

Intensive Care (IC)

Informatie over een opname op de IC voor de patiënt of de naasten

U of uw naaste is opgenomen op de IC. Dit is vaak een heftige en enge gebeurtenis. Het kan moeilijk zijn om alles nog goed te begrijpen. Daarom kunt u hier alle informatie nog eens nalezen. Op de IC is het belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn. Door alles op een rij te zetten hopen we onduidelijkheden te voorkomen.

Toestemming voor een behandeling

Normale situatie

Volgens de Nederlandse Wet (op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO) moeten alle patiënten zelf toestemming geven voor een medische behandeling. Dit kan alleen nadat ze alle informatie hebben over hun toestand en de behandelopties. Artsen mogen niks doen zonder toestemming van de patiënt. Dit is om patiënten te beschermen tegen experimenten en misbruik.

Normaal gesproken leggen we de volgende dingen uit tijdens de voorlichting:

- Wat de behandeling is en of er andere behandelingen mogelijk zijn.
- Wat de voordelen en nadelen zijn van de behandeling.
- Wat de risico's zijn van de behandeling.

Na de voorlichting kan de patiënt toestemming geven of juist niet. Maar dat kan alleen als de patiënt bedenktijd krijgt, alles goed kan begrijpen, met anderen kan overleggen en vragen heeft kunnen stellen. Als een patiënt op de IC ligt, kan dit allemaal niet. Daarom gelden er andere regels op de IC.

Op de IC

Op de IC kunnen we vaak geen toestemming vragen aan de patiënt. Er is meestal geen tijd te verliezen en/of we kunnen niet meer met de patiënt praten. Daarom vragen we alles aan de wettelijke vertegenwoordiger (zie hieronder). Bij twijfel over de behandeling zal het belang van de patiënt altijd het zwaarst wegen. Het belang van de patiënt staat altijd voorop.

De vertegenwoordiger mag bij levensbedreigende situaties en ziekten geen toestemming weigeren voor een behandeling. De wet neemt dan aan dat de patiënt in leven wil blijven. Alleen als er in een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt staat dat hij/zij niet geholpen wil worden, behandelen we dan niet. De toestemming van de vertegenwoordiger is dus niet nodig als het gaat om spoedeisende zorg in levensbedreigende situaties. De arts beslist dan wat er wel en niet gedaan moet worden. Daarom zullen we de vertegenwoordiger alleen informatie geven en niet om toestemming vragen.



Contactpersoon en wettelijk vertegenwoordiger

Contactpersoon

De arts vertelt bij de opname de familie of naasten over de medische toestand van de patiënt. Hij of zij vertelt over de diagnose, de onderzoeken, de behandelingen en de verwachtingen op korte termijn.

Bij opname spreken we af wie de contactpersoon is. Meestal is dit de partner of een direct familielid. Dit omdat een direct familielid dan ook de wettelijk vertegenwoordiger is. Het kan ook een niet-familielid zijn, maar dan kan deze persoon geen wettelijk vertegenwoordiger zijn. En dit heeft veel nadelen, want de deze contactpersoon mag dan niet meebeslissen over de behandeling. Het is het beste als er ook een tweede contactpersoon is voor noodgevallen.

Het is de taak van de contactpersoon om de rest van de familie en de naasten op de hoogte te houden. De arts vertelt alles alleen aan de contactpersoon en niet aan andere familieleden. Dit is om verwarring te voorkomen.

Na de opname zullen we de contactpersoon zo snel mogelijk en zo veel mogelijk informatie geven over de behandeling. Ook tijdens de opname zullen we regelmatig medische informatie geven. Dit doen we meestal alleen op afspraak, via de telefoon of als de contactpersoon op de IC is.

Als de IC opname langer duurt, zullen we proberen een vaste arts aan te wijzen voor het contact. Deze arts noemen we dan de case manager. De case manager zal de familie vertellen hoe het gaat met de patiënt.

Verpleegkundigen mogen de contactpersoon alleen algemene informatie geven over de situatie van de patiënt.

Wettelijk vertegenwoordiger

In de wet staat wie de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt mag zijn. Deze opties zijn mogelijk:

1. Een curator of mentor, aangewezen door de rechter.
2. Een schriftelijk gemachtigde: dit is een persoon die de patiënt zelf schriftelijk heeft gemachtigd om hem of haar te vertegenwoordigen.
3. De echtgenoot, geregistreerd partner of ander levensgezel van de patiënt.
4. Een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de patiënt.

Als we een wettelijk vertegenwoordiger moeten aanwijzen kijken we dus eerst of er een curator of mentor is aangewezen door de rechter. Daarna kijken we of de patiënt een schriftelijk gemachtigde heeft. Zo niet, dan kunnen de mensen genoemd in punt 3 en 4 vertegenwoordiger zijn. Andere mensen dan hier aangegeven kunnen geen wettelijk vertegenwoordiger zijn.



Standaardbehandelingen

Wat zijn standaardbehandelingen?

Een behandeling op de IC kan simpel of heel erg ingewikkeld zijn. Het zijn behandelingen die ervoor moeten zorgen dat de patiënt levend het ziekenhuis kan verlaten. Alleen het voorkomen dat de patiënt overlijdt is geen IC behandeldoel. Het moet mogelijk zijn voor de patiënt om ook buiten de IC te blijven leven. Als dat niet zou kunnen, zouden we de patiënt ook niet behandelen.

Een behandeling op de IC bestaat uit verschillende onderdelen. De patiënt krijgt infusen, slangetjes en soms een beademingsbuis. Daarnaast moeten we vaak onderzoek doen. Onderzoeken zijn bijvoorbeeld een bloedonderzoek, foto's van hart en longen en kweken van de mond en keel. Ook moeten we de patiënt veel medicijnen geven. Sommige behandelingen doen we bij elke patiënt. Dit noemen we de standaardbehandelingen. Hieronder leggen we uit wat de standaardbehandelingen zijn. We kunnen niet alle behandelingen uitleggen. Daarvoor is de IC-behandeling te uitgebreid.

Heeft u na het lezen van de uitleg nog vragen? Dan kunt u die altijd stellen tijdens het gesprek met de arts of verpleegkundige. We zullen ons best doen om al uw vragen te beantwoorden.

Deze behandelingen horen bij de standaardbehandeling:

1. Perifeer infuus
2. Arterielijn
3. Blaaskatheter
4. Voedingssonde
5. Centrale lijn
6. Toediening van antibiotica via infuus en via mond/keel (SDD)
7. Toediening van vasoactieve medicijnen
8. Toediening van stollings- en bloedproducten
9. Toediening van andere medicatie
10. Pijnstilling en sedatie
11. Intubatie
12. Beademing
13. Pleura- en ascites drainage
14. Bloedafname voor onderzoek
15. Vervoer voor onderzoek en behandeling
16. Beeldvormende diagnostiek, zoals CT, MRI en Echografie
17. Trans-Eusophageale-Echocardiografie (TEE)
18. Bronchoscopie
19. Nierfunctie vervangende therapie (Dialyse)
20. Meting van de druk in het hoofd (ICP meting)
21. Vrijheidsbeperkende maatregelen
22. Monitoring



1. Perifeer infuus

Wat is het?

Een plastic slangetje in een ader in de (onder)arm of de voet. We brengen het infuus in met een naald.

Waar is het voor?

Via een infuus kunnen we medicijnen of vocht direct in de bloedbaan geven. Hiervoor kunnen we ook een centrale lijn (zie verderop) gebruiken.

Wat zijn de risico's?

Een perifeer infuus inbrengen geeft geen grote risico's.

- Het bloedvat waar het infuus in zit kan gaan ontsteken. Als dit gebeurt, halen we het infuus weg.
- Een infuus kan gaan lekken. Ook als het eerst wel goed in de ader zit. Hierbij kunnen vloeistoffen en medicijnen onder de huid terechtkomen. We halen het infuus dan weg. Soms moet de arm dan omhoog worden gelegd en de huid worden gekoeld.

2. Arterielijn

Wat is het?

Een plastic slangetje in een slagader. We brengen de arterielijn in met een naald. Een arterielijn zit meestal aan de binnenkant van de pols, maar we kunnen ook kiezen voor de liezen of de elleboogplooï.

Waar is het voor?

Een arterielijn heeft twee functies:

1. We kunnen constant de bloeddruk meten. Zo kunnen we het effect van medicijnen op de bloeddruk in de gaten houden.
2. We kunnen zo makkelijk bloed afnemen. We moeten bij IC-patiënten vaak bloed afnemen om belangrijke waarden te meten.

Wat zijn de risico's?

Complicaties van arterielijnen zijn zeldzaam. Als er een complicatie optreedt, kunnen we ze goed behandelen. Complicaties zijn:

- een infectie
- bloeding en/of bloeditstorting
- uitstulping van de slagader met een verzwakte wand (pseudo-aneurysma)

De voordelen van een arterielijn wegen altijd op tegen de nadelen. Zonder arterielijn kunnen patiënten aan de beademing of patiënten die vasoactieve medicijnen (zie verderop) krijgen niet veilig worden behandeld.



3. Blaaskatheter

Wat is het?

Een slang die via de plasbuis naar de blaas gaat.

Waar is het voor?

Met een blaaskatheter kan de urine uit de blaas door de katheter naar buiten. We vangen de urine dan op in een zak. Dit doen we om twee redenen:

1. Veel patiënten kunnen op onze afdeling niet naar het toilet, omdat ze aan de monitor zijn verbonden en infusen hebben. Daarnaast kunnen niet alle patiënten aangeven wanneer ze moeten plassen.
2. Het is belangrijk om bij te houden hoeveel een patiënt plast. Dit zegt namelijk iets over de doorbloeding van de nieren.

Wat zijn de risico's?

Het inbrengen van een katheter is meestal makkelijk en gaat zonder problemen. De risico's zijn:

- Voor mannen met een vergrote prostaat kan het lastig zijn om de katheter in te brengen.
- Bij het inbrengen kan er een bloeding ontstaan.
- Op lange termijn en in zeldzame gevallen kunnen er vernauwingen in de plasbuis ontstaan.
- Er kunnen infecties van de urinewegen ontstaan. Deze zijn vaak niet ernstig.

4. Voedingssonde

Wat is het?

Een slang die van de neus of de mond via de slokdarm in de maag of in het duodenum (twaalfvingerige darm) zit.

Waar is het voor?

Via de maagsonde kunnen we patiënten sondevoeding geven. Dit is een speciale vorm van vloeibaar eten. Dit is belangrijk voor patiënten aan de beademing, die door de beademingsbuis niet normaal kunnen eten of drinken. Maar ook patiënten die niet aan de beademing zitten krijgen vaak een voedingssonde. Dit komt door bijvoorbeeld slikproblemen of als de patiënt erg zwak is. Via de sonde kunnen we ook medicijnen geven.

Een andere reden om een sonde in de maag in te brengen kan zijn om maag- en darmsappen juist naar buiten af te voeren. Als de darmen niet goed werken kan er te veel vocht in de maag gaan zitten. Hierdoor kan de patiënt gaan overgeven en zich misschien zelfs verslikken in het braaksel. Dan kunnen we de sonde gebruiken om het braaksel uit de maag te krijgen.

Wat zijn de risico's?

Het inbrengen van een maagsonde is een makkelijke handeling. Daarom zijn er niet veel risico's. Er kan een bloedneus ontstaan, omdat de slang via de neus wordt ingebracht. Daarnaast kan de sonde per ongeluk in het verkeerde keelgat (de luchtpijp) terechtkomen. Daarom controleren we altijd of de sonde op de goede plek zit, voordat we voeding geven. Dit doen we met een zuurgraad meting (maagsap hoort zuur te zijn). Als we de sonde in de dunne darm inbrengen, doen we dat altijd met een camera. Deze sonde ligt dus altijd meteen goed. Voor alle patiënten is het belangrijk dat ze genoeg voeding binnenkrijgen. Daarom is een voedingssonde hard nodig.



5. Centrale lijn

Wat is het?

Een infuus in een grote ader met meerdere aansluitingen. Een arts of een physician assistant brengt de centrale lijn in onder steriele omstandigheden. Steriel betekent schoon, zonder bacteriën. De aders waarin we een centrale lijn inbrengen zitten in de hals (vena jugularis), onder het sleutelbeen (vena subclavia) of in de lies (vena femoralis). Voordat we de ader aanprikken, zoeken we eerst de juiste plek op met een echoapparaat.

Waar is het voor?

- Sommige medicijnen kunnen we niet via een normaal infuus inbrengen, maar alleen met een centrale lijn.
- Als de patiënt geen voedingssonde kan krijgen, is een centrale lijn ook nodig voor voeding.
- Sommige speciale lijnen kunnen functies van het hart meten.
- Speciale dikkere lijnen kunnen we ook gebruiken voor nierdialyse.

Wat zijn de risico's?

Complicaties van een centrale lijn zijn zeldzaam. De risico's zijn:

- Een bloeding: we kunnen per ongeluk een slagader in plaats van een ader aanprikken. Slagaders lopen namelijk vlakbij grote aders. Daarom gebruiken we een echoapparaat om te kunnen zien waar we prikken.
- Een klaplong bij het inbrengen van de centrale lijn: bij een centrale lijn onder het sleutelbeen (vena subclavia) kan de punt van de naald de long raken. Hierdoor krijgt de patiënt een klaplong (pneumothorax). Bij een ernstige klaplong moeten we een thoraxdrain in de borstholte inbrengen.
- Een infectie: als de centrale lijn een lange tijd wordt gebruikt, kan er een infectie ontstaan.

6. Antibiotica en SDD

Wat is het?

Antibiotica zijn medicijnen tegen ziekmakende bacteriën.

Waar is het voor?

Infecties zijn een belangrijk probleem op de IC. Veel patiënten worden opgenomen met een infectie (bijvoorbeeld een longontsteking of infectie na een buikoperatie). Ook als een patiënt geen infectie heeft, kan het zijn dat hij of zij later nog een infectie krijgt (bijvoorbeeld een infectie van de centrale lijn). Antibiotica werkt tegen infecties.

Patiënten op de IC kunnen ziek worden van bacteriën die ze zelf al bij zich hebben in hun mond, keelholte, luchtwegen en darmen. Normaal worden mensen hier niet ziek van. Daarom behandelen we alle patiënten, waarvan we denken dat ze langer dan een paar dagen aan de beademing blijven, met antibiotica. Dit noemen we ook wel Selectieve Darm Decontaminatie (SDD). Hiermee pakken we de ziekmakende bacteriën in de mond, keel en darmen aan.

Wat zijn de risico's?

Het risico van antibiotica is een allergische reactie. Dit noemen we ook wel een overgevoeligheidsreactie. Voordat we de antibiotica geven controleren we altijd of we al weten of de patiënt allergisch is voor antibiotica. Maar dit is niet altijd bekend.



Als een patiënt een allergische reactie krijgt, heeft hij of zij last van:

- galbulten of een rode uitslag
- lage bloeddruk
- zwelling van de tong, lippen en slijmvliezen in de mond
- benauwdheid (als de patiënt geen tube heeft)

Zien we dat een patiënt allergisch is voor antibiotica? Dan stoppen we met de antibiotica en zoeken we naar een ander medicijn.

7. Vasoactieve medicijnen

Wat is het?

Vasoactieve medicijnen zijn medicijnen die de bloeddruk veranderen of de functie van het hart verbeteren.

Waar is het voor?

Ernstig zieke patiënten hebben vaak problemen met hun bloedsomloop. De bloeddruk of de hartslag kan heel hoog of juist heel laag zijn. Ook kan het zijn dat het hart niet genoeg bloed en zuurstof kan rondpompen.

Om de hartslag en bloeddruk weer goed te krijgen, zijn vaak krachtige medicijnen nodig. Deze medicijnen noemen we vasoactieve medicijnen. Patiënten die deze medicijnen krijgen hebben een arteriële lijn en een centrale lijn nodig.

- Arteriële lijn: nodig om de bloeddruk goed te kunnen volgen.
- Centrale lijn: om de medicijnen toe te dienen.

Wat zijn de risico's?

Er zitten niet heel veel risico's aan vasoactieve medicijnen. De voordelen van de middelen wegen ruim op tegen de mogelijke nadelen. De medicijnen zijn onmisbaar op de IC. Risico's kunnen zijn:

- Allergische reacties (deze zijn erg zeldzaam).
- Door een technische storing of een mechanisch probleem kan het zijn dat we geen medicijnen meer kunnen toedienen. De bloeddruk kan dan in korte tijd gevaarlijk laag of hoog worden.
- Zuurstofgebrek in het hart.
- Ritmestoornissen.



8. Stollings- en bloedproducten

Wat is het?

Het geven van bloed of producten die met bloed te maken hebben.

Waar is het voor?

We kunnen 3 verschillende bloedproducten geven.:

- Rode bloedcellen (erythrocyten): bloedcellen die nodig zijn voor het vervoeren van zuurstof en plasma. In plasma zitten vooral eiwitten.
- Bloedplaatjes (trombocyten): bloedcellen die nodig zijn voor het stollen van het bloed.
- Stollingseiwitten (stollingsfactoren): eiwitten die nodig zijn voor de stolling.

Als het bloed niet goed stolt, hebben patiënten kans op ernstige bloedingen. We geven deze bloedproducten om deze bloedingen te voorkomen of te stoppen.

Wat zijn de risico's?

Er bestaat een kans op een transfusiereactie. Hierbij reageert het afweersysteem van het lichaam op de eiwitten in de bloedproducten. Om dit te voorkomen testen we altijd de bloedgroep en de antistoffen van de patiënt. Toch kunnen we een reactie niet altijd voorkomen.

Religie

Het geven van bloedproducten is een standaard IC-behandeling. Het kan zijn dat de patiënt tegen het krijgen van bloedproducten is vanwege een levensovertuiging. Als de patiënt dit (schriftelijk) heeft aangegeven en/of goed kunt onderbouwen, dan zullen we hier rekening mee houden en u geen bloedproducten geven.

9. Andere medicijnen

Wat is het?

Naast vasoactieve medicijnen en antibiotica krijgen patiënten op de IC ook andere medicijnen.

Waar is het voor?

De medicijnen die we gebruiken en waar ze voor zijn:

- Pijnstillers: alle IC-patiënten krijgen pijnstilling. Soms zwaar (morfine of vergelijkbare middelen), soms wat lichter (paracetamol).
- Slaapmiddelen.
- Antitrombose middelen/antistollingsmedicijnen: tegen bloedstolsels.
- Inhalatiemedicatie: medicijnen die de patiënt inademt om beter te kunnen ademen of die werken tegen ontstekingen of infecties. Dit is voor patiënten die aan de beademing liggen.
- Insuline: om de bloedsuiker op het juiste niveau te houden. Dit is voor patiënten die sondevoeding of voeding via het bloedvat te krijgen.
- Vitaminen.
- Middelen tegen een delier.
- Middelen die invloed hebben op het afweersysteem.
- Zouten.

Wat zijn de risico's?

Hier zitten weinig risico's aan. Wel is het belangrijk dat we weten of de patiënt allergieën heeft of overgevoelighedsreacties heeft gehad. We moeten dus weten of de patiënt overgevoelig is voor medicijnen, voedingsstoffen, pleisters of contrastmiddelen.



10. Anesthesie en sedatie

Wat is het?

- Anesthesie: dit noemen we ook wel narcose. Met anesthesie wordt de patiënt bewusteloos door medicijnen via een infuus. Mensen onder narcose maken niets mee van wat er met hen of in de wereld om hun heen gebeurt.
- Sedatie: een kunstmatige slaap. De slaap van sedatie is minder diep dan van anesthesie. Er is lichte en diepe sedatie.
- Lichte sedatie: we kunnen de patiënt nog wakker maken met geluid of door de patiënt aan te raken.
- Diepe sedatie: er is dan meer nodig om een patiënt wakker te krijgen.

Waar is het voor?

Anesthesie en sedatie worden gebruikt naast pijnstillers. Patiënten op de IC hebben vaak pijn door wonden en breuken. Maar ook alle buizen en slangen die in het lichaam zitten kunnen pijn doen. Daarnaast kan het lang stil in bed liggen pijn gaan doen. Daarom is het ook nodig dat de patiënt pijnstillers krijgt. Zo gaat het herstel sneller en beter.

Wat zijn de risico's?

- Lage bloeddruk: slaapmedicijnen kunnen zorgen voor een lage bloeddruk. Hier zijn we op voorbereid. We controleren altijd de bloeddruk en lossen problemen hiermee op als dat nodig is.
- Delier: bij een diepe sedatie komt een delier vaker voor. Verderop leggen we uit wat een delier is.

Sedatie heeft voor- en nadelen. Een behandeling op de IC kan veel pijn doen en onrust geven, maar een lange of diepe sedatie kan ook schadelijk zijn voor het lichaam. Daarom proberen we de patiënt zo min mogelijk te sederen. We bekijken per dag per patiënt hoeveel sedatie en/of pijnstilling goed is.

11. Intubatie

Wat is het?

Bij intubatie brengen we een beademingsbuis via de mond in de luchtpijp. We noemen de beademingsbuis ook wel een 'tube' (Engels voor buisje; spreek uit 'tjoeb'). Aan het einde van de tube zit een ballonnetje dat wordt opgeblazen, zodat er geen lekkage is van lucht die de beademingsmachine in de longen blaast en er geen slijm of voedsel onbedoeld de luchtpijp in kan lekken. De tube zit tussen de stembanden, waardoor de patiënt niet kan praten. Om de beademingsbuis in te kunnen brengen, moet de patiënt onder narcose zijn. Tenzij hij of zij spontaan al niet meer bij bewustzijn is.

Waar is het voor?

Als de patiënt zelf niet meer goed kan ademen of de longen ondersteund moeten worden met een beademingsapparaat, is een tube nodig om door te blijven ademen.



Wat zijn de risico's?

Het inbrengen van een tube is niet zonder risico's. Maar het is wel nodig als een patiënt moet worden beademd. De risico's zijn:

- Beschadiging van de keel, stembanden, luchtpijp en tanden.
- Verslikken: de maaginhoud komt dan in de longen, waardoor de patiënt minder goed kan ademen. Dit kan een longontsteking veroorzaken.

12. Beademing

Wat is het?

Met beademing bedoelen we dat de patiënt aangesloten zit aan een apparaat (het beademingsapparaat). Dit apparaat ondersteunt de ademhaling of neemt de ademhaling helemaal over. Er zijn twee vormen:

- Non-invasieve beademing: de patiënt krijgt een masker. De beademingsmachine blaast lucht in het masker, dat via de neus en de mond in de longen van de patiënt terechtkomt. Het masker moet strak op het gezicht zitten.
- Invasieve beademing: de patiënt krijgt een buisje in de keel. Dit buisje zit via de mond, langs de stembanden in de luchtpijp. Hierdoor blaast de beademingsmachine lucht naar binnen.

Waar is het voor?

Ademhaling is het opnemen van zuurstof en het uitademen van koolzuurgas. Zuurstof is nodig voor het verbranden van voedingsstoffen, zodat onze cellen energie hebben. Koolzuurgas ontstaat bij de verbranding.

Patiënten op de IC hebben vaak hulp nodig bij de ademhaling. Dit komt bijvoorbeeld door:

- Een longontsteking: een longontsteking kan door verschillende dingen komen:
 - virus infectie (COVID-19)
 - bacteriële infectie (Legionella)
 - auto-immunreactie (ziekte van Wegener)
 - een chronische longziekte (COPD)
- Hartfalen (een slecht werkend hart): patiënten met hartfalen kunnen benauwd zijn en daardoor beademing nodig hebben.
- Een ernstige infectie: bij een ernstige infectie kan de patiënt een lage bloeddruk krijgen. Dan kiezen we er ook vaak voor om te beademen. Dit spaart de patiënt namelijk veel energie.
- Bij een operatie: patiënten die een operatie krijgen, krijgen vaak narcose. Deze slaap is zo diep dat patiënten zelf niet meer ademen. Daarom intuberen en beademen we ze vaak. Na de operatie komen de patiënten vaak op de IC aan met de beademingsmachine. Zodra het kan, laten we ze wakker worden en kunnen ze vaak snel van de beademingsmachine af.

Wat zijn de risico's?

- Schade aan de longen: de manier waarop een beademingsmachine de patiënt beademt, is heel anders dan we normaal ademen. Hierdoor kunnen de longen beschadigen. Door deze schade kunnen de longen stug worden. Het ademen wordt dan steeds lastiger.
- Klaplong (pneumothorax).
- Longontsteking (pneumonie).
- Drukplekken in het gezicht: bij niet-invasieve beademing met een masker kunnen er drukplekken op het gezicht komen door het strakke masker.
- Verslikken (aspireren): er kan maaginhoud in de longen of luchtwegen komen.

Patiënten met ernstig zieke longen leggen we soms op de buik. Hierdoor is de zuurstofopname door de longen beter. Als de patiënt op de buik ligt, brengen we hem of haar in een diepe slaap. Als we hem of haar terugdraaien, is het gezicht gezwollen.



Als de patiënt beter wordt, moet hij of zij weer zelf gaan ademen. We geven de patiënt dan steeds minder beademing. Dit is het ontwennen van de beademing en noemen we 'weanen'. Hoe lang dit duurt, verschilt per patiënt. Hoe langer de patiënt is beademd, hoe langer het ontwennen duurt. Als de patiënt weer volledig zelf ademt, halen we de beademingsbuis weg. De patiënt is daarna vaak hees. Dit komt door irritatie van de stembanden door de beademingsbuis. Na een paar dagen geneest dit meestal weer. Soms houdt dit langer aan.

13. Pleura en ascites drainage

Wat is het?

Drainage is het aanprikken met een naald om daar het vocht weg te laten lopen. Soms laten we een dun slangetje achter. Dit doen we in de buikholte (ascites) of in de borstholte (pleura).

Waar is het voor?

Door de ziekte van de patiënt kan het zo zijn dat het vocht niet meer goed weg kan, of dat het lichaam te veel vocht aanmaakt. Dit zorgt voor nieuwe problemen.

Het vocht hoopt zich op in de buik en tussen de longvliezen. Op beide plekken zorgt het ervoor dat de patiënt minder goed kan ademen. Daarom halen we het vocht weg.

Na een operatie kan er ook bloed in de borstholte gaan zitten. Dit is ook niet goed voor de longen. Dan halen we het bloed ook weg.

Drainage kan ook handig zijn om te kijken of er bacteriën of ongewenste afvalstoffen in het vocht zitten.

Wat zijn de risico's?

Complicaties bij het plaatsen van een thoraxdrain komen bijna niet voor. De risico's zijn:

- een bloeding
- een infectie
- een klaplong

14. Bloedafname

Wat is het?

Het afnemen van wat bloed. Dit doen we via een arteriële lijn, centrale lijn of via een prik.

Waar is het voor?

Om te bepalen welke behandeling de patiënt nodig heeft, moeten we vaak bloedonderzoek doen.

We moeten patiënten aan de beademing vaak controleren op het zuurstof- en koolzuurgehalte in het bloed. En bij patiënten die insuline krijgen moeten we vaak het bloedsuikergehalte controleren.

Door waarden in het bloed te controleren, kunnen we ook zien of een behandeling werkt of niet. Daarnaast kunnen medicijnen bijwerkingen hebben, die we met een bloedonderzoek kunnen opsporen.



Wat zijn de risico's?

Er is een hele kleine kans op complicaties.

- Als we vaak bloed afnemen via een arteriële lijn is de kans op een infectie van de arteriële lijn iets groter.
- Als we bloed afnemen met een prik, kan er een bloeding of een bloeduitstorting ontstaan.

15. Vervoer voor onderzoeken en behandelingen

Wat is het?

Voor sommige onderzoeken of behandelingen moeten we de patiënt met het bed en de apparatuur verplaatsen naar een plek buiten de IC.

Waar is het voor?

Niet alle behandelingen en onderzoeken kunnen we op de IC doen. Soms moeten we een patiënt daarom naar een andere afdeling brengen. Voor een CT-scan moet een patiënt bijvoorbeeld naar de röntgenafdeling.

Alle ondersteuning die de patiënt krijgt moet natuurlijk zoveel mogelijk doorgaan tijdens het verplaatsen. Deze ondersteuning is bijvoorbeeld beademing of het geven van vasoactieve medicijnen. Voor patiënten aan de beademing hebben we iets gebouwd wat we ook kunnen vervoeren. Maar sommige behandelingen moeten we tijdelijk stoppen, zoals niervervangende therapie.

Wat zijn de risico's?

Het belangrijkste risico is het uitvallen van apparaten. Zo kan de centrale lijn of de beademingsbuis uitvallen. Ook kunnen er andere problemen zijn met bijvoorbeeld infuuspompen of de beademingsmachine. We proberen er natuurlijk alles aan te doen om dit te voorkomen. Er is altijd een arts bij het verplaatsen voor als er iets misgaat.

16. Radiologie (röntgenfoto's, CT-scans, MRI's en echo's)

Wat is het?

- Röntgenfoto's van het hart en de longen.
- Echografieën (echo's) van het hart, de longen of de buikorganen.
- CT-scans: scan met röntgenstralen.
- MRI-scans: scan met magneten.

Waar is het voor?

Soms moeten we deze onderzoeken doen, omdat ze deel zijn van een behandeling. Bijvoorbeeld als we een röntgenfoto moeten maken om te kijken of een beademingsbuisje op de goede plek zit.

Meestal doen we deze onderzoeken om een diagnose te kunnen stellen. Hiermee bedoelen we dat we met deze onderzoeken proberen te zoeken wat er mis is met de patiënt en hoe we het probleem kunnen behandelen.

Wat zijn de risico's?

Moet de patiënt voor het onderzoek naar een andere afdeling? Dan zijn de risico's hetzelfde als onder het kopje 'Vervoer voor onderzoeken en behandelingen'.

De risico's voor de andere onderzoeken zijn minimaal. Bij het maken van een röntgenfoto wordt



de patiënt blootgesteld aan straling. Maar bij een röntgenstraling is dat zo weinig straling, dat het niet schadelijk is. Als we contrastvloeistof moeten gebruiken bij een onderzoek, kan de patiënt hier een allergische reactie tegen krijgen. Maar als dit gebeurt, heeft de afdeling alle middelen om de reactie meteen te stoppen. Een MRI of een echo heeft geen risico's.

17. Trans-Eusofageale-Echocardiografie (TEE)

Wat is het?

Dit noemen we ook wel een slokdarmecho. Met dit onderzoek kijken we naar het hart via de slokdarm. Hiervoor brengen we een slang met een echoapparaat erop via de mond in de slokdarm.

Waar is het voor?

Veel patiënten op de IC hebben problemen met het hart. Veel aandoeningen op de IC hebben een slechte invloed op het hart. En patiënten komen op de IC door hartproblemen. Daarom is het belangrijk om goed te weten hoe goed het hart werkt en of er problemen zijn met het hart.

Soms is een echo via het hart genoeg. Maar met een slokdarmecho kunnen we het hart nog beter zien, waardoor we ook betere beslissingen kunnen nemen.

Wat zijn de risico's?

Er is een klein risico op een bloeding in de keelholte of een gaatje in de slokdarm of in de maagwand, maar dat komt heel weinig voor.

18. Bronchoscopie

Wat is het?

Bij dit onderzoek schuift de arts een dunne slang via de mond of neus, of bij beademde patiënten via de tube, naar de luchtwegen. In deze slang zit een lampje en een camera.

Waar is het voor?

Met dit onderzoek bekijken we de binnenkant van de luchtwegen. Het doel is om goed te kunnen zien hoe het slijmvlies eruitziet en of er ontstekingen of afwijkingen zijn.

De arts kan stukjes slijmvlies ook afnemen voor onderzoek. Daarnaast kunnen we de luchtwegen spoelen. De spoelvloeistof onderzoeken we dan om te kijken of er ziekteverwekkers in zitten.

Wat zijn de risico's?

De risico's hangen af van hoe ziek de patiënt is. Bij ernstig zieke patiënten kan een bronchoscopie ervoor zorgen dat de longen minder goed gaan werken. Dit kan zo erg worden dat een patiënt beademing nodig heeft.



Hele zeldzame complicaties zijn:

- beschadiging van de luchtwegen
- klaplong (pneumothorax)
- bloeding
- nieuwe infectie

Bij patiënten die niet heel erg ziek zijn, zorgt het onderzoek vaak niet voor complicaties.

Klachten die wel vaker voorkomen zijn:

- heesheid
- hoesten
- zere keel/neus

Deze klachten gaan meestal vanzelf weer over.

19. Nierdialyse

Wat is het?

Een behandeling met een dialysemachine. Dit is een machine die een deel van de functie van de nier overneemt.

Waar is het voor?

Als een patiënt erg ziek is, kan dat gevolgen hebben voor alle delen van het lichaam. De nieren regelen de hoeveelheid vocht in ons lichaam en filteren afvalstoffen uit ons lichaam via de urine. Als de nieren niet meer goed werken, moeten deze functies worden overgenomen door een apparaat. Dit noemen we dialyse.

Op de IC doen we een continue dialyse (CVVHD: Continue Veno-Veneuze Hemo Dialyse).

Hiervoor gebruiken we een centrale lijn (zie eerder). Het bloed van de patiënt gaat door de machine heen. In de machine zit een filter, waardoor afvalstoffen en vocht uit het bloed worden gehaald.

Wat zijn de risico's?

- Centrale lijn: moeten we voor de dialyse een centrale lijn aanleggen? Dan gelden dezelfde risico's als beschreven over het kopje 'centrale lijn'.
- Bloedverlies: het lukt niet altijd om al het bloed dat door de machine gaat weer aan de patiënt terug te geven. Daardoor verliest de patiënt na een tijdje wat bloed. Soms is het nodig om dan extra bloed aan de patiënt te geven.
- Antistollingsmedicijnen: zodra bloed buiten het lichaam komt, gaat het stollen en klonteren. We moeten antistollingsmedicijnen geven om ervoor te zorgen dat het bloed niet gaat klonteren in de machine. We gebruiken hiervoor citraat. Soms zorgt dit medicijn voor problemen. Voornamelijk als de lever niet goed werkt. Als dit zo is, gebruiken we andere bloedverdunners. Het nadeel aan deze andere medicijnen is dat het niet alleen in de machine, maar ook in het lichaam werkt. De kans op bloedingen wordt dan groter. Gelukkig is dit heel zeldzaam.



20. Meten van de druk in de hersenen (ICP meting)

Wat is het?

Hierbij meten we de druk binnen de schedel (ICP meting: Intra Cranial Pressure Measurement). Dit doet de neurochirurg met een dun slangetje in de hersenen.

Waar is het voor?

Een hoge druk in de hersenen is erg gevaarlijk. Daarom is het belangrijk om de druk te meten. Een hoge druk in de hersenen kan o.a ontstaan door:

- ernstig ongeluk
- na een eerdere hersenoperatie
- bij een bloeding

Als de druk te hoog wordt, kan er geen bloed meer naar de hersenen. Hierdoor ontstaat er ernstige schade aan de hersenen.

Als we denken dat er een hoge druk in de hersenen kan zijn, zullen we de druk meteen meten. We kunnen de hoge druk ook behandelen. Soms lukt dit met medicijnen, maar soms moet de neurochirurg op een andere manier ingrijpen.

Wat zijn de risico's?

Een neurochirurg plaatst de drukmeter. Dit is een dun slangetje, dat normaal gesproken niet voor schade zorgt. In zeldzame gevallen zijn er een paar complicaties:

- bloeding in de hersenen
- infectie van de meter

De voordelen van de ICP wegen altijd op tegen de risico's. Als de druk in de hersenen weer laag is, halen we de meter weg.

21. Vastmaken van de patiënt (vrijheidsbeperkende maatregelen)

Wat is het?

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn: het vastmaken van de armen, benen of romp van de patiënt. Dit heet ook wel fixeren. We gebruiken hiervoor pols- en/of enkelbanden, bedhekken, taillebanden voor fixatie in bed, trippelhoes (een soort slaapzak) en veiligheidswanten.

Waar is het voor?

We gebruiken vrijheidsbeperkende maatregelen als de patiënt door het de ziekte een gevaar vormt voor zichzelf of anderen. Bijvoorbeeld als de patiënt de infusen/lijnen of de beademingsbuis eruit kan trekken. We gebruiken het soms ook als we anders een medische noodzakelijke behandeling niet uit kunnen voeren. We zullen alleen vrijheidsbeperkende maatregelen gebruiken als we echt niet anders kunnen. Natuurlijk zullen we zo snel mogelijk met de maatregelen stoppen.



Helaas komt het op de Intensive Care regelmatig voor dat patiënten onrustig en verward zijn. Deze onrust en verwardheid kan komen en gaan. Vaak komt dit door een delier. We zullen eerst medicijnen geven tegen de onrust en verwardheid. Of tegen het delier. Maar soms werkt dit niet snel genoeg. Patiënten kunnen in hun verwardheid dan trekken aan infusen, de blaaskatheter, de beademingsbuis of centrale lijn. Dit kan erg gevaarlijk zijn voor de patiënt zelf. Soms is het dan nodig om de handen, voeten en/of het hele lichaam vast te maken.

We informeren het liefst vooraf de patiënt of de wettelijk vertegenwoordiger over deze maatregelen. Soms kunnen we hier niet op wachten en moeten we de patiënt vastzetten om te beschermen. We informeren de wettelijk vertegenwoordiger zo snel mogelijk. We vragen niet om toestemming van de familie of de patiënt, maar informeren hen slechts, omdat we zonder deze vrijheidsbeperkende maatregelen de patiënt niet goed en veilig kunnen behandelen.

Wat zijn de risico's?

Het doel van de vrijheidsbeperkende maatregelen is om de patiënt tegen zichzelf te beschermen. Toch kan het gebeuren dat de patiënt zich bezeert aan het fixatiemateriaal. Ook kan de patiënt zich soms verder vastdraaien dan de bedoeling is. Omdat we patiënten op de IC altijd in de gaten houden, zal dit niet vaak voorkomen.

22. Monitoring

Wat is het?

We controleren en registreren continue de lichaamssignalen, bijvoorbeeld bloeddruk, hartslag en zuurstofgehalte.

Waar is het voor?

Met deze signalen kunnen we de vitale functies en organen in de gaten houden. Iemand die op de IC opgenomen wordt is erg ziek. Vaak worden juist de vitale functies en organen bedreigt. Het is daarom erg belangrijk om deze goed in de gaten te houden. Zonder deze metingen is een goede IC-behandeling niet mogelijk.

Wat zijn de risico's?

De meeste lichaamssignalen kunnen we meten met plakkers (elektrodes) op de huid. Of met andere methoden op het lichaam en niet in het lichaam (niet-invasieve methoden). Dit geeft geen enkel risico. Alleen de bloeddruk en hersendruk kunnen enig risico geven. Dit beschrijven we hierboven al.



Niet-standaard behandelingen

Wat zijn niet-standaard behandelingen?

Er zijn ook niet-standaard behandelingen op de IC. Deze doen niet bij alle patiënten. Als deze behandelingen nodig zijn, zullen we dit altijd uitgebreid bespreken met de patiënt en de familie. Soms vragen we ook toestemming voor een van deze behandelingen:

1. Tracheotomie
2. ERCP
3. Diagnostische puncties anders dan pleuravocht en buikvocht
4. Angiografie
5. (Nieuw) operatief ingrijpen

1. Tracheotomie

Wat is het?

Een tracheotomie is een buisje in de hals naar de luchtpijp. Dit buisje heet een canule. De canule wordt aangesloten op het beademingsapparaat. Hierdoor is het beademingsbuisje (tube) via de mond niet meer nodig.

Hiervoor is een kleine operatie nodig. Meestal doen we dit op de IC-kamer zelf, soms op de operatiekamer. We brengen de patiënt onder narcose. Daarna maakt de intensivist, KNO-arts of de chirurg een sneetje in de hals, net boven het borstbeen. Dit sneetje is ongeveer 2 cm. Hier plaatst de intensivist, KNO-arts of de chirurg de canule in de luchtweg.

Waar is het voor?

Meestal doen we een tracheotomie als de patiënt langdurig beademing krijgt. We moeten de patiënt dan langzaam en geleidelijk van de beademing afhalen. Andere redenen kunnen zijn: coma, ernstige spierzwakte of zwelling van de hals waardoor het niet veilig is om het normale beademingsbuisje te verwijderen (detubatie).

Voor de patiënt is een tracheotomie comfortabeler dan beademing via een buisje in de mond. Ook kunnen we de patiënt met een canule af en toe minder beademen, zodat hij of zij kan wennen aan het zelf ademen. Met een canule kan de patiënt na verloop van tijd en onder bepaalde voorwaarden, ook praten en iets drinken. En we kunnen de mondkeelholte beter verzorgen.

Wat zijn de risico's?

De narcose of de operatie zelf kunnen risico's geven. Bijvoorbeeld een bloeding. Ook kan er een litteken vormen in de luchtpijp. Hierdoor ontstaat er een vernauwing van de luchtpijp. Dit is heel zeldzaam en gebeurt op lange termijn.



2. Kijkonderzoek galwegen (ERCP)

Wat is het?

ERCP staat voor Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreatico-grafie. We doen dit onderzoek op de interventie kamer van de Maag-Darm-Lever artsen (MDL). We moeten de patiënt hiervoor dus verplaatsen. De MDL-arts doet voor dit onderzoek een speciale slang in de mond. De slang is een speciale endoscoop met op de zijkant een camera en lichtje. Door het slangetje kunnen we speciale gereedschappen schuiven, zoals een ijzerdraadje of vangnetje. Met dit slangetje gaan we via de mond naar de slokdarm, en dan door naar de maag en naar de dunne darm. In de dunne darm zit de uitgang van de galwegen.

Waar is het voor?

We doen dit onderzoek als het gal niet goed de darmen in stroomt. Dit kan bijvoorbeeld komen door galstenen. Met deze speciale slang kan de MDL-arts een sneetje maken in de uitgang van de galwegen. De galstenen kunnen dan de galwegen uit. MDL-arts kan met dit onderzoek ook de galwegen schoonmaken met een speciaal ijzerdraadje of vangnetje.

Soms spuit de MDL-arts via de endoscoop-slang een speciale vloeistof(contrast) in de galwegen. Daarna kunnen we met een speciale camera zien of er nog andere redenen zijn waarom de gal niet stroomt.

Wat zijn de risico's

Bij dit onderzoek kan de slokdarm, maagwand of dunne darm gaan bloeden. Of er kan een gaatje inkomen, dit heet een perforatie. Dit komt maar weinig voor.

Heel soms krijgt de patiënt een alvleesklier-ontsteking van dit onderzoek. Dit heet pancreatitis. Meestal is deze ontsteking mild, en duurt deze 1 of 2 weken. Heel soms is een alvleesklier-ontsteking ernstig. De patiënt kan dan zo ziek worden dat hij of zij komt te overlijden. Gelukkig is dit extreem zeldzaam.

3. Puncties

Wat is het?

De radioloog, cardioloog, longarts, intensivist of MDL arts prikt met een holle naald in een holte weefsel of orgaan. Dit heet een punctie. Soms kan dit op de IC zelf, soms moet de patiënt hiervoor na de operatie kamer of naar de interventiekamer op de afdeling radiologie.

Waar is het voor?

Met een punctie kunnen we een beetje vloeistof of een beetje weefsel weghalen. Dit gaan we daarna onderzoeken.

Met een CT-scan of een echo kijkt de arts waar hij/zij moet prikken.

Wat zijn de risico's?

De risico's van een punctie zijn klein. Soms krijgt de patiënt een bloeding op de plek van de punctie. Is de punctie in de borstholte? Dan is er een kleine kans op een klaplong, als de naald per ongeluk de longen raakt.



4. Angiografie

Wat is het?

Een angiografie is een onderzoek van de bloedvaten, bijvoorbeeld de bloedvaten van het hart. Maar we kunnen er ook andere bloedvaten in het lichaam mee onderzoeken. De patiënt krijgt een speciaal infuus in een ader of slagader. Hiermee kunnen we een contrast-vloeistof inspuiten. We maken daarna een röntgenfoto. Hierop kunnen we de contrast-vloeistof in de bloedvaten zien.

Waar is het voor?

Met dit onderzoek kunnen we bekijken of er iets mis is met de bloedvaten. We kunnen bijvoorbeeld zien of het bloedvat vernauwd is, of afgesloten is. Ook kunnen we zien of het bloedvat wijder is dan normaal (aneurysma). Als we zo'n probleem met het bloedvat vinden, kunnen we dit soms meteen verhelpen. Dit doet de interventie-radioloog. Bij een vernauwing kunnen we soms een stent plaatsen. Bij een afsluiting proberen we het stolsel weg te zuigen. Dit lukt helaas niet altijd. Is er een bloeding in een bloedvat? Dan kunnen we soms een speciaal middel in het bloedvat spuiten om de bloeding te stoppen, of om het bloedvat af te sluiten.

Wat zijn de risico's?

- Nieren: bij dit onderzoek krijgt de patiënt meestal veel contrast-vloeistof. Dit kan slecht zijn voor de nieren. Soms werken de nieren na dit onderzoek slechter. Dit is meestal tijdelijk.
- Allergische reactie: in de contrast-vloeistof zit jodium. Sommige mensen zijn hier allergisch voor en kunnen daarom een allergische reactie krijgen. Dit kunnen we vaak snel behandelen.
- Bloeding: door het onderzoek krijgen sommige patiënten een bloeding. Vaak kunnen we dit goed behandelen, maar soms zit het op een lastige plek. In zeldzame gevallen moeten we opereren om de bloeding te stoppen.

5. Een operatie

Wat is het?

We gaan de patiënt (nog een keer) opereren.

Waar is het voor?

De patiënt heeft een operatie nodig om beter te worden, of om het probleem op te lossen waarvoor hij of zij op de IC ligt. Meestal hebben we alle andere manieren om te helpen zonder operatie al geprobeerd. De IC-artsen en chirurgen zullen de patiënt en de familie uitgebreid uitleggen waarom de operatie nodig is. U kunt al uw vragen hierover aan ons stellen.

Wat zijn de risico's?

Hoe groot de risico's van een operatie zijn, zal per patiënt en per operatie verschillen. Bijvoorbeeld hoe ziek de patiënt is op het moment van de operatie. En waar hij of zij aan geopereerd wordt. U kunt met de arts bespreken wat de risico's zijn, en wat er gebeurt als we niet opereren.



Einde van de behandeling

Besluit om niet te reanimeren

Het IC-team zal altijd proberen om de patiënt beter te maken. Helaas lukt dit niet altijd. Soms is een patiënt er zo slecht aan toe, dat het hart zomaar kan stoppen met kloppen (hartstilstand). We kunnen de patiënt dan proberen te reanimeren. Maar meestal is dit voor de patiënt op de IC niet de beste keuze. IC-patiënten zijn heel erg kwetsbaar en met een reanimatie richten we vaak alleen maar meer schade aan. We maken de patiënt met de reanimatie dan dus eigenlijk nog zieker.

Op televisie zie je vaak goede resultaten na een reanimatie. Maar dat is niet de werkelijkheid in het ziekenhuis. In het echt zijn de uitkomsten van een reanimatie juist vaak heel slecht. Bijna niemand die op de IC wordt gereanimeerd overleeft de reanimatie uiteindelijk op een goede manier.

Een reanimatie is een heftige behandeling. Het kan veel schade geven aan de patiënt. Door te kiezen om niet meer te reanimeren, bespaar je de patiënt dus onnodig extra schade en daardoor extra leed.

We blijven de patiënt wel nog steeds behandelen, nadat we hebben afgesproken om niet te reanimeren. We willen nog steeds dat de patiënt beter wordt en zullen ons best daarvoor blijven doen. Het betekent alleen dat we als artsenteam besluiten dat de patiënt zo ziek is geworden, dat een reanimatie hem/haar niet meer beter zal maken.

We bespreken dit in een gesprek. Vaak zijn de verwachtingen van wat een reanimatie betekent niet realistisch. We vertellen eerlijk wat de echte verwachtingen zijn voor de patiënt. Het besluit om niet te reanimeren is een medisch besluit, er hoeft dus ook geen toestemming voor gevraagd te worden, het is een mededeling.

Stoppen van de behandeling

We doen er natuurlijk alles aan om een behandeling te laten slagen. Toch zijn er situaties waarin dat niet lukt. Soms kunnen we een patiënt niet meer beter maken. In dit geval kan het IC-team na uitgebreid overleg beslissen om te stoppen met de behandeling. We zullen alleen besluiten om te stoppen met de behandeling als alle intensivisten (IC-artsen) en de insturende arts het hiermee eens zijn. Als er iemand twijfelt, stoppen we niet met de behandeling.

We stoppen alleen met de behandeling als de behandeling geen medisch haalbaar doel meer heeft. Voordat we stoppen met een behandeling, leggen we alles heel goed uit en kunt u vragen stellen. Omdat de behandeling doelloos is geworden, hoeven we wettelijk gezien geen toestemming van de familie te vragen om te stoppen. In dit geval mag de IC-arts dus zonder toestemming van de familie de behandeling staken. Families kunnen hier geen toestemming voor geven of toestemming weigeren. Het doorgaan met de behandeling, terwijl deze medisch doelloos is, alleen omdat de familie dit wil, is illegaal en zelfs dus strafbaar.



Meer informatie

Second Opinion

Het kan gebeuren dat er een meningsverschil is over de behandeling. In eerste instantie zullen we altijd proberen er samen uit te komen. Soms lukt dat toch niet. In dat geval kan een second opinion een oplossing zijn. Dit is een mening van een andere arts. De familie mag zelf kiezen welke arts de second opinion doet. De arts moet wel kundig zijn op het vlak waarover het meningsverschil is ontstaan en de second opinion moet snel geregeld en uitgevoerd worden. Het kan nuttig zijn om hierover met uw eigen zorgverzekeraar te overleggen. Lukt het niet om op korte termijn een keuze te maken? Of voldoet de gekozen arts niet aan de gestelde eisen? Dan draagt de IC van het Erasmus MC zelf een arts voor. De uitkomst van de second opinion is in principe leidend. Dit betekent dat zowel de IC en de familie zich bij de conclusie of adviezen van de second opinion moeten neerleggen. De IC hoeft dit niet te doen als de gegeven adviezen onverwacht tegen bestaande protocollen of richtlijnen in gaan. Een derde of vierde "second opinion" heeft geen medisch nut of juridische betekenis en is dus niet toegestaan.

Het 'zero tolerance' beleid voor bezoekers

Als een persoon van wie u houdt ernstig ziek is, komen daar veel emoties bij kijken. U kunt verdrietig en boos zijn. Dit is begrijpelijk. We proberen hier dan ook altijd professioneel mee om te gaan. Maar er zijn wel grenzen.

Bij agressief gedrag zullen we streng zijn. De volgende gedragingen zullen we zeker bestraffen:

- Verbaal geweld: uitschelden en/of bedreigen van personeel of andere mensen op de afdeling.
- Spugen.
- Fysiek geweld: het ongewenst aanraken van personeel of anderen.
- Expres kapot maken van spullen van het Erasmus MC.
- De kamer of de afdeling niet verlaten als we u dat meerdere keren hebben gevraagd.
- Ervoor zorgen dat mensen ergens niet meer doorheen kunnen.
- Ervoor zorgen dat het personeel haar werk niet meer kan doen.

Doet iemand een van deze dingen toch? Dan volgt de 'Rode Kaart' procedure. Dit betekent dat deze persoon het ziekenhuis uit moet en daar ook niet meer terug mag komen. Dit betekent ook dat hij/zij niet meer op bezoek mag komen bij de patiënt.

We willen deze situaties natuurlijk liever vermijden. Daarom willen we u vragen om hulp te zoeken als u boos of verdrietig bent om te zorgen dat u kalmeert. Zo kunt u voorkomen dat u dingen doet waar u of uw familieleden later spijt van krijgen.





