

**David Borst**

ziekenhuisarts KNMG, acute-opnameafdeling, Bernhoven, Uden

**Nassira Aichi**

ziekenhuisarts KNMG, acute-opnameafdeling, Bernhoven, Uden

**Kevin van IJzendoorn**

ziekenhuisarts KNMG, acute-opnameafdeling, Bernhoven, Uden

BERNHOVEN: EEN STREEKZIEKENHUIS IN CRISISTIJD

# Covid-19 trekt ook zware wissel op verpleegafdelingen

Ziekenhuis Bernhoven in Uden bevond zich wekenlang in het epicentrum van de coronacrisis. Dat leidde niet alleen op de ic tot hoogspanning, maar ook op de klinische verpleegafdelingen. Een verslag.

**T**ijdens de huidige coronacrisis wordt in de media dagelijks de bezetting van ic-bedden in Nederland gemeld. Ook wordt vaak benoemd dat de patiëntenzorg fysiek en emotioneel zwaar is op een ic-afdeling. Dat dit zo is, staat buiten kijf. Toch willen wij ook de aandacht vragen voor verhoogde werkdruk op de laag daaronder, de klinische verpleegafdeling. Dit zullen wij doen aan de hand van het beloop van deze crisis in ons perifeer ziekenhuis, het epicentrum van de coronacrisis in Nederland.

Bernhoven is een streekziekenhuis met een capaciteit van 320 bedden, waarvan er gemiddeld 180 bezet worden. Er zijn maximaal veertien ic-/CCU-bedden beschikbaar. Het ziekenhuis telt ongeveer tweeduizend medewerkers, van wie 160 medisch specialisten. Bernhoven geldt als het eerste contactpunt voor patiënten in de regio Uden-Oss-Veghel. Juist deze regio, met 280 duizend inwoners, werd zwaar getroffen door covid-19.

Normaliter worden bij ons patiënten van de Spoedeisende Hulp (SEH) en polikliniek eerst opgenomen op de acute-opnameafdeling (AOA). Daarna worden ze overgeplaatst naar een van de vijf klinische verpleegafdelingen of gaan ze vanuit de AOA met ontslag. De afdeling telt 25 tot 32 bedden. Vijf dagen na de eerste melding van covid-19 in Nederland, werd de eerste patiënt in ons ziekenhuis positief hierop getest. Een week later, op dinsdag 10 maart, werd besloten, vanwege de grote toestroom aan nieuwe patiënten, om de AOA alleen in te richten voor patiënten die dermate ziek waren dat ze opgenomen moesten blijven met bewezen covid-19 of in afwachting waren van hun uitslag. Ook deze maatregel bleek niet voldoende te zijn, waardoor op maandag 17 maart

het beleid verder werd opgeschaald. Eén verpleegafdeling werd een opnameafdeling voor de 'verdachte' patiënten in afwachting van hun uitslag, en een andere verpleegafdeling werd specifiek ingericht voor op covid-19 positief geteste patiënten.

## Toestroom

Tot 22 april 2020 hadden wij 541 volwassen patiënten in ons ziekenhuis die positief getest waren op onze SEH of op de polikliniek en geregistreerd waren in onze lijst in het elektronisch patiëntendossier (epd). Hiervan behoefden 99 patiënten geen klinische opname en konden met ontslag. 16 patiënten gingen direct vanaf de SEH naar onze eigen ic en bleven daar opgenomen. 125 patiënten werden vanaf de SEH overgeplaatst naar andere centra, waar ze opgenomen werden op een verpleegafdeling dan wel op de ic aldaar. In het begin kon dit nog binnen

## Patiënten werden soms overgeplaatst naar de andere kant van het land

de regio (Nijmegen, Eindhoven, Den Bosch), later werd er beroep gedaan op ziekenhuizen ver buiten de regio. 301 patiënten werden in ons eigen ziekenhuis opgenomen. De toestroom van nieuwe patiënten bleef aanhouden. Na een oproep van Bernhoven aan andere ziekenhuizen werden er vanaf onze afdelingen 71 patiënten overgeplaatst naar een ander ziekenhuis. In de ochtend werd een lijst met patiënten die die dag overgeplaatst konden worden, aangeleverd door de zaalarts van de nachtdienst aan de overplaatsingscoördinator. Dat dit een lastige inschatting was bij dit grillig verloopend ziektebeeld, bleek uit het feit dat er enkele overplaatsingen per ambulance niet veilig verlopen. Zo werd een patiënt bij aankomst in een Fries ziekenhuis

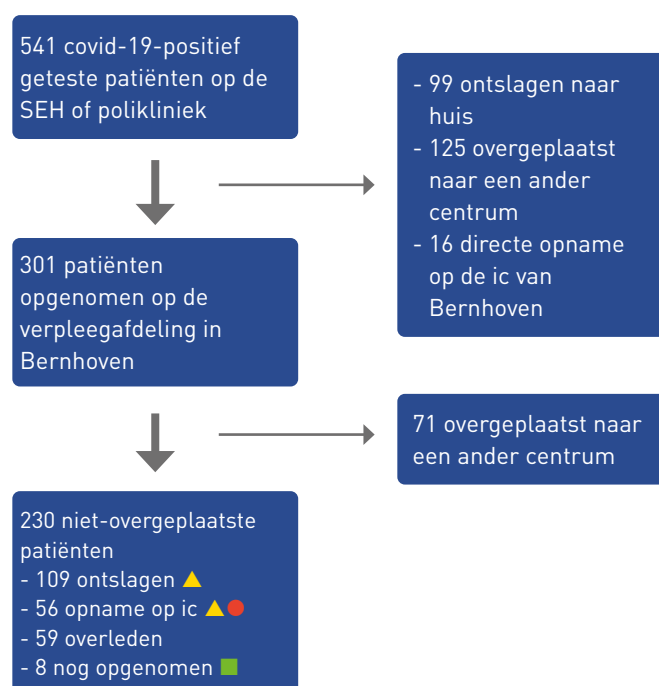


gelijk geïntubeerd op de SEH en moest hij vervolgens op de ic worden opgenomen. Hierna werd besloten de minst zieke patiënten over te plaatsen. De ziekste patiënten bleven achter, wat zorgde voor grote belasting voor ons personeel door het hoge aantal overlijdens en ic-opnames op onze afdeling. Uiteindelijk werd er een richtlijn voor deze overplaatsingen geschreven. Bepalend waren de ernst van de ziekte (vooral de verwachte opnameduur en kans op herstel) en de mate waarin iemand het vervoer per ambulance aankon. Aangezien het voornamelijk om hemodynamisch stabiele patiënten ging, was de hoeveelheid zuurstof die een patiënt nodig had bepalend. De afkapwaarde hiervoor werd op een zuurstofflow van 6 l/min gesteld. De dienstdoende nachtdienst bleef verantwoordelijk voor het aanleveren van deze lijst. De dagdienst verifieerde of een overplaatsing mogelijk was door 's ochtends (papieren) visite te lopen.

- ▲ Twee patiënten gingen vanaf onze verpleegafdeling naar de ic en konden later vanaf onze verpleegafdeling met ontslag gaan.
- Op ic Bernhoven dan wel naar een ic elders overgeplaatst.
- Exclusief patiënten die op de ic opgenomen zijn/waren.

### Patiëntenstroom

Stroomschema van de voor covid-19 positief geteste patiënten.



## 1. Patiëntenkenmerken

groep	aantal (n=)	mediaan leeftijd [bereik] (jaar)	mannelijk geslacht
totaalaantal patiënten	541	71 [27 – 94]	62,1%
aantal patiënten dat opgenomen diende te worden op een verpleegafdeling	426	72 [27 – 94]	63,8%
aantal patiënten dat op de verpleegafdelingen in Bernhoven werd opgenomen	301	71 [27 – 93]	64,7%

Overzicht van de patiëntenkarakteristieken van de verschillende subgroepen.

### Nare bijsmaak

Dat er patiënten overgeplaatst werden, voelde voor ons als een opluchting. Er ontstond zodoende ruimte om nieuwe patiënten op te nemen. Dit beleid had ook een nare bijsmaak. Het was soms hartverscheurend als we patiënten of familie moesten inlichten dat de behandeling niet in het eigen vertrouwde ziekenhuis zou plaatsvinden, maar aan de andere kant van het land. Daar waar soms de familie niet op visite mocht of durfde komen, zodat familieleden niet wisten of ze hun geliefde ooit nog levend terug zouden zien. Dit gold ook voor opnames naar de ic, aangezien ook deze patiënten na stabilisatie vaak naar een ander ziekenhuis overgeplaatst werden.

In ons ziekenhuis bleven uiteindelijk, gedurende deze periode, 222 patiënten op onze verpleegafdelingen opgenomen. Daarvan konden 109 met ontslag naar huis of een revalidatiecentrum. Hun opname duurde gemiddeld zes ziekenhuisdagen (bereik 1 t/m 28 dagen). Normaal gesproken overlijden er in ons ziekenhuis gemiddeld in een periode van zes weken 41 patiënten en gaan er 49 patiënten naar de ic. Deze getallen zijn verdeeld over alle afdelingen van het ziekenhuis (inclusief SEH, kraamafdeling en ic). Nu overleden er op onze vier verpleegafdelingen 59 patiënten en gingen er 56 naar de ic. Twee patiënten die op de ic werden opgenomen, konden via onze verpleegafdeling met ontslag naar huis. Er zijn ten tijde van dit schrijven acht patiënten uit deze beschreven groep nog opgenomen in Bernhoven. Patiëntengegevens werden uit het epd gehaald en verwerkt in een Excel-bestand (zie figuur op blz. 19 en tabel 1 en 2).

## 2. Verloop vanaf verpleegafdeling

groep	aantal (n=)	mediaan leeftijd (jaar)	mannelijk geslacht
ontslagen*	109 (49%)	66 [27 – 93]	64%
naar ic*	56 (25%)	66 [37 – 81]	68%
overleden	59 (26%)	80 [55 – 90]	68%

De karakteristieken van de patiënten (n=222) die op onze verpleegafdeling opgenomen lagen en tussentijds niet overgeplaatst waren naar een ander centrum. De nog opgenomen patiënten zijn buiten beschouwing gelaten.

\* In beide groepen bevinden zich twee dezelfde patiënten.

### Maximale inzet en flexibiliteit

Uit de gegevens blijkt dat er veel gevraagd is van onze organisatie. Bernhoven is geen opleidingsziekenhuis, waardoor we niet konden terugvallen op een grote groep arts-assistenten. Poliklinische taken werden – waar mogelijk – gereduceerd, zodat onze medisch specialisten ingezet konden worden voor de verschillende organisatorische en klinische taken. Een cardioloog die visite deed met de longarts als supervisor, een uroloog die in de nacht aanwezigheidsdienst op de afdeling had met de internist als inslapende achterwacht, traumachirurgen die overplaatsingen coördineerden; het zijn enkele voorbeelden die al snel normaal voor ons werden. Daarnaast werden alle verpleegkundigen herverdeeld over de verschillende klinische verpleegafdelingen. Zij werden door polimedewerkers en kantoorpersoneel ondersteund in verzorgende taken. Er werd maximale inzet en

## Dit kleine ziekenhuis waande zich enkele weken in oorlogsgebied

flexibiliteit gevraagd van iedereen in Bernhoven. Tot medio april waren er nog twee extra verpleegafdelingen ingericht voor covid-19-patiënten, met in totaal zestig klinische bedden. Eén verpleegafdeling functioneerde voor patiënten zonder covid-19. De getallen zijn illustratief voor wat ons ziekenhuispersoneel heeft doorgemaakt de afgelopen periode. We kunnen hiermee geen daadwerkelijk beeld schetsen over het verloop van het ziektebeeld. Dit omdat na verloop van tijd niet alle patiënten die op

de SEH positief getest werden en niet opgenomen werden in ons ziekenhuis, consequent werden toegevoegd aan onze lijst in het epd. Zodoende kunnen de aantallen vanaf de SEH ontslagen en naar andere centra overgeplaatste patiënten hoger zijn. Bovendien hebben we de patiënten die overgeplaatst werden naar andere centra niet nagebeeld hoe het verloop aldaar was. Het aantal bij ons opgenomen patiënten en de doorgevoerde aanpassingen hadden een grote impact op onze medewerkers. We horen van verpleegkundigen en artsen dat ze in het begin hun klinische blik niet meer vertrouwden. Ze hadden te maken met een nieuw ziektebeeld dat grillig verliep. Soms moesten ze machteloos toekijken hoe sportieve, fitte 30- tot 60-jarigen, 's ochtends nog zonder zuurstof rustig ademhalend in bed zaten, maar 's avonds dermate respiratoir insufficiënt dreigden te raken, waardoor intubatie op de ic noodzakelijk was.

### Gevoel van saamhorigheid

Als je naar het aantal opgenomen patiënten op de ic kijkt, lijkt dit niet veel te verschillen met de dagelijkse praktijk. Echter, normaliter gaat ook een grote groep patiënten voor korte overbrugging van enkele dagen naar de ic. Denk hierbij aan non-invasieve beademing of inotropie. Onze patiëntenpopulatie ging louter naar de ic voor een langdurig invasief beademings-traject, zonder dat we aan patiënten en familie een duidelijk vooruitzicht konden geven hoeveel weken dit ging duren, en vooral, wáár dit in Nederland ging plaatsvinden. Diegene die niet meer naar de ic zou gaan, zou uiteindelijk de ziekte niet overleven. Dit gold voor een op de vier van onze opgenomen patiënten. 'Naar de ic of stervensbegeleiding' leek het devies voor een gemiddelde avonddienst. Meer smaken hadden we niet. We kunnen alleen maar speculeren wat de gevolgen waren geweest voor de kwaliteit van zorg die ons personeel wilde en kon leveren, als we niet de mogelijkheid hadden zoveel patiënten over te plaatsen.

Er heerst een gevoel van saamhorigheid onder het personeel, met z'n allen bestrijden wij deze crisis. Maar wat de impact van deze crisis op de lange termijn voor onze medewerkers, organisatie en regio daadwerkelijk is, zal de toekomst ons leren. Wel waande dit kleine ziekenhuis in Oost-Brabant zich voor enkele weken in oorlogsgebied. ■

#### contact

d.borst@bernhoven.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

#### web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

# VELDWERK

DE FORENSISCH ARTS



**JEROEN TIMMERMAN** werkt bij de GGD in Amsterdam

## Nuchtere informatie

Geboren en getogen in de tropen, heb ik ruime ervaring met vaccinaties. In de jaren zestig, zeventig had je een geel boekje van het RIVM waarin alle tetanus-, cholera-, gele koorts-, difterie-, polio- en mazelenvaccinaties werden bijgehouden. Die moesten dan ook nog allemaal up-to-date zijn, anders kwam je het land niet in. Er zijn in mij zoveel dode en levend verzwakte vaccins en immuunglobulines gespoten en gekrast (pokken) dat ik daarmee vermoedelijk een hele jaarvergadering Nederlandse antivaxers in één keer in het gareel zou kunnen spuiten.

Als kind heb ik dan ook geen tropische ziekten gehad en dat is ongetwijfeld mede te danken aan die vaccinaties. Naast natuurlijk het gekookte water, de schone wc's en de dagelijkse Paludrine-tabletten tegen de malaria.

Toch snap ik die antivaxers wel een beetje. We leven in verwarrende tijden en nuchtere wetenschappelijke informatie wordt tegenwoordig snel bedolven onder de meningen en beweringen van mensen met andere belangen dan de publieke gezondheid. En ook: preventie zie je niet. Pas als je de ziekte weer krijgt, wordt duidelijk welke schade je had kunnen voorkomen. Ziedaar het nut van goede voorlichting.

## PREVENTIE ZIE JE NIET

Maar nou hoorde ik laatst in het collegiale circuit dat er zelfs artsen bestaan die antivaxer zijn. Dat deed mij als forensisch arts toch even achter de oren krabben. Tot onze taken behoort het om te beoordelen of er in de zorg voor een (overleden) patiënt geen sprake was van lacunes, medische fouten of zelfs nalatigheid. Hierbij moeten we dan, afhankelijk van de feiten en omstandigheden, de behandelaar zelf (calamiteit of niet), de inspectie en/of het Openbaar Ministerie adviseren. En artsen die patiënten adviseren om zich niet te vaccineren (of die hun kinderen niet laten vaccineren), onthouden hen van goede, door de beroepsgroep gedragen zorg. Ik ben benieuwd hoe de tuchtrechter en wellicht zelfs de strafrechter hierover denkt.

De Stichting Vaccinvrij ('denk mee, denk na') heeft alvast een hele covidpagina opgetuigd met vragen zoals '[...] gaan we dan de wereldbevolking inspuiten met levend verzwakte coronavirussen?' Ik lees trouwens ook over 'leerproblemen door vaccinatieschade'. Het zal toch niet? Misschien had ik zonder al die vaccinaties wel neurochirurg kunnen worden!