

Aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er een positieve ontwikkeling is in de betrokkenheid van logopedisten bij tracheacanulepatiënten. Tegelijk zijn er ook een aantal punten waar winst te behalen valt voor de rol van de logopedist om de zorg voor de patiënten verder te verbeteren.

1. Taken en verantwoordelijkheden: uitzuigen en handelingen met de canule

Het grootste deel van logopedisten (86%) maakt geen zelfstandig gebruik van instrumenteel uitzuigen omdat ze dit niet bij de taken van de logopedist vinden passen, en dat is in 5 jaar onveranderd gebleven. Tevens voeren logopedisten nauwelijks zelfstandig het legen van de cuff uit (0%-30%), het opblazen van de cuff (0%-20%) of het wisselen van de binnencanule (0%-22%). Internationale *position statements* zoals die van Speech Pathology Australia [6] wijzen oraal uitzuigen en 'above cuff line' uitzuigen wel toe aan de rol van de logopedist, maar schrijven ook dat procedures voor logopedisten nog ontbreken. Volgens de Australische en Nieuw-Zeelandse logopedieverenigingen horen nasofaryngeaal, faryngeaal en tracheaal uitzuigen tot de 'verlengde rol' van logopedist, waarvoor scholing noodzakelijk is [5, 6].

Dit is uiteraard niet relevant voor logopedisten die slechts enkele malen per jaar werken met een patiënt met een tracheacanule, maar het bekwamen in tracheaal uitzuigen kan juist wél een belangrijke meerwaarde hebben voor logopedisten die deze doelgroep regelmatig behandelen, bijvoorbeeld in de grotere ziekenhuizen. De logopedist die zelfstandig (tracheaal) kan uitzuigen hoeft minder te wachten op een verpleegkundige. Tegelijk kan het de veiligheid van de patiënt verbeteren, omdat de logopedist de mogelijkheid heeft om snel de ademhaling te herstellen bij obstructie door sputum of aspiratie.

Onze aanbeveling op basis van dit rapport is dat logopedisten die regelmatig patiënten met een tracheacanule behandelen, en zich er comfortabel bij voelen, zich laten scholen in instrumenteel uitzuigen.

2. De logopedist in het multidisciplinair team

Initiatieven en wensen van logopedisten om de multidisciplinaire samenwerking te vergroten worden in nationale richtlijnen gestimuleerd en onderbouwd met literatuur [27-30]. De 'Herziene richtlijn ontwenning van de beademing voor volwassen patiënten op een intensive care' [1] van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) stelt dat de "samenwerking binnen een 'tracheotomie-team' (waarin kennis over inbrengmethoden, canules, slikken, spreekkleppen en spreken verzameld wordt) kan leiden tot minder complicaties, het eerder inbrengen van een kleinere maat canule, het vaker gebruiken van een spreekventiel en tot eerder decanuleren" (p. 26). Deze patiëntengroep vraagt echter om professionals met specifieke expertise, zoals de richtlijn van de NVIC ook beschrijft. Het is een uitdaging voor een logopedist om deze specifieke kennis en ervaring te behouden als er slechts enkele tracheacanulepatiënten worden opgenomen in de instelling of worden verwezen, zoals logopedisten in revalidatiecentra en verpleeghuizen benoemen en waar ook logopedisten in Zweden tegenaan lopen [20]. In ziekenhuizen zal het daarom makkelijker zijn om expertise te ontwikkelen en behouden dan in revalidatiecentra en verpleeghuizen. Contact met collega's houden en elkaar vakinhoudelijk opzoeken blijft daarom belangrijk. Logopedisten merken

op dat niet alleen de ervaring van de logopedist, maar ook de kennis en kunde van artsen en verpleegkundigen wisselt en verloren gaat bij personeelwisselingen, maar dit is een generiek probleem.

Onze aanbeveling is daarom dat logopedisten zich blijven ontwikkelen en profileren in het behandelen van tracheacanulepatiënten om een vaste plek te krijgen in multidisciplinaire (canule)teams, of betrokken te zijn in het canulebeleid.

3. Overdracht

Indien de patiënt overgeplaatst wordt naar een vervolginstelling, zijn de logopedisten over het algemeen tevreden over de ontvangen overdracht, maar ze zien ook ruimte voor verbetering. De overdracht bestaat vaak uit een beschrijving van de huidige situatie en het beloop, maar de post-IC schaal wordt niet gebruikt en dit is een gemiste kans. De (post)-IC schaal ontwikkeld door het Radboudumc is een gestandaardiseerde en gevalideerde schaal die bestaat uit 9 onderdelen (fysieke conditie, zelfstandige ademing, ophoesten, cuff status, voeding, slikken, stem, spraakverstaanbaarheid en instrueerbaarheid en leerbaarheid), waarbij elk onderdeel wordt beoordeeld met score van 1 tot 6, en het toont in één oogopslag een overzicht van alle relevante factoren die de canule-gerelateerde stem-, spraak- en slikproblemen beïnvloeden [31]. Eenmaal in het elektronisch patiëntendossier (EPD) als format verwerkt, kan een snelle, efficiënte, gestandaardiseerde en complete overdracht gedaan worden. Als er geen tijd is voor het schrijven van een complete overdrachtsbrief, maar wel de post-IC schaal kan worden meegegeven of doorgestuurd, is de volgende logopedist snel up-to-date over de status van de canulepatiënt. Onze aanbeveling is daarom dat logopedisten de (post)ic-schaal gebruiken in hun overdracht. De schaal is via de website te downloaden.

4. Position statement

Een van de manieren om een grotere betrokkenheid, uniforme consultatie en sterkere positie van logopedisten te bewerkstelligen is het opstellen van een nationaal *Position Statement* door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), waar de rol en verantwoordelijkheden van de logopedist bij volwassen tracheacanulepatiënten in beschreven staan op basis van consensus en vergelijkbare documenten van zusterverenigingen in Australië, Nieuw-Zeeland, Amerika en het Verenigd Koninkrijk, die al een nationaal Position Statement voor deze patiëntengroep hebben. Uit de reacties van logopedisten in de vragenlijsten en tijdens post-hbo-cursussen blijkt hier behoefte aan te zijn en we verwachten hier in 2022 een start mee te kunnen maken.