

Medische Procedures en toestemming

Behandeling op IZ is meestal complex en omvat vaak specialistische behandelingen en procedures die niet uitgevoerd kunnen worden op de gewone verpleegafdelingen. Elke procedure houdt een zeker risico in voor de patiënt. Daarom worden deze procedures en behandelingen alleen uitgevoerd wanneer we menen dat de voordelen duidelijk opwegen tegen de risico's. Het aantal en type van de uitgevoerde procedures is afhankelijk van de ernst van de ziekte en de duur van het verblijf op IZ.

Deze brochure geeft informatie over de meest voorkomende procedures toegepast op IZ.

We delen deze procedures op in drie delen voor wat betreft uw toestemming:

- Deel 1: veel voorkomende procedures – gezien de frequente noodzaak van deze technieken in het kader van intensieve zorgen veronderstellen we dat u akkoord kan gaan met het toepassen ervan, dit behoudens tegenbericht.
- Deel 2: transfusies van bloed of bloedproducten – deze toestemming wordt aan het begin van uw verblijf gevraagd voor de duur van het verblijf op IZ
- Deel 3: procedures waarvoor we apart toestemming vragen

In de praktijk en volgens de Belgische wetgeving volstaan we met een mondelinge toestemming van uzelf of uw vertegenwoordiger. Voor kinderen onder de 16 jaar wordt een schriftelijke toestemming gevraagd aan de ouders of de wettelijke vertegenwoordiging.

Inleiding In het algemeen kunnen alle medische procedures aanleiding geven tot complicaties. Dit is zeker zo wanneer een medisch toestel of katheter wordt ingebracht in het lichaam - hetzij door de huid in de bloedstroom of in een lichaamsholte of het maagdarmkanaal. Een complicatie kan optreden op het ogenblik van het inbrengen, of kan zich voordoen nadat het toestel reeds enige tijd ter plaatse was. Voorkomende complicaties kunnen zijn: bloeding,

verkeerde positionering, infectie, ongemak, perforatie of beschadiging van andere delen van het lichaam.

Wij nemen alle mogelijke voorzorgsmaatregelen om deze risico's te minimaliseren, zoals programma's van continue opleiding, checklists en naleving van de best-practice richtlijnen. Procedures worden alleen uitgevoerd wanneer de verwachte voordelen van de interventie opwegen tegen de risico's van de procedure. De procedures worden uitgevoerd of gesuperviseerd door ervaren medewerkers en alle patiënten worden nauwlettend gecontroleerd op de mogelijkheid van complicaties - zowel tijdens het inbrengen als gedurende de tijd dat het toestel ter plaatse blijft. Alle bijwerkingen worden gescreend en besproken, en de naleving van de nationale en internationale normen wordt regelmatig gecontroleerd.

De volgende pagina's beschrijven in detail enkele van de meest voorkomende procedures die kunnen worden uitgevoerd tijdens uw opname op IZ en een aantal van de mogelijke problemen die zich hierbij kunnen voordoen:

Deel 1: veel voorkomende procedures

Endotracheale intubatie

Wat is intubatie ? Hoe wordt de endotracheale tube ingebracht ?

Het inbrengen van een beademingstube (endotracheale tube, ET-tube of ETT).

Wanneer een patiënt bewusteloos is of ernstige ademhalingsproblemen heeft, en bijgevolg onvoldoende zuurstof kan opnemen, dan wordt soms een ETT geplaatst in de luchtpijp (trachea). Deze wordt daarna aangesloten op een beademingstoestel. Het beademingstoestel biedt hulp met de ademhaling en geeft extra zuurstof.

Bij het plaatsen wordt een algemene verdoving gegeven en een arts brengt de ETT in de luchtpijp via de mond (of soms de neus). Soms wordt de procedure uitgevoerd onder plaatselijke verdoving of sedatie met behulp van een flexibele bronchoscoop (zie bronchoscopie).

Een kleine ballon wordt opgeblazen om een afdichting te creëren en luchtlekken te stoppen. Zo wordt ook de slokdarm gescheiden van de longen. Zodra we zeker zijn dat de ETT op de juiste plaats is aangebracht wordt die vast gemaakt met klevers of een speciaal bevestigingslint. Meestal wordt sedatie gegeven voor het comfort van de patiënt zolang de ETT ter plaatse zit.

Zijn er risico's?

Tijdens intubatie is er een klein risico op zuurstoftekort in het lichaam en dit kan zeer zelden de dood of ernstige handicaps veroorzaken. Tijdens de intubatie kan braaksel vanuit de maag overlopen in de longen indien de patiënt niet nuchter is en dit kan bijkomende longbeschadiging veroorzaken. Intubatie kan soms schade aan de luchtpijp, stembanden, mond of tanden veroorzaken. Er kan een reactie optreden op de geneesmiddelen die worden gegeven voor de narcose. De ETT kan verkeerd gepositioneerd worden in de slokdarm. Er bestaat een risico op longinfecties zolang de patiënt geïntubeerd is. De ETT kan per ongeluk losraken of de patiënt kan die accidenteel zelf verwijderen wanneer hij wakker is.

Na intubatie kan een ETT gedurende verschillende dagen en soms langer ter plaatse blijven. Wanneer een patiënt gedurende langere tijd beademingsondersteuning nodig heeft gaan we meestal over tot het uitvoeren van een tracheotomie (zie verder).

Invasieve beademing

Ook gekend als: BEADEMING of VENTILATIE

Wat is invasieve beademing? Hoe wordt het gedaan?

Patiënten die niet voldoende ademen en niet genoeg zuurstof opnemen, kunnen aan een beademingstoestel (ventilator) worden gekoppeld (via een endotracheale tube of tracheostomie-canule - zie intubatie en tracheostomie).

Levensbedreigend zuurstofgebrek of na longontsteking is een veel voorkomende reden om op IZ te worden opgenomen. Het beademingstoestel zorgt voor extra zuurstof en mechanische hulp bij de ademhaling. Patiënten die beademd worden via een ETT hebben vaak sedatie (verdoving) nodig. Wanneer een patiënt niet langer beademingsondersteuning nodig heeft wordt hij 'ontwend' van de beademing, en wordt de ETT verwijderd.

Zijn er risico's?

Patiënten die afhankelijk zijn van een beademingstoestel lopen risico op beschadiging aan de long, en infectie. Het risico op longontsteking en pneumonie (hoewel klein) neemt toe met de duur van de beademing.

Niet-invasieve beademing

Ook gekend als NIV

Hieronder vallen BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure), maskerbeademing, CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)

Wat is niet-invasieve beademing? Hoe wordt het gedaan?

Bij patiënten die niet voldoende ademen kan een BiPAP toestel hulp bieden bij de ademhaling en extra zuurstof. Hierdoor kunnen we soms vermijden dat de patiënt moet geïntubeerd worden (zie Intubatie). BiPAP wordt meestal ingesteld via een strak gemonteerd masker op het aangezicht of de neus. BiPAP wordt vaak gebruikt op IZ en soms elders in het ziekenhuis.

Zijn er risico's?

Het meest voorkomende probleem met BiPAP is dat sommige patiënten het ongemakkelijk vinden en niet tolereren. Het masker kan drukletsels veroorzaken op het aangezicht. Net als bij beademing via een endotracheale tube bestaat het gevaar, maar minder, op luchtweginfecties.

Soms is het ondanks het gebruik van BiPAP nodig patiënten te intuberen omwille van verslechteren van de longaandoening of andere complicaties. Daarom worden patiënten in behandeling met BiPAP nauwlettend gevolgd op complicaties of tekenen van achteruitgang.

Plaatsen van een veneuze katheter **Ook gekend als: INFUUS of BAXTER**

Wat is een veneuze katheter? Hoe wordt die ingebracht?

Een intraveneuze katheter is een klein, zacht stukje holle buis dat over een naald in een ader wordt ingebracht, vaak in de handrug of de armen. De naald zelf wordt daarna verwijderd. De katheter wordt vervolgens gebruikt om intraveneus medicatie en vloeistoffen toe te dienen. Als alternatief kan een centrale katheter worden overwogen indien de plaatsing moeilijk is of om specifieke medicatie toe te dienen.

Zijn er risico's?

Soms is de plaatsing moeilijk en kunnen verscheidene pogingen nodig zijn om een intraveneuze katheter te plaatsen. Het grootste risico is infectie, en daarom wordt de katheter routinematig elke paar dagen vervangen om dit te voorkomen. Ze kunnen ontstekingen veroorzaken of bloedstolsels vormen in de ader waarin ze worden ingebracht. Bij het verwijderen kan bloeding of een hematoom optreden.

Een arteriële lijn

Wat is een arteriële lijn of katheter? Hoe wordt die ingebracht?

Een arteriële lijn of intra-arteriële katheter is een dun plastic buisje dat wordt ingebracht in een slagader. Deze katheter laat toe continu de bloeddruk te meten en regelmatig bloedtesten te doen zonder steeds opnieuw te moeten prikken. Afname van arteriël-(of slagader-)bloed laat toe het niveau van zuurstof, koolstofdioxide en zuur in het bloed te meten.

Het inbrengen van de katheter in de slagader gebeurt vaak onder plaatselijke verdoving. De katheter wordt ingebracht over een naald die dan wordt verwijderd. De katheter wordt vastgekleefd met een zelfklevend verband of soms wordt de katheter vastgenaaid. Meestal wordt de katheter in de pols geplaatst (radiale arterie), maar soms wordt hij ook in de elleboogplooï, de voet of de lies aangebracht. De katheter kan indien nodig gedurende enkele weken ter plaatse blijven. De pulsaties van het bloed in de slagader kan je soms zien in de leidingen; dat is normaal.

Zijn er risico's?

Arteriële lijnen zijn in het algemeen zeer veilig. Soms kunnen meerdere pogingen nodig zijn voor een succesvolle plaatsing.

Zij kunnen de slagader beschadigen of er kunnen zich stolsels vormen in de slagader; dit kan leiden tot een tijdelijke obstructie van de bloedtoevoer en zeer zelden tot afsterven (necrose) van weefsel stroomafwaarts van de katheter. Net als bij andere katheters is er een kleine kans op infectie. Bij loskoppeling of accidentele verwijdering van de katheter kan bloed worden verloren.

De centraal-veneuze katheter (CVC)

Ook gekend als: centrale katheter of CVD-Katheter

Wat is een centrale katheter? Hoe wordt die ingebracht?

Een centrale katheter is een dun plastic buisje dat wordt ingebracht in een grote ader voor het toedienen van intraveneuze medicatie en het volgen van drukken in het lichaam. Een arts brengt onder steriele omstandigheden en met plaatselijke verdoving de katheter in met behulp van een naald. De katheter wordt geplaatst ofwel in de hals, ofwel onder het sleutelbeen of in de lies. De naald wordt verwijderd nadat de lijn is geplaatst. De centrale katheter kan gedurende weken ter plaatse blijven, maar wordt verwijderd zodra hij niet meer nodig is.

Zijn er risico's?

Soms kunnen meerdere pogingen nodig zijn voor een succesvolle plaatsing. De meest voorkomende belangrijke complicatie van centrale katheter is infectie. Zowel bij de plaatsing als bij de dagelijkse verzorging worden alle mogelijke maatregelen genomen om dit te voorkomen; dit is ook de reden waarom de katheter slechts zolang ter plaatse blijft als strikt nodig is.

Tijdens het inbrengen, bestaat het gevaar dat de naald andere structuren beschadigt zoals bloedvaten of zenuwen; een centrale katheter ingebracht in de hals of onder het sleutelbeen kan de long kwetsen en een pneumothorax (luchttek) veroorzaken.

De urinewegkatheter

Ook gekend als: blaassonde

Wat is een urinewegkatheter?

Hoe wordt die ingebracht?

Een blaassonde is een zachte slang ingebracht in de blaas door de urinebuis. Langs deze sonde wordt de urine continu uit de blaas gedraineerd zodat de patiënt dat niet meer op de normale wijze moet doen. De katheter wordt op zijn plaats gehouden door middel van een kleine ballon aan het uiteinde ervan in de blaas. De blaassonde is essentieel bij patiënten die zwaar verdoofd of comateus zijn, die verdoving krijgen langs een epidurale katheter of die beperkt mobiel zijn en niet kunnen opgezet worden om naar het toilet te gaan.

De katheter is verbonden met een opvangzak; langs daar wordt geregistreerd hoeveel urine er wordt geproduceerd. Dit is een belangrijk gegeven voor de artsen om het vochtbeleid en de functie van de nieren te beoordelen.

Zijn er risico's?

Urinerwegkatheters kunnen leiden tot infectie in de blaas. Er is een kleine kans op beschadiging van de urethra bij het inbrengen van de katheter, wat kan leiden tot bloedingen en, zeer zelden, tot problemen met plassen na het verwijderen van de katheter.

Sommige patiënten zijn tijdelijk niet in staat om te plassen bij het verwijderen van de katheter - in dit geval, moet de katheter eventueel voor een korte tijd worden herplaatst.

Maagsonde en enterale voeding

Ook gekend als: maagsonde

Verwante therapieën: jejunale sonde, PEG-sonde

Wat is een maagsonde? Hoe wordt die ingebracht?

Een maagsonde is een plastic tube die wordt ingebracht (meestal via de neus maar soms langs de mond), en daarna door de slokdarm tot in de maag en eventueel dieper in de darm (jejunale sonde). Ze wordt gebruikt om maagvocht te draineren of patiënten te voeden door middel van enterale voeding of sondevoeding en eventueel om medicatie toe te dienen. Patiënten die aan een beademingstoestel liggen kunnen immers niet op een normale manier eten. De meeste patiënten op IZ worden op deze manier gevoed.

Zijn er risico's?

Plaatsen of verwijderen van een maagsonde kan een neusbloeding veroorzaken. Een maagsonde die lang ter plaatse blijft kan aanleiding geven tot sinusitis. Wanneer de maagsonde onjuist is geplaatst kan er sondevoeding of medicatie in de long terechtkomen wat aanleiding kan geven tot een longontsteking. Bij toedienen van enterale voeding neemt het gevaar voor braken, diarree en eventueel longontsteking toe. Het kan zijn dat een patiënt de enterale voeding niet verteert. In dat geval, moeten we toch TPN gebruiken (zie TPN).

Bronchoscopie

Wat is een bronchoscopie?

Een arts voert een bronchoscopie uit door een flexibele (broncho-)scoop in de luchtpijp (trachea) van de patiënt te schuiven. Dit kan nodig zijn wanneer een patiënt een longontsteking heeft, wanneer er een blokkade zit in de luchtwegen of als hulp bij het plaatsen van andere tubes (bijvoorbeeld een tracheostoma) in de luchtpijp. Hierbij kan een staal van de secreties (fluïmen) worden genomen om eventueel bacteriën op te sporen. Soms wordt een klein stukje longweefsel (biopsie) genomen. Aangezien dit een ingreep is met diagnostisch belang en meer risico wordt apart uw toestemming gevraagd.

Op IZ wordt een bronchoscopie meestal uitgevoerd doorheen een beademingstube (ETT of tracheotomie). Tijdens de procedure wordt verdoving toegediend.

Zijn er risico's?

Een bronchoscopie kan de zuurstof opname van de patiënt verslechteren of er kan een kleine bloeding worden veroorzaakt in de luchtwegen. Bij het nemen van een biopsie wordt er steeds een klein beetje schade aangebracht aan de long. Bronchoscopie kan een infectie van de long veroorzaken. Er is een risico op neveneffecten van de medicatie die wordt gebruikt bij de verdoving.

Dialyse

Ook gekend als: nierdialyse, peritoneale dialyse, hemodialyse,

Verwante & soortgelijke therapieën: ultrafiltratie, plasmaferese, hemofiltratie, hemodiafiltratie, niervervangende therapie, continue veno-veneuze hemofiltratie

Wat is dialyse en waarom wordt het gedaan?

Patiënten hebben vaak een dialyse nodig wanneer er sprake is van nierfalen of abnormale niveaus van zuur en zouten in het bloed. Het wordt soms ook gebruikt in de behandeling van overdosis. Een arts brengt een dialysekatheter in, in een grote ader in de hals of lies (vergelijkbaar met een centrale katheter).

Vanuit de katheter circuleert bloed door de dialysemachine, toxines worden verwijderd en het bloed wordt dan terug naar het lichaam geleid. Wanneer patiënten herstellen, verbetert de nierfunctie vaak en kan de dialyse worden gestaakt.

Zijn er risico's?

De bloeddruk van een patiënt kan dalen bij starten van de dialyse. Dialyse kan bloedcellen vernietigen en zo leiden tot bloedarmoede of te weinig bloedplaatjes. Hemodialyse kan ook leiden tot het verlagen van de

lichaamstemperatuur. Bij hemodialyse moet het bloed meestal worden verdund voor een succesvolle dialyse, en dit draagt ook een klein risico met zich mee.

Externe ventriculaire drain

Ook gekend als: ventrikeldrain, ICP-katheter

Verwante & soortgelijke therapieën: intracranieële drukmeting, interne shunt

Wat is een externe ventriculaire drain en waarom wordt het gedaan?

Een externe ventriculaire drain wordt geplaatst in het hoofd van een patiënt voor het meten van de druk in de hersenen en voor de afvoer van ruggenmergvloeistof (cerebrospinaal vocht of CSF). Ze worden gebruikt bij patiënten met ernstig hoofdletsel, hersenbloeding of na neurochirurgie. De externe ventriculaire drain wordt onder strikt steriele voorwaarden geplaatst door een neurochirurg in de operatiekamer. Wanneer de drain niet meer nodig is kan hij simpel worden verwijderd.

Zijn er risico's?

Er is een risico op bloedingen of schade aan de hersenen bij plaatsen van de drain. Er is een risico op infectie in de vloeistof rond de hersenen. De externe ventriculaire drain kan verstopt raken of van plaats verschuiven. Een externe ventriculaire drain wordt alleen gebruikt wanneer het absoluut noodzakelijk is en er wordt voortdurend gecontroleerd op complicaties.

Thoraxdrain

Ook gekend als: pleuradrain, intercostale katheter

Verwante & soortgelijke therapieën: pleurapunctie

Wat is een thorax drain en waarom wordt het gedaan?

Bij patiënten die een borstkas- of een hartoperatie hebben gehad, of die een ongeval hebben meegemaakt, of bij een spontaan ontstane of accidentele longcollaps kan een buis (thoraxdrain) ingebracht worden tussen de ribben. Hierlangs kan, indien nodig, vocht of lucht of bloed uit de thoraxholte worden afgevoerd. Een thoraxdrain kan ook nodig zijn om collecties van vocht uit de borstkas of de long te verwijderen in andere omstandigheden (zoals longontsteking).

Elke thoraxdrain wordt onder strikte steriele omstandigheden geplaatst door een arts. Hij kan worden ingebracht bij de patiënt in de afdeling spoedgevallen afdeling, operatiekamer of IZ zelf. Hij wordt meestal geplaatst in de lijn onder de oksel. De thoraxdrain is verbonden met een afvoer fles of verzamelsysteem aan de zijde van het bed. U kunt vloeistof zien op en neer gaan in de afvoerslang of horen borrelen.

Zijn er risico's?

Een thoraxdrain kan schade aan de longen of andere lichaamsdelen veroorzaken tijdens het inbrengen. Na het inbrengen wordt een RX opname gemaakt om te controleren of de drain zich in een juiste positie bevindt. De thoraxdrain kan pijnlijk zijn en kan verstopt raken. De thoraxdrain en de patiënt worden voortdurend gecontroleerd op complicaties. De drain wordt verwijderd wanneer hij niet meer nodig is.

Lumbaal punctie

Ook gekend als: LP, ruggenmergpunctie, ruggeprik

Wat is een lumbaal punctie en waarom wordt het gedaan?

Een lumbaal punctie wordt uitgevoerd om een vloeistofstaal te verkrijgen van rond het ruggenmerg en de hersenen. De arts brengt onder steriele omstandigheden een kleine naald indoor het onderste deel van de rug en onttrekt hieruit een kleine hoeveelheid vloeistof. Een lumbaal punctie kan worden gedaan om te controleren op aandoeningen zoals meningitis.

Zijn er risico's?

Een lumbaal punctie kan af en toe hoofdpijn veroorzaken na de procedure. Er is ook een zeer klein risico op rechtstreekse schade aan het ruggenmerg of de hersenen door de punctie of op bloeding of infectie op de plaats van de lumbaal punctie.

Slokdarmechocardiografie

Ook gekend als: TEE, slokdarmecho

Wat is slokdarmechocardiografie en waarom wordt het gedaan?

Een slokdarmechocardiografie is een gespecialiseerd echo-onderzoek van het hart. Een arts brengt een echo sonde door de mond van de patiënt tot in de slokdarm en de maag. Dit maakt controle van de hart en de grote bloedvaten mogelijk aan de binnenzijde van de borstkas om te zien of er sprake is van afwijkingen. Het biedt ook informatie over hoe goed het hart werkt. Tijdens de procedure wordt verdoving gegeven aan de patiënt.

Zijn er risico's?

Een slokdarmechocardiografie kan in zeldzame gevallen schade veroorzaken aan de mond of slokdarm. Patiënten kunnen een zere keel hebben gedurende een korte tijd na de procedure. Er is een kleine kans op perforatie van de slokdarm door de slokdarmecho-cardiografieprobe. Het risico wordt verhoogd indien er een voorgeschiedenis is van een bloedingstoornis, slikproblemen of leverziekte.

TPN (totale parenterale nutritie)

Ook gekend als: intraveneuze voeding

Wat is TPN en waarom wordt het gedaan?

Bij behandeling met TPN wordt voeding direct in de ader van een patiënt ingebracht. Het wordt meestal gegeven via een centraal-veneuze katheter (zie CVC). TPN wordt gebruikt wanneer het niet mogelijk is een patiënt te voeden via de maag en darmen. Vaak is het mogelijk om terug te schakelen naar normale voeding wanneer de toestand van de patiënt verbetert.

Zijn er risico's?

TPN kan bij de patiënt het risico op infectie verhogen. Het kan ook invloed hebben op de werking van de lever en het immuunsysteem, en kan leiden tot hoge bloedsuikers die moeten behandeld worden. Behandeling met TPN wordt regelmatig geëvalueerd door de behandelende geneesheer en het medisch en verpleegkundig personeel.

Deel 2: transfusies van bloed of bloedproducten – deze toestemming wordt aan het begin van uw verblijf gevraagd voor de duur van uw verblijf

Transfusie

Ook gekend als: bloedtransfusie

Verwante & soortgelijke therapieën: bloedplaatjes toediening, vers ingevroren plasma, VVP, immunoglobulines, stollingsfactoren

Wat is een transfusie en waarom wordt het gedaan?

Bloedtransfusies zijn nodig om te lage bloedwaarden van bepaalde bloedcellen te corrigeren (bloedarmoede) of om bloedverlies als gevolg van bloeden op te vangen. Andere bloedproducten worden gebruikt om abnormale of lage stollingsfactoren te corrigeren (wanneer de patiënt ernstig bloedt).

Zijn er risico's?

Ernstige reacties tegen transfusies zijn gelukkig zeldzaam, maar alle transfusies dragen een klein risico op infectie. De ontvanger kan ook reageren tegen een transfusie. Deze reacties kunnen variëren van een lichte temperatuursverhoging tot ernstig meervoudig orgaanfalen. Het risico op een reactie wordt geminimaliseerd door uitgebreide controleprocedures die ervoor zorgen dat een patiënt een zo veilig mogelijke bloedproduct krijgt toegediend.

Schattingen van de risico's worden hieronder weergegeven:

Het ontvangen van de verkeerde transfusie 1 op 12000 - 1 op 77000

Hoofdpijn, koorts, jeuk en netelroos 1 op 100

Transfusie-geïnduceerd longfalen (TRALI) 1 in 5000 tot 1 op 190.000

Hepatitis C Minder dan 1 op 1.000.000

Hepatitis B 1 op 764.000

HIV (AIDS) Minder dan 1 op 1.000.000

Deel 3: procedures waarvoor we telkens apart en wanneer nodig uw toestemming vragen

Tracheostomie

Ook gekend als: tracheostoma/tracheotomie

Wat is een tracheostomie en waarom wordt het gedaan?

Hoe wordt die ingebracht?

Wanneer een patiënt voor een langere periode ondersteuning van een beademingstoestel nodig heeft wordt meestal een tracheotomie uitgevoerd. Een tracheostomie canule is een kunststof buis die rechtstreeks in de luchtpijp (trachea) wordt aangebracht door de voorzijde van de nek. Het is comfortabeler dan een endotracheale tube langs de mond (ETT) en zorgt vaak voor een vlottere weaning van de ventilator. Er is minder schade aan slijmvliezen van de mond en de stembanden.

De canule wordt ingebracht onder een algemene verdoving en strikte steriele voorzorgsmaatregelen. Een arts voert een kleine operatie uit om de tracheostomie canule in te brengen. Dit gebeurt meestal aan bed op IZ.

Spreken en slikken zijn soms mogelijk wanneer een patiënt enige tijd een tracheostomie heeft. De tracheostomie canule wordt verwijderd wanneer de patiënt is hersteld; er blijft een klein litteken achter.

Zijn er risico's?

Een tracheostomie wordt verricht door een stafflid van IZ of door een chirurg in de operatiezaal indien we problemen verwachten bij de plaatsing. Er is een kleine kans op bloeden tijdens de procedure. Er is een risico van zuurstoftekort of moeilijkheden met de beademing tijdens het inbrengen van de tracheostomie of indien ze verstopt raakt. In zeer zeldzame gevallen kan dit de dood of ernstige invaliditeit tot gevolg hebben. Er kan een reactie of nevenwerkingen optreden op de geneesmiddelen die gebruikt worden voor de verdoving. Een tracheotomie kan schade aan de luchtpijp veroorzaken waarvoor opvolging op lange termijn nodig kan zijn. Alle tracheostomies worden zorgvuldig gecontroleerd op complicaties, zowel op IZ als op de andere verpleegafdelingen.

Alle chirurgische ingrepen uitgevoerd in het operatiekwartier