelijk van de afwijking bepaalt de KNO-arts wanneer de organische afwijking gecontroleerd moet worden, voor de verbetering van het stemgebruik geldt de reeds genoemde controle na ca. 12 behandelsessies en zo nodig nog een keer na de afbouwfase van de behandeling. Stemprofessionals dienen laagdrempeliger en sneller te worden gecontroleerd waarbij eventueel samengewerkt kan worden met de bedrijfsarts.

50

Het is gebleken dat resultaat van een behandeling sterk samenhangt met de wachttijd tussen verwijzing en start therapie (Portone-Maira, 2011). Het is dus belangrijk dat patiënten snel kunnen starten met logopedische therapie en dat KNO-arts en verwijzers een netwerk

ontwikkelen waardoor deze snelle start van therapie mogelijk is en gerichte stemtherapie gegeven kan worden. Hierbij wordt geadviseerd patiënten veelal naar stemgespecialiseerde logopedisten te verwijzen. Deze stemgespecialiseerde logopedisten zijn o.a. op Internet te vinden. De KNO-arts kan zelf hierop (laten) zoeken, maar uiteraard ook advies aan de patiënt geven van deze mogelijkheden gebruik te maken. Hierbij kan worden gedacht aan de volgende bronnen:

- www.stemplatform.nl; een onafhankelijk platform dat de verbinding wil zijn tussen KNO-artsen, logopedisten, zangpedagogen en andere stemprofessionals. Er is een zoekfunctie naar stemgespecialiseerde logopedisten.

- Praktijkwebsites: Steeds meer praktijken hebben een website, hierop worden vaak de specialisaties van de medewerkers aangegeven.

Voor andere mogelijkheden waar stemgespecialiseerde logopedisten te vinden, zie [module 5.2 Specifieke stemexpertise van logopedisten](#).

Kwaliteit van bewijs

De overall kwaliteit van bewijs is niet vast te stellen omdat er geen systematisch literatuuronderzoek is verricht.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun naasten/verzorgers)

Stemklachten zijn op meerdere niveaus belastend voor de patiënt, zowel op sociaal niveau maar ook op het niveau van de werkvloer kunnen stemklachten een grote rol spelen. Het is daarom van belang patiënten zo spoedig mogelijk te voorzien van de juiste adviezen omtrent het gebruik van de stem om deze klachten zo snel mogelijk te kunnen verminderen.

De werkgroep is van mening dat indien na 12 behandelingen onvoldoende vooruitgang is bereikt, herbeoordeling door een (stemgespecialiseerde) KNO-arts dient plaats te vinden. Hierbij kan overwogen worden om een second opinion aan te vragen bij een stemgespecialiseerde KNO-arts, zeker in het geval van stemprofessionals.

Indien (stemgespecialiseerde) KNO-arts en logopedist, in overleg met de patiënt, vervolg van de logopedie wenselijk en zinvol achten, kan de logopedie worden voortgezet. Van belang is wel dat dit gebeurt bij een stemgespecialiseerde logopediste.

Als een patiënt met dysfonie wordt verwezen naar een logopedist, is controle afhankelijk van eventuele bevindingen tijdens de behandeling:

1. Geen vooruitgang of verslechtering van het stemgeluid betekent dat de logopedist de patiënt dient terug te sturen voor controle (het uitblijven van vooruitgang kan meestal al na enkele behandelsessies worden opgemerkt);
2. Meetbare vooruitgang, die door zowel behandelaar als patiënt is geconstateerd, betekent dat patiënt na 12 behandelingen uit KNO-controle kan worden ontslagen als wederom geen organische afwijkingen door KNO-arts worden geconstateerd.

Kostenaspecten

Van belang is dat patiënten met stemklachten die geen vooruitgang boeken tijdig worden herbeoordeeld door de KNO-arts. Wanneer duidelijk geen vooruitgang meer geboekt wordt, is het niet kosten-efficiënt, maar wel tijdrovend voor zowel patiënt als logopediste om de behandeling door te zetten. Om na te gaan of de aanvankelijke diagnose nog klopt en de ingestelde behandeling nog wel de juiste is, dient een herbeoordeling overwogen te worden. Bij stemprofessionals of patiënten die door hun klachten niet in staat zijn hun beroep uit te oefenen dient ook laagdrempelig en zo nodig vroegtijdig een herbeoordeling plaats te vinden, indien geen vooruitgang geboekt wordt.

Gelijkheid ((health) equity/equitable)

Doormiddel van een overzicht met stemgespecialiseerde logopedisten aan te leggen (zie module [UV5.2 Specifieke stemexpertise van logopedisten](#)) kan door vrijwel heel Nederland gespecialiseerde logopedisten gevonden worden. In het kader van efficiënte behandeling lijkt het zinvol veelal hiernaar te verwijzen. Een nadeel voor de patiënt kan zijn dat veel stemgespecialiseerde logopedisten ongecontracteerd werken waardoor patiënten soms een eigen bijdrage moeten betalen. Bij stemprofessionals zou mogelijk de werkgever hierin kunnen bijspringen.

10 Aanvaardbaarheid:

Ethische aanvaardbaarheid

Er zijn geen ethische bezwaren, omdat er geen fysieke, emotionele, of sociale schade wordt toegebracht aan de patiënt met stemklachten. De risico's van het eerder herbeoordelen van patiënten zijn minimaal of volledig afwezig.

15

Duurzaamheid

Overwogen kan worden om aanvankelijk een telefonische controle in te plannen ter evaluatie van de behandeling. Indien er nog klachten blijken te zijn of niet voldoende vooruitgang is, kan de patiënt poliklinisch beoordeeld worden. Hiermee zou het aantal reisebewegingen van en naar het ziekenhuis verminderd kunnen worden, dit beperkt de CO₂ uitstoot. Bij stemprofessionals kan ook telefonisch laagdrempelig gecontroleerd worden of verbetering van de klachten plaatsvindt.

20

Haalbaarheid

25

De interventie lijkt haalbaar, omdat dit over het algemeen al standaardzorg is in de praktijk. Er lijken door heel Nederland voldoende stemgespecialiseerde logopedisten te zijn. Hierdoor voorziet de werkgroep geen belemmeringen bij het implementeren van deze aanbevelingen.

Aanbeveling(en)

30

Aanbeveling-1

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Herbeoordeel patiënten met dysfonie bij onvoldoende vooruitgang tijdens of na logopedische behandeling. Bij stemprofessionals met persisterende klachten dient herbeoordeling eerder plaats te vinden. Verwijs patiënten met stemklachten naar een stemgespecialiseerde logopedist of KNO-arts.

35

Eindoordeel:

Sterke aanbeveling voor (Doen)

Verwijs patiënten met langer dan 6 weken bestaande stemklachten naar de KNO-arts en bij risicofactoren (roken/alcohol) na 3 weken. Overweeg bij stemprofessionals eerder te verwijzen.

Adviseer logopedisten om patiënten te laten herbeoordelen door de KNO-arts indien er geen verbetering of zelfs verslechtering is van de stemklachten na 6 behandelingen/weken.

Verwijs patiënten met stemklachten door naar een stemgespecialiseerde logopedist.

Herbeoordeel als KNO-arts de patiënt en heroverweeg de diagnose en beleid, indien na maximaal 12 logopedische behandelingen onvoldoende vooruitgang is geboekt.
Herbeoordeel een stemprofessional eerder bij onvoldoende vooruitgang.

Verwijs de patiënt met persisterende stemklachten naar een stemgespecialiseerde KNO-arts voor herbeoordeling.

Kennisvragen

Tijdens de ontwikkeling van de module Logopedische zorg bij stemklachten is gebleken dat er binnen deze module geen kennisvragen zijn.

5

Verkeerslicht en (de-)implementatietabel

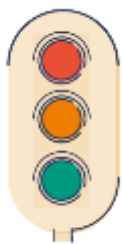
Toelichting

5 Met het verkeerslicht worden aanbevelingen gecategoriseerd op basis van formulering en bewijskracht. Als eindproduct wordt bij richtlijnmodules met een sterk geformuleerde en voldoende onderbouwde aanbeveling een implementatietabel opgeleverd. Hierin wordt onder andere opgenomen:

- Een beschrijving van het knelpunt om de module uit te werken of herzien;
- De te verwachten belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie;
- 10 - Welke partijen van belang zijn bij toepassen van de aanbeveling in de praktijk;
- Een inschatting van de implementatietermijn.

Verkeerslichtanalyse

15



- **ROOD** = sterk geformuleerde aanbeveling om iets niet te doen, met een GRADE high of moderate
- **ORANJE** = zwak geformuleerde aanbeveling; mogelijk kennishiaat
- **GROEN** = sterk geformuleerde aanbeveling om iets wel te doen, met een GRADE high of moderate
- **LICHT ROOD** of **LICHT GROEN** = sterk geformuleerde aanbevelingen met een GRADE low, very low of geen GRADE (*modules waarin geen studies geïnccludeerd konden worden in de literatuursamenvatting of waarin geen literatuursamenvatting werd geschreven zoals modules waarin organisatie van zorg wordt beschreven*)

25

(Sub)aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijskracht per uitkomstmaat	Verkeerslicht per (sub)aanbeveling
Aanbeveling 1: Verwijs patiënten met langer dan 6 weken bestaande stemklachten naar de KNO-arts en bij risicofactoren (roken/alcohol) na 3 weken. Overweeg bij stemprofessionals eerder te verwijzen. Adviseer logopedisten om patiënten te laten herbeoordelen door de KNO-arts indien er geen verbetering of zelfs verslechtering is van de stemklachten na 6 behandelingen/weken. Verwijs patiënten met stemklachten door naar een stemgespecialiseerde logopedist.	X Sterk (doe/ gebruik) / ☐ Zwak (overweeg)	Overall bewijskracht ☐ H ☐ M ☐ L ☐ VL ☐ NG Range bewijskracht van alle uitkomstmaten ☐ H ☐ M ☐ L ☐ VL ☐ NG OF X voor de (sub)uitgangsvraag is geen systematische literatuur analyse uitgevoerd	☐ ROOD: vul tabel A in ☐ LICHT ROOD: vul tabel A in ☐ ORANJE: gebruik tabel B X LICHT GROEN: vul tabel A in ☐ GROEN: vul tabel A in

Herbeoordeel als KNO-arts de patiënt en heroverweeg de diagnose en beleid, indien na maximaal 12 logopedische behandelingen onvoldoende vooruitgang is geboekt. Herbeoordeel een stemprofessional eerder bij onvoldoende vooruitgang. Verwijs de patiënt met persisterende stemklachten naar een stemgespecialiseerde KNO-arts voor herbeoordeling.			
---	--	--	--

Implementatietabel

Tabel A: (De-)Implementatietabel met impuls analyse

Aanbeveling – 1			
1. Wat was het onderliggende probleem om deze uitgangsvraag uit te werken?	X Ongewenste praktijkvariatie ☐ Nieuwe evidentie ☐ Anders Toelichting: er heerst momenteel praktijkvariatie in het moment van herbeoordeling van patiënten door KNO-artsen.		
2. Maak een inschatting over hoeveel patiënten het ongeveer gaat waar de aanbeveling betrekking op heeft?	☐ < 1000 ☐ < 5000 X 5000-40.000 ☐ > 40.000		
3. Maakt de aanbeveling deel uit van een set van interventies voor hetzelfde probleem?	☐ Ja: hoe verhoudt deze aanbeveling zich tot de andere aanbevelingen uit deze module/ richtlijn of uit andere richtlijnen(modules)? Dient hier rekening mee gehouden te worden bij de implementatie of kan dit worden gezien als een losstaande aanbeveling? X Nee: de aanbevelingen zijn in deze tabel als 1 set geïnterpreteerd. Implementatie-barrière – kansen en acties worden in z'n geheel geïnterpreteerd.		
4. Belemmeringen en kansen op verschillende niveaus voor landelijke toepassing van de aanbeveling:	<i>Voorbeelden</i>	Wat zijn mogelijke belemmerende factoren?	Wat zijn mogelijke bevorderende factoren?
a) Richtlijn/ klinisch traject (innovatie)	<i>Voortschrijding/voortgang in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid</i>	Er is meer afstemming nodig tussen zorgverleners.	Multidisciplinaire samenwerking zorgt voor een adequate behandeling van de patiënt.
b) Zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)	<i>Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen, gedragsroutines</i>	Geen.	Multidisciplinaire samenwerking zorgt voor een adequate behandeling van de patiënt.

c) Patiënt/ cliënt (naasten)	<i>Kennis, vaardigheden, houding, compliance</i>	Stemgespecialiseerde logopedisten werken soms ongecontracteerd, waardoor patiënten soms een eigen bijdrage moeten betalen.	Werkgever kan mogelijk bijspringen in de kosten.
d) Sociale context	<i>Mening van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap</i>	Geen.	Geen.
e) Organisatorische context	<i>Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen, structuren</i>	Geen.	Er zijn voldoende stemgespecialiseerde logopedisten en KNO-artsen (voldoende capaciteit).
f) Economische en politieke context	<i>Financiële regelingen, regelgeving, beleid (vergoede zorg, betaaltitel)</i>	Stemgespecialiseerde logopedisten werken ongecontracteerd, waardoor patiënten soms een eigen bijdrage moeten betalen.	Werkgever kan bijspringen in de kosten.
g) Duurzaamheid		Geen.	Laagdrempelig telefonische controles. Dit leidt tot minder reisbewegingen, lagere CO ₂ uitstoot

5. Welke personen/partijen zijn van belang bij het toepassen van de aanbeveling in de praktijk?	☒ Patiënt/ cliënt (naaste) ☒ Professional ☒ Beroepsvereniging ☐ Ziekenhuis(bestuurder) ☐ Zorgverzekeraars/ NZa ☐ Zorginstituut [duiding nodig] ☐ (graag aanvullen met alle relevante partijen, e.g., industrie)
6. Wat zouden deze personen/ partijen moeten veranderen in hun gedrag of organisatie om de aanbeveling toe te passen?	Patiënten: dienen op de hoogte te zijn van alle mogelijkheden (aankomen bij logopedist of eerst de huisarts). Professional: dienen hun patiënten tijdig door te verwijzen/her te beoordelen. En dienen op de hoogte te zijn van het bestaan van stemgespecialiseerde logopedisten en -KNO artsen. Beroepsvereniging: dienen de leden te informeren over de aanbevelingen.
7. Binnen welk tijdsbestek moet de aanbeveling zijn geïmplementeerd?	☒ < 1 jaar ☐ < 2 jaar ☐ < 3 jaar Toelichting: aanbevelingen zijn nauwelijks veranderd, dus het lijkt haalbaar om binnen 1 jaar te implementeren.
8. Conclusie: is er extra aandacht nodig voor implementatie van de aanbeveling (anders dan publicatie van deze richtlijnmodule)?	☐ Ja* ☒ Nee Toelichting: de huidige aanbeveling verandert nauwelijks.

5 *Deze aanbeveling komt in aanmerking voor plaatsing op de Implementatie Agenda van het programma Zorg Evaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG). In het programma ZE&GG werken patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen aan de bewezen beste zorg voor de patiënt. Daarmee is ZE&GG een programma van alle betrokken partijen in de Medisch Specialistische Zorg. FMS is één van deze betrokken partijen.

10 De implementatieagenda van ZE&GG bevat onderwerpen over wat de bewezen beste zorg is en die in de dagelijkse zorgpraktijk geïmplementeerd zouden moeten worden. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) hebben landelijke afspraken gemaakt over de implementatie van de onderwerpen van de implementatieagenda. Deze afspraken zijn onderdeel van de zorginkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

15 Vanuit FMS worden sterke, goed onderbouwde aanbevelingen, getoetst op de behoefte aan een implementatie impuls aangedragen. Voor de beoordeling van onderwerpen uit richtlijnen wordt gekeken naar bovenstaande tabel voor een inschatting van de implementatie impuls. Met de ingevulde implementatietabel kunnen we vanuit FMS de andere HLA-MSZ partijen goed informeren om zo samen te beslissen of de aanbeveling daadwerkelijk op de implementatie agenda zal worden geplaatst.

5 Literatuur

In literature analysis

No literature included

In evidence-to-decision framework

- 10 Chen SH, Hsiao TY, Hsiao LC, Chung YM, Chiang SC. Outcome of resonant voice therapy for female teachers with voice disorders: perceptual, physiological, acoustic, aerodynamic, and functional measurements. *J Voice*. 2007 Jul;21(4):415-25. doi: 10.1016/j.jvoice.2006.02.001. Epub 2006 Apr 3. PMID: 16581227.
- 15 Patteeuw T, Versele A. Duur en frequentie van stemtherapie: Literatuurstudie en enquête bij Nederlandstalige stemtherapeuten. Gent, Thesis Universiteit Gent, 2012.
- Portone-Maira C, Wise JC, Johns MM 3rd, Hapner ER. Differences in temporal variables between voice therapy completers and dropouts. *J Voice*. 2011 Jan;25(1):62-6. doi: 10.1016/j.jvoice.2009.07.007. Epub 2010 Mar 17. PMID: 20236797.
- 20 Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM, Deutsch ES, Gillespie MB, Granieri E, Hapner ER, Kimball CE, Krouse HJ, McMurray JS, Medina S, O'Brien K, Ouellette DR, Messinger-Rapport BJ, Stachler RJ, Strode S, Thompson DM, Stemple JC, Willging JP, Cowley T, McCoy S, Bernad PG, Patel MM. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009 Sep;141(3 Suppl 2):S1-S31. doi: 10.1016/j.otohns.2009.06.744. PMID: 19729111.
- 25 Verberne LDM, Swinkels ICS, Veenhof C. Logopedische zorg in kaart gebracht: jaarcijfers 2012 en trendcijfers 2008-2012. Utrecht: NIVEL, 2014.
- Wingate JM, Brown WS, Shrivastav R, Davenport P, Sapienza CM. Treatment outcomes for professional voice users. *J Voice*. 2007 Jul;21(4):433-49. doi: 10.1016/j.jvoice.2006.01.001. Epub 2006 Apr 3. PMID: 16581229.