

Zorgprofielen chronische beademing

Bepalen van het zorgprofiel chronische beademing

Zorgprofielen voor chronische beademing zijn ontwikkeld om globaal aan te kunnen geven wat de zorg is die een patiënt met chronisch beademing nodig heeft. De zorgprofielen voor patiënten met chronische beademing zijn in 2009 ontwikkeld door de vier CTB's in samenspraak met de VSCA en NVZ. In lijn met de indiceringsmethodiek voor de WLZ geven we aan wat het zorgprofiel is voor een individuele patiënt gericht op de zorg voor de beademing, onafhankelijk van de hoeveelheid mantelzorg die geboden wordt.

Eén van de belangrijkste factoren binnen het profiel is wat de responstijd voor de verzorger voor de patiënt is, wanneer er iets fout gaat met de beademing. Dat kan zijn door machineproblemen, een losschietende slang, maar ook doordat een slijmprop de luchtweg of canule verstopt.

Hieronder volgt eerst een overzicht van de profielen met wat voorbeelden. Dan een overzicht hoe de profielen bepaald worden en wat de belangrijkste factoren zijn en vervolgens een toelichting van de toepassing van de zorgprofielen op kinderen en de bepaling van de hoeveelheid zorg. Tenslotte een flowchart.

De profielen 0 t/m 4

Profiel 0: De patiënt kan te allen tijde zonder hulp wat betreft de beademing. Hij kan zichzelf zelfstandig aan- en afsluiten van de beademingsmachine, uitzuigen en de canule wisselen;

Profiel 1: De responstijd waarbinnen gereageerd moet worden door de zorgverlener kan meer dan 30 minuten zijn. Toezicht en hulp op afstand is nodig. Bijvoorbeeld een patiënt waarbij planbare hulp bij sputumverwijdering nodig is;

Profiel 2: Responstijd minder dan 15 minuten. Toezicht en hulp op korte afstand is nodig, bijvoorbeeld hulp op korte afstand thuis of op het werk. Voorbeeld: non-invasief beademde patiënten die 24 uur per dag beademd worden.

Profiel 3: Responstijd minder dan 5 minuten. Toezicht en hulp in de nabije omgeving is nodig. Meestal patiënten met beperkte beademingsvrije tijd (5-15 minuten), die 24 uur per dag beademd worden;

Profiel 4: Responstijd binnen 1 minuut. Direct toezicht en hulp is nodig. Meestal patiënten met zeer beperkte beademingsvrije tijd (1-5 minuten), die 24 uur per dag beademd worden met gevaar voor decanulatie met directe en ernstige gevolgen.

Hoe wordt een zorgprofiel bepaald?

Het zorgprofiel wordt in eerste instantie bepaald door de beademingsvrije tijd en de mogelijkheid om de luchtweg vrij te houden. De factor die het zwaarste weegt met het oog op de veiligheid van de patiënt is bepalend voor het minimale zorgprofiel waarbinnen de patiënt valt. Een voorbeeld: een patiënt slaapt 8 uur per nacht. Als deze patiënt invasief wordt beademd terwijl hij slaapt heeft hij ongeveer 16 uur beademingsvrije tijd. Maar als deze patiënt moet worden uitgezogen dient er binnen 5 minuten een zorgverlener zijn. Zou het benodigde zorgprofiel van deze persoon alleen worden beoordeeld aan de hand van de beademingsvrije tijd, dan zou profiel 1 een goede optie kunnen zijn. Vanwege het belang van een vrije luchtweg, ook als de patiënt zelf spontaan ademt, dient er in deze situatie voor profiel 3 te worden gekozen.

Andere factoren die van invloed zijn op het profiel zijn de motorische mogelijkheden (hand/armfunctie!), de cognitieve capaciteiten en de autonomie van de patiënt.

Welke factoren zijn van belang bij het bepalen van een profiel.

1. Vrije luchtweg. Om adem te kunnen halen is het belangrijk dat de lucht ongehinderd in en uit kan stromen. De luchtweg moet vrij zijn en niet geblokkeerd worden door een slijmprop of een canule die uit het tracheostoma geschoten is. Een plotselinge blokkade is mogelijk bij patiënten met zowel invasieve als non-invasieve beademing. Bij patiënten met een tracheostoma bestaat er een risico op blokkade van de ademweg door decanulatie, een verstopte tracheacanule of aspiratie. Hierbij spelen onder andere het type en de diameter van de tracheacanule een belangrijke rol. Het kan hierbij gaan om een patiënt die alleen 's nachts wordt beademd maar door een tracheomalacie voor een vrije luchtweg afhankelijk is van zijn canule. Het vrij houden van de luchtweg kan voor patiënten zonder canule ook een probleem zijn. Door verminderde hoestkracht hebben zij hulp nodig bij het verwijderen van secreet uit de luchtweg. Bijvoorbeeld door te airstacken.
2. Beademingsvrije tijd of respiratoire reserve. Dit is de tijd die een patiënt zonder beademing kan zonder dat er zich een levensbedreigende situatie voordoet. Indien dit minder dan 5 minuten is, dan betekent dit dat de patiënt totaal beademingsafhankelijk is.
3. Motorische mogelijkheden. Dit heeft te maken met de lichamelijke beperkingen die patiënt heeft. De invloed kan erg wisselend zijn. Er zijn patiënten, die beschikken over voldoende arm- en handfunctie en zelfredzaam zijn en zichzelf kunnen uitzuigen. Indien er binnen enkele minuten een vrije ademweg gerealiseerd moet worden, kunnen zij dit zelf. Zij vallen dan in een ander profiel dan op basis van hun vrije ademweg of beademingsvrije tijd. Er zijn ook patiënten die zichzelf zittend overdag prima kunnen uitzuigen, maar dit niet liggend in bed kunnen. Bij sommige patiënten, die kan een goede handfunctie juist een gevaar vormen, wanneer zij zich niet bewust zijn van de risico's. De motorische mogelijkheden hebben ook een grote invloed op de mogelijkheid om zelf tijdig te kunnen alarmeren. Hiervoor moet een patiënt in staat zijn een alarm te bedienen en over voldoende ziekte-inzicht en begrip beschikken om tijdig hulp te vragen.
4. Autonomie. Hiermee bedoelen we in dit kader de mogelijkheden van de patiënt om die handelingen uit te voeren die nodig zijn om de ventilatie te waarborgen, inclusief de alarmering. Dit wordt bepaald door de cognitieve vermogens en het ziekte-inzicht. Niet iedere patiënt signaleert of heeft voldoende begrip om tijdig te alarmeren of zichzelf aan de beademing aan te sluiten of uit te zuigen. Sommige ziektebeelden hebben ook effect op het vermogen tot ziekte-inzicht. Een patiënt met onvoldoende ziekte-inzicht zal niet signaleren dat hij in gevaar kan komen of zal vergeten zichzelf uit te zuigen. De behoefte aan hulp kan hier dus gaan om werkelijke uitvoer van handelingen maar ook om begeleiding.
5. Frequentie van de hulpvraag en planbaarheid van de zorg. Voor de bepaling van het profiel is ook de frequentie van de hulpvraag wezenlijk en of deze op planbare momenten plaats vindt of onvoorspelbaar is.

De zorgprofielen toegepast op kinderen

De meeste kinderen zijn niet in staat zonder hulp te allen tijde alle zorg rondom de beademing zelf uit te voeren. In de leeftijdsgroep 13-16 jaar zal een enkel kind zowel voldoende motorische capaciteiten als autonomie hebben en ondanks de puberteit volledig in staat zijn zelfstandig zichzelf veilig en verantwoord te kunnen verzorgen wat beademing betreft.

Alle kinderen met chronische beademing onder 6 jaar beschouwen wij als zorgintensief. Zij zijn niet in staat zonder hulp te allen tijde hun luchtweg vrij te houden en vallen dus niet onder profiel 0.

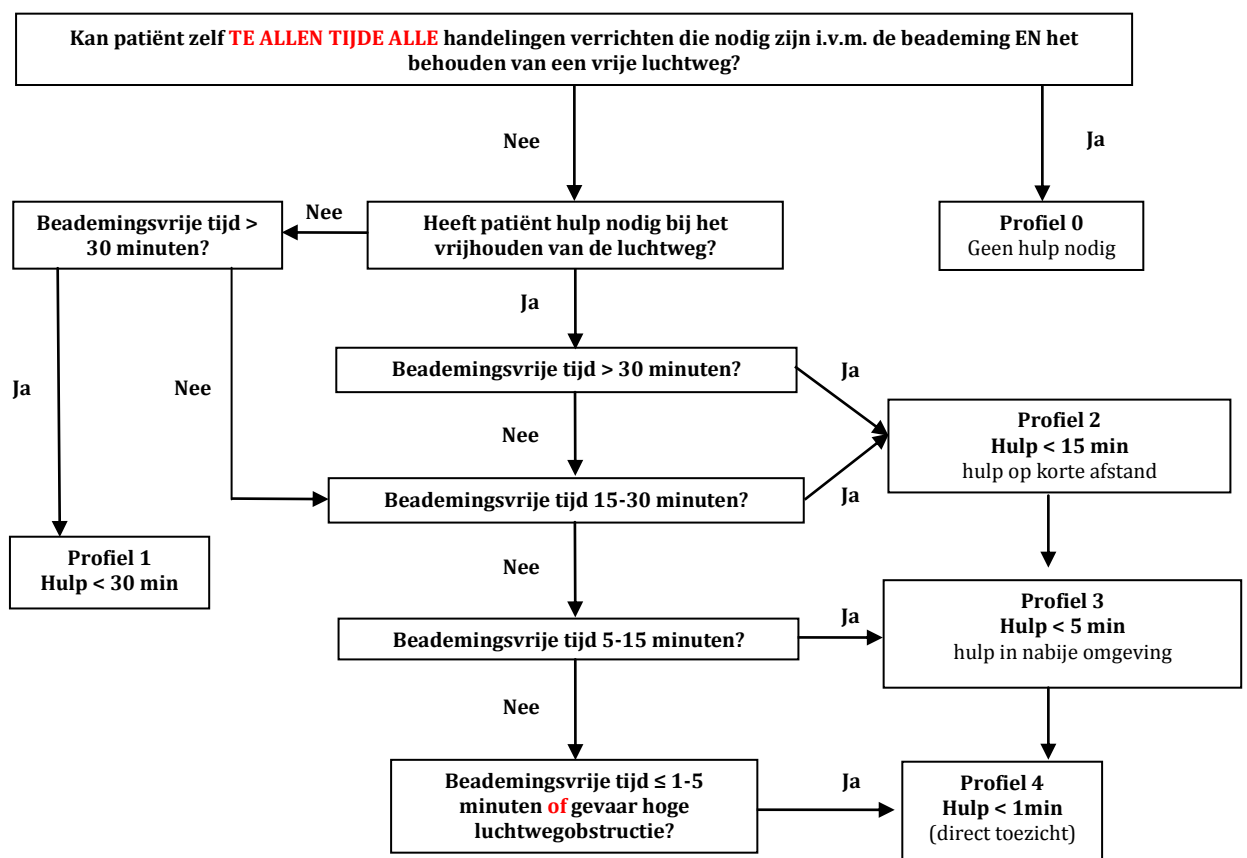
Bij jonge kinderen kunnen goede motorische mogelijkheden zelfs een intensiever toezicht vereisen, omdat zij ook bijvoorbeeld een canuleslang kunnen beschadigen of eruit trekken.

De meeste kinderen zullen ingedeeld moeten worden in profiel 2,3 of 4.

Het bepalen van de hoeveelheid zorg

Op basis van het zorgprofiel, de frequentie en het tijdstip van planbare en onplanbare handelingen en de activiteiten van de patiënt kan de hoeveelheid zorg bepaald worden in de normale situatie van deze patiënt. De hoeveelheid zorg kan erg veranderen bij ziekte, een ziektegerelateerde tijdelijke of blijvende achteruitgang, bedlegerigheid vanwege decubitus of een operatie of ontwikkelingen door groei en zal dan al dan niet tijdelijk aangepast moeten worden.

Flowchart profielen



Bron: Rapport VSCA februari 2009- Zorgprofielen voor patiënten met chronische beademing.