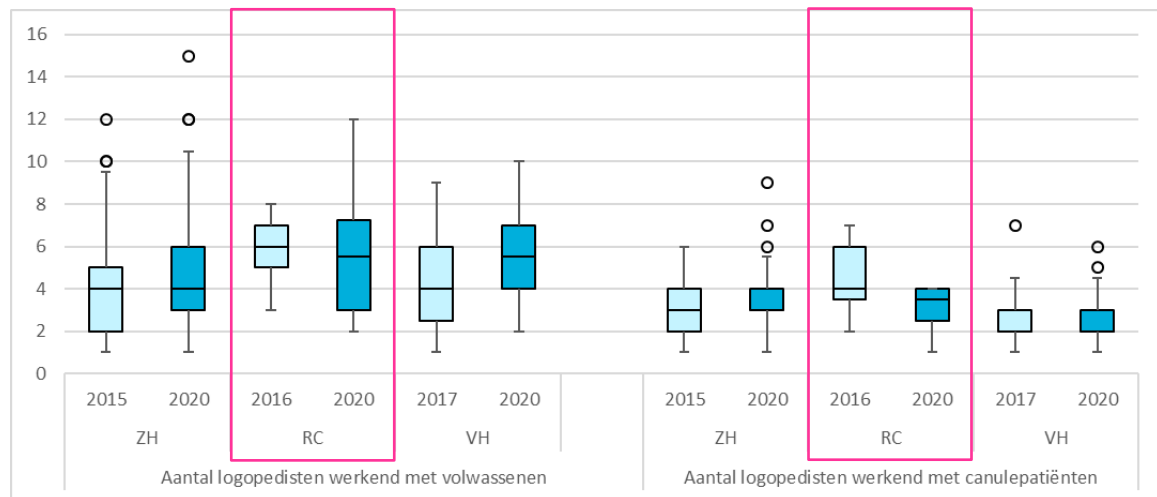


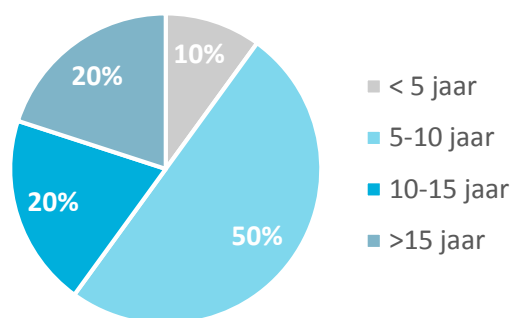
Resultaten revalidatiecentra

1. Instellingen

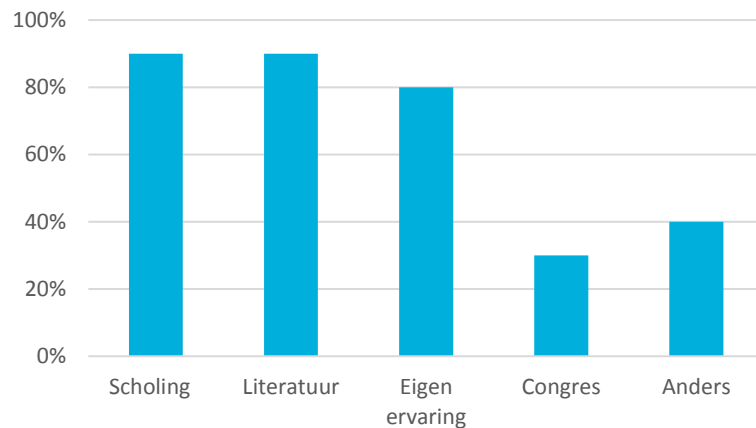
1.1 Logopedieteams



- Figuur RC_1: Team:** logopedieteams in revalidatiecentra bestaan uit 2 tot 12 logopedisten voor volwassen patiënten, met een mediaan van 6 logopedisten. Per team zijn er minimaal 1 tot maximaal 4 logopedisten die met tracheaanulepatiënten werken, met een mediaan van 4. Vergeleken met 2016 is in 2020 het aantal logopedisten dat volwassenen en canulepatiënten behandelt niet significant veranderd.

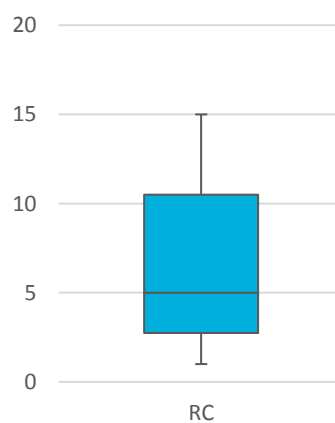


- Figuur RC_2: Werkervaring:** de meeste logopedisten in revalidatiecentra hebben in 2020 5 tot 10 jaar werkervaring (50%), gevolgd door 20% met 10 tot 15 jaar werkervaring en 20% met meer dan 15 jaar werkervaring. Logopedisten in ziekenhuizen hebben significant meer werkervaring dan logopedisten werkzaam in verpleeghuizen ($p < 0,01$).

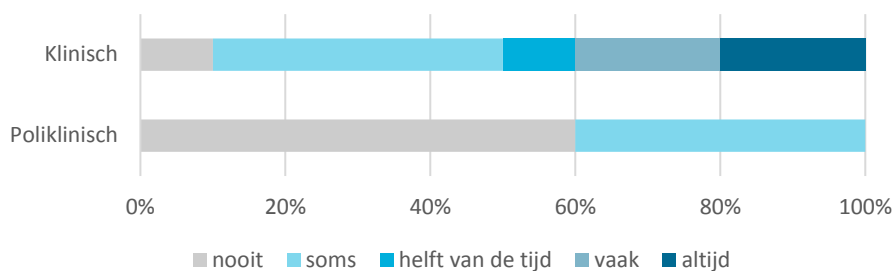


- **Figuur RC_3: Kennisvergaring:** kennis over tracheacanules wordt door logopedisten in revalidatiecentra voornamelijk verkregen door scholing (90%), literatuur (90%) en ontwikkelen van klinische ervaring (80%). Daarnaast haalt 30% de kennis uit congressen of op andere manieren (40%), zoals via canuleleveranciers en overleg met ziekenhuiscollega's.

1.2 De canulepatiënt

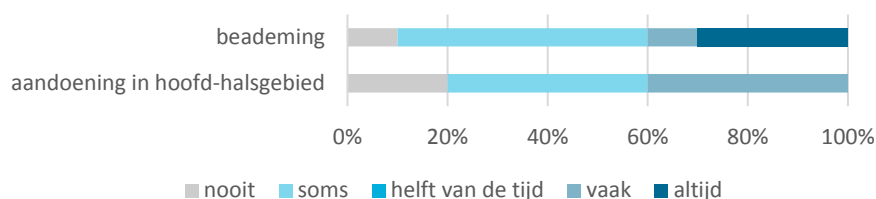


- **Figuur RC_4: Aantal canulepatiënten per jaar:** In het revalidatiecentrum worden minimaal 1 tot maximaal 15 tracheacanulepatiënten per jaar gezien met een mediaan van 5.



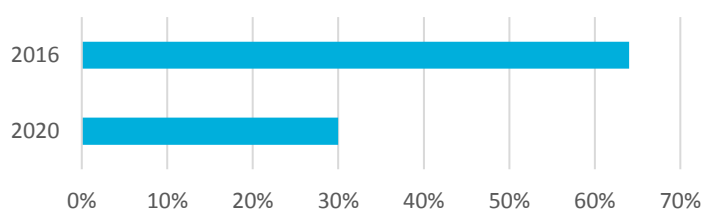
- **Figuur RC_5: (verpleeg)afdelingen waar canulepatiënten worden gezien:** Patiënten met een tracheacanule worden door de logopedist vaak tot altijd klinisch gezien (40%). In revalidatiecentra worden canulepatiënten nooit tot soms poliklinisch gezien (consensus van 100%).

Logopedisten zien patiënten met een tracheacanule na...

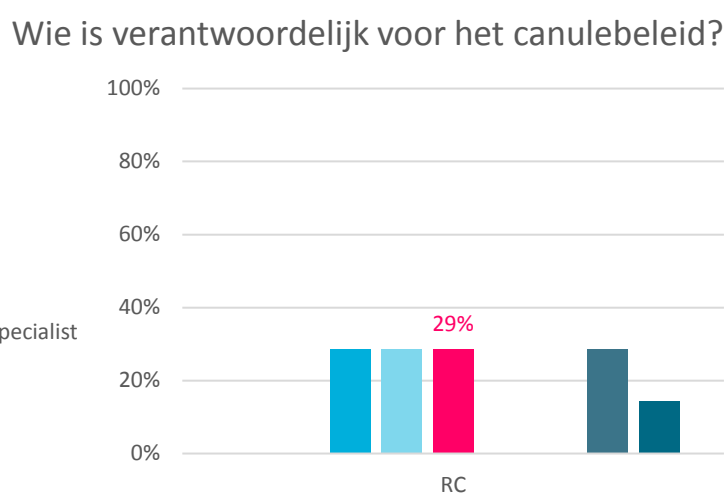
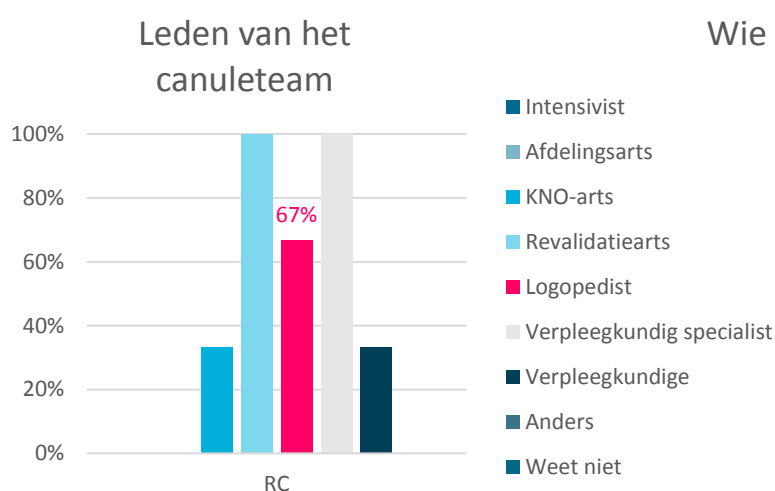
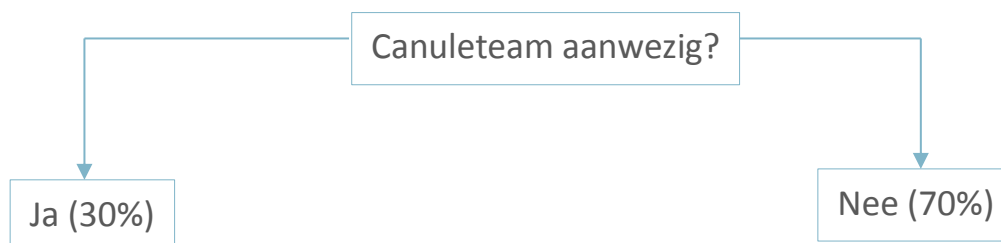


- **Figuur RC_6: Soort canulepatiënten:** er is geen consensus over welke soort canulepatiënt het meest wordt gezien in het revalidatiecentrum. Zowel canulepatiënten na een beademingstraject, als canulepatiënten met een aandoening in het hoofd-halsgebied worden vaak tot altijd behandeld (40%), waarbij het iets vaker een canulepatiënt na een beademingstraject betreft.

1.3 Canuleteams



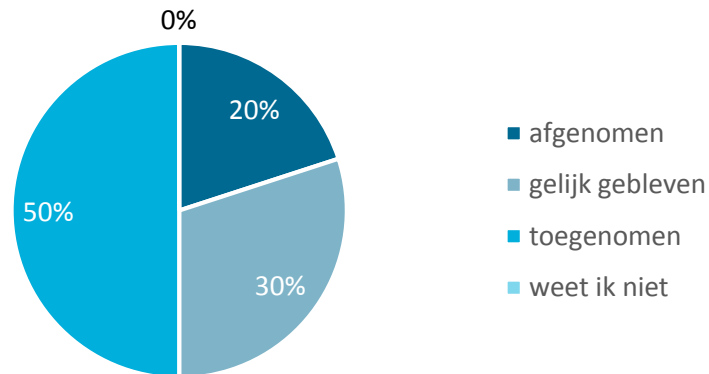
- **Figuur RC_7: Aanwezigheid canuleteam:** het aantal revalidatiecentra dat een canuleteam heeft, is van 64% in 2016 gedaald naar 30% in 2020 (maar deze afname is niet statistisch significant).



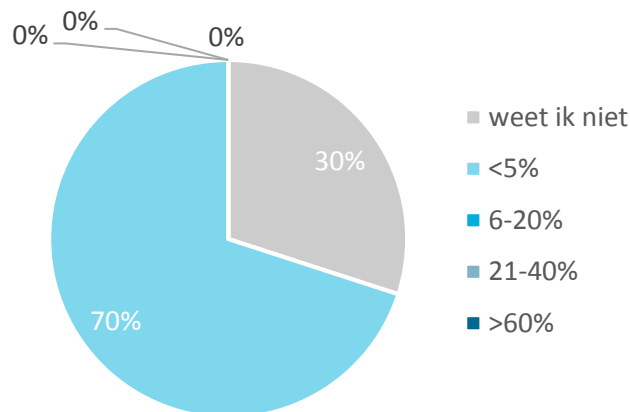
- **Figuur RC_8: Leden van het canuleteam**
 In revalidatiecentra met een canuleteam (30%), is in 67% de logopedist lid van het canuleteam.
 In revalidatiecentra zonder canuleteam (70%), is in 29% de logopedist mede betrokken bij het canulebeleid.

2. Taken en verantwoordelijkheden

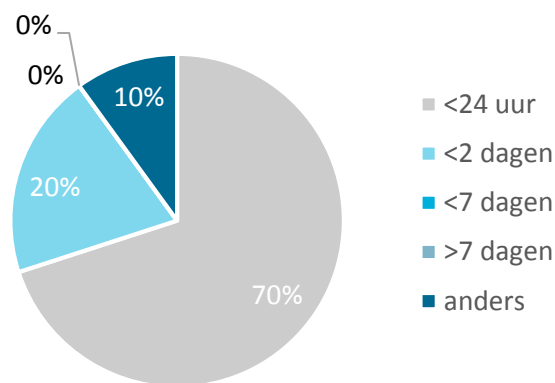
2.1 Betrokkenheid



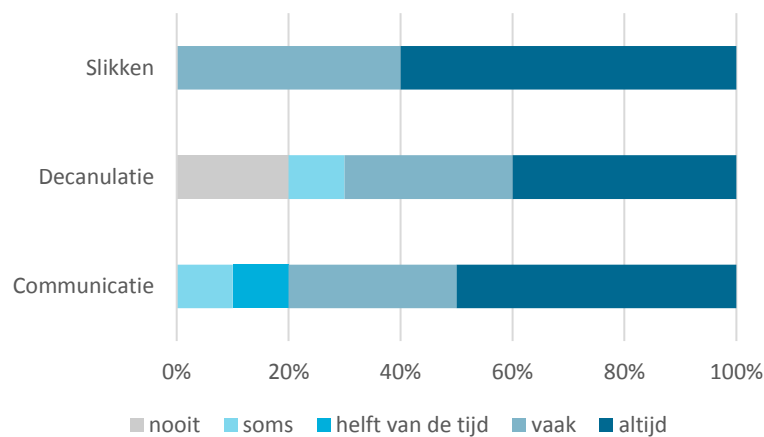
- Figuur RC_9: Ervaren betrokkenheid:** 50% van de logopedisten in revalidatiecentra ervaren een toegenomen betrokkenheid bij tracheaanulepatiënten in de afgelopen 5 jaar, en 30% geeft aan dat de betrokkenheid hetzelfde is gebleven. In 20% van de instellingen geeft de logopedist aan dat de betrokkenheid bij canulepatiënten is afgenomen.



- Figuur RC_10: Schatting van niet verwezen patiënten:** In revalidatiecentra antwoordt 70% van de logopedisten dat < 5% van de tracheaanulepatiënten niet verwezen worden (maar mogelijk wel baat zouden hebben bij logopedie). Een derde (30%) kan hier geen inschatting van maken en antwoordt 'weet ik niet'.

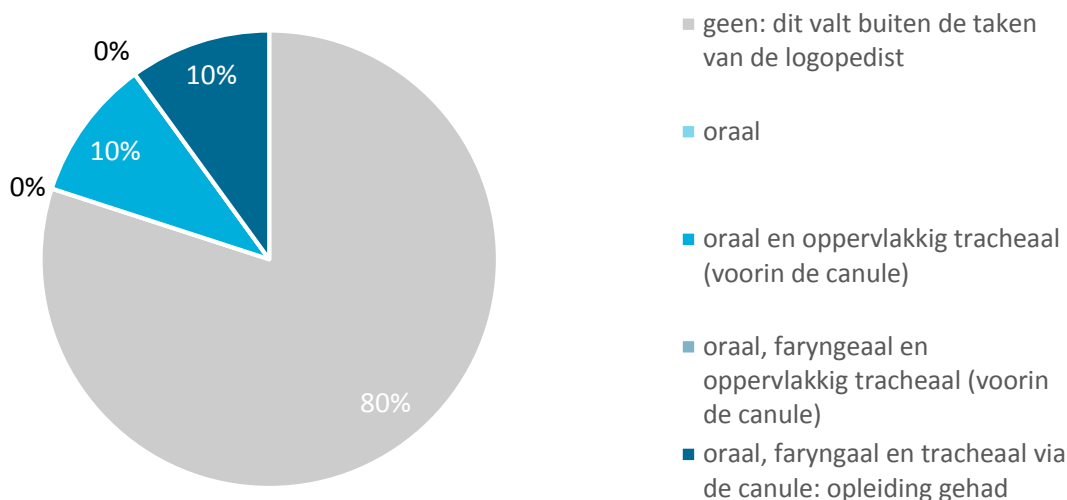


- **Figuur RC_11: Moment van consultatie:** 70% van de logopedisten geeft aan dat de afdeling logopedie binnen 24 uur na binnenkomst van een canulepatiënt wordt geconsulteerd, en 20% antwoordt dat consultatie binnen 2 dagen plaatsvindt.

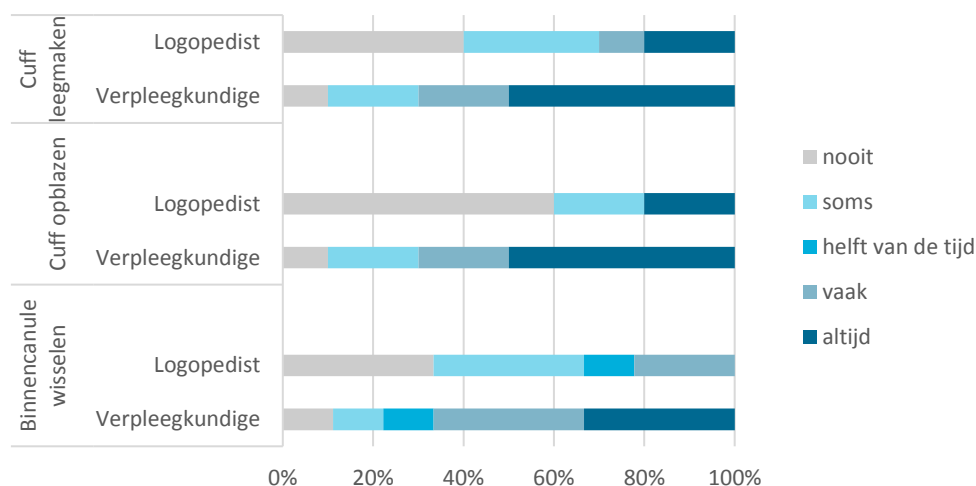


- **Figuur RC_12: Reden van consultatie:** er is hoge consensus dat logopedisten in het revalidatiecentrum bij canulepatiënten vaak tot altijd worden geconsulteerd vanwege slikproblemen (100%), communicatie (80%) en decanulatie (70%).

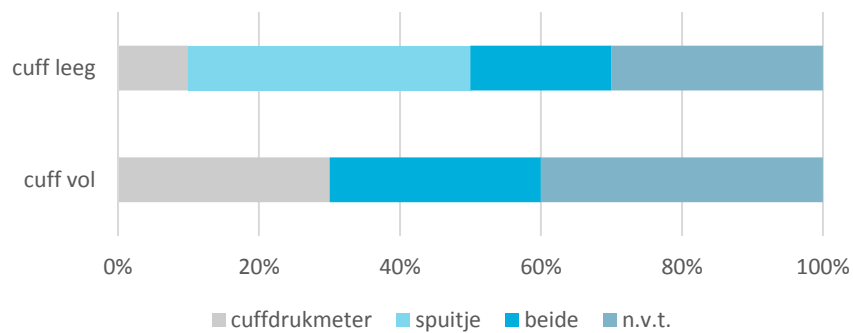
2.2. Taken en verantwoordelijkheden



- Figuur RC_13: Vormen van instrumenteel uitzuigen:** er is een hoge consensus van 80% dat logopedisten geen enkele vorm van instrumenteel uitzuigen toepassen omdat dit volgens hen buiten de taken van de logopedist valt. Dan zuigt 10% patiënten oraal uit of oppervlakkig tracheaal, en 10% heeft een opleiding gehad voor het instrumenteel uitzuigen en past oraal, faryngeaal en diep tracheaal uitzuigen toe.

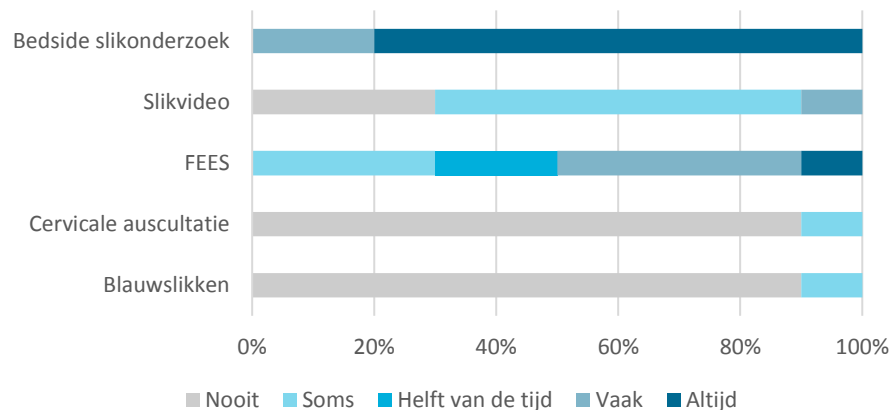


- Figuur RC_14: Handelingen rondom de canule:** er is hoge consensus dat de logopedist weinig (nooit tot soms) de cuff opblaast (80%). Er is redelijke consensus dat de logopedist nooit tot soms de cuff leegmaakt (70%) of de binnencanule wisselt (66%). Deze handelingen worden vaak tot altijd door de verpleegkundige gedaan (66%-70%).



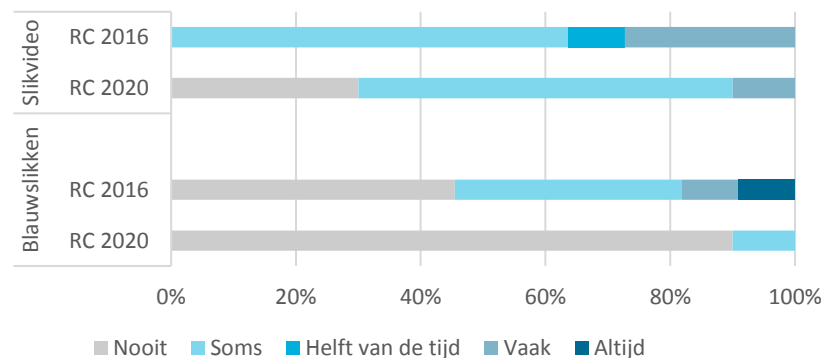
- **Figuur RC_15: Instrument voor het leegmaken/opblazen van de cuff:** van de logopedisten die deze handelingen wel uitvoeren, wordt de cuff het vaakst leeg gemaakt met een spuitje (40%) of door zowel een cuffdrukmeter als spuitje (20%). Voor het opblazen van de cuff wordt een cuffdrukmeter gebruikt (30%), of zowel een cuffdrukmeter als spuitje (30%).

3. Diagnostiek

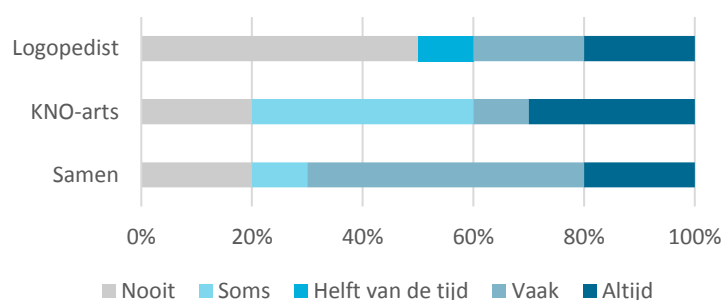


- Figuur RC_16: Gebruikte diagnostiekvormen:** Er is hoge consensus van 100% dat bedside slikonderzoek vaak tot altijd wordt gebruikt bij de diagnostiek van dysfagie bij tracheacanulepatiënten, en redelijke consensus van 50% dat FEES vaak tot altijd wordt gebruikt. Er is redelijke consensus van 60% dat slikvideo's soms gebruikt worden in de diagnostiek. Blauwslikken en cervicale auscultatie worden vrijwel nooit toegepast.

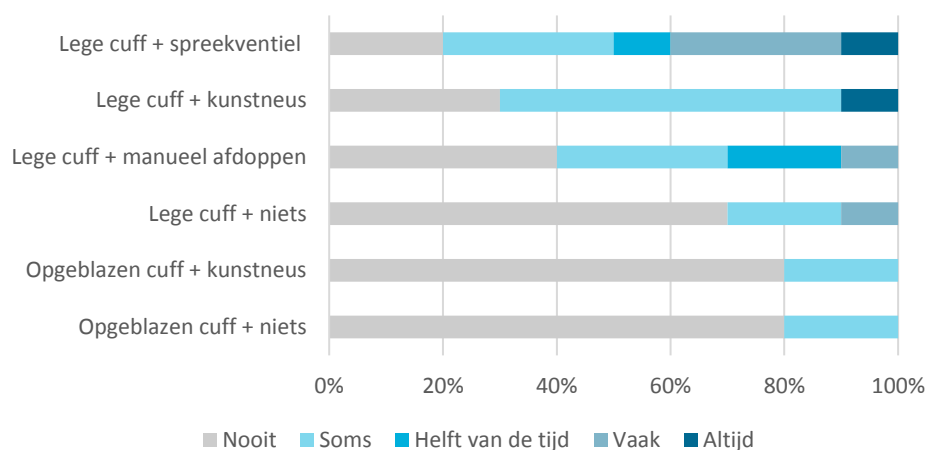
Verschillen met eerder onderzoek



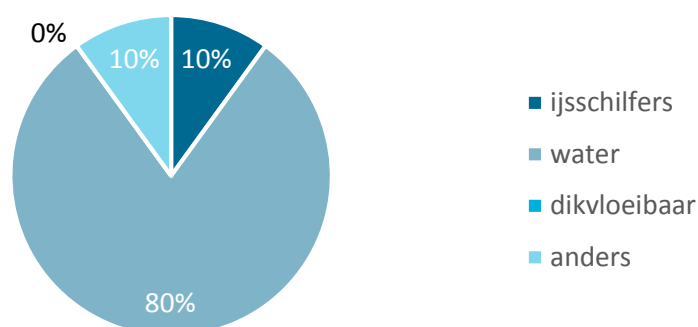
- Figuur RC_17: Verschillen in diagnostiekvormen met eerder onderzoek:** Ten opzichte van 2016 wordt er in 2020 minder gebruik gemaakt van slikvideo's ($p = 0,05$) en blauwslikken ($p = 0,03$).



- **Figuur RC_18: FEES uitgevoerd door:** er is een redelijke consensus dat FEES nooit tot soms zelfstandig door de logopedist wordt uitgevoerd (50%), maar vaak tot altijd door de logopedist en KNO-arts samen (consensus van 70%). FEES door alleen de KNO-arts is te gevarieerd voor consensus.



- **Figuur RC_19: Status van de tracheacanule bij diagnostiek:** er is geen consensus betreffende de status van de tracheacanule tijdens slikonderzoek. De meeste logopedisten voeren slikonderzoek vaak tot altijd met lege cuff en spreekventiel uit (40%). Er is een trend dat lege cuff met niets op de canule minder vaak wordt toegepast ($p=0,07$).

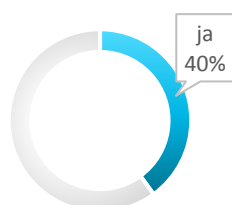


- **Figuur RC_20: Eerste slikpoging:** er is een hoge consensus van 80% dat water wordt gebruikt tijdens de eerste slikpoging.

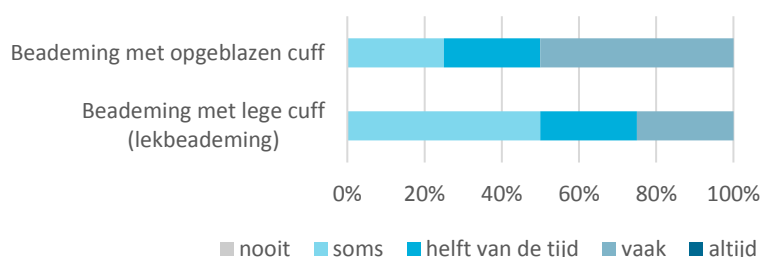
4. Behandeling

4.1 Patiëntstatus

Sliktherapie indien volledig beademd?

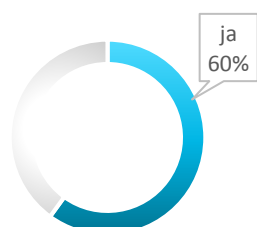


Sliktherapie bij volledige beademing

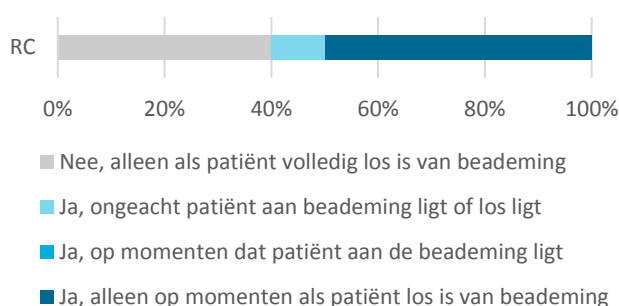


- **Figuur RC_21a en RC_21b: Behandeling tijdens volledige beademing:** er is redelijke consensus van 60% dat tracheaanulepatiënten geen sliktherapie krijgen als ze volledig worden beademd. Van de 40% die wel slikbehandeling aan de beademing bieden, doet de helft dit vaak met opgeblazen cuff.

Sliktherapie bij afbouwen van de beademing?

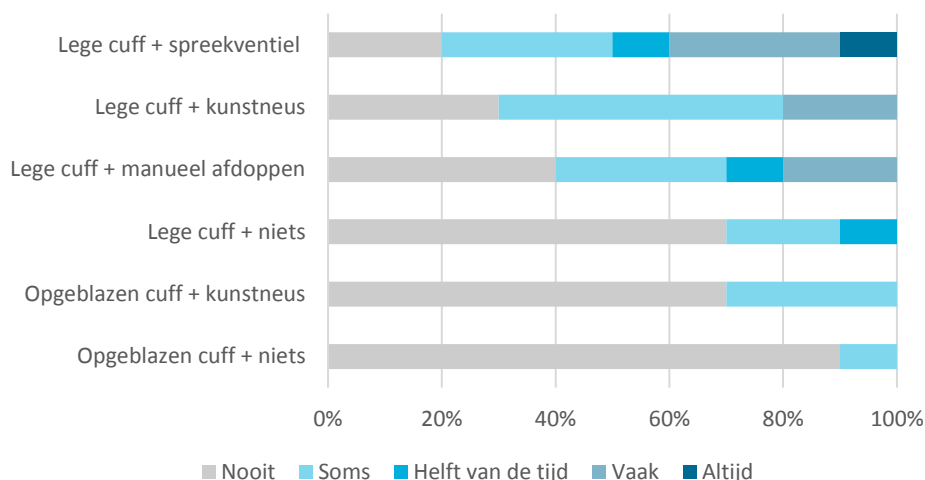


Sliktherapie bij weanen



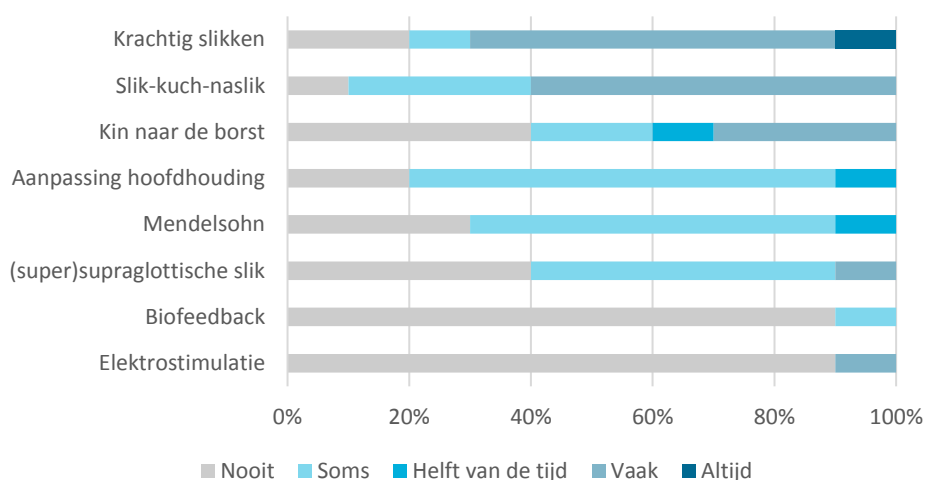
- **Figuur RC_22a en RC_22b: Behandeling als beademing wordt afgebouwd (weanen):** er is redelijke consensus van 60% dat sliktherapie wel wordt geboden als de patiënt ontwend wordt van de beademing. Er is redelijke consensus van 50% dat sliktherapie alleen op momenten wordt aangeboden als de patiënt los is van de beademing.

4.2 Sliktherapie

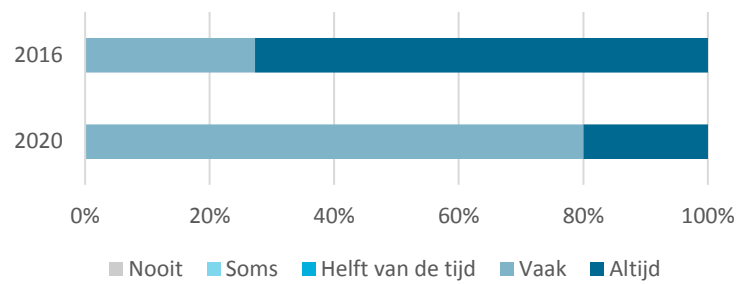


- Figuur RC_23: Canulestatus bij sliktherapie:** Er is geen redelijke consensus betreffende de status van de canule tijdens sliktherapie. De meeste logopedisten (40%) geven vaak tot altijd sliktherapie als de cuff leeg is en het spreekventiel op de canule is geplaatst. Over het algemeen wordt sliktherapie vaker gegeven met lege cuff dan met opgeblazen cuff. Dit is niet significant anders dan in 2016.

4.3 Sliktherapie procedures

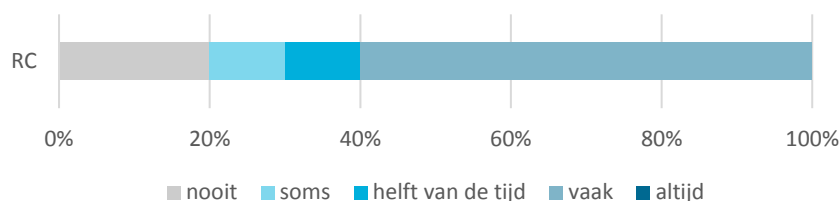


- Figuur RC_24: Procedures bij sliktherapie:** Er is een redelijke consensus dat krachtig slikken vaak tot altijd worden toegepast in de sliktherapie bij tracheacanulepatiënten (70%), evenals slik-kuch-naslik (60%). Er is redelijke consensus van 70% dat het aanpassen van de hoofdhouding soms wordt gebruikt, evenals de Mendelsohnmanoeuvre (60%) en de supersupraglottische slik (50%). Biofeedback en elektrostimulatie worden nooit gebruikt (hoge consensus van 90%).

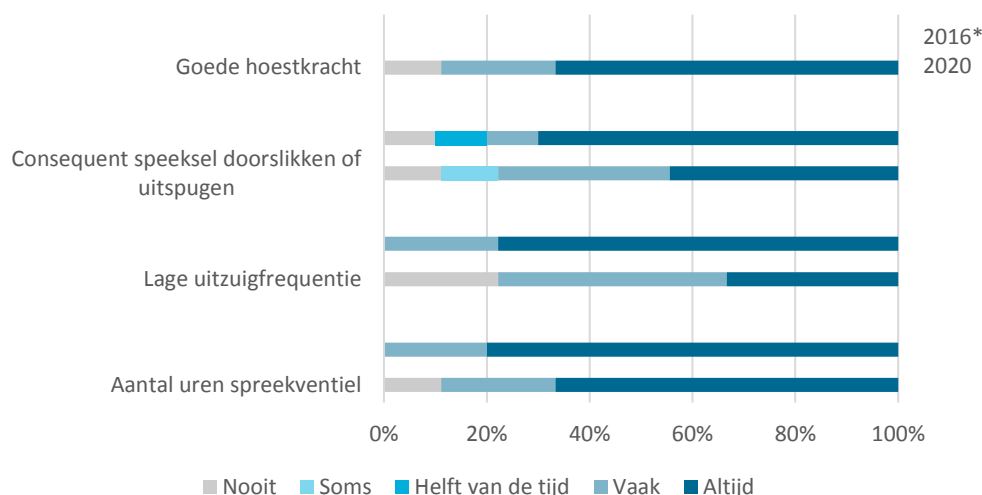


- **Figuur RC_25: Opvolging van consistentieadviezen:** er is een hoge consensus van 100% dat consistentieadviezen vaak tot altijd op de afdeling worden opgevolgd. In het huidige onderzoek wordt vaker aangegeven dat adviezen 'vaak' worden opgevolgd', terwijl dat in 2016 significant vaker 'altijd' werd geantwoord ($p=0,02$).

5. Decanulatie

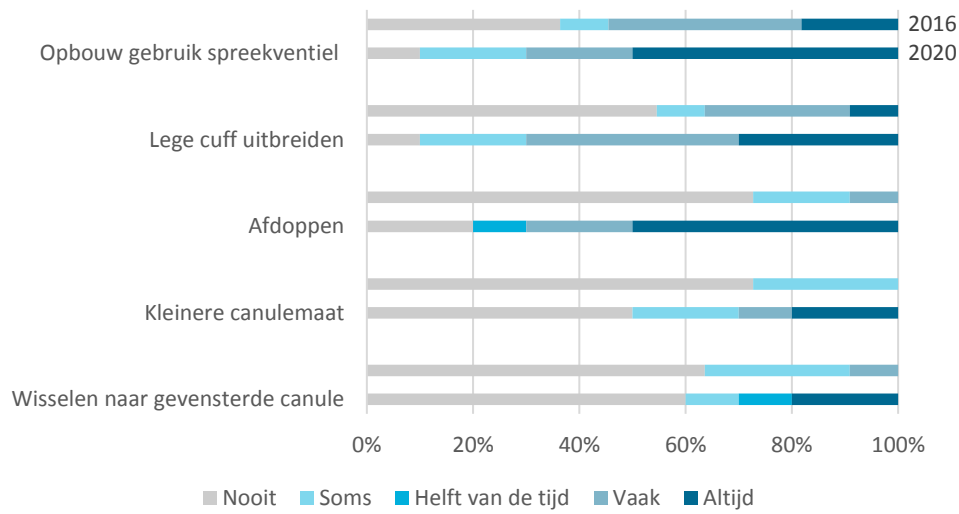


- **Figuur RC_26: Decanulatie in instelling:** er is redelijke consensus van 60% dat patiënten met een tracheaanule vaak worden gedecanuleerd in het revalidatiecentrum.



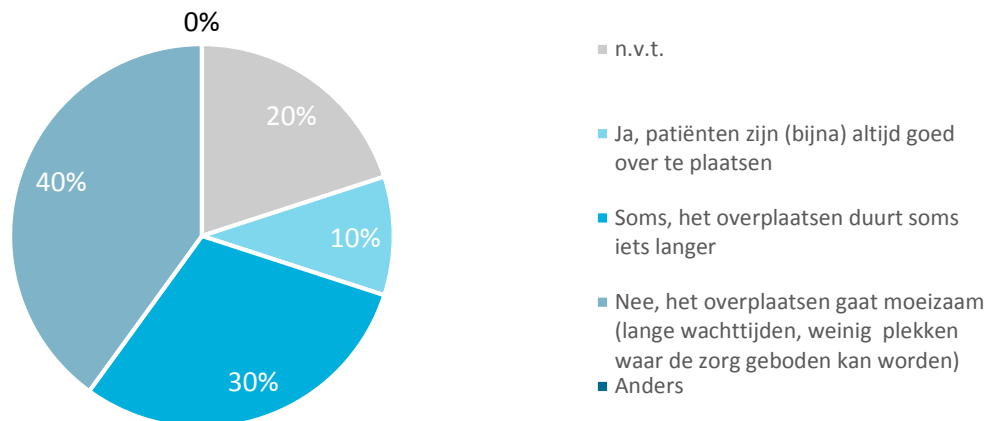
- **Figuur RC_27: Decanulatiecriteria:** er is hoge consensus dat alle genoemde criteria vaak tot altijd worden gebruikt in de instelling om het moment van decanulatie te bepalen: een goede hoestkracht wordt door 89% vaak tot altijd als decanulatiecriterium gebruikt, het verdragen van een spreekventiel gedurende enkele uren door 89%, een lage uitzuigfrequentie door 77%, en het consequent slikken of uitspugen van speeksel door 77%.
- Het criterium 'lage uitzuigfrequentie' wordt significant minder als decanulatiecriterium gebruikt dan in 2016 ($p = 0,05$).

*Criterium 'goede hoestkracht' is in vorig onderzoek niet meegenomen.

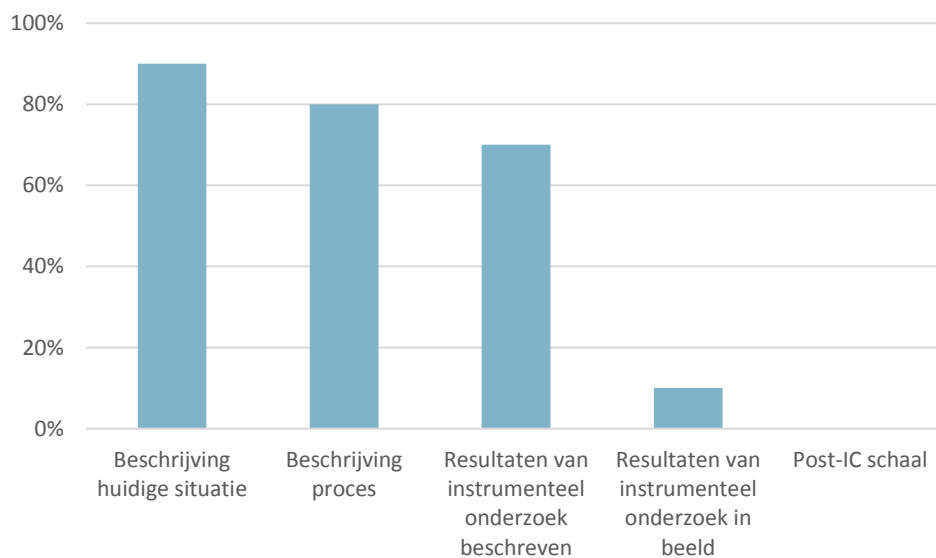


- **Figuur RC_28: Betrokkenheid van logopedist bij decanulatieproces:** er is redelijke consensus van 70% dat logopedisten vaak tot altijd betrokken zijn bij het opbouwen van het spreekventielgebruik, het uitbreiden van een lege cuff en het afdoppen van de canule, maar nooit tot soms bij het wisselen naar een kleinere canulemaat of het wisselen naar een gevensterde canule. Hoewel logopedisten meer betrokken lijken te zijn in het decanulatieproces, is er geen statistisch significant verschil met eerder onderzoek.

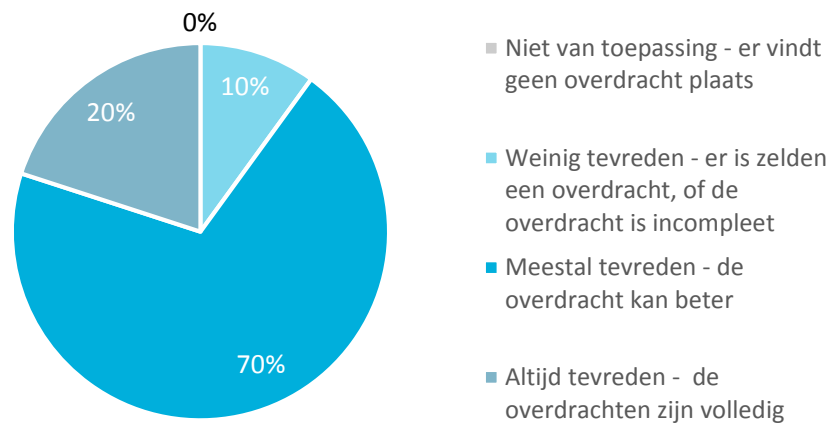
6. Overdracht



- Figuur RC_29: Overplaatsing van patiënten met een tracheaanule:** er is geen consensus over het gemak van overplaatsing van canulepatiënten: 40% geeft aan dat overplaatsing van canulepatiënten vaak moeizaam gaat, 30% geeft aan dat dit soms het geval is, en dat het overplaatsen iets langer duurt. 20% geeft aan dat dit niet van toepassing is, en 10% geeft aan dat canulepatiënten altijd goed over te plaatsen zijn.



- Figuur RC_30: Informatie bij overdracht:** er is hoge consensus dat een overdracht een beschrijving van de huidige situatie bevat (90%) en een beschrijving van het proces (80%). Er is redelijke consensus dat resultaten van instrumenteel onderzoek worden beschreven in de overdracht (70%). Beelden van het instrumenteel onderzoek worden nauwelijks meegeleverd bij de overdracht (10%) en de Post-IC-schaal wordt niet gebruikt bij de overdracht (0%).



- **Figuur RC_31: Tevredenheid logopedische overdracht:** er is redelijke consensus van 70% dat logopedisten meestal tevreden zijn over de overdracht, maar dat het beter kan; 20% is altijd tevreden over de overdracht, en 10% is weinig tevreden.