

## IN GESPREK MET:

dr. Nuray Kusadasi, hematoloog-intensivist, UMC Utrecht



**“ACCEPTEREN DAT ZORG SOMS ANDERS KAN EN MOET WAS VOOR INTENSIVECARE-ZORGPROFESSIONALS NIET ALTIJD MAKKELIJK”**

**Dr. Nuray Kusadasi is als hematoloog-intensivist opgeleid aan het Erasmus MC Rotterdam. Bijna 4 jaar is zij werkzaam in UMC Utrecht, waar zij zich op de afdeling Intensive Care richt op de zorg voor patiënten die aanvullende ondersteuning nodig hebben voor hun behandeling.**

**Wanneer kwam de uitbraak van COVID-19 voor het eerst onder uw aandacht, en op welke wijze bereidde uw ziekenhuis zich voor op allerlei mogelijke scenario's? En hoe ging het eraan toe, toen de pandemie daadwerkelijk Nederland bereikte?**

“Dat gebeurde eigenlijk zodra de eerste berichten uit China begonnen te komen, in februari. Die zijn niemand ontgaan, en bij mij begon het gelijk al te kriebelen, ook al leek alles nog ver weg. Langzaam maar zeker werd duidelijk dat dit een wereldwijd probleem zou gaan worden, ondanks alle voorzorgsmaatregelen. Al raakte ik pas echt zenuwachtig, en met mij vele collega's, toen de eerste mensen op de intensive care werden opgenomen in Milaan.”  
“Ik herinner me nog goed dat de eerste coronapatiënten bij ons op de intensive care binnenkwamen, dat zal op 15 of 16 maart geweest zijn. Er brak een heel intensieve periode aan. In ons ziekenhuis werden meteen ziekenhuisbrede leerpaden ingericht, voor verschillende groepen professionals. Allereerst de medewerkers betrokken bij de directe patiëntenzorg, daarnaast degenen die de zorg

ondersteunen, en ten derde alle medewerkers die niet direct bij de zorg betrokken zijn, maar wel blootgesteld kunnen worden aan besmette patiënten of materialen. In die leerpaden ging het vooral om een zo veilig mogelijke werkwijze vast te stellen wat betreft opvang en transport van patiënten, maar ook aangaande de schoonmaakwerkzaamheden.”

**“NIEMAND KON OM DE SNEL TOENEMENDE AANTALLEN HEEN”**

“Daarnaast liep het opstellen van behandelprotocollen hand in hand met alle voorbereidingen, en parallel aan de behandeling van patiënten. Al doende moesten die protocollen bepaald en bijgesteld worden. Die behandelprotocollen waren dus dynamisch van aard, en er werd wekelijks bekeken of er nieuwe inzichten waren, of ontwikkelingen vanuit de wetenschap die ons hierin konden sturen. Gelukkig waren collega's uit China en Italië naast hun klinische verplichtingen ook bezig met het schrijven van artikelen over het COVID-19 ziektebeloop. Dat heeft

ons veel geholpen. De definitie van de onbekende ziekte begon gaandeweg zijn kaders te vinden.”

“Niemand kon om de snel toenemende aantallen heen. In het UMC Utrecht zijn er uiteindelijk 3 functionele IC-afdelingen gefaseerd geopend, waar ongeveer 80 COVID-19-patiënten konden worden behandeld. Vergeet daarbij niet dat ook de uitdagingen om spoedeisende reguliere zorg door te laten gaan ons hebben beziggehouden. Dat alles leidde tot het vaststellen van 3 patiëntencategorieën, die elk een eigen zorgroute hadden wat betreft isolatie, locatie en wel/niet beademd. Dat waren:

- Patiënten met bewezen COVID-19
- Patiënten bij wie COVID-19 werd vermoed
- Patiënten zonder COVID-19.”

### Behalve het optrekken van extra IC-capaciteit gebeurde er nog veel meer op logistiek en organisatorisch niveau in de ziekenhuizen. Kunt u daar wat meer over vertellen?

“Naast digitale leeromgevingen en het uitbreiden van aantallen IC-bedden, hebben we een heel mooie samenwerking voor elkaar gekregen met collega's uit verschillende disciplines. Dat hoor je ook uit andere centra. Anesthesiologen, kinderintensivisten, chirurgen, psychiaters, longartsen, dermatologen en klinisch genetici, nefrologen, arts-microbiologen en ziekenhuishygiënisten, iedereen werkte samen om deze bijzondere situatie het hoofd te bieden. Ook anesthesiemedewerkers, ok-medewerkers, medium-careverpleegkundigen hebben ons zeer geholpen. En de medewerkers van het facilitair bedrijf waren er altijd als we ze nodig hadden. Iedereen stelde zich flexibel op en heeft een bijdrage geleverd in de hele zorgketen. Binnen die keten hebben intensivisten en intensivereverpleegkundigen een superviserende rol gekregen over verschillende IC-afdelingen. Concreet hield dat in dat de dienststructuur is aangepast waardoor de werkbelasting meer verspreid werd. Het multidisciplinaire overleg werd per unit gehouden om rekening te houden met het maximaal toegestane aantal mensen in een ruimte. En alle patiëntmaterialen werden in 'bio-safety-bags' getransporteerd, naast alle isolatiemaatregelen. Daarnaast werd door de IC-leiding wekelijks een IC & Corona-update rondgestuurd via mail om iedereen op de hoogte te brengen van nieuwe ontwikkelingen en gemaakte afspraken.”

“Ook de zorgprofessionals hadden het zwaar in die periode en daarom is in ons ziekenhuis bewust ruimte gecreëerd voor de zorgprofessionals om een plek te geven voor hun beleving en gevoelens. Mensen waren erg ziek en de aantallen waren groot. Ondanks alle ingestelde behandelingen had je soms niet de gewenste effecten. Dat ging bij niemand in de koude kleren zitten. Accepteren dat

zorg soms anders kan en moet was voor intensivereverpleegprofessionals niet altijd makkelijk. Bijvoorbeeld noodgedwongen later starten met gangbare protocollen dan je gewend bent. Met zulke beslissingen heb ik het best wel eens moeilijk gehad.”

### Wat maakt dat een klein percentage COVID-19-patiënten een ernstig ziektebeloop heeft, en waardoor belanden deze patiënten uiteindelijk op de IC?

“Dat is heel moeilijk te zeggen en eerlijk gezegd weten we heel weinig over mogelijke oorzakelijke factoren. Wel zijn er studies die aangeven dat het merendeel van de patiënten die op IC zijn opgenomen ook lijden aan diabetes mellitus, hypertensie en overgewicht. Ernstig zieke COVID-19-patiënten komen op de IC omdat ze toenemend zuurstofbehoeftiger worden door de aantasting van de longen. Dit heeft deels te maken met een ongecontroleerde ontstekingsreactie en deels door stollingsproblemen. De 2 grootste uitdagingen bij de behandeling van deze patiënten op de IC waren allereerst het bewerkstelligen van een acceptabele gaswisseling middels beademing. En daarnaast het beleid rondom onverwachte stollingsproblemen bij deze patiënten.”

“Eind april werd het aanbod aan patiënten geleidelijk minder. Dit had ook te maken met het landelijke beleid om IC-patiënten te spreiden. Vanaf de tweede week van mei werden de stilgelegde behandelingen ook geleidelijk opgehoofd en is het nieuwe normaal begonnen.”

### Tot slot: is er een bepaald moment dat u persoonlijk het meest is bijgebleven als u terugblijkt op de afgelopen periode?

“Ja, zeker. Ik denk vaak aan de begeleiding van de families in de laatste levensfase van hun geliefde. Ze bedankten ons voor de goede zorgen. Normaal gesproken heb ik intensief contact met de familieleden gedurende de IC-opnameperiode, en ontstaat er een band. We behandelen namelijk niet alleen de zieke patiënt, maar we nemen ook de familie mee in het ziekteproces, zodat zij geïnformeerd blijven over de haalbaarheid van de behandeling. Tijdens de COVID-periode hebben we als intensivisten de familieleden nauwelijks gezien, en maar een enkele keer telefonisch gesproken. De naasten werden namelijk dagelijks door collega-specialisten uit andere disciplines geïnformeerd. Ik heb die familiegesprekken persoonlijk gemist. Nu was het vaak alleen een gesprek tijdens het afscheid nemen, kort voor het overlijden. Zo iets raakt je. Maar hoewel het contact met familie was aangepast, blijkt wel dat bijvoorbeeld het bijhouden van IC-dagboek door de IC-verpleegkundigen zeer gewaardeerd werd.”