



OPNAME INTENSIEVE ZORGEN

& instemmingsverklaring (Informed Consent)



Welkom

Jij of jouw familielid is opgenomen op de afdeling Intensieve Zorgen van het Sint-Franciscusziekenhuis te Heusden-Zolder.

Onze dienst behandelt patiënten met ernstige, acute en levensbedreigende aandoeningen, vaak na een ongeval, een zware ingreep, een ernstige ziekte of bij ernstige verwickelingen na een ongeval of procedure.

Intensieve Zorgen is een gespecialiseerde afdeling waar gebruik gemaakt wordt van hoogtechnologische apparatuur. Een multidisciplinair hoog opgeleid team staat dag en nacht klaar om de patiënt de beste zorgen te geven. Het kritieke karakter van deze zorgen noodzaakt ons om het bezoek sterk te beperken en strikte afspraken te maken. We rekenen hiervoor op je begrip.

Communicatie over de ernst en de evolutie van de ziekte toestand met de patiënt en familie vinden we erg belangrijk. Aarzel niet om onze verpleegkundigen en artsen aan te spreken als je vragen hebt.



Intensieve Zorgen

De afdeling Intensieve Zorgen werd in 2014 in een nieuw kleedje gestoken. Daarbij werd rekening gehouden met het gebruik van moderne, hedendaagse technologie. De afdeling beschikt over 9 bedden. Elke patiënt wordt verpleegd in een eigen kamer.

Behandelteam

Op de dienst Intensieve Zorgen wordt gedurende 24 uur per dag, zeven dagen op zeven, voor de patiënt gezorgd. Bij deze zorg zijn veel ziekenhuismedewerkers betrokken.

Een Intensieve Zorgen (IZ) verpleegkundige verzorgt tijdens zijn/haar dienst 2 tot 3 patiënten. Hij/zij staat het dichtst bij je of jouw familielid en is uw eerste aanspreekpunt voor veel van je vragen.

De IZ verpleegkundige heeft naast zijn/haar basisopleiding ook een specifieke opleiding voor Intensieve zorgen gevolgd.

De artsen van de intensieve zorgen afdeling zijn intensivisten (IZ-specialisten). Op de dienst Intensieve Zorgen is de intensivist de hoofdbehandelaar die alle medische zorg voor patiënten coördineert. Zij nemen de eindbeslissing over opname op en ontslag van de dienst.

De intensivisten hebben dagelijks overleg met de medebehandelaars zoals cardiologen, chirurgen, internisten, longartsen, neurologen en stellen in samenspraak met deze specialisten een therapie in en zorgen voor een continue opvolging van de patiënt.

Behalve artsen en verpleegkundigen zijn diverse andere personen betrokken bij de zorg voor patiënten. We denken dan aan fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, psychologen, sociaal verpleegkundigen of sociaal assistenten en logistieke medewerkers.



Bereikbaarheid en bezoek Intensieve Zorgen

De afdeling situeert zich in de C-blok op de 2de verdieping.



Patiënten op Intensieve Zorgen hebben naast hun intensieve verzorging nood aan rust. Patiënten vinden het uiteraard fijn om bezoek te krijgen maar ervaren dit bezoek vaak als erg vermoeiend.

Bovendien vereist Intensieve Zorgen een continue aanwezigheid van de verpleegkundige aan het bed van de patiënt. Alleen op deze manier kan de kwaliteit en veiligheid van de zorg verzekerd worden.

Om bovenstaande redenen wordt het bezoek op de afdeling beperkt tot **2 bezoekmomenten per dag op afspraak**. We vragen u tijdens dit bezoekmoment het bezoek te beperken tot **3 personen** per patiënt.

Je kan dan ook dagelijks 1 bezoekmoment vastleggen op één van de onderstaande tijdstippen:

- 10u30 – 11u00
- 13u00 – 13u30
- 16u00 – 16u30
- 19u00 – 19u30
- 20u00 – 20u30

Bij het begin van het bezoek kan je je aanmelden aan de deur in de wachtzaal.

Het eerste bezoek aan de dienst Intensieve Zorgen kan erg confronterend zijn. De patiënt is immers omgeven door apparatuur en heeft mogelijk verschillende 'slangetjes' en klevers in en op het lichaam. Soms is het voor de patiënt niet mogelijk om te praten omdat hij een beademingstube in de keel heeft. Aarzel niet om de zieke aan te raken of aan te spreken, ook als hij niet kan antwoorden.

Schrik niet als er plots een alarm afgaat. De meeste alarmen zijn waarschuwings- en herinneringsalarmen. Dit betekent zeker niet altijd dat er iets fout loopt of dat je iets verkeerd doet. De verpleegkundige zal zo snel mogelijk gepast reageren en het signaal afzetten. Kinderen onder de twaalf jaar zijn in principe niet toegelaten omwille van de psychische impact dat een bezoek aan Intensieve Zorgen op hen kan hebben. In uitzonderlijke gevallen kan het bezoek gewenst zijn en wordt dit toch toegestaan na overleg met de verantwoordelijke verpleegkundige.

Bloemen, planten en voeding zijn om hygiënische redenen niet toegelaten op de dienst Intensieve Zorgen.

Wij vragen je de privacy van patiënten, andere bezoekers en zorgverleners te respecteren. Daarom is het niet toegestaan om gegevens met betrekking tot jouw bezoek te registreren of te verspreiden. Het nemen van foto's, het opnemen van gesprekken of filmen is daarom verboden.

TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID INTENSIEVE ZORGEN

Indien de medische toestand van de patiënt dit toelaat, mag hij wel gebruik maken van zijn GSM. Maar vaak zijn patiënten op Intensieve Zorgen, omwille van hun medische toestand, niet persoonlijk bereikbaar. Daarom kan de vertrouwenspersoon van de patiënt, buiten de bezoeken, telefonisch inlichtingen vragen. Een telefoontje kan je geruststellen, je kan ons dan ook dag en nacht bellen.

We zijn bereikbaar op het nummer **011 71 52 90**



Vertrouwenspersoon van de patiënt

Als behandelteam proberen we je als patiënt/familie/naasten zo goed mogelijk te informeren over de medische toestand, een diagnose of onderzoeken die nodig zijn om tot een diagnose te komen, maar ook informatie rond de behandeling en de verwachtingen op korte en langere termijn.

Strikt genomen hebben wij alleen een behandelrelatie met de patiënt. Tijdens een verblijf op Intensieve Zorgen is de patiënt echter niet altijd in staat om actief aan gesprekken deel te nemen of belangrijke keuzes te maken en beslissingen te nemen aangaande zijn behandeling.

Wij kunnen en mogen niet aan iedereen informatie over patiënten verstrekken. Om die reden willen we duidelijk vastleggen wie de vertrouwenspersoon/contactpersoon is namens de familie.

De vertrouwenspersoon is bijvoorbeeld een partner of familielid en wordt indien mogelijk door de patiënt zelf uitgekozen. Indien de patiënt zelf niet in staat is een vertrouwenspersoon aan te duiden vragen we dit aan familie of naasten.

Van de vertrouwenspersoon verwachten wij dat deze persoon indien nodig de informatie doorgeeft aan de overige familieleden en betrokkenen.

Telefonische contacten laten we bij voorkeur verlopen via deze vertrouwenspersoon. Andere familieleden of kennissen met vragen over de patiënt verwijzen we dan ook voor informatie door naar de vertrouwenspersoon.

Wij zullen de familie of naasten op de hoogte brengen wanneer er belangrijke wijzigingen optreden in de gezondheidstoestand van de patiënt. Het is wenselijk dat de vertrouwenspersoon 24 uur per dag bereikbaar is. Wanneer dit moeilijk te realiseren is, raden we je aan een tweede contactpersoon aan te duiden. Deze wordt dan gebeld als de vertrouwenspersoon niet bereikbaar is.



Wat heeft de patiënt nodig?

Zolang de patiënt op intensieve zorgen verblijft, is het dragen van de gebruikelijke nachtkledij niet mogelijk. Het is niet nodig om handdoeken te voorzien voor de patiënt. Breng enkel een toiletzak met douchegel, kam en tandenpoetsgerief mee alsook persoonlijke benodigdheden zoals bril, hoorapparaat of tandprothese.

Tablet of laptop zijn toegelaten. Dit kan voor enige afleiding zorgen voor de patiënt.

Waardevolle spullen laat je bij voorkeur thuis. Bij het opnamegesprek overloopt de verpleegkundige welke waardevolle zaken aanwezig zijn op de patiëntenkamer. Dit wordt genoteerd in het verpleegdossier.



Geïnformeerde toestemming

Op de dienst Intensieve Zorgen vinden een veelheid aan behandelingen, onderzoeken, procedures en ingrepen plaats. De soms ingrijpende onderzoeken en de zware behandelingen zijn noodzakelijk om goede zorgen aan de patiënt te verlenen. Dit ondanks het eventuele risico dat ze kunnen inhouden.

Op Intensieve Zorgen wordt vaak in urgentie en in intensiteit gehandeld. Voorafgaand kan niet altijd voor elke interventie persoonlijk met de patiënt of zijn vertegenwoordiger worden afgestemd. Daarom hanteren wij een speciale werkwijze wat betreft de geïnformeerde toestemming.

Bij opname op de dienst Intensieve Zorgen wordt aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger deze informatiebrochure overhandigd. In deze infobrochure worden de meest voorkomende behandelingen, ingrepen, procedures en onderzoeken toegelicht.

Hierbij verleent de patiënt of zijn vertegenwoordiger een "general informed consent" in functie van zijn/haar opname op de dienst Intensieve Zorgen en wordt dit door de behandelende arts in het patiëntendossier geregistreerd.

Wilsbekwame patiënten of hun vertegenwoordiger zullen door het behandelende team zo goed mogelijk op de hoogte gehouden worden van de evolutie van de gezondheidstoestand. Indien mogelijk worden behandelingen en onderzoeken vooraf besproken.

In zeldzame gevallen zal de ernst en de hoogdringendheid van de ziekte-toestand van de patiënt het niet toelaten om de patiënt of zijn vertegenwoordiger uitgebreid te informeren voor de procedure/behandeling. In het algemeen belang van de patiënt wordt hier in alle eer en geweten door het behandelteam mee omgegaan. Nadien zal alle noodzakelijke informatie worden verschaft.



Sinds 22 augustus 2002 bestaat er een wet die de rechten van de patiënt op een eenvoudige en overzichtelijke manier vastlegt. Deze wet wordt uiteraard ook in het Sint-Franciscusziekenhuis nageleefd.

De wet kent je en alle patiënten volgende rechten toe:

- Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening
- Het recht op de vrije keuze van de zorgverstreker (deze is wel beperkt tijdens de wachtdiensten)
- Het recht op informatie
- Het recht op vrij toestemmen in een behandeling of ingreep na voorafgaande informatie
- Het recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier met mogelijkheid tot inzage of afschrift
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy)
- Recht op het neerleggen van een klacht bij de ombudsdienst.

Voor meer informatie over de wet op patiëntenrechten kan je terecht op de website van de federale overheid.

<http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/patientenrechten>



De behandeling & onderdelen van de behandeling

BEHANDELING

De medische en verpleegkundige zorg op Intensieve Zorgen zijn intensief en complex. De totale behandeling bestaat uit verschillende onderdelen. Het is niet altijd haalbaar om alle voor- en nadelen en de risico's hiervan uitvoerig toe te lichten. Verder in deze informatiebundel willen we je dan ook zo goed mogelijk informeren over de belangrijkste aspecten van de behandeling op Intensieve Zorgen. Heb je hierover nog vragen dan kan je die altijd tijdens een gesprek met de artsen of verpleegkundigen stellen.

ONDERDELEN VAN DE BEHANDELING

- Infuustherapie
- Blaaskatheter
- Maagsonde
- Arteriële lijn
- Intubatie en beademing
- Anesthesie en sedatie
- Toedienen vasoactieve geneesmiddelen
- ...



Onderdelen van de behandeling

INFUUSTHERAPIE

Perifeer infuus:



Een perifeer infuus is een kleine canule van kunststof die met een naald in een kleine oppervlakkige ader wordt geplaatst, meestal in één van de armen. Via een infuus kan medicatie en/of vocht worden toegediend. Ook als een patiënt een centrale lijn heeft, kan het nodig zijn om daarnaast een perifeer infuus in te brengen. Bijvoorbeeld

omdat de patiënt medicatie moet worden toegediend, die niet tegelijkertijd via hetzelfde infuus kan of mag worden toegediend.

Aan het inbrengen van een perifeer infuus zijn geen ernstige complicaties verbonden. Het bloedvat waarin het infuus is geplaatst kan na verloop van tijd gaan ontsteken. Dit is een mogelijke reden om het infuus te verwijderen. Verder kan een infuus, ook als het in eerste instantie goed in de ader zit, later toch gaan lekken. Hierbij kunnen de toegediende vloeistoffen en medicatie onderhuids terecht komen. Door dagelijks de insteekplaatsen van lijnen en infusen goed te controleren kan dit tijdig worden onderkend. Ook in dit geval moet het infuus worden verwijderd.



Centrale lijn:



Naast de arteriële lijn wordt bij veel patiënten een centrale lijn ingebracht. Dit is een infuus in een grote ader met meerdere aansluitingen en een meervoudige functie. De belangrijkste reden om een centrale lijn in te brengen is het toedienen van medicatie. Deze medicatie mag of kan

niet via een gewoon infuus (perifeer infuus) worden toegediend, om uiteenlopende redenen. Ook wanneer patiënten niet via het maagdarmsstelsel kunnen worden gevoed, is een centrale lijn noodzakelijk om langs deze weg intraveneuze voeding te kunnen toedienen.

Het inbrengen van een centrale lijn gebeurt door een arts onder steriele omstandigheden. De aders waarin een centrale lijn kan worden ingebracht bevinden zich in de hals (vena jugularis), onder het sleutelbeen (vena subclavia) of in de lies (vena femoralis), zowel links als rechts. Uiteraard zijn er aan het inbrengen van een centrale lijn risico's verbonden, waarvan bloeding (vroeg complicatie) en infectie (late complicatie) de belangrijkste zijn. Een zogenaamd lijn-gerelateerde of katheter-gerelateerde infectie kan pas na dagen ontstaan en daarom bekijken we iedere dag of een centrale lijn nog wel nodig is. Zo niet wordt de lijn verwijderd.

Een bloeding kan ontstaan doordat niet de ader, maar de slagader wordt aangeprikt. Op bovengenoemde plaatsen lopen de grote aders vlakbij de grote slagaders. Door het gebruik van echoapparatuur zijn ader en slagader echter goed van elkaar te onderscheiden. Bij het inbrengen van een centrale lijn onder het sleutelbeen (vena subclavia) bestaat het risico dat de punt van de naald de long raakt. Dit kan leiden tot een klaplong (pneumothorax). Bij een ernstige klaplong moet een drain (thoraxdrain) in de borstholte worden ingebracht.

Ook voor de centrale lijnen geldt dat we in de meeste gevallen niet zonder kunnen, zeker niet als er bloeddrukregulerende medicatie wordt toegediend.

ARTERIËLE LIJN



Bij de meeste patiënten op Intensieve Zorgen wordt een arteriële lijn geplaatst. Dit is een kunststof canule die in een slagader wordt ingebracht met 2 belangrijke functies.

Ten eerste kan de druk in de slagader (de bloeddruk) continu gemeten worden. Hiermee wordt het effect van bepaalde geneesmiddelen op de bloeddruk nauwkeurig gevolgd en kan de behandeling indien nodig bijgestuurd worden. In tegenstelling tot periodieke bloeddrukmeting via een manchet worden we direct gewaarschuwd bij belangrijke bloeddrukstijging of bloeddrukdaling.

Een tweede functie is de mogelijkheid om via de arteriële lijn bloed af te nemen. Bij patiënten op Intensieve Zorgen wordt verschillende malen per dag een kleine hoeveelheid bloed afgenomen om waarden (bijvoorbeeld het bloedsuiker- of kaliumgehalte) te bepalen. Zonder arteriële lijn moet de patiënt hiervoor te vaak worden geprikt. Omdat het bloed uit een slagader met zuurstofrijk bloed wordt afgenomen, kan ook het effect van de beademing worden opgevolgd door het zuurstof- en koolzuurgasgehalte te meten. De arteriële lijn kan op verschillende plaatsen worden ingebracht. Meestal gebeurt dit aan de binnenkant van de pols (waar men ook de hartslag kan voelen). Andere mogelijkheden zijn de slagaders in de elleboogplooï en in de liezen.

Bekende complicaties van het prikken van arteriële lijnen zijn infectie, lokale bloedingen of bloeditstoringen en doorbloedingsstoornissen van lichaamsdelen, waar de slagader naartoe gaat. Vooral bij arteriële lijnen in de lies bestaat de kans op bloeding die soms moeilijk te stelpen is. Zenuwbeschadiging kan ontstaan omdat de zenuwen in het lichaam vaak dicht bij de slagader lopen. Door het aanprikken van de slagader kan een uitstulping van de slagader ontstaan met een verzwakte wand (pseudo-aneurysma). Voor vrijwel alle complicaties met betrekking tot arteriële lijnen geldt dat ze weinig frequent voorkomen, matig ernstig zijn en over het algemeen goed te behandelen zijn.

De voordelen van de arteriële lijn wegen ruimschoots op tegen de eventuele nadelen. Bij beademde patiënten en patiënten die met bloeddrukregulerende medicatie worden behandeld, kunnen we niet zonder.

BLAASKATHETER

Bijna alle patiënten op de dienst Intensieve Zorgen hebben een blaaskatheter. Hiermee wordt de urine vanuit de blaas direct naar buiten het lichaam afgevoerd en opgevangen in een plastic zak. Voor een deel is dit omwille van praktische redenen.

Patiënten kunnen op onze afdeling meestal niet naar een toilet omdat ze met allerlei kabeltjes aan een monitor en andere toestellen verbonden zijn. Ook kunnen niet alle patiënten aangeven wanneer ze moeten plassen.

Daarnaast is het voor het behandelteam belangrijk om de hoeveelheid geproduceerde urine nauwgezet (vaak ieder uur) op te volgen. De urineproductie leert ons veel over de doorbloeding van vitale organen (in dit geval de nieren).

Net als een arteriële lijn, een perifeer infuus, een centrale lijn of een maagsonde hoort een blaaskatheter bij de standaard behandeling op de Intensieve Zorgen.



MAAGSONDE

Een maagsonde is een buisje dat via de neus of de mond door de slokdarm in de maag wordt geplaatst. Dit buisje dient meestal om sondevoeding te kunnen toedienen. Dit geldt vooral voor patiënten aan de beademing, die vanwege het beademingsbuisje (tube) niet kunnen eten en drinken. Ook niet beademde patiënten worden vaak via een maagsonde gevoed, bijvoorbeeld bij slikproblemen of ernstige zwakte. Naast voeding kan ook medicatie via de maagsonde worden toegediend.



Een andere reden om een sonde in de maag in te brengen, kan zijn om maag- en darmsappen af te voeren als de darmen niet goed werken. Het inbrengen van een maagsonde is een relatief

eenvoudige handeling, wat een enkele keer kan leiden tot een bloedneus. Theoretisch is het mogelijk dat de sonde ongewild in de luchtpijp terecht komt. Voordat de voeding wordt gestart, wordt de positie van de sonde altijd grondig gecontroleerd.

INTUBATIE EN BEADEMING

Intubatie:



Intubatie betekent het inbrengen van een beademingsbuis. Een beademingsbuis wordt ook wel een 'tube' (Engels) genoemd. Een tube is nodig om een patiënt te beademen en wordt over het algemeen via de mond ingebracht, maar soms ook via de neus. Aan het einde van de tube zit een ballonnetje dat wordt opgeblazen, zodat er geen lekkage is van de lucht die door de beademingsmachine in de longen wordt geblazen. De tube bevindt zich voorbij de stembanden en daardoor kan een patiënt met een tube niet praten.

Om een beademingsbuisje te kunnen inbrengen is het noodzakelijk dat de patiënt onder narcose (zie hoofdstuk anesthesie) wordt gebracht, tenzij er al een sterk gedaald bewustzijn (coma) bestaat. Het inbrengen van een tube is niet zonder risico's maar noodzakelijk als een patiënt moet worden beademd.

De belangrijkste risico's van intubatie zijn weefselschade (keel, stembanden en luchtpijp) en schade aan gebitselementen (meestal de boventanden). Daarnaast bestaat het risico op verslikken waarbij maaginhoud in de longen terecht komt. Dit wordt ook wel aspiratie genoemd. Dit is de reden waarom patiënten die gepland geïntubeerd worden bij een operatie, nuchter moeten zijn.

Als er grote hoeveelheden maaginhoud in de longen terechtkomen, kan dit de gasuitwisseling zodanig nadelig beïnvloeden dat de patiënt hieraan overlijdt. Ook als de intubatie niet lukt en de patiënt daardoor niet beademd kan worden, kan dit leiden tot zuurstofgebrek en zelfs overlijden. Ernstige complicaties van intubatie zijn gelukkig zeldzaam. Elke intubatie (ook bij spoed) wordt zorgvuldig voorbereid en de uitvoering is in handen van goed getrainde ervaren artsen.

Beademing:



Bij veel patiënten op Intensieve Zorgen moet de ademhaling ondersteund worden (beademen), omdat ze tijdelijk niet of onvoldoende zelf kunnen instaan voor voldoende zuurstofopname en/of koolzuurgasafgave. De reden om tot beademing over te gaan kan uiteenlopen van een laag zuurstofgehalte in het bloed of tot een te hoog koolzuurgehalte. Soms gebeurt dit ook

omdat een patiënt te veel inspanning (adearbeid) moet leveren om de gasuitwisseling op peil te houden.

Patiënten die in coma zijn hebben ook vaak een beademingstube nodig omwille van het sterk verhoogde risico op verslikken. Tijdens operaties onder anesthesie (narcose) worden patiënten ook meestal beademd. Als patiënten na een ingreep op Intensieve Zorgen worden opgenomen worden ze in sommige gevallen daar ook beademd naartoe gebracht.

Invasieve of niet- invasieve beademing:



Beademing kan op verschillende manieren worden toegepast. Er wordt onderscheid gemaakt tussen invasieve en niet-invasieve beademing. Bij invasieve beademing wordt een buisje tot in de luchtpijp ingebracht (zie intubatie). In een later stadium soms via de hals (zie verder tracheotomie). In sommige gevallen is het mogelijk om niet-invasief (zonder buisje) te beademen. De beademingsmachine wordt dan aangesloten op

een masker dat strak over de neus en de mond wordt geplaatst.

Niet-invasieve beademing is niet bij alle patiënten mogelijk en soms moet alsnog een beademingstube worden ingebracht om invasief te kunnen beademen.

Nadelen beademing:

Beademing kent ook nadelen en om die reden wordt steeds zorgvuldig afgewogen of beademing wel of niet nodig is. De wijze waarop een beademingsmachine de longen van een patiënt beademt, wijkt sterk af van de manier waarop wij normaal ademhalen. Hierdoor kan schade aan de longen ontstaan. Door deze schade kunnen de longen stug worden waardoor beademen steeds lastiger wordt.

Door de beademing kan mogelijk een klaplong (pneumothorax) ontstaan. Verder is het bekend dat beademing het risico op een longontsteking (pneumonie) doet toenemen.

Bij niet-invasieve beademing bestaat het risico op drukplekken door het masker en is er een verhoogde kans op verslikken. Dit wordt ook wel aspiratie genoemd waarmee bedoeld wordt dat er maaginhoud in de luchtwegen/longen terecht komt.

Noodzaak beademing:

Uit bovenstaande volgt dat beademing schadelijk kan zijn. Beademing is vaak noodzakelijk én kan zelfs levensreddend zijn. Meestal is er een duidelijke reden waarom patiënten tijdelijk niet zelfstandig kunnen ademen, bijvoorbeeld een ernstige infectie die eerst behandeld moet worden. De beademing die daar bij hoort moet je zien als het tijdelijk overnemen van een belangrijke lichaamsfunctie. Van zodra de omstandigheden het toelaten zullen we dan ook proberen de patiënt terug zoveel mogelijk zelf te laten ademen.

Houding van de beademde patiënt in bed:

Meestal wordt de beademde patiënt in rugligging verpleegd waarbij hij afwisselend op de ene zijde en vervolgens op andere zijde wordt gedraaid. Dit noemen we wisselhouding. Indien mogelijk worden patiënten rechtop zittend in bed gezet.



ANESTHESIE EN SEDATIE

Voor sommige (be-)handelingen op Intensieve Zorgen is het nodig de patiënt onder anesthesie (narcose) te brengen.

Sedatie is een kunstmatige slaap die minder diep is dan anesthesie en kan variëren tussen lichte sedatie en diepe sedatie. Bij lichte sedatie krijgt de patiënt slaapmedicatie toegediend, maar is nog te wekken door geluid of lichte aanraking. Bij diepe sedatie is een sterke prikkel nodig om een reactie op te wekken.

De grens tussen diepe sedatie en anesthesie is niet eenduidig. De redenen om patiënten te sederen lopen uiteen van bestrijding van ongemak of angst tot het effectiever kunnen beademen van patiënten met ernstig zieke longen. Hoewel we begrijpen dat een behandeling op Intensieve Zorgen voor een patiënt zeer belastend kan zijn, weten we ook dat een te lange of te diepe sedatie leidt tot een slechtere uitkomst. We maken per patiënt steeds een gebalanceerde afweging.

Bij enkele ziektebeelden, zoals moeilijk te behandelen epilepsie, is het soms noodzakelijk de patiënt enkele dagen onder narcose te brengen.



MEDICATIE OP INTENSIEVE ZORGEN

Toedienen vasoactieve middelen:



Ernstig zieke patiënten hebben vaak stoornissen in hun bloedsomloop (hemodynamiek). Hierbij kan de hartslag heel hoog zijn of juist heel laag. Hetzelfde geldt voor de bloeddruk. Deze stoornissen kunnen zo ernstig zijn dat een patiënt hieraan kan overlijden. Om de hartslag en bloeddruk weer stabiel te krijgen, zijn vaak krachtige geneesmiddelen noodzakelijk die via een pomp en een centrale lijn worden toegediend.

Deze medicatie wordt ook wel vasoactieve middelen genoemd omdat ze deels op de wand van de bloedvaten (vas=bloedvat) werken. Sommige van deze middelen zijn zeer kortwerkend (het effect houdt slechts een paar minuten aan). Om deze reden worden ze continu

toegediend waarbij de dosering telkens wordt bijgesteld. Patiënten die met deze krachtige vasoactieve middelen worden behandeld hebben altijd een arteriële lijn nodig om de bloeddruk nauwkeurig te volgen en een centrale lijn om de medicatie toe te dienen.

Toediening antibiotica:

Infecties vormen een belangrijk probleem op de dienst Intensieve Zorgen. Veel patiënten worden met een infectie opgenomen, bijvoorbeeld met een ernstige longontsteking of een gecompliceerde urineweginfectie. Hierbij worden routinematig kweken afgenomen. Wanneer een microbe wordt gekweekt kan gericht met antibiotica worden behandeld. Als niet bekend is wat de verwekker is maar wel duidelijk dat de patiënt een ernstige infectie (sepsis) heeft, dan wordt vaak gestart met breed spectrum antibiotica. Dit zijn antibiotica die effectief zijn bij veel verschillende bacteriën. Van zodra de kweken bekend zijn (dit kan enkele dagen duren) kunnen meer gericht antibiotica worden toegediend.

Toediening andere medicatie:

Naast vasoactieve medicatie en antibiotica krijgen de patiënten op de dienst Intensieve Zorgen verschillende andere medicijnen. Dit kan medicatie zijn die thuis ook wordt gebruikt. Mogelijk kan/mag thuismedicatie niet gebruikt worden.

Veel gebruikte medicatie op onze afdeling zijn pijnstillers, slaapmiddelen, antitrombose middelen, maagprotectie en bloeddruk-regulerende middelen.

Vaak krijgen patiënten inhalatie medicatie (vernevelingen).

Bijna alle patiënten die kunstmatig worden gevoed (sondevoeding via de maag of voeding via het bloedvat) hebben insuline nodig om de bloedsuiker op het gewenste niveau te houden.

Als je ziet dat jouw familielid of naaste met insuline wordt behandeld, betekent dit niet automatisch dat hij of zij vanaf dat moment diabetes mellitus (suikerziekte) heeft.

Het wel of niet toedienen van (eigen) medicatie is afhankelijk van vele factoren. Dagelijks wordt beoordeeld welke medicatie nog wel of niet meer nodig is. Verder wordt ook beoordeeld of bepaalde medicatie moet worden gestart of kan worden hervat. Medicijnen kunnen op diverse manieren worden toegediend: als tablet om door te slikken of fijngemalen via de maagsonde. Maar ook als drank, via het infuus of met behulp van een injectie.

Het is belangrijk dat we op de hoogte zijn van eventuele allergieën of overgevoeligheidsreacties. Behalve voor medicijnen willen we ook graag weten of patiënten overgevoelig zijn voor andere stoffen zoals bepaalde voeding, pleisters of röntgencontrastmiddelen...



BLOEDAFNAME VOOR ONDERZOEK:

Om de behandeling op Intensieve Zorgen goed te kunnen sturen, is frequent bloedonderzoek nodig. Bij beademde patiënten controleren we regelmatig het zuurstof- en koolzuurgasgehalte in het bloed. Als we insuline aan patiënten geven, moeten we geregeld het bloedsuikergehalte meten. Zo kunnen er allerlei redenen zijn om bloed af te nemen en naar het laboratorium te sturen voor onderzoek.

Bij de meeste patiënten op Intensieve Zorgen moet meerdere keren per dag bloed worden afgenomen. Bij patiënten met een arteriële lijn kan dit gebeuren zonder telkens opnieuw te prikken. We proberen vanzelfsprekend het aantal bloedafnames en de totale hoeveelheid afgenomen bloed tot een minimum te beperken.

Behalve bloed kan het nodig zijn om andere lichaamsvochten nader te onderzoeken. Denk hierbij aan: urine, drainvocht, slijm uit de longen (sputum) of ontlasting.

OVERIGE DIAGNOSTIEK:

Naast bloedonderzoeken en het verrichten van kweken worden bij patiënten op Intensieve Zorgen nog tal van andere onderzoeken verricht.

Nadat een beademingstube of een centrale lijn is geplaatst, wordt vaak een röntgenfoto gemaakt ter controle. Er kan echter ook een andere reden zijn om een foto van het hart en de longen te maken. Deze foto's worden gemaakt met een mobiel röntgenapparaat op de afdeling. Andere onderzoeken die frequent op Intensieve Zorgen worden uitgevoerd zijn een ECG (hartfilmpje), een echografie (van het hart, de buik of de borstholte), een EEG (hersenfilmpje), kijkonderzoeken van de maag, darmen of longen.



TRANSPORT:

Niet alle noodzakelijke onderzoeken en behandelingen kunnen op de Intensieve Zorgen zelf plaatsvinden. Hiervoor worden de patiënten vervoerd naar de locatie waar het onderzoek of de behandeling wel kan plaatsvinden. Het onderzoek waarvoor de patiënten vaak de dienst tijdelijk verlaten, is een CT-scan of MRI.

Vanzelfsprekend gaat de ondersteunende behandeling die de patiënt krijgt zoveel mogelijk door tijdens het transport. Dit geldt o.a. voor de beademing en toediening van vasoactieve middelen. Er zijn echter ook onderdelen van de behandeling die tijdelijk worden onderbroken.

Voor een onderzoek (of behandeling) buiten de afdeling is het belangrijk dat de voordelen opwegen tegen de risico's van het transport. Door het treffen van allerlei voorzorgsmaatregelen worden de risico's zoveel mogelijk gereduceerd. Tijdens een transport van een beademde intensieve zorgen patiënt is naast een verpleegkundige ook altijd een arts aanwezig bij de patiënt.



TRACHEOTOMIE:

Bij een tracheotomie wordt een buisje (canule) via de hals in de luchtpijp (trachea) ingebracht. Deze canule vervangt de beademingstube, die meestal via de mond is ingebracht. Er zijn verschillende redenen om dit te doen. De belangrijkste is langdurige beademing (meer dan 2 à 3 weken), waarbij een patiënt langzaam en geleidelijk van de beademing moet worden ontwend. Andere redenen zijn: een langdurig sterk gedaald bewustzijn (coma), ernstige (spier) zwakte (Critical Illness Polyneuropathie) of zwelling van de hals. Hierbij is een detubatie (het verwijderen van het normale beademingstube) niet (veilig) mogelijk.

Voor patiënten is een tracheacanule veel comfortabeler dan een beademingstube via de mond. Een ander voordeel is dat iemand met een canule niet voortdurend beademd hoeft te worden en (onder bepaalde condities) kan spreken. Ook kan de mondkeelholte beter worden verzorgd. Meestal wordt een tracheotomie op de dienst Intensieve Zorgen uitgevoerd, waarbij de patiënt onder narcose wordt gebracht.

Complicaties:

Mogelijke complicaties van de ingreep kunnen gerelateerd zijn aan de anesthesie of aan de ingreep zelf. Vanzelfsprekend kan er een bloeding optreden en daarnaast bestaat de mogelijkheid dat er uitgedemde lucht onder de huid terecht komt. Op langere termijn kan een vernauwing van de luchtpijp optreden. Een eventuele tracheotomie bij jouw familielid of naaste wordt altijd vooraf besproken.

TRANSFUSIE:

Met een transfusie bedoelen we toediening van bloed of bloedproducten. Vanwege de potentiële risico's zijn we zeer terughoudend met het toedienen van bloedproducten maar dikwijls ontkomen we er niet aan.

Vanzelfsprekend dienen we geen bloedproducten toe aan patiënten die duidelijk hebben aangegeven dit niet te willen, bijvoorbeeld vanwege hun geloofsovertuiging of om een andere reden.



THORAXDRAIN:



Een thoraxdrain is een slang (drain), die in de borstholte (thorax) wordt ingebracht. Onder normale omstandigheden liggen de longvliezen (pleurae) tegen elkaar aan. Bij zieke mensen kan zich hier vocht ophopen. Met een drain kan dit vocht worden weggehaald waardoor het ademen makkelijker wordt. Een andere reden om een thoraxdrain in te brengen is de ophoping van lucht in de pleuraholte zoals bij een klaplong.

In principe wordt het inbrengen van een thoraxdrain op voorhand besproken. Hiervoor is niet altijd voldoende tijd. In sommige gevallen kan een klaplong een acute behandeling vergen. Complicaties van thoraxdrainage zijn bloeding, infectie, zenuwbeschadiging en een klaplong.

ELEKTRISCHE CARDIOVERSIE:

Een elektrische cardioversie is het behandelen van bepaalde hartritmestoornissen met een elektrische schok. Er wordt onderscheid gemaakt tussen ritmestoornissen, waarbij het hart nog wel (effectief) pompt en ritmestoornissen waarbij dit niet het geval is. Soms moet er acuut een schok worden toegediend omdat er door de ritmestoornis onvoldoende circulatie is.

Er zijn echter ook minder ernstige ritmestoornissen, waarvan boezemfibrilleren (voorkamerfibrillatie of VKF) de bekendste en meest voorkomende is. Meestal wordt er in eerste instantie geprobeerd om het boezemfibrilleren met geneesmiddelen te behandelen. Lukt dit niet dan kan elektrische cardioversie uitkomst bieden.

Voor een elektrische cardioversie wordt de patiënt kortdurend onder narcose gebracht en dient hij nuchter te zijn. De kans op complicaties is klein.

FIXATIE/VALPREVENTIE:

Met fixatie wordt bedoeld dat patiënten met een of meerdere ledematen en soms ook met het lichaam aan het bed worden vastgemaakt. Dit zijn maatregelen die we liever vermijden. Er zijn echter situaties waarbij fysieke fixatie noodzakelijk is om schade voor de patiënt te voorkomen.

Bij invasief beademde patiënten zullen we altijd overgaan tot fixatie van beide handen d.m.v. polsbandjes. Door het toedienen van slaapmedicatie hebben deze patiënten vaak een verlaagd bewustzijn waardoor ze onbedoeld aan de tube of andere delicate buisjes of kabels zouden kunnen trekken.

Vaak zijn patiënten onrustig en verward. Deze onrust en verwardheid kunnen in wisselende mate aanwezig zijn en komen vaak voort uit een delier (zie volgende pagina).

We proberen eerst om een delier of de onrust met medicatie te bestrijden. Soms lukt dit niet of niet snel genoeg. Het risico bestaat dat patiënten tijdens hun verwardheid gaan trekken aan infusen, sondes, blaaskatheter of centrale lijn. Dit kan tot levensbedreigende situaties leiden. Om patiënten tegen zichzelf te beschermen is het dikwijls nodig om de handen (en/of de voeten) vast te leggen.

Het fixeren van patiënten is een vrijheidsbeperkende maatregel. De voorwaarden en de manier van fixatie zijn in een strikt protocol vastgelegd. In principe moet dit vooraf met de patiënt of op het moment zelf met de vertrouwenspersoon worden besproken. In de praktijk kan het zijn dat ter bescherming van de patiënt wordt overgegaan tot fixatie en dat dit pas op een later tijdstip met de vertrouwenspersoon besproken kan worden. In ieder geval proberen we steeds om zo minimaal mogelijk te fixeren en de periode van fixatie zo kort mogelijk te houden.

Gezien het risico op vallen door de aanwezigheid van monitoringkabels, infuusleidingen, sondes en katheters, staan we niet toe dat patiënten op Intensieve Zorgen alleen opstaan uit het bed. Het mobiliseren zal steeds gebeuren onder begeleiding of met hulp van één of meerdere verpleegkundigen.

VEEL VOORKOMENDE AANDOENING TIJDENS OPNAME OP INTENSIEVE ZORGEN

Aandoeningen die veel voorkomen bij patiënten tijdens een opname op Intensieve Zorgen zijn: delier (verwardheid), decubitus (doorliggen), sepsis (ernstige infectie), multiple orgaan falen (uitvallen van de functie van meerdere organen) en CIPNP (ernstige zwakte)

DELIER:

Op Intensieve Zorgen zien we bij veel patiënten een delier optreden. Een delier is een zogenaamde psycho-organische stoornis. Dit betekent dat de verschijnselen van een delier vooral van geestelijke (psychische) aard zijn, maar dat de achterliggende oorzaak iets lichamelijk is.

Patiënten met een delier hebben meestal een wisselend bewustzijn en een gestoorde waarneming (soms zelfs levendige hallucinaties). Vreemde prikkels (zoals piepjes en alarmen) zijn op de Intensieve Zorgen uit oogpunt van veiligheid niet helemaal te vermijden.

De behandeling van een delier is erop gericht de oorzakelijke factor weg te nemen, bijvoorbeeld een infectie te bestrijden met antibiotica. Daarnaast is het belangrijk dat de omgeving van de patiënt zoveel mogelijk structuur biedt en zo weinig mogelijk 'vreemde' prikkels. In de folder 'Acute verwardheid' vind je meer informatie hierover.

DECUBITUS:

Patiënten die langdurig verpleegd worden, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van doorligwonden (decubitus). Er zijn allerlei factoren die de kans op decubitus verhogen: een gedaald bewustzijn, verminderd bewegen, een slechte voedingstoestand en slechte doorbloeding van de weefsels. Bij patiënten op onze afdeling merken we meestal een combinatie van deze factoren. Plaatsen op het lichaam, welke extra gevoelig zijn voor doorligwonden, zijn die waar het bot dicht onder de huid is gelegen: de stuit, hielen, ellebogen, schouders en achterhoofd. Met preventieve maatregelen is een deel van de doorligwonden te voorkomen. Op de dienst Intensieve Zorgen hebben alle patiënten een anti-decubitusmatras. Als het medisch gezien verantwoord is passen we wisselhouding toe. Mocht er toch decubitus optreden dan behandelen we dit in een zo vroeg mogelijk stadium.

SEPSIS:

Sepsis is een aandoening die vaak voorkomt op de Intensieve Zorgen. In de volksmond wordt dit ook wel bloedvergiftiging genoemd. Feitelijk betekent sepsis dat er een infectie is met daarbij tekenen van een ontsteking in het hele lichaam. De symptomen die daarbij horen zijn koorts (of juist ondertemperatuur), een versnelde hartslag, een snelle ademhaling en te weinig of juist teveel witte bloedcellen in het bloed. Vaak (maar niet altijd) is het duidelijk waar de infectie zit. De infectie kan in de luchtwegen zitten maar ook in het maag-darmstelsel, de galwegen of urinewegen.

Soms is de oorzaak van de infectie een infuus in een grote ader (centrale lijn). Belangrijk bij de behandeling van een sepsis is dat de veroorzakende bacterie met antibiotica wordt bestreden. Daarnaast moet de bron van de sepsis worden aangepakt. Dit kan betekenen dat een abces in de buik wordt gedraineerd of dat een verdachte centrale lijn of een galsteen moet worden verwijderd. Een sepsis is een ernstig ziektebeeld waaraan de patiënt kan overlijden. Vooral als er multiple orgaan falen (uitvallen van meerdere organen) optreedt.

MULTI ORGAAN FALEN:

Door een ziekte of ongeval kan multi orgaan falen optreden. Een opname op Intensieve Zorgen heeft vaak als reden (al dan niet dreigend) het falen van één of meerdere orgaansystemen. Dit kan de circulatie (bloedsomloop) betreffen of het respiratoire systeem (ademhaling). Ook de nieren, de lever en het stollingssysteem kunnen betrokken zijn in het orgaanfalen.

Het aantal organen of orgaansystemen dat hierbij betrokken is, zegt iets over de ernst van de ziekte en indirect ook over de prognose. Een groot deel van de behandeling op Intensieve Zorgen is erop gericht om (tijdelijk) falende orgaansystemen te ondersteunen.

Eén van de eerste organen die betrokken is in dit multi orgaan falen zijn vaak de nieren. Soms is het noodzakelijk de functie van de nieren tijdelijk over te nemen met een dialysetoestel in afwachting dat de eigen nierfunctie zich herstelt.



CRITICAL ILLNESS POLYNEUROPATHIE (CIPNP):

CIPNP is de medische term voor ernstige zwakte. We zien dit regelmatig bij patiënten die ernstig ziek zijn (geweest).

Er is nog veel onduidelijkheid over de precieze oorzaak van deze zwakte. Dit neemt echter niet weg dat het de revalidatie van patiënten flink kan bemoeilijken.

De zwakte kan zo uitgesproken zijn dat de patiënt totaal verlamd is en alleen nog met de ogen kan knippen.

Door de zwakte kan bijvoorbeeld het ontwennen van de beademing moeizaam verlopen. Er wordt dan besloten een tracheotomie (inbrengen van een buisje in de luchtpijp) uit te voeren. Volledig herstel van een CIPNP is mogelijk, maar kan tot enkele maanden vergen. Soms blijven er restverschijnselen van een CIPNP over. Met een EMG (elektromyografie) kan de diagnose worden bevestigd. Voor de aandoening bestaat echter geen specifieke behandeling.

OVERIGE INFORMATIE:

Hygiëne:

Ieder mens draagt miljarden bacteriën met zich mee. Deze micro-organismen komen bijvoorbeeld voor op de huid, in de neus, mond en darmen. Gelukkig beschermt een goede afweer (de weerstand tegen infecties) de mens tegen deze bacteriën. In ons normaal dagelijks contact met andere mensen of voorwerpen pakken we bacteriën op en geven we bacteriën af. Dit gebeurt meerdere malen per dag. De meeste bacteriën zijn niet ziekmakend, ze helpen ons zelfs bijvoorbeeld bij het verteren van voedsel.

In het ziekenhuis bevinden zich veel mensen dicht op elkaar. De kans op het verspreiden van bacteriën wordt hierdoor vergroot. Patiënten in het ziekenhuis hebben vaak een verminderde weerstand en lopen daardoor sneller een infectie met ziekmakende bacteriën op. Om deze reden besteedt het ziekenhuis extra aandacht aan het voorkomen van de verspreiding van micro-organismen zoals bacteriën en virussen. Met onze hygiëne maatregelen proberen we te voorkomen dat bacteriën of andere micro-organismen zich verspreiden naar andere patiënten, ziekenhuismedewerkers of bezoekers.

Isolatie:

Het kan noodzakelijk zijn dat jouw familielid geïsoleerd behandeld en verpleegd moet worden. Dit kan het geval zijn als is vastgesteld (of de mogelijkheid bestaat) dat hij of zij een voor andere patiënten potentieel gevaarlijk micro-organisme (bacterie) bij zich draagt. Verspreiding van een micro-organisme kan plaatsvinden via aanraking of via de lucht bijvoorbeeld door hoesten of niezen. Door de isolatiemaatregelen proberen we verspreiding te voorkomen.

Indien isolatie van toepassing is bij jouw familielid zullen we je tijdens je bezoek daarvan op de hoogte stellen en je inlichten welke maatregelen op jou van toepassing zijn.

Overplaatsing naar een verpleegafdeling:

De patiënt is ontslagklaar wanneer de intensivist oordeelt dat verdere intensieve zorgen niet meer nodig zijn. In de meeste gevallen kunnen we je op voorhand inlichten wanneer de patiënt naar de kamer kan.

Overplaatsing ander ziekenhuis:

Het Sint-Franciscusziekenhuis werkt nauw samen met een aantal andere ziekenhuizen. Soms wordt een patiënt vanwege een specifieke expertise naar een ander ziekenhuis overgeplaatst. Vervoer van deze patiënten vindt plaats met een speciale ambulance. De patiënt wordt tijdens dit transport zo nodig begeleid door een verpleegkundige en intensivist.

Palliatieve zorgen – DNR beleid:

Soms biedt een medische behandeling geen oplossing meer voor een bestaand medisch probleem, levert het geen verbetering op (of soms eerder een verslechtering) en kan hierdoor het comfort verlagen. In dat geval kan ervoor gekozen worden de behandeling te stoppen of ze niet op te starten. Bij het nemen van dergelijke beslissingen wordt steeds een onderscheid gemaakt tussen behandelingen die bedoeld zijn om de klachten te beperken en het comfort te verhogen en behandelingen die levensreddend of levensverlengend zijn.

Voor meer informatie over DNR-codes verwijzen we naar de patiëntenbrochure "DNR"



Ontevredenheid en klachten:

Het kan zijn dat je als patiënt of als familielid ontevreden bent over de behandeling of begeleiding door het team van Intensieve Zorgen. We raden je in eerste instantie aan de problematiek te bespreken met het behandelteam, bij voorkeur met de verantwoordelijke verpleegkundige of intensivist. Mocht dit niet tot een bevredigend resultaat leiden kan je beroep doen op bemiddeling door de ombudsdienst.

Orgaan- en weefseldonatie:

Soms loopt een opname op intensieve zorgen niet goed af. Na een trauma of andere ernstige aandoening kan het zijn dat de patiënt komt te overlijden of hersendood wordt verklaard. In deze situatie wordt er door het behandelteam telkens geëvalueerd of de patiënt mogelijks in aanmerking komt voor een donorprocedure. De afdeling heeft een vaste lokale donorcoördinator die dit samen met de arts tijdig met de betrokken familie bespreekt. Dit zal samen met de hulp van de intensieve zorgen verpleegkundige, de intensivist en de sociaal assistent(e) van de afdeling op een serene manier met de familie worden doorgenomen.





Publicatie: Mei 2024, team intensieve zorgen
Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129 | 3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 | Fax. 011 71 50 01 | www.sfz.be

