

Intensive care en Medium care

Locatie VUmc

Welkom op de Intensive care en Medium care

Informatie over de afdeling, medewerkers en behandeling

Inhoud

Praktische informatie	5
Locaties en telefoonnummers IC/MC	5,6
Bereikbaarheid, routeplanner en parkeren	7
Bezoekregels en –tijden	7
Familiiekamers	9
Medische informatie patiënt	10
Gesprek met arts/intensivist	10
Tolk nodig	10
Familie S.O.S. nummer	11
Mijn dossier	11
Second opinion	11
Het zorg- en behandelteam	13
Apparatuur en camerabewaking	15
Toestemming geven voor behandeling	16
Onderdelen van de behandeling IC/MC	17
Gevolgen van het ernstig ziek zijn	32
(Hand)hygiëne	35
Persoonlijke bezittingen van de patiënt	35
Familiebegeleiding	36
Dagboekje	37
Overplaatsing	37
Nazorg (poli)	38
Wetenschappelijk onderzoek	39
Registratie patiëntengegevens	39
Vragen en/of opmerkingen	40
Schenkeningen	41

Uw familielid (naaste) is opgenomen op de afdeling Intensive care volwassenen (IC) of Medium care (MC). Op de Intensive care en Medium care afdelingen worden patiënten behandeld met een ernstige ziekte, na een zwaar ongeval of na een grote operatie. Een of meer lichaamsfuncties zijn uitgevallen of worden bedreigd, zoals ademhaling, bloedsomloop, interne organen en bewustzijn. Deze moeten intensief bewaakt, ondersteund of zelfs overgenomen worden. Met behulp van monitoren, metingen en observaties worden veranderingen in de toestand van de patiënten snel opgemerkt. Zo kan de behandeling indien nodig snel worden aangepast.

In deze folder leggen we zo goed mogelijk uit wat dit voor de patiënt en voor u als naaste betekent. Er staat veel informatie in over de verschillende onderdelen van de behandeling die uw naaste krijgt. **Het is belangrijk dat u deze folder leest.** Deze informatie is een aanvulling op de mondelinge informatie die u van artsen en verpleegkundigen krijgt en sluit aan bij de algemene patiënteninformatie van Amsterdam UMC, locatie VUmc. Met vragen kunt u altijd bij ons terecht.

Praktische informatie

Locaties

Amsterdam UMC, locatie VUmc heeft twee Intensive care afdelingen en één Medium care afdeling. De afdeling Intensive care (IC) en Medium care (MC) bevindt zich in het ziekenhuisgebouw op de 7^e verdieping. De Intensive care afdeling bestaat uit twee afdelingen 7B en 7C. Elke afdeling bestaat uit 2 units, een A- en een B-kant. De Medium care afdeling bevindt zich op 7D.

Bij de liften hangt een bord met daarop alle afdelingen met locatiecode. Hierop staan IC en MC vermeld. Twijfelt u over de route? Onze medewerkers van de informatiebalie bij de hoofdingang helpen u graag op weg.

Namenbord

De Intensive care maakt gebruik van digitale bewegwijzering. Om te voorkomen dat bezoekers de verkeerde afdeling oplopen, hangt in lifthal 7A (de entree op de 7e etage) een digitaal namenbord. Dit bord heeft als functie de bezoeker te helpen om de juiste locatie te vinden. Op dit namenbord wordt alleen de achternaam weergegeven zonder verdere persoonsgegevens. Er is geen sprake van bezoekersstromen naar andere afdelingen. Bezoekers komen naar de 7e etage om een familielid, vriend of kennis te bezoeken die op een Intensive care locatie is opgenomen. Daarmee wordt voldaan aan privacyregels.

In uitzonderlijke gevallen is het mogelijk om een patiëntnaam vanwege privacy of andere zwaarwegende reden te verwijderen. Indien u van mening bent dat dit van toepassing is, geeft u dit alstublieft aan bij de arts of verpleegkundige.

Telefoonnummers

Voor informatie kunt u ons 24 uur per dag bereiken op onderstaande telefoonnummers:

Intensive care, locatie 7B

Bewakingspost kant B: (020) 444 7521

Intensive care, locatie 7C

Bewakingspost kant A: (020) 444 7613

Bewakingspost kant B: (020) 444 7621

Medium care, locatie 7D

Bewakingspost (020) 444 4410

Wij kunnen 24-uurs zorg bieden door in drie ploegen te werken. Het is van groot belang om de patiënteninformatie zorgvuldig over te dragen aan de volgende dienstploeg. Daarom willen wij u vragen om niet tijdens de overdrachtsmomenten te bellen. Het lukt niet altijd om u direct telefonisch te woord te staan. Probeer u het dan wat later nog eens.

De overdrachten zijn tussen 07.30-09.00 uur

tussen 15.00-16.00 uur

tussen 23.00-23.45 uur

Bereikbaarheid, routeplanner en parkeren

Intensive care en Medium care volwassenen, locatie 7B, 7C & 7D

Bezoekadres

De Boelelaan 1117
1081 HV Amsterdam

Correspondentieadres

Postbus 7057
1007 MB Amsterdam

Route en parkeren

Op onze website vindt u een routeplanner en de mogelijkheden om te parkeren: www.vumc.nl/contact-en-route/routebeschrijving-en-parkeren-naar-amsterdam-umc-locatie-vumc.htm

Algemene bezoekenregels en –tijden

De bezoektijden zijn dagelijks tussen 13.00-15.00 en 16.00-19.30 uur.

Algemene bezoekenregels en -tijden zijn bedoeld voor alle bezoekers. Wij vragen u om deze regels na te leven en daarnaast zo goed mogelijk rekening te houden met de medische en verpleegkundige zorgverlening. Bezoek kan een grote inspanning zijn voor de patiënt. Wij adviseren daarom om niet de hele tijd bij de patiënt te blijven, met niet meer dan twee bezoekers tegelijk op bezoek te komen en niet voortdurend van bezoek te wisselen. In sommige gevallen zullen wij u daarom vragen uw bezoek kort te houden of de bezoekersgroep te beperken. Omdat we ook tweepersoonskamers hebben, kan de situatie bij de ene patiënt reden zijn om bezoek bij de andere patiënt te vragen de kamer of afdeling te verlaten. Op een

later tijdstip kunt u dan weer terugkomen.

Als u op bezoek komt, vragen wij u zich te melden bij de verpleegkundige. **Als het kamerscherm is gesloten, is het niet toegestaan de kamer te betreden om de privacy van uw naaste of andere patiënten te respecteren.**

Bezoek van kinderen van alle leeftijdscategorieën is mogelijk en in veel gevallen zelfs aan te raden. Overleg van tevoren met de verpleegkundige of familiebegeleider.

Wij verzoeken u op de patiëntenkamers geen gebruik te maken van uw mobiele telefoon.

Het is niet toegestaan om zonder toestemming van de verpleegkundige of arts beeld- of geluidsopnames van de patiënt of het personeel te maken.

Bezoektijden voor partner of eerste contactpersoon

Wij willen de partner of eerste contactpersoon in de eerste periode na opname in de gelegenheid stellen zijn of haar naaste te bezoeken buiten de algemene bezoektijden. U kunt uw wensen hierover bespreken en afspraken maken met de verpleegkundige. Als het herstel van de patiënt dit toelaat, kunnen wij u vragen zich weer aan de algemene bezoektijden te houden. Ook als u als partner of eerste contactpersoon op bezoek komt, verzoeken wij u zich te melden bij de verpleegkundige en de privacy van overige patiënten te respecteren als het kamerscherm gesloten is.

Familiekamers

Bij opname of verblijf van uw naaste kunnen wij u vragen om te wachten in een van de familiekamers. Wanneer een arts of verpleegkundige deze kamer wil gebruiken voor een gesprek met de familie van een patiënt, kunt u worden verzocht de kamer tijdelijk vrij te maken. Voor koffie, thee of andere dranken kunt u gebruikmaken van de automaat tegenover de familiekamers.

Mocht u met een grote groep zijn, dan verzoeken wij u dit onderling op te lossen door bijvoorbeeld op verschillende tijden op bezoek te komen. Indien u toch met een grote groep familie of bezoekers wilt wachten, vragen wij u plaats te nemen in de centrale hal van het ziekenhuis.

Mocht u als contactpersoon ver van het ziekenhuis af wonen, dan is er een mogelijkheid om in het gastenverblijf naast het ziekenhuis te logeren, meer informatie vindt u in de aparte folder.

Medische informatie over patiënten

Wij informeren u graag over de toestand van uw naaste. **Wij vragen u namens de familie en/of vriendenkring een eerste en tweede contactpersoon aan te wijzen.** Telefonische informatie wordt alleen aan deze personen gegeven. Als de toestand verandert, nemen wij contact op met één contactpersoon. Deze contactpersoon kan dan de rest van de familie en overige belangstellenden op de hoogte houden.

Gesprek met de arts of intensivist

Bij de behandeling van de patiënt op de IC en MC zijn verschillende specialisten betrokken. Over het algemeen onderhoudt een intensivist de contacten met de familie en zorgt hij/zij voor het verstrekken van medische informatie.

Indien uw naaste of familielid naar verwachting langer dan twee dagen op de IC/MC moet worden behandeld, krijgt u een staflid-intensivist als vast medisch aanspreekpunt (hoofdbehandelaar) toegewezen. Dit staflid zal, in samenspraak met u, regelmatig gesprekken met u voeren om u te informeren over de toestand van uw naaste. Via de verpleegkundige of familiebegeleider kunt u een afspraak met hem/haar maken.

Tolk nodig?

Is uw beheersing van de Nederlandse of Engelse taal onvoldoende dan kan uiteraard een tolk geregeld worden. Meestal betreft het een telefonische tolk. Indien mogelijk kan een tolk ook naar het ziekenhuis komen. Het is belangrijk dat u goed begrijpt wat de IC/MC-behandeling inhoudt.

Voelt u of uw familielid zich niet begrepen of niet gehoord?

Wij hebben in Amsterdam UMC, locatie VUmc een Familie S.O.S. telefoonnummer: (020) 444 9536. Als u zich blijvend ongerust maakt en u het gevoel heeft dat zorgverleners bij herhaling niet goed naar u of uw familielid luisteren, kunt u dit nummer bellen. Een onafhankelijke arts gaat dan met u in gesprek over uw zorgen. Deze arts denkt met u mee en zorgt ervoor dat er zo snel mogelijk een gesprek komt tussen u (en uw familielid) en uw/ de hoofd-behandelaar.

Mijn Dossier

Het kan zijn dat u als naaste al eerder toegang heeft gekregen tot Mijn Dossier, het elektronisch patiëntenportaal, van uw naaste. Als familielid of naaste is het alleen mogelijk toegang te krijgen tot het dossier van de patiënt als de patiënt een machtiging verleent door het invullen en ondertekenen van het gemachtigdenformulier.

Meer informatie kunt u hierover vinden op:

www.vumc.nl/patienten/mijn-dossier/

Wij kunnen ons voorstellen dat het lastig is om sommige medische informatie tijdens het verblijf op de IC goed te interpreteren. Als u hierover vragen heeft kunt u deze te allen tijde stellen aan een van onze artsen of verpleegkundigen.

Second opinion (recht op een tweede mening)

In de gezondheidszorg heeft u of uw familielid het recht om een tweede mening (second opinion) te vragen. U vraagt dan een oordeel of advies van een andere deskundige dan uw eigen arts. U hebt daar geen toestemming voor nodig, ook niet van uw eigen arts. Het is wel goed om er met hem over te praten. Degene die een

second opinion geeft, neemt de behandeling niet over.

Wilt u of uw familielid een second opinion, dan kunt u dit kenbaar maken aan de intensivisten. Zij bekijken samen met u op welke manier en aan welk ziekenhuis de vraag voorgelegd wordt.

De second opinion behoort door een onafhankelijke, niet tot dezelfde organisatie behorende arts te worden gegeven. Verder dient de arts die de second opinion zal doen, te beschikken over de volledige status van u of uw familielid. De arts bepaalt zelf of hij het noodzakelijk acht u of uw familielid te zien, teneinde zich een oordeel te vormen over de diagnose en behandeling. Ook wordt de second opinion schriftelijk vastgelegd.

Het zorg- en behandelteam

Het zorg- en behandelteam van de Intensive care en Medium care is groot en bestaat uit verschillende disciplines, waaronder artsen en verpleegkundigen. Zij zijn gespecialiseerd in het behandelen en verzorgen van patiënten op een IC/MC afdeling of zijn daarvoor in opleiding.

Intensivisten (IC-artsen)

Dit zijn specialisten in de Intensive care geneeskunde. De medische behandeling op de IC/MC wordt uitgevoerd door intensivisten en medisch specialisten in opleiding tot intensivist (fellows). Dagelijks ziet een intensivist de patiënten en past indien nodig de behandeling aan.

Arts-assistenten

Dit zijn artsen die in opleiding zijn voor een specialisme (zoals anesthesiologie, chirurgie of interne geneeskunde) en stage lopen op de Intensive care en Medium care.

IC- en MC-verpleegkundigen

Dit zijn verpleegkundigen met een vervolgopleiding Intensive care of Medium care en verpleegkundigen die hiervoor in opleiding zijn. De verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse verpleging en verzorging en observeren de lichaamsfuncties. Er is altijd een vaste verpleegkundige die gedurende zijn/haar dienst zorg draagt voor één of meer patiënten.

Familiebegeleider

Zij ondersteunt en begeleidt familieleden en naasten.

Overige medewerkers

Paramedische professionals zoals fysiotherapeuten, logopedisten en

ergotherapeuten, voedingsassistenten, administratief en service-medewerkers, maatschappelijk werk, geestelijke verzorger/pastoraal medewerker.

Apparatuur en camerabewaking

Patiënten op de Medium care en Intensive care hebben continu bewaking nodig. Omdat er sprake is van ernstig zieke patiënten worden ze continu geobserveerd en bewaakt met bewakingsapparatuur. Veel apparaten zullen diverse signalen laten horen. De signalen hebben niet per definitie te maken met een levensbedreigende alarmering. Er klinkt bijvoorbeeld ook een signaal als een medicijnpomp bijna leeg is. Daarnaast kan het voorkomen dat op de monitor naast het bed van uw naaste alarmsignalen binnenkomen van een andere patiënt. Alle alarmen van de monitor worden ook gehoord en gezien door de verpleegkundige als hij/zij op een andere patiëntkamer aanwezig is.

Om de patiënt goed te kunnen observeren is er naast de monitorbewaking ook camerabewaking. De camerabeelden kunnen uitsluitend bekeken worden op onze bewakingsmonitoren. Er worden geen beelden opgeslagen. Tijdens de lichamelijke verzorging en op verzoek is het mogelijk de camera uit te zetten.

Het geven van toestemming (informed consent)

Informed consent is een Engelstalige term en betekent letterlijk 'geïnformeerde toestemming'. Volgens de Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO) moeten patiënten toestemming geven voor een medische behandeling, nadat ze goed en volledig zijn geïnformeerd over hun toestand (diagnose) en eventuele behandeling. We moeten goed uitleggen wat de voorgestelde behandeling inhoudt, wat de risico's en voor- en nadelen zijn. Op grond van deze informatie kan een patiënt kiezen om wel of geen toestemming te geven voor de behandeling. Als dit niet goed met de patiënt zelf kan worden besproken, dan leggen we deze keus voor aan zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Situatie op IC/MC

De medische en verpleegkundige zorg op de Intensive care en Medium care kunnen variëren van relatief eenvoudig tot buitengewoon complex. De totale behandeling bestaat uit verschillende onderdelen. Het is niet altijd mogelijk om van alle onderdelen de voor- en nadelen en de risico's uitvoerig toe te lichten. Heeft u vragen? Dan kunt u altijd een gesprek aanvragen om uw vragen te stellen.

De Medium care maakt deel uit van de afdeling Intensive care. Alle behandelingen zoals die op de Intensive care plaatsvinden, kunnen ook op de Medium care plaatsvinden, met uitzondering van het beademen met behulp van een beademingsbuis en de nierfunctievervangende therapie (zie voor beide behandelingen de informatie verder in de folder).

Onderdelen van de behandeling

De zorg op onze afdelingen is complex. Patiënten krijgen extra zorg en speciale bewaking. De verschillende onderdelen van de behandeling worden hieronder benoemd. Naast een uitleg van deze behandelingen leest u ook de mogelijke complicaties (risico's) die kunnen optreden. Het is belangrijk dat u zich realiseert dat deze complicaties lang niet altijd optreden. Bovendien zijn ze vaak goed te behandelen.

Plaatsing beademingsbuis

Een groot deel van onze patiënten heeft hulp nodig bij de ademhaling. De patiënt krijgt dan een beademingsbuis in de luchtpijp of wordt beademd met een gezichtsmasker. Sommige patiënten worden in slaap gehouden wanneer ze worden beademd. Een patiënt die wordt beademd, kan niet praten, omdat de beademingsbuis tussen de stembanden in de luchtpijp zit. Aan het eind van de beademingsbuis zit een ballonnetje dat wordt opgeblazen zodat er geen luchtlekkage is en er geen maaginhoud en slijm, dat afkomstig is uit de mond, in de longen kan komen. Ook kan een patiënt niet normaal eten doordat de beademingsbuis in de mond zit.

Mogelijke complicaties

Het grootste risico bestaat eruit dat het niet direct lukt de beademingsbuis in de luchtpijp te plaatsen. Veelal is dan een tweede of derde poging nodig, in het uiterste geval wordt een beademingsbuis geplaatst via het strottenhoofd. Als het inbrengen van de beademingsbuis niet snel lukt (bijvoorbeeld bij een afwijkende lichaamsbouw), kan dit leiden tot zuurstofgebrek en zelfs overlijden.

De belangrijkste overige risico's van het inbrengen van een beademingsbuis zijn weefselschade (keel, stembanden en luchtpijp) en schade aan het gebit. Tijdens het inbrengen van de buis bestaat

het risico op braken waarbij maaginhoud in de longen terecht komt. Dit zou een ernstige longontsteking kunnen veroorzaken. Tijdens het inbrengen van de beademingsbuis wordt uw familielid of naaste in slaap gebracht. Dit kan leiden tot een lage bloeddruk of zelfs tot een, meestal maar kortdurende, reanimatie (zie ook Reanimatie op pagina 29).

Beademing

Patiënten op de IC kunnen beademd worden met een beademingsmachine als de eigen ademhaling onvoldoende is. Een laag zuurstofgehalte, een hoog koolzuurgehalte in het bloed of uitputting bij ziekte kunnen redenen zijn om tot beademing over te gaan. Tijdens operaties onder algehele anesthesie worden patiënten ook beademd. Ook als de patiënten na de operatie op de IC worden opgenomen, kunnen ze daar beademd naar toe gebracht worden door de anesthesist. Meestal wordt de beademingsmachine aangesloten op een beademingsbuis die via de mond in de luchtpijp is geplaatst. Omdat deze buis vaak als oncomfortabel wordt ervaren, kunnen rustgevendende medicijnen nodig zijn. Soms is het niet nodig om een beademingsbuis te plaatsen en kan de patiënt beademd worden via een mond-neusmasker of een gezichtsmasker.

Bij patiënten met ernstig zieke longen kan beademing in buikligging zinvol zijn. Tijdens buikligging brengt de intensivist de patiënt doorgaans dieper in slaap. Bij het terugdraaien naar rugligging kan het gezicht tijdelijk gezwollen zijn. Dit is helaas niet te voorkomen. Op de afdeling Medium care kunnen patiënten alleen beademd worden met een masker.

Mogelijke complicaties

Beademing met behulp van een beademingsbuis kan een longontsteking of een klaplong veroorzaken. De manier waarop een beademingsmachine de patiënt beademt, wijkt sterk af van de manier waarop wij normaal ademen. Hierdoor kan schade aan de longen ontstaan. Door deze schade kunnen de longen stug worden en wordt het soms moeilijker om de patiënt te beademen.

Bij beademing via een masker is het noodzakelijk dat het masker vrij strak tegen het gezicht aan zit. Dit kan tot gevolgen hebben dat er

drukplekken in het gezicht ontstaan. Dit proberen we zo goed mogelijk te voorkomen. Een andere complicatie van het masker is dat de patiënt misselijk wordt en gaat braken, waarbij er maaginhoud in de longen terecht kan komen.

Anesthesie en sedatie

Voor sommige handelingen of behandelingen op de IC of MC is het nodig om een patiënt onder anesthesie (narcose) te brengen. Anesthesie of narcose is een zeer diepe slaap die snel intreedt na toediening van medicatie via het infuus. Patiënten die onder anesthesie zijn, worden altijd beademd. Bij enkele ziektebeelden, zoals bij ernstig schedelhersenletsel of bij moeilijk te behandelen epilepsie, kan het noodzakelijk zijn dat een patiënt gedurende dagen diep onder narcose wordt gebracht. Als dit bij uw familielid of naaste het geval is, dan leggen we dit aan u uit.

Mogelijke complicaties

Zeker bij ernstige zieke patiënten heeft het onder anesthesie brengen risico's, vooral voor de bloedsomloop. Bij hele zieke patiënten kan het toedienen van slaapmedicatie leiden tot een lage bloeddruk. Deze lage bloeddruk behandelen we door extra vocht via het infuus toe te dienen en/of bloeddrukverhogende medicijnen (zie ook Bloeddrukondersteunende medicatie) te geven. Soms worden om die reden van tevoren extra infusen ingebracht (zie ook Arteriële lijn en Centrale lijn).

Sedatie

Sedatie is een slaap, die minder diep is dan anesthesie (narcose) en kan variëren tussen een lichte sedatie en diepe sedatie. Bij lichte sedatie krijgt de patiënt slaapmedicatie toegediend, maar is dan nog te wekken met behulp van geluid of een lichte aanraking. Bij diepe sedatie is een sterke prikkel nodig om een reactie te wekken. De grens tussen diepe sedatie en anesthesie is niet heel scherp. De reden om patiënten te sederen, loopt uiteen van bestrijding van ongemak tot het effectiever kunnen beademen van patiënten met ernstig zieke longen. Hoewel we begrijpen dat een behandeling op de Intensive care of Medium care voor een patiënt zeer belastend kan zijn, weten we ook dat een te lange of te diepe sedatie ongewenste effecten kan hebben. Het kan met name leiden tot spierzwakte. Wij

maken op individuele basis, per patiënt, steeds een gebalanceerde afweging tussen geen, lichte of diepe sedatie.

Bronchiaal toilet

Het kan voorkomen dat patiënten last hebben van veel slijmvorming in de longen. Als patiënten een beademingsbuis of een tracheacanule hebben, kan dit eenvoudig via de beademingsbuis of canule weggezogen worden (bronchiaal toilet). Als patiënten geen beademingsbuis of tracheacanule hebben en patiënten zijn te zwak om het slijm zelf op te hoesten, wordt er via de neus of mond een slang naar de luchtpijp gebracht waardoor het slijm wordt weggezogen. Deze slang wordt direct verwijderd als het slijm weggezogen is.

Mogelijke complicaties

Als de slang via de neus naar binnen wordt gebracht, is het mogelijk dat de slijmvliezen wat gaan bloeden. Daarnaast is het mogelijk dat de patiënt een braakreflex krijgt, waarbij het mogelijk is dat er maaginhoud in de longen terecht komt.

Arterielijn

Bij de meeste patiënten wordt een arterielijn geplaatst. Dit is een slangetje dat in een slagader wordt ingebracht. Een arterielijn kan op verschillende plaatsen worden ingebracht, waarbij de binnenkant van de pols het vaakst wordt gekozen; andere mogelijkheden zijn de slagader in de elleboogplooi, de lies of bovenop de voet. Er worden geen medicijnen toegediend via een arterielijn. Met een arterielijn kan de bloeddruk continu worden gemeten en hiermee kan het effect van bepaalde medicijnen op de bloeddruk nauwkeurig worden gevolgd en bijgestuurd. Een tweede functie is de mogelijkheid om via de arterielijn bloed af te nemen. Bij sommige patiënten wordt soms wel tien keer per dag een kleine hoeveelheid bloed afgenomen om bepaalde waarden te volgen. Zonder arterielijn zou een patiënt vaak geprikt moeten worden.

Mogelijke complicaties

Complicaties van het prikken van een arterielijn zijn: infecties, lokale bloedingen, bloeduitstortingen en/of doorbloedingsstoornissen van het lichaamsdeel waar de slagader naartoe gaat.

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 met een verzwakte wand ontstaan. Al deze complicaties komen weinig voor.

Centrale lijn

Naast een arterieelijn wordt bij veel patiënten een centrale lijn ingebracht. Dit is een infuus waarop meerdere kleine infusen aangesloten kunnen worden. Een centrale lijn wordt meestal in een ader in de hals ingebracht, onder het sleutelbeen of in de lies. De belangrijkste reden om een centrale lijn in te brengen is het toedienen van bepaalde medicatie. Deze medicatie kan of mag niet via een gewoon infuus worden toegediend (bijvoorbeeld omdat bij het toedienen van bepaalde medicatie een gewoon bloedvat snel kan gaan ontsteken). Ook als patiënten niet via het maagdarmstelsel kunnen worden gevoed, is een centrale lijn noodzakelijk om via deze weg speciale voeding in de bloedbaan te kunnen toedienen. Daarnaast kunnen via de centrale lijn drukken in de nabijheid van het hart worden gemeten, waarop de arts en verpleegkundige de behandeling van een patiënt kunnen bijsturen.

Mogelijke complicaties

Een vroege complicatie van het inbrengen van een centrale lijn is het ontstaan van een bloeding of een klaplong, en een late complicatie is het ontstaan van een infectie. Bij het inbrengen van de centrale lijn bestaat het risico dat de punt van de naald de long raakt, wat kan leiden tot een klaplong. Bij een ernstige klaplong moet een thoraxdrain (zie beschrijving verderop in de tekst) in de borstholte worden ingebracht. Een zogenoemde centrale-lijn-gerelateerde infectie kan pas na dagen ontstaan en daarom bekijken we iedere dag of een centrale lijn nog wel nodig is. Zo niet, dan wordt de lijn verwijderd of in het geval dat we vermoeden dat er sprake is van een infectie, brengen we een nieuwe lijn op een andere plaats in. In zeldzame gevallen wordt de lijn onbedoeld in een slagader ingebracht.

Perifeer infuus

Dit is een gewoon infuus, dat meestal in een ader op de arm wordt ingebracht en soms op de voet. Via dit infuus kan medicatie of vocht

worden toegediend. Ook als een patiënt een centrale lijn heeft, kan het nodig zijn om daarnaast een perifere infuus in te brengen, bijvoorbeeld omdat een patiënt veel medicatie gebruikt, die niet tegelijkertijd via hetzelfde infuus kan of mag worden toegediend.

Mogelijke complicaties

Het bloedvat waarin het infuus is geplaatst kan na verloop van tijd gaan ontsteken. Als dat gebeurt, wordt het infuus verwijderd. Verder kan een infuus, ook als het in eerste instantie goed in de ader zit, op een later moment gaan lekken, waarbij de toegediende vloeistoffen en medicatie ook onder de huid terecht kunnen komen.

Maagsonde

Een maagsonde is een slangetje dat door de verpleegkundige via de neus of de mond door de slokdarm in de maag wordt gelegd. De sonde dient meestal voor het toedienen van sondevoeding, als patiënten niet in staat zijn om te eten (bijvoorbeeld wanneer zij aan de beademing liggen of wanneer er sprake is van slikstoornissen). Naast voeding kan ook medicatie via de sonde 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. Wanneer de maag niet goed functioneert, kan door een maag-, darm- en leverarts een sonde voorbij de maag in de darm worden ingebracht. Dit wordt een duodenumsonde genoemd.

Mogelijke complicaties

Het inbrengen van een maagsonde is een relatief eenvoudige handeling. Het kan een enkele keer leiden tot een bloedneus. Theoretisch is het mogelijk dat de sonde per ongeluk in de luchtpijp terechtkomt of dat de sonde opkrult in de slokdarm. Daarom wordt na het plaatsen van de sonde altijd een röntgenfoto gemaakt om te controleren of de sonde in de maag ligt.

Blaaskatheter

Bijna alle patiënten op de IC/MC hebben een blaaskatheter, waarmee urine vanuit de blaas direct naar buiten het lichaam wordt afgevoerd. Voor een deel is dit om praktische redenen. Patiënten kunnen op onze afdeling niet naar een toilet, omdat ze met allerlei draden aan de monitor verbonden zijn, infusen hebben en lang niet alle

patiënten kunnen aangeven wanneer ze moeten plassen. Daarnaast is het voor het behandelteam belangrijk om de hoeveelheid geproduceerde urine nauwgezet te monitoren. De urineproductie zegt namelijk iets over het functioneren van de nieren.

Mogelijke complicaties

Een verpleegkundige brengt de blaaskatheter in via de plasbuis. Meestal gaat dit gemakkelijk en zonder problemen. Bij mannen met een vergrote prostaat kan het inbrengen soms wel lastig zijn en ontstaat er soms een bloeding. Bij problemen wordt de uroloog gevraagd te helpen. Op langere termijn kunnen vernauwingen van de plasbuis of een infectie ontstaan, zeker als de patiënt langdurig een blaaskatheter nodig heeft.

Bloeddrukondersteunende medicatie

Ernstig zieke patiënten hebben vaak stoornissen in hun bloedsomloop. 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 komen te overlijden. Om de hartslag en bloeddruk weer stabiel te krijgen, zijn vaak krachtige medicijnen noodzakelijk, die de verpleegkundige via een centrale lijn toedient. Deze medicijnen worden ook wel vasoactieve middelen genoemd, omdat ze deels op de wand van de bloedvaten werken. Sommige van deze middelen zijn zeer kortwerkend en om die reden moeten ze continu worden toegediend, waarbij de dosering eenvoudig en snel kan worden bijgesteld. Patiënten die deze middelen krijgen, hebben een arteriële lijn nodig om de bloeddruk nauwkeurig te kunnen vervolgen en een centrale lijn om deze medicatie toe te kunnen dienen.

Mogelijke complicaties

Het nadeel van deze medicatie is dat de doorbloeding van andere delen van het lichaam, zoals bijvoorbeeld handen, voeten en/of het maagdarmsstelsel, sterk verminderd wordt. Als dit middel in hoge doseringen wordt toegediend, kan dit in ernstige gevallen leiden tot blauwe, zwarte verkleuring en heel soms zelfs tot afsterving van het weefsel. Een ander risico bij deze middelen is de kans op hartritmestoornissen.

Toediening van antibiotica

Infecties vormen een belangrijk probleem op de IC/MC. Ook als een patiënt niet met een infectie wordt opgenomen, kan het zijn dat later alsnog een infectie optreedt, zoals een luchtweginfectie of een infectie van een centrale lijn. Het is bekend dat patiënten ziek kunnen worden van bacteriën, waar men in normale omstandigheden niet ziek van wordt. Daarom behandelen wij bijna alle patiënten, van wie verwacht wordt dat ze langer dan enkele dagen op de IC/MC moeten verblijven, met antibiotica. Daarnaast worden tweemaal per week kweken afgenomen (en zo nodig vaker). Als het nodig is, worden extra kweken afgenomen of antibiotica gegeven. Als het niet bekend is welke bacterie de ontsteking heeft veroorzaakt, dan wordt er vaak gestart met breed spectrum antibiotica. Dit zijn antibiotica die werken tegen veel verschillende bacteriën.

Toediening van andere medicatie

Naast bloeddrukregulerende medicatie en antibiotica krijgen patiënten op de IC/MC verschillende andere medicijnen. Dit kunnen medicijnen zijn die thuis ook worden gebruikt, maar het kan ook zijn dat de thuismedicatie tijdelijk niet kan of mag worden gebruikt. Veel gebruikte medicijnen op onze afdeling zijn: pijnstillers, slaapmiddelen, antitrombose middelen en inhalatiemedicatie (vernevelingen). Veel 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 een patiënt insuline krijgt, betekent dit niet automatisch dat de patiënt vanaf dat moment diabetes (suikerziekte) heeft.

Medicijnen kunnen op diverse manieren worden toegediend. Als tablet om door te slikken of fijngemalen via de sonde, als drank, via het infuus of met behulp van een prik onder de huid of in een spier.

Het is belangrijk dat we op de hoogte zijn van eventuele allergieën of overgevoelighedsreacties. Dit geldt niet alleen voor medicijnen. We willen het ook graag weten of patiënten overgevoelig zijn voor andere zaken zoals voedingsstoffen, pleisters of röntgencontrastmiddelen. Is dat het geval, bespreek dat dan direct met de verpleegkundige.

Bloedtransfusie

Met een transfusie bedoelen we toediening van bloed of bloedproducten. De bekendste bloedproducten zijn rode bloedcellen (die zijn nodig voor transport van zuurstof) en plasma (dat bevat vooral stollingseiwitten en andere eiwitten). Ook worden regelmatig bloedplaatjes toegediend, die eveneens een functie hebben bij het stollen van bloed.

Mogelijke complicaties

Er bestaat de kans op een zogenaamde transfusiereactie, waarbij het lichaam reageert op lichaamsvreemde eiwitten. Daarom is het belangrijk patiënten van tevoren te testen op hun bloedgroep en eventuele antistoffen. Toch kan er ondanks uitgebreide testen bij iedereen die een transfusie krijgt, een transfusiereactie optreden die kan variëren van mild tot zeer ernstig. Vanwege de mogelijke risico's zijn we zeer terughoudend met het toedienen van bloedproducten, maar vaak ontkomen we er niet aan. Vanzelfsprekend dienen wij geen bloedproducten toe aan patiënten die duidelijk (met een schriftelijke wilsverklaring) aangegeven hebben dat zij dat vanwege hun geloofsovertuiging of om een andere reden niet willen.

Vrijheidsbeperkende interventies

Veel patiënten zijn niet goed wakker. Dit komt enerzijds door de onderliggende ziekte of aandoening en anderzijds door de medicijnen die we geven. Doordat patiënten ernstig ziek zijn, kunnen ze snel verward worden. Dit heet in medische termen een delier. Dit delier kan ertoe leiden dat een patiënt zijn/haar medische hulpmiddelen die van levensbelang zijn - bijvoorbeeld een beademingsbuis of infuussysteem - verwijdert. Om dit te voorkomen en ter bescherming van de patiënt kan het voorkomen dat de verpleegkundige de patiënt met polsbanden fixeert (vastbindt) aan het bed. Het spreekt voor zich dat we deze maatregelen liever vermijden. Omdat het fixeren van patiënten een vrijheidsbeperkende maatregel is en risico's met zich mee kan brengen, moet dit strikt genomen van tevoren met de patiënt of met de wettelijke vertegenwoordiger worden besproken. In de praktijk kan het echter zijn dat ter bescherming van de patiënt wordt overgegaan tot fixatie en dat dit pas op een later tijdstip met de wettelijke vertegenwoordiger (is vaak de eerste contactpersoon) besproken wordt. We streven er altijd

naar om de periode van fixatie zo kort mogelijk te houden

Nierfunctieervangende therapie

De nieren hebben een belangrijke functie in het lichaam. Ze verwijderen afvalstoffen en het teveel aan vocht uit het bloed. Het vocht en de afvalstoffen worden via de urine afgevoerd. Ook houden de nieren de zuurgraad van het bloed stabiel. Als de nieren niet goed werken, moet de functie van de nieren overgenomen worden door een apparaat. Op de IC gebeurt dit door een apparaat dat continu het bloed zuivert. Het apparaat noemen we CVVH: Continue Venovenueze Hemofiltratie. De arts besluit hiertoe in de volgende situaties:

- bij te weinig of geen urineproductie gedurende 24 uur of langer;
- bij een (acute) verslechtering van de werking van de nieren, bijvoorbeeld bij bloedvergiftiging (sepsis), waardoor een ophoping van afvalstoffen in het bloed ontstaat.

Voordat de nierfunctieervangende therapie kan starten, plaatst de arts een groot infuus (centrale lijn) in een groot bloedvat in de hals of lies. Na het inbrengen van deze katheter sluit de verpleegkundige deze aan op een apparaat waarin zich een kunstnier bevindt. Tijdens de behandeling stroomt het bloed vanuit de patiënt via de katheter naar de kunstnier. De kunstnier zorgt voor uitwisseling van afvalstoffen en vocht. Het gezuiverde bloed stroomt via dezelfde katheter weer terug naar de patiënt.

Nierfunctieervangende therapie op de IC vindt meestal zonder onderbreking plaats gedurende 24 uur of een aantal dagen achter elkaar. Het is niet pijnlijk, maar brengt wel beperkingen met zich mee. De patiënt kan bijvoorbeeld moeilijker op de zij draaien. Tijdens het bewegen kunnen de katheters afknikken waardoor er een alarm kan afgaan.

Mogelijke complicaties

De risico's van nierfunctieervangende therapie zijn dezelfde risico's als die van het inbrengen van een centrale lijn. Een eventuele bloeding kan heviger zijn, omdat het om een vrij dik infuus gaat. Daarnaast kan het zijn dat er bloed verloren gaat in de machine.

Hierdoor kan het zijn dat er op termijn een bloedtransfusie nodig is.

Thoraxdrain

Een thoraxdrain is een slang die in de borstholte wordt ingebracht. Onder normale omstandigheden liggen de longvliezen tegen elkaar aan, maar bij zieke patiënten kan zich hier vocht ophopen. Met een drain kan dit vocht worden weggehaald, waardoor het ademen makkelijker wordt. In de praktijk blijkt dat soms meerdere drains in de loop van de tijd geplaatst moeten worden. Een andere reden om een thoraxdrain in te brengen, kan ophoping van lucht tussen de longvliezen zijn zoals bij een klaplong. Ook patiënten die een hart- of longoperatie hebben ondergaan, komen met thoraxdrains van de operatiekamer naar de IC. Zij hebben een thoraxdrain gekregen ter voorkoming van bloed- en vochtophoping in de borstholte.

Mogelijke complicaties

Complicaties van het inbrengen van een thoraxdrain zijn een bloeding, een infectie, zenuwbeschadiging en een klaplong.

Bronchoscopie

Bij een bronchoscopie wordt via de beademingsbuis of via de mond een dunne flexibele slang met aan het uiteinde een camera in de luchtpijp gebracht. Er kan op deze wijze veel slijm uit de longen gezogen worden. Ook kan men een longspoeling doen om materiaal te verkrijgen voor extra onderzoek, bijvoorbeeld onderzoek naar bepaalde bacteriën en schimmels. Ook kan men een goed beeld krijgen van de structuur van het slijmvlies, de aanwezigheid van ontstekingen en eventuele andere afwijkingen.

Mogelijke complicaties

Tijdens de ingreep kan het zuurstofgehalte afnemen waardoor u of uw familielid extra zuurstof nodig heeft. Soms kan een bloeding ontstaan na het afnemen van een stukje weefsel.

Elektrische cardioversie

Een elektrische cardioversie is het behandelen van bepaalde hartritme-stoornissen met een elektrische schok. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen ritmestoornissen waarbij het hart nog wel (effectief) pompt, en ritmestoornissen waarbij dat niet het geval is.

Soms moeten er acuut één of meer schokken worden toegediend omdat er door de ritmestoornis onvoldoende bloedcirculatie is. Dit heet defibrillatie. Er zijn echter ook minder ernstige ritmestoornissen, waarvan boezemfibrilleren de bekendste en meest voorkomende is. Boezemfibrilleren komt vooral voor bij patiënten die een hartoperatie hebben ondergaan. Meestal wordt er in eerste instantie geprobeerd om het boezemfibrilleren met medicijnen te behandelen, maar als dat niet lukt, kan elektrische cardioversie uitkomst bieden. Voor een elektrische cardioversie worden patiënten kortdurend in slaap gebracht en moeten zij nuchter zijn. De kans op complicaties is klein.

Afname van lichaamsvloeistoffen voor onderzoek

Behalve bloed kan het nodig zijn om andere lichaamsvloeistoffen nader te onderzoeken. Denkt u hierbij aan: urine, drainvocht, slijm uit de longen of ontlasting.

Overige diagnostiek

Op de IC/MC worden vaak röntgenfoto's gemaakt ter controle. Bijvoorbeeld na het plaatsen van een beademingsbuis, een centrale lijn of een maagsonde. Er kunnen ook andere redenen zijn voor het maken van een foto van hart en longen. Röntgenfoto's worden op de IC/ MC gemaakt door een röntgenlaborant met een mobiel röntgenapparaat. Andere onderzoeken die frequent op een IC worden verricht, zijn een ECG (hartfilmpje) of een echografie (van bijvoorbeeld het hart of de buik). Dit gebeurt door mensen van het behandelteam van de IC/MC. Er zijn ook onderzoeken die door artsen en laboranten van andere afdelingen worden gemaakt. Denk bijvoorbeeld aan een EEG (hersenfilmpje), een kijkonderzoek van maag of darmen (door een maag-, darm- en leverarts) of een kijkonderzoek van de luchtwegen (door een longarts). Wanneer een patiënt een CT-scan, een MRI-scan of een angiografie (onderzoek van de bloedvaten) moet ondergaan, moet de patiënt naar de desbetreffende afdeling vervoerd worden.

Transport

Niet alle noodzakelijke onderzoeken en behandelingen kunnen op de afdeling zelf plaatsvinden en dat betekent dat patiënten naar de behandel- of onderzoeksplek moeten worden gebracht.

Bijvoorbeeld voor een CT-scan of MRI moet de patiënt de IC/MC-afdeling tijdelijk verlaten. Uiteraard moet de ondersteunende behandeling die een patiënt krijgt zoveel mogelijk doorgaan tijdens het transport. Dit geldt onder andere voor de beademing en toediening van vasoactieve middelen. Er zijn ook onderdelen van de behandeling die tijdelijk moeten worden onderbroken zoals nierfunctievervangende therapie.

Er is een speciaal transportbrancard waarop alle apparatuur zoals monitor, beademingsapparaat en infuuspompen staan.

Voor een onderzoek (of een behandeling) buiten de IC/MC is het belangrijk dat de voordelen opwegen tegen de risico's van het transport.

Tijdens een transport van IC-patiënt is naast een verpleegkundige altijd een arts bij de patiënt. Bij een MC-patiënt is niet altijd een arts aanwezig bij het transport.

Mobiliseren

De verpleegkundigen zijn samen met de fysiotherapeuten gespecialiseerd in trainen van de ademhalingsspieren en het veilig en verantwoord mobiliseren (letterlijk: in beweging brengen) van patiënten met een ernstige aandoening en de complicaties, die zich daarbij kunnen voordoen.

Fysiotherapie richt zich op het vroeg mobiliseren (liefst binnen 24 tot 48 uur na opname), waarbij patiënten uit bed komen om complicaties zoals longontsteking, acute verwardheid (delier) en/of doorliggen te voorkomen. Daarnaast zijn het voorkómen van functieverlies van (ademhalings)spieren en het starten van vroege revalidatie belangrijke redenen van vroege mobilisatie. Beide dragen bij aan een verkorte opnameduur en betere herstelmogelijkheden.

Reanimatie

Reanimatie is het geheel van handelingen voor het herstel van hartslag en/of ademhaling. Borstcompressie (hartmassage) en beademing worden hierbij altijd toegepast. Als de hartritmestoornis daartoe aanleiding geeft, geeft een defibrillator één of meer elektrische schokken af om het normale hartritme en de bloeds-

omloop weer te herstellen.

Op de IC/MC wordt direct gestart met reanimatie als er sprake is van een hartstilstand of een hartritmestoornis waarbij de bloeddruk te laag is. Een reanimatie wordt ook gestart als patiënt stopt met ademen of om andere redenen een te lage bloeddruk heeft.

Er is een aparte folder beschikbaar met extra informatie over reanimatie.

Tracheotomie

Bij een tracheotomie wordt een buisje (canule) via de hals tot in de luchtpijp (trachea) ingebracht. Deze canule vervangt de beademingsbuis. Er zijn verschillende redenen om dit te doen, maar de belangrijkste is langdurige beademing waarbij een patiënt langzaam en geleidelijk van de beademing moet worden onttrokken. Andere redenen zijn: een langdurig sterk gedaald bewustzijn (coma), ernstige spierzwakte of een zwelling van de hals. Voor patiënten is een tracheacanule comfortabeler dan een beademingsbuis via de mond. Andere voordelen zijn dat patiënten met een tracheacanule niet voortdurend beademd hoeven te worden en dat zij in sommige gevallen kunnen spreken. Ook kunnen de tanden en mond beter verzorgd worden.

Meestal wordt de tracheotomie op de Intensive care uitgevoerd. De patiënt wordt in slaap gebracht, in de hals wordt een snede van ongeveer 2 centimeter gemaakt waarna het onderhuidse weefsel wordt weggeschoven totdat de luchtpijp voelbaar is. Daarna wordt met een naald in de luchtpijp geprikt en het gaatje geleidelijk opgerekt totdat de canule erin past. Los van alle voorbereidingen (die het meeste tijd kosten) kost de ingreep zelf nog geen 10 minuten.

Een tracheotomie bij uw familielid of naaste wordt altijd van tevoren met u besproken.

Mogelijke complicaties

Tijdens de ingreep kan een bloeding optreden. Daarnaast is het mogelijk dat uitgeademde lucht onder de huid terecht komt. Op langere termijn kan een ontsteking in de hals of een vernauwing van de luchtpijp optreden.

Er is een aparte folder beschikbaar met extra informatie over de tracheotomie.

ECMO-behandeling (hart-longmachine)

Een ECMO-behandeling wordt gestart wanneer het hart en/of de longen van een patiënt zo slecht werken dat (een deel van) de functie wordt overgenomen. ECMO kan vergeleken worden met de hart-longmachine die op de operatiekamer gebruikt wordt tijdens openhartoperaties. Voor de behandeling met ECMO kan beginnen, worden bij uw naaste grote infuuslijnen (centrale lijnen) ingebracht waardoor het bloed kan worden weggenomen en teruggeven. Tijdens de ECMO-behandeling krijgen het hart en/of de longen de tijd om tot rust te komen, de therapie om te herstellen en kan het behandelend team de tijd nemen om tot de beste behandeling van uw naaste te komen.

Voor meer informatie over de ECMO-behandeling is een aparte folder beschikbaar.

Behandelbeperking

Voor of tijdens de opname kan een moment komen dat het behandelteam aan u als naaste vraagt of zijn/haar wensen bekend zijn met betrekking tot reanimeren. Want we willen niet iemand reanimeren die heeft aangegeven dit niet te willen.

Los van de wens van de patiënt bestaat de mogelijkheid dat er op medische gronden wordt beslist dat de patiënt, indien dit nodig zou zijn, niet gereanimeerd zal worden. Dit noemen we een behandelbeperking, die niet alleen kan gelden voor wel of niet reanimeren, maar ook kan betekenen dat we de patiënt bijvoorbeeld niet meer gaan dialyseren (CVVH). Uiteraard wordt dit uitgebreid met u besproken en wordt uitgelegd wat de redenen hiervoor zijn.

Gevolgen van het ernstig ziek zijn/behandeling op de IC/MC

Delier (acute verwardheid)

Helaas krijgt een groot deel van onze patiënten last van een acute verwardheid, dit wordt delirium of delier genoemd. Deze verwardheid kan snel opkomen en ontstaat door een ontregeling in het lichaam, door bijvoorbeeld een ongeluk of grote operatie. De mate van verwardheid is vaak wisselend. Het ene moment is uw dierbare goed aanspreekbaar en kan hij/zij de juiste antwoorden geven, het andere moment kan uw dierbare onrustig worden of vragen niet meer juist beantwoorden.

Als patiënt beter wordt, zal de verwardheid afnemen. Vroeg mobiliseren heeft een gunstig effect op delier.

Voor meer uitleg over delier en wat u kunt doen als uw naaste verward is, verwijzen wij naar de folder Delirium op de Intensive care en Medium care.

Decubitus

Patiënten die langdurig in een bed verpleegd worden, hebben een verhoogd risico op het omwikkelen van doorligwonden ofwel decubitus. Er zijn allerlei factoren die de kans op decubitus verhogen zoals een gedaald bewustzijn, verminderd bewegen, een slechte voedingstoestand en slechte doorbloeding van de weefsels. Een combinatie van deze factoren zien we nogal eens bij de patiënten op de IC/MC. De plekken op het lichaam die extra gevoelig zijn voor doorligwonden zijn waar het bot dicht onder de huid gelegen is: stuit, hielen, ellebogen, schouderblad en achterhoofd. Tevens kan door beademing in buikligging decubitus ontstaan op de neus. Ook kunnen doorligwonden ontstaan door de maagsonde en beademingsbuis.

Met preventieve maatregelen is een deel van de doorligwonden te voorkomen. Op de IC/MC hebben alle patiënten een antidecubitus matras en wordt wisselgigging toegepast, als dat medisch verantwoord is. Mocht er toch decubitus optreden, dan behandelen we dit in een zo vroeg mogelijk stadium. Binnen de afdeling is een verpleegkundig specialist actief die zich specifiek bezighoudt met de preventie en behandeling van decubitus.

Critical illness polyneuropathie/ICU acquired weakness

Dit is een medische term voor ernstige zwakte, die we regelmatig zien bij patiënten die ernstig ziek zijn of zijn geweest. Hiervoor gebruiken we tegenwoordig de term ICU acquired weakness. Er is nog veel onduidelijkheid over de precieze oorzaak van deze zwakte. De zwakte kan de revalidatie van patiënten flink bemoeilijken. In ernstige gevallen kan een patiënt totaal verlamd zijn en alleen nog maar met de ogen knippen. Door de zwakte kan ook het afbouwen van de beademing moeizaam verlopen en kan besloten worden tot een tracheotomie. Volledig herstel van een critical illness polyneuropathie/ICU acquired weakness is mogelijk, maar kan vele maanden vergen. Soms blijven er restverschijnselen. Met een EMG (ElektroMyoGrafie) onderzoek kan de diagnose worden bevestigd. Voor de aandoening bestaat geen specifieke behandeling.

Multipel Orgaan Falen

Als gevolg van een ziekte of ongeval kunnen een of meer organen falen. Vaak is dat de reden om patiënt op de IC/MC op te nemen. Het gaat bijvoorbeeld om de bloedsomloop of het ademhalings-systeem. Ook de nieren, de lever en het stollingssysteem kunnen betrokken zijn. Het aantal organen of orgaansystemen dat betrokken is, zegt iets over de ernst van de ziekte en de prognose. Een groot deel van de behandeling op de IC/MC is erop gericht om tijdelijk de functie van de falende orgaansystemen te ondersteunen.

Sepsis

Sepsis is een aandoening die vaak voorkomt op de Intensive care en Medium care. In de volksmond wordt dit bloedvergiftiging

genoemd. Feitelijk betekent sepsis dat er een ernstige infectie is met daarbij tekenen van ontsteking in het hele lichaam. De symptomen van sepsis zijn koorts of juist ondertemperatuur, een versnelde hartslag met lage bloeddruk, een snelle ademhaling en te weinig of te veel witte bloedcellen (leukocyten) in het bloed. In de meeste gevallen is het duidelijk waar de infectie zit: dat kan bijvoorbeeld in de luchtwegen, het maagdarmsstelsel, de galwegen of urinewegen zijn. Soms is de oorzaak een centrale lijn.

Het is belangrijk om de veroorzakende bacterie met antibiotica te bestrijden en daarnaast de bron van de sepsis aan te pakken. Dat betekent bijvoorbeeld dat een abces (ophoping van pus) in de buik moet worden gedraineerd (met een slangetje de pus laten aflopen) of dat een verdachte centrale lijn of een galsteen moet worden verwijderd. Een sepsis is een ernstig ziektebeeld, waaraan een patiënt kan overlijden, vooral als er multipel orgaan falen optreedt.

Hygiëne

- Patiënten op de IC/MC zijn door hun ziekte gevoeliger voor ziekmakende micro-organismen (bacteriën, schimmels, gisten en virussen). Desinfecteer daarom uw handen voor en na het bezoek aan uw naaste. De pompjes met deze alcohol vindt u bij de ingang van de IC/MC.
- Op de IC/MC zijn bloemen en planten niet toegestaan in verband met infectiegevaar.
- Tevens verzoeken wij u in het geval van ziekte of verkoudheid te overleggen met de arts of verpleegkundige over de bezoekmogelijkheid en/of te nemen voorzorgsmaatregelen.

Persoonlijke bezittingen van de patiënt

De patiënt heeft de volgende artikelen nodig: deodorant, eau de toilette, eventueel scheerspullen, tandenborstel en een kam. Zeep is niet nodig. Om patiënten zo goed mogelijk te kunnen verzorgen, dragen ze een ziekenhuisjasje. Wij adviseren om waardevolle spullen mee naar huis te nemen. Dat geldt ook voor alle sieraden.

Familiebegeleiding

Door de soms onverwachte opname van uw naaste op de IC/MC kan uw dagelijks leven en dat van uw naasten in de war raken. Onzekerheden, spanningen, angst en verdriet kunnen voorkomen. Voor hulp en/of vragen die niet van medische of verpleegkundige aard zijn, kunt u terecht bij onze familiebegeleider, Ingrid Rietdijk. Zij kan u ook doorverwijzen naar een medewerker van het medisch maatschappelijk werk of van het pastoraal centrum. Voor meer informatie en bereikbaarheid verwijzen wij u naar de informatiefolder die in elke familiekamer aanwezig is.

De website www.opeenicliggen.nl kan een richtingwijzer zijn voor iedereen die zoekt naar (h)erkenning en informatie rond alles wat zich kan afspelen bij en na een Intensive care-opname. Ook worden er mogelijkheden en ideeën aangereikt om alle ervaringen te helpen hanteren, zowel op fysiek, psychosociaal als geestelijk gebied.

Dagboekje

Als uw familielid of naaste op de IC/MC ligt, kan het zijn dat hij of zij deze periode niet bewust beleeft. Dit is mogelijk door het ernstig ziek zijn of door het in slaap houden voor de beademing. Om de verwerking van deze periode voor u en uw naaste makkelijker te maken, kunt u een door ons uitgereikt dagboekje bijhouden. Mocht u zo'n dagboekje niet hebben ontvangen, vraag er dan gerust om bij de verpleegkundige of familiebegeleider.

Overplaatsing

Zodra uw naaste voldoende is hersteld, wordt de patiënt, afhankelijk van het verloop van de ziekte, overgeplaatst naar de Medium care of de verpleegafdeling. Over de overplaatsing wordt u tijdig ingelicht, maar een enkele keer is dit helaas niet of pas op het laatste moment mogelijk. Indien de patiënt via een ander ziekenhuis is overgeplaatst wordt hij of zij zo mogelijk teruggeplaatst naar dat ziekenhuis voor verdere behandeling.

De huisarts wordt op de hoogte gebracht van de opname in het ziekenhuis. Bij ontslag van de afdeling IC/MC wordt een uitvoerig verslag gemaakt voor de verpleegafdeling en voor de huisarts.

Nazorg (poli)

Als een patiënt minimaal drie dagen op de IC is behandeld, wordt na ontslag uit Amsterdam UMC, locatie VUmc contact gezocht met de patiënt of met de contactpersoon. Hierbij hebben we specifieke gezondheidsvragen. Tevens vragen we feedback op de geleverde medische en verpleegkundige zorg. Deze feedback gebruiken we om de zorg op de IC/MC verder te verbeteren.

De opname van uw naaste op de IC/MC is vaak een ingrijpende gebeurtenis. Uit ervaring blijkt dat er behoefte kan bestaan bij ex-IC/MC patiënten en hun familie om terug te blikken op de vaak intensieve opnameperiode. Er is een mogelijkheid om een nagesprek te plannen met een verpleegkundige en/of arts om te praten over de ervaringen die zijn opgedaan op de Intensive care en/of Medium care. Mocht u een afspraak willen maken voor een nagesprek, dan kunt u een mail sturen naar het volgende e-mailadres: nazorgpoli@vumc.nl. U kunt ook bellen tijdens kantooruren: (020) 444 3300.

Wetenschappelijk onderzoek

Op de IC/MC heeft medisch wetenschappelijk onderzoek een belangrijke plaats. Het medisch wetenschappelijk onderzoek wordt gestuurd door de onderzoeksgroep REVIVE. Voor deelname aan medisch wetenschappelijk onderzoek is toestemming van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger verplicht.

Het is daarom mogelijk dat wij uw toestemming vragen voor deelname van uw naaste aan een medisch wetenschappelijk onderzoek. Mocht dit aan de orde komen, dan wordt u uiteraard geïnformeerd. Voor meer informatie verwijzen wij u graag naar onze aparte folder over medisch wetenschappelijk onderzoek op de IC/MC.

REVIVE \ Research VUmc Intensive Care

Registratie patiëntengegevens

De IC/MC neemt, net zoals andere Intensive care afdelingen in Nederland, deel aan de verplichte registratie van de Nationale Intensive Care Evaluatie (zie www.stichting-nice.nl). Hiertoe wordt van alle opgenomen patiënten anoniem en dus niet herleidbaar op naam een aantal gegevens verzameld, met als doel continu de kwaliteit van de behandeling te registreren en met de verkregen gegevens zo mogelijk de behandeling te verbeteren.

Vragen en/of opmerkingen

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, stel ze dan gerust aan de verpleegkundigen van onze afdeling. Zij zijn graag bereid u meer informatie te geven of een gesprek met de intensivist voor u te regelen.

Amsterdam UMC, locatie VUmc streeft ernaar optimale zorg te verlenen. Toch kan het voorkomen dat u niet tevreden bent. Wij stellen het op prijs als u uw klacht of ongenoegen met ons bespreekt. U kunt zich wenden tot de direct betrokken IC/MC-medewerker. Komt u er na overleg niet uit, dan kunt u advies vragen bij het Servicecentrum patiënt & zorgverlener. Dit bevindt zich op de begane grond van het polikliniekgebouw. Hier kan men u ook vertellen hoe u eventueel een klacht kunt indienen.

T (020) 444 0700

E zorgsupport@VUmc.nl

Schenken

Draagt u de IC/MC een warm hart toe en mocht u wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsverbetering willen steunen dan kunt u een bijdrage overmaken op rekeningnummer 4818 ten name van Stichting VUmc Fonds o.v.v. ICV VUmc.

www.vumc.nl/steun

Graag willen wij u erop attent maken dat de opvang en begeleiding door onze familiebegeleiders en inrichting van de familiekamers mogelijk is gemaakt met giften van de Stichting Gastenverblijven VUmc. Om deze ondersteuning in stand te kunnen houden wordt uw bijdrage zeer gewaardeerd. U kunt deze stichting financieel steunen door geld over te maken op rekeningnummer 424003295 ten name van Stichting Gastenverblijven VUmc.

www.vumc.nl/gastenverblijf
