





“HET ZIEKTEBEELD VIND IK ONGELOFELIJK INTRIGEREND”

Dr. Margot Vander Laenen,
medisch diensthoofd
Intensieve Zorgen

Door de verhalen over COVID-19 uit het buitenland realiseerde ze zich al heel snel dat ook wij als ziekenhuis in een ‘oorlogssituatie’ zouden terechtkomen.

Op 12 maart 's avonds kwam plots het besef dat het hoog tijd was om te schrijven. "We hadden protocols nodig voor isolaties, bescherming, ventilatie, registratie en safety. Maar ook voor medicaties, fasering noodplannen, inventarisatie beschikbare middelen, wat te doen bij overlijden, extra corporele membraam oxygenatie...", aldus dr. Vander Laenen.

"Protocols die het crisisdraaiboek uitmaken voor het opvangen van patiënten met een ziekte die we nog niet kenden en dus compleet nieuw was. En die pal voor onze deur stond. Een maand lang ben ik non stop hiermee bezig geweest," herinnert zich dr. Margot Vander Laenen, intensivist en medisch diensthoofd van Intensieve Zorgen (IZ).

De eerste maand van de crisis was hels... "Ik weet niet meer wat ik al die dagen allemaal gedaan heb, maar het was zo erg dat vrienden me eten brachten, ik kwam niet toe aan winkelen noch koken... Het was een maand leven op adrenaline en een gevoel van 'we moeten dit goed doen, als dienst en als ziekenhuis.' Uiteindelijk waren we helemaal klaar voor de eerste patiënten."

Belangrijkste opdracht als medisch diensthoofd was op dat moment de organisatie van de dienst Intensieve Zorgen. "Als departement Kritieke Diensten hadden we het geluk dat de operatiezalen een sterk gereduceerde activiteit hadden en dat we over een grote groep artsen beschikten - zowel stafleden, assistenten als residenten - die we konden inzetten in onze 'communicerende vaten'.



Toen we de recovery als IZ moesten inrichten om extra bedden te creëren was het 'oorlog' en werkten we compleet buiten onze comfortzone.

Dr. Margot Vander Laenen

De medische bestaffing op Spoed en Intensieve Zorgen werd verdubbeld tot verdriedubbeld en toch is niemand ooit in overdrive moeten gaan. "We hadden de zaak onder controle."

Verwevenheid

Voor het opschalen van de intensieve bedden en de opvang van de patiëntenstroom waren er ook extra IZ-verpleegkundigen nodig. "Een verpleegkundige op IZ is onvervangbaar. Deze periode heeft mij opnieuw doen beseffen hoe competent en specifiek opgeleid deze mensen zijn."

In de eerste plaats werden verpleegkundigen die ooit op IZ gewerkt hebben teruggeroepen. "Dat was heel dankbaar. Nadat zij vertrouwd gemaakt waren met ons nieuw elektronisch dossier konden zij al heel snel opnieuw zelfstandig functioneren."

De tweede groep waarop een beroep gedaan werd, waren vooral de OK-verpleegkundigen. Vander Laenen: "Zij kunnen werken met een monitor, kennen technieken als katheters en tubes plaatsen, weten hoe een beademde patiënt op te volgen, kunnen bloedafnames doen,... Met een crash-cursus hebben we geprobeerd deze mensen snel op te leiden. Dat is voor velen goed gelukt. Mocht er een nieuwe piek komen dan ben ik gerust dat we nu op IZ nog meer patiënten aankunnen. Die 'nieuwe' verpleegkundigen hadden wat tijd nodig om te leren en die stap is nu gezet. We hebben intussen mooie getuigenissen van hen. In het begin waren velen doodsbang om naar IZ te komen maar uiteindelijk hebben ze hun weg gevonden. Het was intens ja, maar ook wel fijn, zo zeggen ze nu."

Ziektebeeld

Dat alles vlot verlopen is, is ook mede dankzij de goede aanpak van de collega's van Pneumologie, aldus Vander Laenen. "We hadden dit ziektebeeld nooit gezien: patiënten die ondanks zeer lage zuurstofwaarden in hun bloed toch nog niet in direct levensgevaar en vrij rustig waren. Hadden we enkel rekening gehouden met hun lage saturatie dan waren ze allemaal van Spoed naar Intensieve gestuurd. Maar onze pneumologen hadden al snel begrepen dat dit een 'ander' beeld was dat voor velen veilig op de afdeling kon opgevolgd worden."



Dat inzicht heeft er mede voor gezorgd dat IZ heel rustig is kunnen starten met slechts enkele patiënten en dat de aanpak stap voor stap kon opgebouwd worden. Vander Laenen: "Onze eerste COVID-19-patiënt op IZ was een medewerker van het ziekenhuis. Dat bracht al onmiddellijk heel wat extra emotie en extra stress met zich mee. We hebben bij deze patiënt uiteindelijk gekozen voor een niet-invasieve beademing en we zagen dat dit werkte. Onze tweede patiënt was een zwangere dame. We wisten dat er onmiddellijk een keizersnede zou volgen als we haar invasief zouden beademen, met waarschijnlijk een slechte uitkomst voor zowel de moeder als de baby. Maar omdat we de tijd hadden om het uit te zoeken, zagen we in dat we voordeel konden halen uit niet-invasieve ventilatie, tenminste zolang we de patiënten gemotiveerd konden houden en ze coöperatief bleven."

"We hebben samen met een uitgebreid team van kinesisten ingezet op mobilisatie. Als we onze patiënten in de zetel konden zetten en



af eens toe eens lieten rechtstaan, steeg de zuurstofsaturatie en zo konden we tijd winnen, waarin er tijd was voor genezing. De patiënten die invasief geventileerd werden hadden een enorme nood aan slaapmedicatie en hun verblijf op Intensieve Zorgen was significant langer met een veel langere herstelperiode."

"In vele andere ziekenhuizen koos men nochtans heel snel voor een invasieve beademing. "De guidelines, voor zover ze al bestonden, schreven voor dat er zo snel mogelijk moest geïntubeerd en kunstmatig geventileerd moest worden. Men had schrik dat zorgverleners via de 'high flow oxygen therapy' besmet zouden geraken en dat patiënten die later toch nog op invasieve beademing moesten overgaan een slechtere uitkomst zouden hebben. Uiteindelijk blijkt het aantal besmettingen van zorgverleners bij goede bescherming wel mee te vallen en de conservatieve aanpak met niet-invasieve beademing wordt nu ook in de literatuur aanbevolen."

"Het is opmerkelijk dat onze staf voor een eigen aanpak is durven gaan. Dat heeft uiteindelijk ook gezorgd voor onze goede mortaliteitscijfers, hier ben ik nu wel trots op. In ziekenhuizen in binnen- en buitenland waar er sneller voor beademing werd gekozen omdat ze op zeker wilden spelen, zijn er uiteindelijk meer overlijdens geweest." Ons model met doorgedreven 'verwevenheid' van de kritieke diensten waardoor we op elk moment voldoende artsen hadden met bekwaming spoed, intensieve zorgen en reanimatie, en de bijhorende goede communicatie, heeft nogmaals bewezen te werken, ook in moeilijke omstandigheden.

Zuurstof

Zuurstofondersteuning was voor veel patiënten het belangrijkste maar er waren toch ook heel wat andere problemen waar de COVID-19-patiënten mee te maken kregen. Vander Laenen: "Het ziektebeeld vind ik ongelooflijk intrigerend. Bij elk ander ziektebeeld waar ik ooit zo'n lage zuurstofwaardes gezien heb, waren

mensen bang, in paniek... Deze patiënten ademden snel maar waren zeer rustig en helder van geest. En ze beseften zelf niet hoe slecht ze er aan toe waren of wanneer ze verder achteruit gingen. De radiologische beelden van de longen waren zo indrukwekkend. Zelden gezien en zeker niet aan die frequentie."

"We leerden ook gaandeweg. Vanuit andere ziekenhuizen kwamen plots meldingen over de hoge incidentie van diepe veneuze tromboses. Dit inzicht vereiste opnieuw een andere aanpak. We hebben enkele patiënten gehad die onder reanimatie op spoed beland zijn en overleden zijn. We hebben een zwaar vermoeden dat dit op basis van longembolen was. Men heeft in het begin ook gesproken over myocarditis of hartspierontsteking maar eigenlijk hebben wij dat niet veel gezien. Uiteraard hebben we ook patiënten gehad die in nierfalen gegaan zijn maar ook hier gaat het niet om grote aantallen. Uiteindelijk zijn vier patiënten aan apparaten beland waarbij de functie van de



Dr. Vander Laenen



Intensieve Zorgen

longen voor weken grotendeels overgenomen werd. Ze hebben het gelukkig alle vier gehaald."

Ethische beslissingen

"Gezien de ziekenhuizen in min of meerdere mate op dezelfde manier getroffen zijn en het een vrij homogene groep patiënten betreft, wisten we dat diensten Intensieve Zorgen beoordeeld zouden worden op mortaliteitscijfers maar ook op de omgang met therapierestricties, de zogenaamde DNR-orders."

"We waren na de schrikwekkende beelden uit het buitenland bang voor tekorten aan intensieve capaciteit. We hebben er als dienst wel degelijk op aangedrongen om er in heel het ziekenhuis op toe te zien alleen patiënten naar intensieve zorg te sturen die kans maakten op kwalitatieve overleving."

"Intensieve zorg is een aanslag op het lichaam, we kopen vooral tijd en verleggen grenzen, en we hopen dat het genezingsproces ondertussen zijn werk kan doen. We hebben duidelijk gezien hoeveel spiermassa dagelijks verloren gaat, hoe de zenuwen aangetast worden door het ziekteproces. Je moet dus een zekere reserve hebben om dit te overleven en een lichaam moet voldoende krachtig zijn om tot revalidatie te kunnen komen."

Het nemen van moeilijke ethische beslissingen maakt op IZ deel uit van het dagelijkse werk. "Gelukkig zijn we nooit van onze normale manier van werken moeten afwijken en hebben we geen patiënten moeten weigeren wegens onvoldoende capaciteit."

"Beslissingen met betrekking tot restricties worden steeds individueel genomen na uitgebreide kennisname van het dossier, evaluatie van de patiënt en overleg met drie artsen. Vander Laenen: "Dit gebeurt ook zo in non-COVID-19 tijden en was dus niet verschillend van onze normale praktijk. Er was wel een verschuiving van deze discussie waarbij deze moeilijke beslissingen vaker genomen werden vooraleer de patiënt opgenomen werd op Intensieve Zorgen. Gezien de druk op onze dienst, waren alle zorgverleners zich bewust van het belang van correcte DNR-codering, zowel op Spoedgevallen als

op de verpleegeenheden. Ik hoop dat we dit kunnen meenemen naar non-COVID-19 tijden. Niemand, maar vooral de patiënt niet, is gebaat bij zinloos doorgedreven therapie."

"Toch zijn er ook vele patiënten opgenomen op de dienst die slechts een kleine kans op overleven hadden; omwille van hoogbejaardheid, comorbiditeiten, beperkte reserves. We hebben ons vooral gebaseerd op voorafbestaande fragiliteit en niet alleen op leeftijd om te beslissen of een opname op IZ en doorgedreven therapie nog als zinvol te beschouwen was. We zijn spijtig genoeg wel wat patiënten verloren, vooral in de groep voor wie we de kans op overleven als gering hadden ingeschat en die hiervoor een restrictie in beleid kregen. Hun reserve was te beperkt. Bij de patiënten die met voldoende reserves kwamen, is het aantal overlijdens veeleer laag en zelden onverwacht gebleken. Dat was zeker hoopgevend hoewel verschillende patiënten meer dan 60 dagen op de dienst Intensieve Zorgen verbleven. De groep die intensieve zorg nodig had, deed het op enkele uitzonderingen na vrij goed op de verpleegeenheid en velen hebben ondertussen het ziekenhuis in vrij goede omstandigheden kunnen verlaten. Hoewel velen ernstige spierzwakte hebben en een lange revalidatie tegemoet gaan."

De lockdown is dus net op tijd gekomen. "Inderdaad, het had niet veel meer moeten zijn, denk ik. We hebben aan de rand gestaan van chaos. Toen we de recovery als IZ moesten inrichten om extra bedden te creëren was het 'oorlog' en werkten we compleet buiten onze comfortzone. Uiteindelijk is dat allemaal vrij goed verlopen."

Onderzoek

Uit Brits onderzoek blijkt dat cortisone het leven kan redden van één op drie COVID-19-patiënten die hoge zuurstofnood of ventilatie nodig hebben. Dr. Vander Laenen: "In de UK lopen intussen studies bij grote groepen van COVID-19-patiënten. Daaruit hebben we al geleerd dat hydroxychloroquine waarschijnlijk niet werkt. Tweede conclusie is inderdaad dat cortisone wel zou helpen. Er waren eerst ook negatieve berichten over cortisone omwille van de vele bijwerkingen van het product. Over onder andere de afbraak van spierweefsel, hetgeen wij uiteraard niet wenselijk achten. Daarnaast



De recovery werd omgebouwd tot IZ

Dr. Margot Vander Laenen,
medisch diensthoofd Intensieve Zorgen:

We hebben enorm veel hulp gehad van de mensen van ICT. Zij stonden vanaf het begin klaar om ons te helpen waar nodig, hebben ervoor gezorgd dat de cijfers helder bleven en op elk moment bereikbaar waren. Elke morgen kregen we overzichten van aantallen patiënten en welke therapieën we aan het toepassen waren zodat we de noden goed konden inschatten. We hebben dankzij hen een schat aan gegevens verzameld die we nu aan het verwerken zijn om nog een beter zicht op de problematiek te krijgen.

lazen we rapporten die aantoonde dat de mortaliteit omhoog ging als je cortisone gaf."

"Cortisone lijkt ons nochtans een logische keuze, als je het toedient op het juiste moment. Bij COVID-19 gaat het immers om een inflammatoir proces. We zagen mensen met virussyptomen die eerst verbeterden en dan een tweede vlaag doormaakten, die wij de cytokinestorm noemen, en eigenlijk een overdreven reactie is van het lichaam. Wanneer de ontsteking zo hoog ging dat we uiteindelijk vreesden voor verstijving van de longen of longfibrose hebben ook wij hoge dosissen cortisone toegediend. In studies met medicaties die nu lopen, ook in het ZOL, onderzoeken we verder de impact van het onderdrukken van de immuniteit bij deze patiënten."

Opvolgtraject

De cijfers zullen ook op langere termijn opgevolgd worden, onder andere in het opvolgtraject dat opgestart wordt voor COVID-19-patiënten die lang op IZ hebben gelegen. "Outcomecijfers van langliggers zijn in het algemeen niet goed en daarom willen we bij deze mooi omliggende groep een pilootproject opstarten dat ons kan helpen patiënten na intensieve zorgen op langere termijn op te volgen, een post-ICU-clinic. Nieuw aan dit post-ICU-traject is dat de intensivist mee ingeschakeld wordt, samen met de pneumoloog, de revalidatiearts met psychosociale opvolging,... om te kijken welke problemen de patiënt nog heeft. Gaat het om ondervoeding, spierzwakte, of wat anders? Ik denk dat onze inbreng als intensivist groot kan zijn omdat wij beter kunnen inschatten wat er met deze patiënten gebeurd is tijdens hun opname en wat zij doorgemaakt hebben."

"We hebben uiteindelijk veel geleerd van onze nieuwe ervaringen. Belangrijk ook: alle lof aan mijn verpleegkundigen. Zij hebben het echt goed gedaan. Met die pakken en maskers werken was, ondanks de warmte, wel te doen. Maar echt moeilijk was de communicatie. Je verstaat elkaar niet en je weet zelfs niet wie er voor je staat. Daarom schreven we onze naam met stift op onze rug. Na een shift kwam je buiten met een hoofd dat op ontploffen stond. Op dat moment was het fijn dat het ziekenhuis zorgde dat er bijvoorbeeld lekker eten voor ons klaarstond. Dat deed wonderen en was echt hartverwarmend."

“

Intensieve zorg is een aanslag op het lichaam, we kopen vooral tijd en verleggen grenzen en we hopen dat het genezingsproces ondertussen zijn werk kan doen.

Zowel emotioneel als fysiek waren de afgelopen maanden erg zwaar voor de zorgverleners. Vander Laenen: "Ik heb de groep voor de uitbraak toegesproken toen ik er zeker van was dat het erg zou worden. Er waren tranen, iedereen was bezorgd over zijn familie. Ja, heb ik gezegd, van je ouders ga je best wegblijven en we hebben het geluk dat kinderen en jonge mensen niet 'at risk' lijken. Want als zij een hoog risico hadden gelopen, zou dit een ander verhaal geweest zijn. Ik heb uren gepraat met zorgverleners die hier vragen over hadden, er waren heel wat emotionele en irrationele reacties. Praten helpt dan."

"Intussen beschouwen we deze periode als de beste teambuilding ooit, met verpleegkundigen, met management, kinesitherapeuten, apothekers, medewerkers van de sociale diensten en psychotherapeuten. Maar pas op, de naweeën zijn er, het was een uiterst vermoeiende periode. Er is voor onze verpleegkundigen geapplaudiseerd en ze werden tijdelijk de helden van de maatschappij. Ze hebben alleszins bewezen dat 'verpleegkundige' een essentieel beroep is. Ik heb dan ook alle begrip voor hun vraag om hun beroep op te waarderen. Ze verdienen het." ■