

FAQ-sheet bij de V&VN richtlijn neusmaagsonde / volwassenen / versie maart 2012

Algemeen

Een richtlijn is bedoeld als basis voor een afdelingsprotocol, dit betekent dat hetgeen in de richtlijn staat 'vertaald' wordt specifiek voor de afdelingspopulatie. Bijvoorbeeld dat de klinische verschijnselen: benauwdheid en blauwverkleuring van de huid 'vertaald' kunnen worden in het protocol als: observeren van ademhaling en saturatie, waar desgewenst hartactie aan kan worden toegevoegd. Benauwdheid en blauwverkleuring zijn slechts voorbeelden van klinische verschijnselen; niet overal is bijvoorbeeld een saturatiemeter of monitor aanwezig.

Als er echter voor gekozen wordt echt af te wijken van de richtlijn, en bijvoorbeeld toch de auscultatiemethode (lucht inspuiten en luisteren) te gebruiken, zal dit met heel goede argumenten onderbouwd moeten worden.

Opmerking 1

Wanneer worden de toedingsystemen van de sondevoeding gewisseld? Is dit per 24 uur? Of 96 uur?

De houdbaarheid is 24 uur, dit staat in de richtlijnen van de werkgroep infectiepreventie beschreven (www.wip.nl). Deze richtlijnen zijn te downloaden door iedereen. Huidige richtlijn van V&VN gaat over de neusmaagsonde en niet over het toedieningssysteem.

Opmerking 2

Vanuit verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg komt de opmerking dat pH strips niet bij de sondes worden geleverd. Iemand schrijft dat de apotheek ook vaak niet weet wat er bedoeld wordt en waarvoor de verpleegkundige dit nodig heeft. Heb jij tips/adviezen dit op te lossen of te omzeilen.

Wanneer een patiënt sondevoeding thuis krijgt toegediend dan wordt de voeding en het toebehoren vrijwel altijd geleverd door een facilitair bedrijf. De facilitaire bedrijven zouden de strips moeten gaan aanleveren bij het toebehoren van de sondevoeding. Het facilitaire bedrijf krijgt van de zorgverzekeraar een bedrag per patiënt met sondevoeding thuis. Een doosje pH strips met 100 stuks inhoud kost ca. 10 euro inclusief BTW. Dit is geen astronomisch bedrag en de meeste patiënten zijn met 1 doosje klaar. Als het bedrag dat het facilitaire bedrijf ontvangt, omhoog moet dan is het nodig dat dit wordt onderhandeld met de zorgverzekeraars. Er zijn op dit moment al facilitaire bedrijven die de pH strips meeleveren, dit moet dan wel specifiek worden aangevraagd het zit nog niet in het standaard pakket. NB: de goede strips meten in ieder geval de pH van 2.0 tot 9.0 in stapjes van 0,5 eenheid.

Opmerking 3

Hoe vaak doe je de controle met maagzuur? We doen nu meerdere malen per dag luisteren en optrekken, is het dan ook de bedoeling dat we meerdere keren per dag de maagzuurcheck doen?

Nee dat is niet nodig. Een maagzuurcheck doe je na inbrengen, en bij twijfel (sonde is verschoven, patiënt vertoont klinische verschijnselen van dislocatie, patiënt heeft gebraakt of moet veel hoesten of niezen). Verder wordt bij iedere handeling aan de sonde een goede visuele controle gedaan:

- check de pleister en het markeringspunt
- vraag de patiënt indien mogelijk de mond te openen en inspecteer de mond-keelholte
- observeer op mogelijke klinische verschijnselen van dislocatie

<p>Opmerking 4</p> <p>Wat doe je als je geen maagsap/retentie terugkrijgt? Het is voor de patiënt toch belastend om dan de sonde eruit te halen en opnieuw weer in te brengen?</p>	<p>Tip: meet je sonde goed af en gebruik de tabel uit de richtlijn om te bepalen hoe ver je de sonde in moet brengen. Goed afmeten zorgt ervoor dat je minder problemen hebt bij het optrekken van maagzuur. Er zijn wat trucs die je kunt toepassen als je geen maagsap terugkrijgt. Je kunt nog wat lucht inblazen, patiënt op de zij leggen, even wachten en nogmaals proberen. Kijk ook hoever de sonde is ingebracht en of je eventueel de sonde iets kunt terugtrekken of opschuiven. Indien het niet lukt dan zal in overleg met de arts toch een foto gemaakt moeten worden, of de sonde opnieuw ingebracht. Zie ook de vorige vraag: een routinematige pH meting is niet nodig en geeft teveel problemen.</p>
<p>Opmerking 5</p> <p>Op afdeling worden vaak maagsondes ingebracht bij oude mensen. Controle met maagsap is volgens protocol voor bepaling ligging sonde. Het gebeurt regelmatig dat er geen maagsap terug komt, ook niet bij houdingsverandering of half uur wachten. Ik ben benieuwd wat de juiste manier van handelen is. Diverse malen een nieuwe sonde inbrengen is niet altijd mogelijk of te doen. Controlefoto maken wordt niet altijd gewaardeerd door arts assistenten, dit ivm kostenplaatje.</p>	<p>Meet je sonde goed af en gebruik de tabel uit de richtlijn om te bepalen hoe ver je de sonde in moet brengen. Goed afmeten zorgt ervoor dat je minder problemen hebt bij het optrekken van maagzuur. Indien het niet lukt om maagsap te verkrijgen dan zal er een controlefoto gemaakt moeten worden. Dit is landelijke richtlijn en een arts die hiervan af wil wijken zal dat goed moeten verantwoorden en rapporteren. Bij de inspectie is bekend dat er in de afgelopen jaren iets vaker dan 1 x per maand ergens in Nederland een sonde in de longen is beland. Deze misplaatsingen werden niet herkend met auscultatie en er werd sondevoeding in de long gegeven met grote gevolgen. Dit betreft vaak oudere patiënten dus grote voorzichtigheid is geboden.</p>
<p>Opmerking 6</p> <p>Een verpleegkundige in het verpleeghuis noemt het 'wel een heel gedoe om voor elke voeding/medicatie toediening eerst naar het ziekenhuis te moeten voor een X-controle'. Zij wijst ook op de kosten. Wat is jouw reactie hierop?</p>	<p>De kosten van een misplaatste sonde die niet wordt herkend zijn vele malen groter. Indien je de frequentie van pH meting uit de richtlijnen aanhoudt zal het er niet op uitdraaien dat je voor iedere voeding/medicatie toediening naar het ziekenhuis moet. Bij enkele fragiele, kwetsbare patiënten die niet vervoerd kunnen worden, is het niet wenselijk om naar het ziekenhuis te gaan voor een X-controle. In dit geval zal de arts met de patiënt en/of diens vertegenwoordigers om tafel moeten en duidelijk het risico moeten aangeven van het achterwege laten van de foto. Dan wordt gezamenlijk besloten of de sondevoeding wordt gegeven of niet.</p>
<p>Opmerking 7</p> <p>In de richtlijn staat dat je 15-30 minuten moet wachten als je bij de eerste poging geen aspiraatsap hebt kunnen optrekken. Waarom is dat? Wat is de reden dat als je de patiënt in een andere houding legt nog moet wachten met het verkrijgen van aspiraatsap? Is een houdingsverandering niet genoeg?</p>	<p>Natuurlijk kun je meteen nog eens proberen op te trekken als de zorgvrager op de andere zijde ligt. Mocht het dan nog niet lukken, dan een kwartiertje wachten en nogmaals proberen.</p>

<p>Opmerking 8</p> <p>Waarom spuit je met een 50 ml spuit 5-10 ml lucht in om aspiraaf te verkrijgen. We hebben momenteel geen 50 ml spuit die past op de sondes. Wel 20 ml. Kan je uitleggen waarom het met 50 ml moet, kan het niet met 20 ml. Anders moeten we ons assortiment aanpassen.</p>	<p>Het idee achter de 50 ml spuit is een theorie dat je hier wat minder kracht mee zet als je optrekt, dan met een 20 ml spuit. Dit is geen evidence based uitspraak, maar iets wat in de praktijk wordt gedaan en daarom in de algemene aanbevelingen is opgenomen. Inmiddels is onze theorie natuurkundig ontkracht, het geldt wel als je vloeistof inspuist maar met lucht in de spuit is dit verschil minimaal. Dus je kunt ook gerust een 20 ml spuit gebruiken als je dat beter uitkomt. NB: bij de meeste sondes met een luerlock aansluiting zit een female-female luerlock adapter bijgesloten waardoor een 50cc luerlock spuit wel kan worden aangesloten. In september zullen veel aansluitingen van sondes worden vervangen i.v.m. introductie van veilige systemen die niet meer met i.v. verwisseld kunnen worden.</p>
<p>Opmerking 9</p> <p>Bij start voeding/geven van medicatie alleen controle door visuele inspectie. Onze bewoners kunnen dingen heel moeilijk aangeven. Hoe betrouwbaar is dit dan. Normaal werd er maagsap opgezogen om te kijken of deze goed zit. Wij vragen ons af of visuele inspectie voldoende is.</p>	<p>De kans dat een sonde die eerst bewezen goed lag (met pH meting of X-controle) later toch in de luchtwegen belandt, zonder dat dit aan de buitenkant waarneembaar is, is door de expertgroep zeer klein geacht. Het is wel belangrijk om de visuele inspectie grondig uit te voeren zoals in de richtlijn staat omschreven.</p>
<p>Opmerking 10</p> <p>Is de pH methode wel betrouwbaar als patiënten maagzuurremmers gebruiken?</p>	<p>Uit onderzoek is gebleken dat maagzuurremmers geen of zeer weinig invloed hebben indien een pH van 5.5 als afkappunt wordt gehanteerd. Er zijn ook studies gedaan waarbij een afkappunt van 4.0 werd gehanteerd, dan heeft deze medicatie wel degelijk invloed. Betrouwbaar is de methode sowieso, waar men bang voor is dat veel sondes ten onrechte als misplaatst worden aangemerkt doordat maagzuurremmers de pH van de maag verhogen. Zowel uit studies als uit de praktijk blijkt dit dus erg mee te vallen.</p>
<p>Opmerking 11</p> <p>Vraag me af of je bij een patiënt die in een redelijke conditie is en goed bij bewustzijn is niet gelijk merkt of de sonde in de longen zit d.m.v. hoesten, benauwd gevoel etc. Ik denk dat het bij de speciale categorie mensen die onder sedatie zijn, een verlaagd bewustzijn hebben of een hoestprikkel ontbreekt extra controle moet zijn.</p>	<p>Er zijn echt talloze voorbeelden van patiënten met een sonde in de luchtwegen die geen hoestprikkel en benauwd gevoel hadden hierbij. Ook jonge mensen, goed bij bewustzijn! Uit onderzoek is bovendien gebleken dat bij ongeveer de helft van de patiënten met een sonde in de luchtwegen, geborrel hoorbaar is ter hoogte van het maagkuiltje. Daarom is de auscultatiemethode niet veilig.</p>