

Opname op de afdeling Intensieve Zorg



Ommelander Ziekenhuis
Groningen

Inhoudsopgave

Blz.

Intensive Care	5
Behandelteam	5
Bezoektijden en bezoeksregels IC/CCU	5
Gebruik familiekamer	6
Contactpersoon en wettelijk vertegenwoordiger	7
Informed Consent	7
De behandeling en onderdelen behandeling	8
Optiflow	9
Beademing	10
Intubatie	11
Anesthesie en sedatie	12
Arterielijn	12
Centrale lijn	13
Maagsonde	14
Blaaskatheter	14
Perifeer infuus	15
Toediening van vasoactieve middelen	15
Toediening van antibiotica	15
Toediening van andere medicatie	16
Bloedafname voor onderzoek	16
Afname van overige materialen voor onderzoek	16
Overige diagnostiek	17
Transport	17
Overige onderdelen van een (be)handeling	18
Tracheotomie	18
Transfusie	19
Thoraxdrain	19
Elektrische cardioversie (ECV)	19
Fixatie	19
Voorkomende aandoeningen tijdens opname IC	21
Overige informatie	
Hygiëne, eilandverpleging, isolatie	23
Overplaatsing naar een verpleegafdeling/nazorg IC	23
Overplaatsing ander ziekenhuis	24
Palliatieve zorg	24
Rechten en plichten patiënten/familie	24
Ontevredenheid en klachten	24
Geestelijke verzorging	24
Orgaan- en weefseldonatie	25
Obductie	25
Patiënttevredenheidsonderzoek	25

Inleiding

U of uw familielid (of naaste) is opgenomen op de afdeling Intensieve Zorg oftewel Intensive Care (IC) van het Ommelander Ziekenhuis Groningen. In deze brochure leggen we zo goed mogelijk uit wat dit voor u als patiënt of voor uw familielid betekent. Deze info is een aanvulling op de mondelinge informatie, die u van artsen en verpleegkundigen ontvangt en sluit aan bij de algemene patiënteninformatie van het Ommelander Ziekenhuis. Met vragen kunt u altijd bij ons terecht.

Intensive Care (IC)

Het Ommelander Ziekenhuis heeft een moderne IC die samen met de afdeling Coronary Care Unit (CCU, hartbewaking), een totale capaciteit van twaalf bedden heeft. Op de IC liggen patiënten die intensieve of complexe zorg nodig hebben, nadat ze geopereerd zijn of vanwege hun ziekte. De afdeling is er op ingericht om al deze zorg en de bijbehorende behandelingen te kunnen geven.

Telefonische bereikbaarheid IC

Voor informatie kunt u ons 24 uur per dag bereiken via het algemene telefoonnummer van het Ommelander Ziekenhuis: 088 – 066 1000. Als het druk is kunnen wij u niet altijd snel telefonisch te woord te staan. Graag verzoeken wij u het na een kwartier nogmaals te proberen.

Behandelteam

Op de IC wordt gedurende 24 uur per dag, zeven dagen per week, voor de patiënten gezorgd. Hierbij zijn veel mensen betrokken. Degene, die het dichtst bij uw familielid werkt is de IC-verpleegkundige. Een IC-verpleegkundige verzorgt tijdens een dienst een of twee patiënten. Bij hen kunt u terecht met veel van uw vragen. Verder zijn er ook leerling IC-verpleegkundigen die onder supervisie werken van een gediplomeerd verpleegkundige.

De artsen op de IC zijn intensivisten (IC-specialisten). Op de IC is de intensivist de behandelaar die de medische zorg voor patiënten coördineert. Daarmee is hij of zij ook het eerste aanspreekpunt en dus de hoofdbehandelaar. Er is dagelijks overleg met diverse medebehandelaars zoals; cardiologen, chirurgen, internisten, longartsen, radiologen en neurologen.

Overige medewerkers

Behalve artsen en verpleegkundigen zijn er diverse andere personen betrokken bij de zorg voor patiënten. Denkt u aan fysiotherapeuten, diëtisten, voedingsassistenten en een afdelingssecretaresse.

Bezoektijden en bezoeksregels op de IC/CCU/Stroke unit

De bezoektijden van patiënten op de IC/CCU/Stroke unit zijn:

- 's morgens van 10.30 uur tot 11.30 uur
- 's middags van 14.00 uur tot 15.00 uur
- 's avonds van 17.30 uur tot 19.30 uur

Na overleg met de verpleegkundige is het mogelijk om buiten de bezoektijden uw familielid of relatie te bezoeken.

Veel bezoek is voor IC-patiënten vaak te belastend. Om die reden vragen wij u met maximaal twee bezoekers tegelijk bij de patiënt te zijn. Als u met meer dan twee bezoekers bent, dan verzoeken wij u gebruik te maken van onze bezoekersruimte.

Wij verzoeken u zich te melden bij de ingang van de IC- afdeling door op de bel te drukken (zie de linker foto hieronder).

Als een patiënt tijdens bezoektijd behandeling of verzorging nodig heeft, kan het zijn dat wij het bezoek verzoeken om even in de bezoekersruimte te wachten. Wij vragen hiervoor uw begrip.

Onze bezoekers vragen wij om handen en onderarmen te desinfecteren. Rechts naast de toegangsdeur van de IC hangt een desinfectiepomp. (zie de rechter foto hieronder)



(intercom (foto links) en desinfectiepomp (foto rechts))

Hebt u vragen hierover dan kunt u deze altijd stellen bij de verpleegkundigen.

Gebruik familiekamer

Op onze afdeling is een familiekamer aanwezig. Deze kan worden gebruikt om te verblijven en hier vinden ook de gesprekken tussen de arts en familie/contactpersoon plaats.

In het geval dat er een overnachting nodig is, dan kunnen wij een kamer met douche/wasgelegenheid voor u regelen.

Contactpersoon en wettelijk vertegenwoordiger

Als behandelteam proberen we u als patiënt en uw familie/naasten zo goed mogelijk te informeren over de medische toestand. Hierbij kunt u denken aan een diagnose of onderzoeken om tot een diagnose te komen. Maar ook de ingezette behandeling en de verwachtingen op korte en langere termijn. Strikt genomen hebben wij alleen een behandelrelatie met de patiënt, maar die is op een IC niet altijd in staat om actief aan gesprekken deel te nemen, laat staan om belangrijke beslissingen aangaande zijn of haar behandeling te nemen.

Wij kunnen en mogen niet aan iedereen informatie over patiënten verstrekken en om die reden willen we duidelijk vastleggen wie het aanspreekpunt of de contactpersoon namens de familie is.

De contactpersoon is bijvoorbeeld een partner of familielid. De contactpersoon wordt door u als patiënt zelf uitgekozen.

Mocht u niet in staat zijn een contactpersoon aan te wijzen, dan vragen wij dit aan familie of naasten.

Van de contactpersoon verwachten wij dat deze persoon de informatie, indien nodig, doorgeeft aan de overige familieleden en betrokkenen. Het is wenselijk dat de contactpersoon 24 uur per dag telefonisch bereikbaar is.

Wanneer dit moeilijk te realiseren is, raden wij u aan een tweede contactpersoon aan te wijzen. Deze wordt gebeld als de eerste contactpersoon niet bereikbaar is.

De contactpersoon hoeft in principe niet de wettelijk vertegenwoordiger te zijn.

Voor alle te nemen beslissingen blijft de toestemming van de patiënt nodig, wanneer die daartoe in staat kan worden geacht. Van een wettelijk vertegenwoordiger is pas dan sprake wanneer een patiënt niet, of tijdelijk niet, zelf weloverwogen beslissingen kan nemen ten aanzien van de behandeling (zie ook 'Informed Consent').

Informed Consent

Informed Consent wil zeggen 'toestemming op grond van de juiste informatie'. Volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) dienen patiënten toestemming te geven voor een medische behandeling. Dit nadat ze goed en volledig geïnformeerd zijn over hun toestand (diagnose) en eventuele behandeling. In de folder 'Patiënt en uw rechten WGBO' vindt u meer informatie hierover.

De behandeling en onderdelen van de behandeling

Behandeling

De medische en verpleegkundige zorg op de IC zijn intensief en complex. De totale behandeling bestaat uit verschillende onderdelen. Het is niet altijd realistisch om van alle onderdelen van de behandeling de voor- en nadelen en de risico's uitvoerig toe te lichten. Verderop in deze informatiefolder worden de belangrijkste aspecten van de behandeling op de IC nader besproken. Hebt u hierover nog vragen, dan kunt u die natuurlijk altijd tijdens een gesprek kenbaar maken.

Onderdelen van de behandeling

Via onderstaand voorbeeld maken wij duidelijk uit welke onderdelen de behandeling op de IC kan bestaan en hoe deze met elkaar samenhangen.

Een patiënt wordt via de Spoedeisende Hulp opgenomen met een ernstige longontsteking. Door de longontsteking lukt het niet meer goed om zelfstandig te ademen en is opname op de IC noodzakelijk. Om te kunnen beademen moet een beademingsbuis of beademingstube in de luchtpijp worden geplaatst (dit heet ook wel intubatie) en voor het plaatsen van de beademingsbuis is het nodig dat de patiënt onder narcose wordt gebracht. Hierna is het nog enige tijd nodig om rustgevendende middelen en pijnbestrijding toe te dienen.

Door de combinatie van de longontsteking en de toediening van rustgevendende middelen heeft de patiënt een verlaagde bloeddruk, waarvoor soms bloeddruk verhogende medicijnen nodig zijn. Deze mogen alleen worden toegediend via een infuus in een grote ader (ook wel centrale lijn genoemd). Dit infuus wordt alleen door een arts ingebracht onder steriele omstandigheden. Om de bloeddruk goed te kunnen volgen wordt ook een katheter in een slagader geplaatst. Uit deze arterie- (slagader-)lijn kan regelmatig bloed worden afgenomen om te beoordelen of de beademing moet worden bijgesteld.

Naast bloed is het vaak ook nodig om ander materiaal te onderzoeken. Bijvoorbeeld slijm uit de longen (sputum) dat op kweek wordt gezet of vocht rondom de longen dat ook geïnfecteerd kan zijn. Tegen de longontsteking wordt antibiotica toegediend en er worden af en toe röntgenfoto's gemaakt. Verder is het zo dat patiënten met een beademingsbuis of beademingstube niet zelfstandig kunnen eten en om die reden

een maagsonde krijgen voor kunstmatige voeding. Daarnaast hebben vrijwel alle beademde patiënten een blaaskatheter.

U ziet dat er veel komt kijken bij een behandeling op de IC. Voor behandelaars zijn sommige onderdelen van de behandeling zo vanzelfsprekend dat het goed is om hierover meer uitleg te geven.

Bij een IC-patiënt kan de ene behandeling (beademing) een groot aantal andere (be)handelingen met zich meebrengen. Zo moet een patiënt allerlei infusen, lijnen en een beademingsbuis of beademingstube krijgen om de behandeling veilig te kunnen toepassen. Daarnaast is er frequent onderzoek nodig (bloedonderzoek, foto's van hart en longen, kweken) en worden allerlei medicijnen toegediend. Het één wel doen en het andere laten is maar beperkt mogelijk. Daarom lichten we een aantal onderdelen van de behandeling, die behoren bij IC-zorg, nader toe.

Tot veel voorkomende IC- behandelingen behoren:

- Optiflow
- Beademing
- Intubatie
- Anesthesie en sedatie
- Arterielijn
- Centrale lijn
- Maagsonde
- Blaaskatheter
- Perifeer infuus
- Toediening van vasoactieve middelen
- Toediening van antibiotica
- Toediening van overige medicatie
- Bloedafname voor onderzoek
- Afname van overige materialen voor onderzoek
- Overige diagnostiek
- Transport

Optiflow

Optiflow houdt in dat via een neuskatheter verwarmde, bevochtigde en zuurstofrijke lucht in de neus wordt geblazen. Hierdoor gaat u zich minder benauwd voelen. Soms wordt deze vorm van ademhalingsondersteuning gebruikt na een periode van beademing.

In andere gevallen is het een methode om te voorkomen dat er een beademingsbuis of beademingstube in de luchtpijp moet worden ingebracht. Helaas is dit niet altijd te voorkomen.

Beademing



Veel patiënten op de IC worden geholpen met de ademhaling (beademd), omdat ze daar tijdelijk niet of onvoldoende zelf toe in staat zijn. De reden om tot beademing over te gaan kan uiteenlopen van een laag zuurstofgehalte in het bloed tot een te hoog koolzuurgehalte. Maar ook omdat een patiënt te veel inspanning (ademarbeid) moet leveren om de gasuitwisseling op peil te houden.

Patiënten die in coma zijn, hebben ook vaak een beademingsbuis of beademingstube nodig vanwege het sterk verhoogde risico op verslikken. Tijdens operaties onder anesthesie (narcose) worden patiënten ook meestal beademd. Als patiënten na een ingreep op de IC worden opgenomen, dan worden ze daar doorgaans beademd naar toe gebracht.

Invasieve of non invasieve beademing

Beademing kan op verschillende manieren worden toegepast. Er wordt onderscheid gemaakt tussen invasieve en niet- (non-)invasieve beademing. Bij invasieve beademing wordt een beademingsbuis of beademingstube tot in de luchtpijp gebracht, via de mond (zie hoofdstuk 'Intubatie') en in een later stadium soms via de hals (zie hoofdstuk 'Tracheotomie'). Het is in sommige gevallen 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 bij lang niet alle patiënten mogelijk en soms moet alsnog een beademingsbuis of beademingstube worden ingebracht om invasief te kunnen beademen.

Nadelen beademing

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

Ook kan door de beademing een klaplong (pneumothorax) ontstaan. Verder is het bekend dat beademing het risico op een longontsteking (pneumonie) doet toenemen. Bij non-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/de longen komt.

Noodzaak beademing

Uit het bovenstaande (b)lijkt dat beademing eigenlijk schadelijk is, echter beademing is vaak noodzakelijk én kan zelfs levensreddend zijn. Meestal is er een duidelijke reden waarom patiënten tijdelijk niet zelfstandig kunnen ademen, zoals een ernstige infectie die eerst behandeld moet worden. De beademing, die daarbij hoort, moet u zien als het tijdelijk overnemen van een belangrijke lichaamsfunctie, dit om de patiënt meer rust te gunnen voor sneller herstel.

Houding van de patiënt in bed

Meestal worden patiënten in rugligging verpleegd en beademd, waarbij de patiënt wisselend wat meer op één zijde en dan op de andere zijde wordt gedraaid. Dit noemen we ook wel wisselligging. Als het mogelijk is worden beademde patiënten rechtop zittend in bed of zelfs in een stoel verpleegd. Bij beademde patiënten met ernstig zieke longen kan het nodig zijn om ook periodes in buikligging verpleegd te worden.

Het doel van deze buikligging is vooral de zuurstofopname door de longen te verbeteren. Tijdens buikligging worden patiënten doorgaans wat dieper in slaap gebracht en bij het terugdraaien naar rugligging valt op dat het gezicht gezwollen kan zijn. Als familie of naaste is het goed dat u hierop bent voorbereid.

Intubatie

Intubatie betekent 'het inbrengen van een beademingsbuis'. Een beademingsbuis wordt ook wel een 'tube' genoemd. Een tube is nodig om een patiënt te beademen en wordt over het algemeen via de mond ingebracht. Aan het eind van de tube zit een ballonnetje, die wordt opgeblazen, zodat er geen lekkage is van de lucht die de beademingsmachine in de longen blaast. De tube bevindt zich tussen de stembanden en daardoor kan een patiënt met een tube niet praten.

Om een beademingsbuis of beademingstube in te kunnen brengen 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 intubaties zijn weefselschade aan keel, stembanden en luchtpijp en schade aan gebitselementen, meestal de boventanden. Daarnaast bestaat het risico op verslikken tijdens het inbrengen, waarbij maaginhoud in de longen terechtkomt. Dit wordt ook wel aspiratie genoemd.

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 wordt (ook bij spoed) zorgvuldig voorbereid en de uitvoering is in handen van goed getrainde ervaren artsen.

Anesthesie en sedatie

Voor sommige handelingen of behandelingen op de IC is het nodig om een patiënt onder anesthesie (narcose) te brengen. In de folder 'Anesthesie' vindt u hierover meer informatie.

Sedatie is een kunstmatige slaap, die minder diep is dan anesthesie (narcose) en kan variëren tussen lichte sedatie en diepe sedatie. Bij lichte sedatie krijgt de patiënt slaapmedicatie toegediend, maar is nog te wakken met behulp van geluid of een lichte aanraking. Bij diepe sedatie is een sterkere prikkel nodig om een reactie op te wakken.

De grens tussen diepe sedatie en anesthesie is niet heel scherp. De reden om patiënten te sederen loopt 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 de IC 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 op individuele basis, per patiënt, steeds een gebalanceerde afweging. Bij enkele ziektebeelden, zoals bij moeilijk te behandelen epilepsie, is het soms noodzakelijk een patiënt gedurende dagen diep onder narcose te brengen. Als dit bij uw familielid of naaste het geval is, wordt dit aan u uitgelegd.

Arteriëlijn

Bij de meeste patiënten op de IC wordt een arteriëlijn geplaatst. Dit is een slangetje dat in een slagader wordt ingebracht met 2 belangrijke functies. Ten eerste kan de bloeddruk continu worden gemeten. Hiermee wordt het effect van bepaalde medicijnen op de bloeddruk nauwkeurig gevolgd en bijgestuurd. In tegenstelling tot automatische bloeddrukmeting via een manchet, worden we direct gewaarschuwd bij een belangrijke bloeddrukdaling of bloeddrukstijging.

Een tweede functie is de mogelijkheid om via de arteriëlijn bloed af te nemen. Bij patiënten op de IC wordt soms wel tien keer per dag een kleine hoeveelheid bloed afgenomen om waarden (bijvoorbeeld het bloedsuiker- of het kaliumgehalte) te bepalen. Zonder arteriëlijn moet een patiënt hiervoor te vaak worden geprikt. Omdat het bloed uit een slagader wordt afgenomen, kan ook het effect van de beademing worden geëvalueerd door het zuurstof- en koolzuurgehalte te meten.

Een arteriëlijn kan op verschillende plaatsen worden ingebracht, waarbij de binnenkant van de pols (waar men ook de pols kan voelen) het vaakst

wordt gekozen. Andere mogelijkheden zijn de slagaders in de elleboogplooien en in de liezen.

Bekende complicaties van het prikken van arteriële lijnen zijn infectie, lokale bloedingen of bloeduitstortingen en doorbloedingsstoornissen van lichaamsdelen, waar de slagader naar toe gaat.

Vooraf bij arteriële lijnen in de lies bestaat de kans op een 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 met een verzwakte wand ontstaan (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.

De voordelen van een arteriële lijn wegen meestal op tegen de eventuele nadelen. Bij beademde patiënten of patiënten die met bloeddruk regulerende medicatie worden behandeld, kunnen we eigenlijk niet zonder.

Centrale lijn

Naast een 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 kan of mag niet via een gewoon infuus (perifeer infuus) worden toegediend, om uiteenlopende redenen. Ook als patiënten niet via het maag-darmstelsel kunnen worden gevoed is een centrale lijn noodzakelijk om via die weg speciale 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 (jugularis), onder het sleutelbeen (subclavia) of in de lies (femoralis), zowel links als rechts.

Uiteraard zijn er aan het inbrengen van een centrale lijn ook risico's verbonden. Mogelijke complicaties zijn een infectie, een bloeding of een klaplong (pneumothorax).

Een zogenaamde 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.

Een bloeding kan eventueel ontstaan doordat niet de ader, maar de ernaast zittende slagader wordt aangeprikt. Door het gebruik van het echoapparaat zijn ader en slagader echter goed van elkaar te onderscheiden.

Bij het inbrengen van een centrale lijn onder het sleutelbeen bestaat het risico dat de punt van de naald de longtop raakt, wat kan leiden tot een

klaplong. Bij een ernstige klaplong moet een drain (thoraxdrain) in de borstholte worden ingebracht.

Ook voor centrale lijnen geldt dat we in de meeste gevallen niet zonder kunnen. Zeker niet als er bloeddruk regulerende medicatie wordt toegediend.

Maagsonde

Een maagsonde is een slang die via de neus of de mond door de slokdarm in de maag wordt gelegd. Deze slang dient meestal om sondevoeding te kunnen toedienen. Dit geldt vooral voor patiënten aan de beademing, die vanwege de beademingsbuis (tube) niet normaal 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 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. 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 per ongeluk in het verkeerde keelgat (de luchtpijp) terechtkomt. Voordat de voeding wordt gestart, controleren wij altijd of de sonde goed ligt. Omdat het voor alle patiënten, maar in het bijzonder voor ernstig zieke patiënten, belangrijk is dat ze goed gevoed worden, is een maagsonde meestal noodzakelijk.

Blaaskatheter

Bijna alle patiënten op de IC hebben een blaaskatheter. Hiermee wordt urine vanuit de blaas direct naar buiten het lichaam 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. Ook hebben patiënten infusen en lang niet alle patiënten kunnen aangeven wanneer ze moeten plassen. Daarnaast is het voor het behandelend team belangrijk om de hoeveelheid geproduceerde urine nauwgezet te meten. De urineproductie zegt iets over de doorbloeding van vitale organen (in dit geval de nieren). Net als een arteriële lijn, een perifere infuus, een centrale lijn of een maagsonde hoort een blaaskatheter meestal bij de standaard behandeling op de IC.

Inbrengen blaaskatheter

Een blaaskatheter wordt via de plasbuis ingebracht; doorgaans gaat dit gemakkelijk en zonder problemen. Vooral bij mannen met een vergrote prostaat kan het inbrengen soms lastig zijn en ontstaat wel eens een bloeding. Bij problemen wordt de uroloog gevraagd te helpen. Op langere termijn kunnen vernauwingen van de plasbuis ontstaan, zeker als een patiënt langdurig een blaaskatheter nodig heeft. Een kleine groep patiënten

heeft een permanente blaaskatheter nodig. Deze katheter wordt via de buikwand door de uroloog ingebracht.

Perifeer infuus

Een perifeer infuus is een gewoon infuus, dat meestal in een ader op de onderarm wordt ingebracht en soms op de voet. Via een infuus kan medicatie 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 een patiënt veel medicatie gebruikt, 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 ontsteken. Dit is een reden om het infuus te verwijderen. Verder kan een infuus, ook als het in eerste instantie goed in de ader zit, op een later moment gaan lekken. Hierbij kunnen de toegediende vloeistoffen en medicatie ook 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.

Toediening van vasoactieve middelen

Ernstig zieke patiënten hebben vaak stoornissen in hun bloedsomloop (hemodynamiek). Hierbij kan de hartslag heel hoog zijn of juist heel laag en 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 medicijnen noodzakelijk, die via een pomp en een centrale lijn worden toegediend.

Deze medicatie wordt ook wel vasoactieve medicatie genoemd, omdat ze deels op de wand van de bloedvaten werken. Sommige van deze middelen zijn zeer kortwerkend. Om die reden worden ze continu toegediend, waarbij de dosering telkens kan worden bijgesteld. Patiënten die met deze 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 van antibiotica

Infecties vormen een belangrijk probleem op de IC. Veel patiënten worden met een infectie opgenomen, zoals een ernstige longontsteking of een gecompliceerde urineweginfectie. Hierbij worden routinematig kweken afgenomen. Daarnaast kan er ook gericht worden gekweekt en met antibiotica worden behandeld. Als niet bekend is wat de verwekker is, maar wel duidelijk dat de patiënt een ernstige infectie heeft, dan wordt vaak gestart met breed spectrum antibiotica die effectief zijn bij veel verschillende bacteriën.

Toediening van andere medicatie

Naast vasoactieve medicatie en antibiotica krijgen patiënten op de IC verschillende andere medicijnen. Dit kan medicatie zijn die thuis ook wordt gebruikt, maar het kan ook zijn dat de thuismedicatie tijdelijk niet kan of mag worden gebruikt.

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

Bijna alle beademde patiënten krijgen inhalatiemedicatie. Vele patiënten die kunstmatig worden gevoed hebben insuline nodig om de bloedsuiker op het gewenste niveau te houden. Als u ziet dat uw 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 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 sonde. Maar ook als drank, via het infuus of met behulp van een prik onder de huid.

Het is belangrijk dat we op de hoogte zijn van eventuele allergieën of overgevoelighedsreacties. Behalve voor medicijnen willen we ook graag weten of patiënten overgevoelig zijn voor andere zaken: voedingsstoffen, pleisters of röntgencontrastmiddelen.

Bloedafname voor onderzoek

Om de behandeling op de IC goed te kunnen sturen is frequent bloedonderzoek nodig. Bij veel patiënten controleren we regelmatig wat het zuurstof- en koolzuurgehalte in het bloed is. Als we insuline aan patiënten geven, moeten we geregeld het bloedsuikergehalte bepalen. Zo kunnen er allerlei redenen zijn om bloed af te nemen. Feit is dat er bij verreweg de meeste patiënten op de IC meerdere keren per dag bloed wordt afgenomen. Bij patiënten met een arteriële lijn kan dit eenvoudig worden gedaan zonder opnieuw te hoeven prikken. Eventueel kan ook uit een centrale lijn bloed worden afgenomen. We proberen vanzelfsprekend het aantal bloedafnames en de totale hoeveelheid afgenomen bloed tot een minimum te beperken.

Afname van overige materialen voor onderzoek

Behalve bloed kan het nodig zijn om andere lichaamsproducten nader te onderzoeken. Denkt u hierbij aan: urine, drainvocht, slijm uit de longen (sputum), wondvocht of ontlasting. Bij veel IC-patiënten nemen we regelmatig kweken af.

Overige diagnostiek

Behalve bloedonderzoeken en het verrichten van kweken wordt er bij patiënten op de IC nog meer onderzoek verricht.

Nadat een beademingsbuis of beademingstube is geplaatst (intubatie) of een centrale lijn is ingebracht, wordt vaak een röntgenfoto gemaakt ter controle. Er kan echter ook een andere reden zijn om een foto van hart en longen te maken. Deze foto's worden met een mobiel röntgenapparaat gemaakt op onze afdeling.

Andere onderzoeken die frequent op de IC worden verricht zijn een ECG (hartfilm), een echografie (van het hart, de buik of de borstholte), een EEG (hersenenonderzoek), kijkonderzoeken van de maag door de maag-darm-lever-arts of een kijkonderzoek van de luchtwegen.

Transport

Niet alle noodzakelijke onderzoeken en behandelingen kunnen op de IC plaatsvinden. Hiervoor worden patiënten naar de plek gebracht, waar het onderzoek of de behandeling wel kan plaatsvinden, zoals bij een CT- scan. Vanzelfsprekend gaat de ondersteunende behandeling die een patiënt krijgt, zoveel mogelijk door tijdens het transport. Dit geldt o.a. voor de beademing en toediening van bloeddruk-ondersteunende middelen. Er zijn echter ook onderdelen van de behandeling, zoals bijvoorbeeld voeding, 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 zo veel mogelijk gereduceerd. Tijdens een transport van IC-patiënten is er naast een verpleegkundige veelal een arts bij de patiënt.

Overige onderdelen van een (be)handeling op de IC

Mogelijk zijn niet alle onderdelen op uw familielid of naaste van toepassing. Er zijn ook patiënten opgenomen die niet beademd hoeven te worden. Als er om toestemming (*Informed Consent*) voor behandeling op de IC wordt gevraagd, dan wordt het totale pakket bedoeld zoals eerder is vermeld.

Er zijn echter nog andere onderdelen van de behandeling, waarvan wij vinden dat ze expliciet aan de orde moeten komen. Deze onderdelen komen in het volgende gedeelte aan bod.

Tracheotomie

Bij een tracheotomie wordt een beademingsbuis of beademingstube via de hals tot in de luchtpijp ingebracht. Deze canule vervangt meestal de beademingsbuis die via de mond is ingebracht. Er zijn verschillende redenen om dit te doen. De belangrijkste is langdurige beademing, waarbij een patiënt langzaam en geleidelijk van de beademing moet worden ontwend. Andere redenen zijn: een langdurig sterk gedaald bewustzijn, ernstige spierzwakte of zwelling van de hals. Hierbij is het verwijderen van de beademingsbuis niet veilig mogelijk.

Voor patiënten is een tracheacanule veel comfortabeler dan een beademingsbuis of 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 de tracheotomie op de IC uitgevoerd, waarbij de patiënt onder narcose wordt gebracht. In de hals, net boven het borstbeen, wordt een snede van ongeveer 2 centimeter gemaakt. Vervolgens wordt het onderhuidse weefsel weggeschoven totdat de luchtpijp goed te voelen is. Daarna wordt met een naald in de luchtpijp geprikt en het gaatje geleidelijk opgerekt totdat de canule erin past. Tijdens deze procedure wordt er middels een scoop van binnen de luchtpijp gekeken zodat deze punctie veilig kan worden uitgevoerd. Los van alle voorbereidingen, die de meeste tijd kosten, duurt deze ingreep circa 10 minuten.

Complicaties

Mogelijke complicaties van de ingreep kunnen komen door de narcose of aan de ingreep zelf. Vanzelfsprekend kan er een bloeding optreden en daarnaast bestaat de mogelijkheid dat er uitgeademde lucht onder de huid terecht komt ('Huidemfyseem'). Op langere termijn kan een vernauwing van de luchtpijp optreden. Een eventuele tracheotomie bij uw familielid of naaste wordt altijd van tevoren 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. Voor het toedienen van bloedproducten wordt in principe toestemming gevraagd, maar in acute situaties is dat niet altijd mogelijk. Vanzelfsprekend dienen wij geen bloedproducten toe aan patiënten, die duidelijk (met een schriftelijke wilsverklaring) hebben aangegeven dit niet te willen. In de folder 'Bloedtransfusie' leest u hier meer over.

Thoraxdrain

Een thoraxdrain is een slang, die in de borstholte wordt ingebracht. Bij zieke patiënten kan zich vocht ophopen tussen de longvliezen. Met een drain kan dit vocht worden weggehaald, waardoor het ademen makkelijker wordt. Een andere reden om een thoraxdrain in te brengen kan ophoping van lucht in de pleuraholte zijn, zoals bij een klaplong.

In principe wordt het inbrengen van een thoraxdrain van tevoren met de patiënt of zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger besproken. Hiervoor is echter 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 (ECV)

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 dat niet (meer) het geval is. Soms moet er acuut een schok worden toegediend omdat door de ritmestoornis er onvoldoende circulatie is.

Er zijn echter ook minder ernstige ritmestoornissen, waarvan boezemfibrilleren de bekendste en meest voorkomende is. Meestal wordt er in eerste instantie geprobeerd om het boezemfibrilleren met medicijnen te behandelen. Lukt dit niet dan kan elektrische cardioversie uitkomst bieden. Voor een elektrische cardioversie worden patiënten kortdurend onder narcose gebracht en dienen nuchter te zijn. De kans op complicaties is klein. In de folder Cardioversie leest u hier meer over.

Fixatie

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, waarin fixatie noodzakelijk is om schade voor de patiënt te voorkomen. Het komt op de IC frequent voor dat patiënten onrustig en verward zijn. Deze onrust en verwardheid kunnen in wisselende mate aanwezig zijn en komen vaak voort uit een delier (verwardheid).

Wij 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, beademingsbuis 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 vrijheids-beperkende maatregel. Strikt genomen moet dit van tevoren met de patiënt of op het moment zelf met de wettelijk vertegenwoordiger worden besproken. In de praktijk kan het zijn dat er ter bescherming van de patiënt wordt overgegaan tot fixatie en dat dit pas op een later tijdstip met een vertegenwoordiger besproken kan worden. Wij streven er altijd naar om de periode van fixatie zo kort mogelijk te houden.

Voorkomende aandoeningen tijdens opname IC

Aandoeningen die veel voorkomen bij patiënten tijdens een opname op de IC zijn: delier (verwardheid), decubitus (doorliggen), sepsis (bloedvergiftiging), multiple orgaan falen (uitvallen van meerdere organen) en CIP/ICUAW (ernstige spierzwakte).

Delier

Op de IC 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 aard zijn, maar dat de achterliggende oorzaak iets lichamelijks is.

Patiënten met een delier hebben meestal een wisselend bewustzijn en een gestoorde waarneming soms zelfs levendige hallucinaties. Vreemde prikkels, zoals allerlei piepjes en alarmen zijn op de IC uit oogpunt van veiligheid niet helemaal te vermijden. Daarom zijn er op de nieuwe locatie in Scheemda alleen maar eenpersoonskamers en is de geluidsoverlast door technische aanpassingen tot een minimum beperkt.

De behandeling van een delier is erop gericht de oorzakelijke factor weg te nemen, dus 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' vindt u meer informatie hierover.

Decubitus

Patiënten die langdurig verpleegd worden, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van 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. Een combinatie van deze factoren zien we nogal eens bij patiënten op onze afdeling.

De plekken op het lichaam, welke extra gevoelig zijn voor doorligwonden, zijn die waar het bot dicht onder de huid is gelegen: stuit, hielen, ellebogen, schouderblad en achterhoofd.

Met preventieve maatregelen is een deel van de doorligwonden te voorkomen. Indien nodig heeft de patiënt een anti-decubitus matras en/of draagt de patiënt verbandschoenen aan de voeten. Als het medisch gezien verantwoord is, passen wij wisselgigging toe. Mocht er toch decubitus optreden, dan behandelen we dit in een zo vroeg mogelijk stadium. Binnen de organisatie is een werkgroep actief, die zich specifiek bezighoudt met de preventie en behandeling van decubitus.

Sepsis

Sepsis is een aandoening die vaak voorkomt op de IC. 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 is het duidelijk waar de infectie zit. De infectie kan in de luchtwegen zitten maar ook in het maagdarmstelsel, de galwegen of urinewegen.

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 en dat een verdachte centrale lijn of een galsteen moet worden verwijderd. Een sepsis is een ernstig ziektebeeld, waaraan een patiënt kan overlijden.

Multipel Orgaan Falen

Door een ziekte of ongeval kan multipel orgaan falen optreden. Een opname op de IC heeft vaak als reden het falen van een of meerdere orgaansystemen. Dit kan de bloedsomloop betreffen of het ademhalingssysteem. Ook de nieren, de lever en het stollingssysteem kunnen meedoen bij het orgaan falen.

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 de IC is erop gericht om (tijdelijk) falende orgaansystemen te ondersteunen.

Critical Illness Polyneuropathie (CIP)

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

Strikt genomen wordt hiervoor nu de term 'ICU acquired weakness' gebruikt. Er is nog veel onduidelijk over de precieze oorzaak van deze zwakte. Dit neemt echter niet weg dat het de revalidatie van patiënten flink kan bemoeilijken.

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

Door de zwakte kan bijvoorbeeld het ontwerpen van de beademing moeizaam verlopen. Er wordt dan besloten tot een tracheotomie (inbrengen van een buisje in de luchtpijp).

Volledig herstel van een CIP is mogelijk, maar kan vele maanden vergen. Soms blijven er restverschijnselen van een CIP over. Met een EMG (Electromyografie) onderzoek 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 vele 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 hygiënemaatregelen proberen we te voorkomen dat bacteriën of andere micro-organismen zich verspreiden naar andere patiënten, ziekenhuismedewerkers of bezoekers.

Eilandverpleging

Op de IC wordt gewerkt volgens het principe van eilandverpleging. De patiënt, het bed en alle apparatuur rond het bed wordt gerekend tot het eiland van de patiënt. Bij het betreden van het eiland, waarbij direct contact optreedt met de patiënt of zijn bed, desinfecteert het personeel de handen en worden een schort en handschoenen aangetrokken. Bij het verlaten van het eiland worden de handschoenen en het schort uitgetrokken en de handen opnieuw gedesinfecteerd.

Isolatie

Het kan noodzakelijk zijn dat uw familielid of relatie 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 of virus) bij zich draagt. Verspreiding van een micro-organisme kan plaatsvinden via aanraking of via de lucht, bijvoorbeeld door hoesten en niezen. Door de isolatiemaatregelen proberen wij besmetting te voorkomen. Wij vragen u hierbij de gegeven instructies te volgen.

Overplaatsing naar een verpleegafdeling/nazorg IC (follow up)

Voor patiënten die langdurig op de IC hebben gelegen kan de overgang van de IC naar de verpleegafdeling groot zijn. Daarom worden deze patiënten op indicatie van de IC-arts, nadat ze overgeplaatst zijn naar de verpleegafdeling, nog een aantal keren door de IC-verpleegkundige



bezoekt. Zo is het mogelijk om de vooruitgang van de patiënt te observeren en eventuele problemen vroegtijdig te signaleren.

Overplaatsing ander ziekenhuis

Het Ommelander Ziekenhuis werkt nauw samen met het UMCG en een aantal ziekenhuizen in de regio Noordoost Nederland. Soms worden patiënten vanwege de specifieke expertise naar het UMCG of een andere ziekenhuis overgeplaatst. Denkt u aan nier-vervangende therapie of hart- en hersenaandoeningen. Vervoer van deze patiënten vindt plaats met een speciale ambulance, de MICU (Mobiële Intensive Care Unit). De patiënt wordt tijdens dit transport begeleid door een intensivist en een intensive care verpleegkundige. Dit wordt in voorkomende gevallen met de patiënt of familielid besproken.

Palliatieve zorg

Wanneer er geen mogelijkheden meer zijn tot behandeling van een patiënt, omdat de situatie uitzichtloos is geworden, kan besloten worden tot het 'stoppen met de behandeling'. Palliatie wil zeggen verzachting of verlichting van de klachten en dat de patiënt zo min mogelijk lijdt. Palliatieve sedatie is geen euthanasie. In de folder 'Palliatief Advies Team (PAT)' vindt u meer informatie hierover.

Rechten en plichten patiënten/familie

Als patiënt hebt u in het Ommelander Ziekenhuis recht op goede en doelmatige zorg. Tegenover uw rechten staan ook plichten. Uw rechten en plichten als patiënt en eventueel als wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, zijn vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In de folder 'Patiënt en uw rechten WGBO' vindt u meer informatie hierover.

Ontevredenheid en klachten

Het kan zijn dat u als patiënt of als familie ontevreden bent over de behandeling of begeleiding door het medisch team op de IC. Wij raden u in eerste instantie aan de problematiek te bespreken met het behandelteam. Bij voorkeur met de eerst verantwoordelijke arts of eerst verantwoordelijke verpleegkundige. Mocht dit niet tot een bevredigend resultaat leiden, dan bestaat de mogelijkheid een officiële klacht in te dienen.

U kunt hiervoor terecht bij de Ombudsfunctionaris van het Ommelander Ziekenhuis. In de folder 'Een opmerking of klacht over het Ommelander Ziekenhuis. Waar kunt u terecht?' vindt u meer informatie hierover.

Geestelijke verzorging

Een opname op de IC is zowel voor de patiënt als voor zijn familie een ingrijpende en vaak heftige gebeurtenis. Vaak moeten er moeilijke beslissingen worden genomen. Een geestelijk verzorger kan u helpen uw gedachten en gevoelens op een rijtje te zetten, ongeacht uit welke

kerkelijke gemeenschap u komt. U kunt bij uw arts of verpleegkundige hier verder naar informeren.

Orgaan- en weefseldonatie

De wet op de orgaandonatie maakt dat elke behandelend arts verplicht is zich ervan op de hoogte te stellen of patiënten na hun overlijden organen en/of weefsels beschikbaar willen stellen.

In geval van overlijden wordt de mogelijkheid van donatie met de nabestaanden besproken. Of organen en weefsels in aanmerking komen voor donatie, hangt onder ander af van de ziekte van de patiënt. De behandelend arts bespreekt met de nabestaanden deze mogelijkheden. Ook wordt het donorregister geraadpleegd op de aanwezigheid van een donorcodicil.

Als een patiënt van tevoren al zijn organen/weefsels in het kader van overlijden ter beschikking heeft gesteld, is de behandelend arts gemachtigd om een donatieprocedure op te starten, dit in nauwe samenwerking met de transplantatiecoördinatoren van het UMCG. De uitname vindt dan direct na het overlijden in het Ommelander Ziekenhuis plaats door specifiek hiervoor samengestelde teams uit andere (academische) ziekenhuizen of zelfs uit het buitenland. Tijdens deze procedure vindt er nauw overleg plaats met de nabestaanden over de te nemen stappen.

Obductie (autopsie)

Het overlijden van uw partner of familielid, zeker als dit onverwacht is, is een moeilijke en emotioneel zware gebeurtenis. Het is vaak moeilijk onderwerpen als orgaan- en weefseldonatie en obductie met u te bespreken. Het belang ervan is echter zo groot dat dit toch ter sprake wordt gebracht.

Bij een obductie vindt met name onderzoek plaats naar de doodsoorzaak en of eerder gestelde diagnoses juist waren. De bevindingen bij obducties zijn van groot belang voor de verdere ontwikkeling van de geneeskunde. In de folders 'Obductie informatie voor nabestaanden (volwassenen)' en 'Obductie bij kinderen' leest u meer informatie hierover.

Patiënttevredenheidsonderzoek

Bij ontslag ontvangt u als patiënt of uw familie een patiënttevredenheidsonderzoek. Wij stellen het zeer op prijs indien u dit patiënttevredenheidsonderzoek wilt invullen. Uw opmerkingen en suggesties dragen bij aan de ontwikkeling van onze afdeling en aan de zorg voor patiënten en familie.



**Samen.
De beste zorg.
Dichtbij.**

[ommelandenziekenhuis.nl](https://www.ommelandenziekenhuis.nl)

T 088 - 066 1000

OZG (12-19) IZ 392