



**Amsterdam UMC**  
Universitair Medische Centra

---

**Het ondersteunen van naasten van geïsoleerde, levensbedreigend zieke patiënten met COVID-19 die opgenomen zijn op de intensive care**

*Samenvatting van werkpakket 1: inventarisatie van ondersteuningsinitiatieven voor naasten van op de IC-opgenomen COVID-19 patiënten in de regio Noordwest Nederland*

---

Door prof dr. B. Onwuteaka-Philipsen (professor end of life research), dr. H.R.W. Pasman (associate professor end of life research), drs. C du Perron (internist-oncoloog en onderzoeker palliatieve zorg), H.T. Klop, MSc (onderzoeker palliatieve zorg) en S.C. Renckens, MSc (onderzoeker palliatieve zorg)

## Inleiding

Tijdens de eerste COVID-19 piek (tussen half maart en half mei 2020) was het extra lastig om naasten van op de intensive care (IC) opgenomen COVID-19 patiënten te ondersteunen, onder andere vanwege de geldende bezoekbeperkingen en de drukte op de IC. Aandacht voor naasten is juist in tijden van crisis belangrijk. Daarom zijn er in ziekenhuizen ad-hoc initiatieven ontstaan om toch goede ondersteuning aan naasten te kunnen bieden. In dit onderzoek evalueren wij ondersteuningsinitiatieven van ziekenhuizen met IC's in de regio Noordwest Nederland om inzicht te krijgen in hoe naasten het best ondersteund kunnen worden in toekomstige vergelijkbare situaties (bijv. nieuwe piek COVID-19 of een andere pandemie). Onder een ondersteuningsinitiatief verstaan wij: nieuwe manieren van ondersteunen van naasten, anders dan de gebruikelijke ondersteuning die onder normale omstandigheden door wordt verleend. In werkpakket 1 zijn de ondersteuningsinitiatieven in de regio geïnventariseerd. Dit werkpakket vormt de basis voor de evaluatie van deze ondersteuningsinitiatieven door naasten en zorgverleners (respectievelijk werkpakket 2 en 3).

In de IC regio Noordwest Nederland is bij alle 13 ziekenhuizen met een IC geïnventariseerd of, en zo ja, welke speciale ondersteuningsinitiatieven er voor naasten van op de IC-opgenomen COVID-19 patiënten waren tijdens de eerste COVID-19 piek (half maart - half mei 2020). Bij de 10 ziekenhuizen binnen deze regio die een dergelijk ondersteuningsinitiatief hadden is een korte gestructureerde vragenlijst afgenomen om algemene kenmerken van het ziekenhuis uit te vragen, evenals kenmerken en elementen van het ondersteuningsinitiatief.

## Resultaten

### Algemene kenmerken ziekenhuizen

De 10 ziekenhuizen hebben gezamenlijk 16 IC's. Door concentratie van COVID-19 zorg werden er op 11 van de 16 IC locaties COVID-19 patiënten behandeld. Van deze 11 IC's is het merendeel in een perifeer ziekenhuis (n=9); er zijn twee academische IC locaties in deze regio (Tabel 1).

Over het algemeen was het aantal IC bedden van de verschillende ziekenhuizen verdubbeld tijdens de eerste COVID-19 piek: van 4 - 24 IC bedden in een normale periode naar 8 - 48 IC bedden tijdens de eerste piek (Tabel 2). Ook de inzet van zorgverleners was in deze periode over het algemeen verdubbeld. Deze extra inzet bestond onder andere uit helpenden, verpleegkundigen, co-assistenten en artsen in opleiding tot specialist. Door extra inzet van personeel kon op 2 IC locaties het aantal patiënten per verpleegkundigen worden verlaagd,

**Tabel 1. Aantal en type IC locaties regio Noordwest Nederland met ondersteuningsinitiatief**

		N
<b>Aantal IC locaties</b>	Totaal	16
	Met COVID-19 patiënten	11
<b>Type IC locaties met COVID-19 patiënten</b>	Perifeer	9
	Academisch	2
	Totaal	11

**Tabel 2. Aantal IC bedden, aantal patiënten per verpleegkundige en aantal COVID-19 patiënten per IC locatie**

		Mediaan (min - max)
Aantal IC bedden per locatie	Normaal	12 (4 - 24)
	In COVID-19 situatie	22 (8 - 48)
Aantal patiënten per verpleegkundigen	Normaal	2 (1 - 3,5)
	In COVID-19 situatie	3 (2 - 4)
Aantal COVID-19 patiënten (of verdenking)	Totaal	50 (12-102)
	Overleden	10,5 (0-36)

bijvoorbeeld van 2 patiënten per verpleegkundige naar 1 patiënt per verpleegkundige. Op de overige 9 IC locaties nam het aantal patiënten per verpleegkundige echter toe, ondanks de extra inzet van zorgverleners: bijvoorbeeld van 2 patiënten per verpleegkundige naar 3 of 4 patiënten per verpleegkundige.

Per IC locatie met COVID-19 patiënten lagen tijdens de eerste piek tussen de 12 en 102 patiënten met (een verdenking op) COVID-19 (mediaan 50 patiënten) (Tabel 2). Het hoogst gerapporteerde sterftecijfer was 36 COVID-19 patiënten; op deze locatie overleed bijna 40% van de op de IC-opgenomen COVID-19 patiënten tussen half maart en half mei 2020. Eén locatie rapporteerde in deze periode geen enkel sterfgeval.

De bezoeksregelingen op de verschillende IC locaties kwamen grotendeels overeen. Met uitzondering van de periode rondom het overlijden van patiënt of wanneer de medische toestand van de patiënt ernstig verslechterde was er op geen enkele locatie bezoek toegestaan (Tabel 3). Alle IC locaties lieten wel bezoek toe bij een naderend overlijden. Het aantal toegestane personen varieerde van zo min mogelijk personen tot een onbeperkt aantal personen. De meeste locaties (n=8) lieten maximaal 2 tot 4 personen toe in deze periode. De bezoeksregelingen veranderden wel door de tijd vanwege toenemende beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en ethische bezwaren. Drie locaties hebben aangegeven de bezoeksregelingen rondom het overlijden van de patiënt te hebben versoepeld.

**Tabel 3. Hoeveelheid toegestaan bezoek**

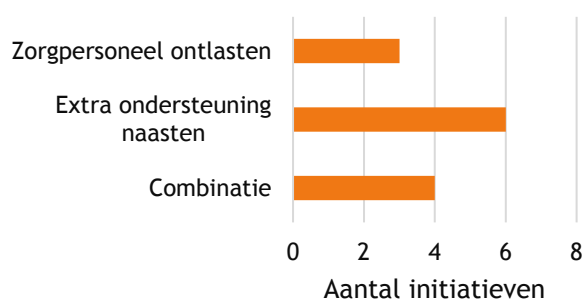
	Aantal personen	Aantal locaties
Maximaal bezoekersaantal toegestaan algemeen	Geen	11
Maximaal bezoekersaantal toegestaan rondom overlijden	Zo min mogelijk	1
	2	3
	3 tot 4	5
	Onbeperkt	2

#### Totstandkoming en doel van de ondersteuningsinitiatieven

Bij de 11 verschillende IC locaties zijn in totaal 13 ondersteuningsinitiatieven opgezet. Twee locaties hadden 2 verschillende initiatieven tegelijkertijd. Hierbij vormde 1 van de 2 initiatieven een schil rondom het andere initiatief: naasten konden via het eerste initiatief worden doorverwezen naar het tweede initiatief. Bij 6 van de 13 initiatieven bood het behandelend IC team zelf de extra ondersteuning aan naasten en bij de resterende 7 initiatieven deed een speciaal opgezet supportteam dit. In alle gevallen werd de ondersteuning op afstand geboden.

### Totstandkoming

Negen ondersteuningsinitiatieven werden geïnitieerd door IC zorgpersoneel dat constateerde dat zij niet de gebruikelijk ondersteuning konden bieden aan naasten vanwege de geldende bezoeksbeperkingen. Andere initiatieven kwamen tot stand vanuit medisch specialisten wiens eigen werkzaamheden sterk waren verminderd (n=2), een intern corona planbureau (n=1) of een overlegcrisisteam (n=1).



### Doel

Het doel van de ondersteuningsinitiatieven varieerde: bij 6 initiatieven was het primaire doel om naasten extra ondersteuning te bieden, bij 3 initiatieven om het IC zorgpersoneel te ontlasten en bij 4 was het een combinatie van beide. (Figuur 1).

**Figuur 1. Doelen van de ondersteuningsinitiatieven en aantal initiatieven per doel**

### Elementen van de ondersteuningsinitiatieven

De ondersteuningsinitiatieven zijn opgebouwd uit verschillende elementen. Tabel 4 toont een overzicht van de elementen en het aantal ondersteuningsinitiatieven dat een bepaalde optie binnen dat element heeft gekozen.

**Tabel 4. Elementen van de ondersteuningsinitiatieven**

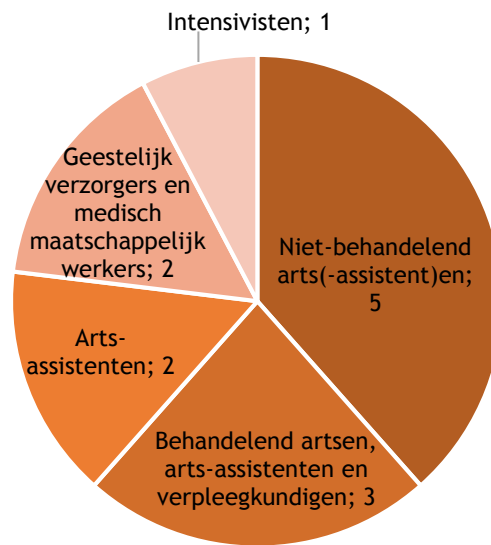
Element	Optie binnen het element	Aantal initiatieven
<b>Algemeen</b>		
<b>Soort supportteam</b>	Speciaal opgezet supportteam	7
	Behandelend IC team dat zelf extra ondersteuning heeft opgezet	6
<b>Aantal supportteams</b>	1	11
	2 - 5	2
<b>Zorgverleners</b>		
<b>Soort betrokken zorgverleners</b>	Niet behandelend arts(-assistenten)	5
	Geestelijk verzorgers en medisch maatschappelijke werkers	2
	Combinatie behandelend arts(-assistenten) en verpleegkundigen	3
	Behandelend art-assistenten	2
	Behandelend intensivisten	1
<b>Aantal betrokken zorgverleners</b>	< 10	3
	10 - 20	6
	21 - 30	2
	> 30	1
	Onbekend	1
<b>Coördinatie supportteam(s)</b>	Door één vaste persoon	4
	Door twee of meer vaste personen	4
	Per dag wisselend	3

	Geen coördinator	2
<b>Contact</b>		
<b>Vast of wisselend contactpersoon voor naasten</b>	Vast	6
	Enigszins vast	2
	Wisselend	5
<b>Manier van contact</b>	Telefonisch	6
	Beelbellen	2
	Telefonisch + beeldbellen	2
	Telefonisch + email	2
	Telefonisch + beeldbellen + email	1
<b>Frequentie contact</b>	Eenmaal dagelijks	7
	Tweemaal dagelijks	2
	Tweemaal per week	2
	Naar behoefte	2
<b>Tijdstip contact</b>	's ochtends (voor 12:00 uur) én 's avonds (na 18:00 uur)	1
	's middags (12:00 - 18:00 uur)	8
	Wisselend	4
<b>Onderwerpen die in ondersteuningsgesprekken aan bod kwamen (meerdere onderwerpen per initiatief mogelijk)</b>	Medische informatie	11
	Aandacht voor welzijn van naasten	13
	Stellen en beantwoorden van vragen	8
	Uitleg over de bezoeksregelingen	5
	Betrekken bij besluitvorming	5
	Uitleg over werkwijze IC	5
	Uitleg over overplaatsingen	2
	Informatie over de verpleegkundige zorg die had plaatsgevonden	2
<b>Aantal onderwerpen dat in ondersteuningsgesprekken gemiddeld aan bod kwam</b>	1	2
	2 - 4	6
	> 4	5
<b>Beschikbare materialen</b>		
<b>Informatiematerialen en documentatie (meerdere materialen per initiatief mogelijk)</b>	IC dagboek over patiënt	3
	Informatie voor supportteam over COVID-19	1
	Werkinstructies supportteam	3
	Informatie werkwijze supportteam voor naasten	2
	Informatie werkwijze supportteam voor zorgverleners	1
	Formulier met informatie en foto's van patiënt	1

### *Betrokken zorgverleners*

De speciaal opgezette supportteams bestonden uit niet-behandelend arts(-assistenten) (met name medische specialisten, bijv. kinderartsen, KNO artsen, revalidatieartsen, internist-oncologen) (n= 5) of geestelijk verzorgers en medisch maatschappelijk werkers (n=2) (Figuur 2). Het aantal supportteamleden varieerde sterk tussen de verschillende initiatieven: bij één initiatief werden alle taken uitgevoerd door één persoon terwijl bij een ander initiatief 60 personen waren betrokken. De meeste initiatieven met een speciaal opgezet supportteam hadden tussen de 15 en 30 betrokken zorgverleners (n=4).

Bij de initiatieven waar het behandelend IC team de naasten ondersteunden, was dit meestal een combinatie van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen (n=3). Bij 2 initiatieven werd de ondersteuning volledig vanuit behandelend arts-assistenten geboden en bij één initiatief boden alleen de behandelend intensivisten de ondersteuning. Het aantal leden uit de behandelend IC teams dat ondersteuning bood varieerde van 5 tot 19 leden tussen de verschillende initiatieven.



**Figuur 2. Verschillende soorten betrokken zorgverleners en aantal initiatieven per soort zorgverlener**

Bij 6 van de initiatieven werden naasten gekoppeld aan een vaste zorgverlener die hen de ondersteuning bood vanuit het initiatief. Twee initiatieven

werkten met enigszins vaste zorgverlener-naaste koppels: de zorgverlener bood een aantal dagen achter elkaar de ondersteuning waarna deze taken werden overgenomen door een collega. Ook waren er 5 initiatieven waarbij de zorgverlener per dag kon wisselen. De ondersteuning werd bij al deze vijf initiatieven geboden door het behandelend IC team zelf.

De supportteamleden of behandelend IC teamleden werkten binnen het ondersteunings-initiatief in de meeste gevallen samen in één team (n=11). Binnen deze teams was de werkwijze meestal verschillend, afhankelijk van de functie of kennis van het supportteam lid of behandelend IC teamlid. Bij 2 ondersteuningsinitiatieven waren er meerdere teams die grotendeels afzonderlijk ondersteuningswerkzaamheden uitvoerden. Bij deze initiatieven, bestaande uit meerdere speciaal opgezette supportteams, varieerde de aanpak tussen de teams. Het ene team koppelde bijvoorbeeld een vast supportteamlid aan een naaste, terwijl bij een ander team het per dag verschilde welk supportteamlid contact had met de naaste.

### *Taakverdeling*

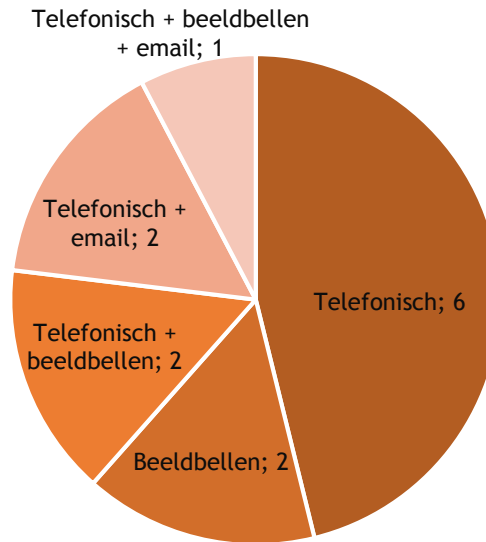
Bij de initiatieven waarbij het behandelend IC team de ondersteuning aan naasten bood was de taakverdeling binnen het team vaak gebaseerd op de gebruikelijke taken van de verschillende zorgverleners: de intensivist informeerde over het algemeen de naasten over de medische situatie van de patiënt, terwijl de verpleegkundige informatie gaf over hoe ze de patiënt hadden verzorgd. Bij initiatieven waar de ondersteuning werd geboden door een speciaal opgezet supportteam communiceerden de supportteamleden meestal de dagelijkse informatie op basis van korte gesprekken met de intensivisten en informatie uit het elektronisch patiënten dossier. Echter belde in dit geval de behandelend intensivist zelf als de medische toestand van de patiënt aanzienlijk veranderde, er behandelbeslissingen genomen moesten worden en/of de patiënt binnen afzienbare tijd zou komen te overlijden.

### Coördinatie

De meeste initiatieven werden door één of meerdere vaste personen gecoördineerd (n=8), terwijl de andere initiatieven niet werden gecoördineerd (n=2) of iedere dag door de dienstdoende zorgverlener (n=3). De laatstgenoemde 5 initiatieven waren allemaal initiatieven waarbij de ondersteuning werd geboden door het behandelend IC team.

### Manier van contact

Het contact met naasten verliep voornamelijk telefonisch (n=11) (Figuur 3). Bij 3 van deze ondersteuningsinitiatieven hadden naasten ook de mogelijkheid om te beeldbellen met het supportteamlid of behandelend zorgverlener. Daarentegen vond bij 2 initiatieven het contact met naasten hoofdzakelijk via beeldbellen plaats in plaats van telefonisch. In aanvulling op het telefonisch contact en beeldbellen was er bij 3 initiatieven contact met naasten via de e-mail. Dit betrof het versturen van foto's die rond het bed van de patiënt opgehangen konden worden of het versturen van een door naaste ingevuld formulier met extra informatie over de patiënt en diens voorkeuren.



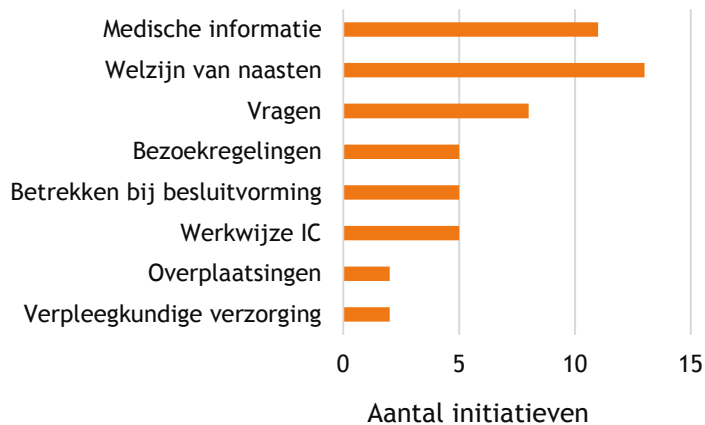
**Figuur 3. Verschillende manieren van contact en aantal initiatieven per manier van contact**

### Frequentie en tijdstip contact

De frequentie van het contact verschilde enigszins tussen de ondersteuningsinitiatieven. Bij de meeste initiatieven (n=7) was er eenmaal dagelijks contact tussen naasten en het behandelend IC team ofwel supportteamleden. Bij 2 initiatieven was er frequenter contact, namelijk tweemaal per dag. Ook waren er 2 initiatieven waar er tweemaal per week contact was met naasten. Ten slotte was bij de overige 2 initiatieven de frequentie afhankelijk van de behoefte van de naaste, waarbij er bij één initiatief wel een maximum van 2 contactmomenten per week was afgesproken. Deze 2 laatste initiatieven betreffen de ondersteuningsinitiatieven die een tweede schil vormen om een ander initiatief.

Terwijl de frequentie van het contact varieerde, kwam het tijdstip dat er contact was met naasten goeddeels overeen tussen de verschillende initiatieven. Het merendeel van de initiatieven (n=9) had een vast tijdslot waarin contact werd opgenomen met alle naasten. Dit was in nagenoeg alle gevallen in de middag, op een moment dat de medische overleggen over de patiënt hadden plaatsgevonden. Bij één van deze 9 initiatieven belde een verpleegkundige altijd om 10:00 uur en een intensivist om 19:00 uur. Bij de andere 4 initiatieven werd het tijdstip afgestemd op de voorkeur van de naasten, en dit kon dus per contactmoment wisselen.





**Figuur 4. Onderwerpen die besproken worden in ondersteuningsgesprekken en aantal initiatieven per onderwerp**

#### Onderwerpen

In de gesprekken met naasten kwamen uiteenlopende onderwerpen aan bod. De genoemde onderwerpen zijn welzijn van naasten (n= 13), medische informatie (uitslagen, prognoses, behandelopties, voor- en achteruitgang) (n= 11), het stellen en beantwoorden van vragen (n= 9), uitleg over werkwijze IC (n= 5), betrekken bij besluitvorming (bijv. staken behandeling of proberen nieuw medicijn) (n= 5), uitleg over de bezoekerregelingen (n= 5), uitleg over overplaatsing (n= 2) en

informatie over de verpleegkundige verzorging die had plaatsgevonden (n=2) (Figuur 4). Bij het merendeel van de initiatieven (n=11) werden meerdere onderwerpen besproken met naasten, maar bij de 2 ondersteuningsinitiatieven waar het supportteam enkel bestond uit geestelijk verzorgers

en medisch maatschappelijk werkers lag de focus geheel op het welzijn van naasten. Er was echter geen duidelijk verschil in onderwerpen die werden besproken door het behandelend IC team of door speciaal opgezette supportteamleden. Over het algemeen werd bij beide soorten initiatieven medische informatie verstrekt en ook hadden ze beide aandacht voor het welzijn van de naasten.

#### Nazorg

De nazorg voor naasten was over het algemeen niet vanuit het ondersteuningsinitiatief geregeld maar vanuit de reguliere zorg van het ziekenhuis. Bij slechts één ondersteuningsinitiatief werd benoemd dat er nazorg werd geboden vanuit het speciaal opgezette supportteam.

Nazorg kwam het vaakst voor na overlijden van de patiënt (n=8) en na ontslag uit het ziekenhuis (n=5). Bij één IC locatie was er ook een afrondend nazorggesprek na overplaatsing van een patiënt. Ook werden op 6 locaties de naasten actief doorverwezen naar andere zorgverleners, zoals de huisarts of geestelijk verzorgers.

#### Informatiematerialen en documentatie

Bij 6 initiatieven werd er gebruik gemaakt van informatiematerialen en/of documentatie. De verschillende materialen die gebruikt werden waren onder andere dagboekjes over de patiënt die bijgehouden werden door het behandelend IC-team (n=3), informatie voor supportteamleden over het ziektebeeld COVID-19 (n=1), werkinstructies voor supportteamleden (n=3), informatie voor naasten en andere zorgverleners over de werkwijze van het supportteam (3), en een formulier dat de naasten konden invullen met informatie en foto's van de patiënt (n=1).



#### *Aanvullende vormen van ondersteuning*

In aanvulling op het ondersteuningsinitiatief werd op 10 van de 11 IC locaties de naasten ook de mogelijkheid geboden om te (beeld)bellen met de patiënt. In de meeste gevallen werd dit geregeld door de verpleegkundigen.

#### *Een volgende COVID-19 piek*

Indien bij een volgende COVID-19 piek de situatie, qua drukte en bezoekenregeling, vergelijkbaar is met de eerste COVID-19 piek vindt het merendeel van de lokale coördinatoren het een goed idee om deze initiatieven weer op te starten (n=8). Wel wordt bij 5 van deze initiatieven voorgesteld om ze in enige mate aan te passen. Aanpassingen zijn bijvoorbeeld inzet van zorgverleners met meer kennis van de IC, het gebruik van een vast format voor de gesprekken met naasten en meer informatie verstrekken over nazorgmogelijkheden. Slechts één lokale coördinator gaf aan dat het initiatief niet nogmaals opgestart zou worden vanwege verlies van kwaliteit van zorg door betrokkenheid van niet-behandelend zorgverleners en gebrek aan continuïteit. Bij de overige 4 initiatieven is het nog onduidelijk of het initiatief bij een volgende COVID-19 piek in een vergelijkbare vorm zal worden opgestart.