

Corona special



Samen in de strijd

Hoe onze hele werking omgevormd werd, wat we geleerd hebben en waar we nu staan

FOCUS



#samentegencorona

Omdat er steeds minder COVID-patiënten op de laatste cohorteafdeling lagen, werd een wand geplaatst om de afdeling in twee te delen en een gemengde afdeling te maken. Verpleegkundigen Aaron en Suthida toonden zich van hun creatiefste kant en toverden hierop een prachtige muurschildering. Ze staat voor diversiteit en samenwerking. Beiden hadden nog geen ervaring met muurschilderingen, maar het resultaat mocht zeker gezien worden!

Zorg voor jou

Om medewerkers en artsen maximaal te ondersteunen tijdens de ingrijpende coronaperiode werd het 'zorg voor jou'-team opgericht dat bestaat uit medewerkers HRM en psychologen van ons ziekenhuis. Zij hielden de vinger aan de pols rond het mentaal welzijn van onze medewerkers door zowel telefonisch als persoonlijk bereikbaar te zijn. Medewerkers konden het zorg-voor-jou-nummer bellen als ze nood hadden aan een babbel, maar het team belde zelf ook proactief bepaalde doelgroepen op om te luisteren hoe het gaat, te informeren over de beschikbare ondersteuning en zo de drempel te verlagen om zelf contact op te nemen als medewerkers de nood voelden. Het zorg-voor-jou-team bezocht ook de afdelingen om ter plaatse hun oor te luisteren te leggen. Vanaf half april werden één à twee keer week tips over zelfzorg, zorg voor elkaar en het team via de e-brief naar alle medewerkers en artsen gestuurd. Alle tips werden verzameld op het intranet.

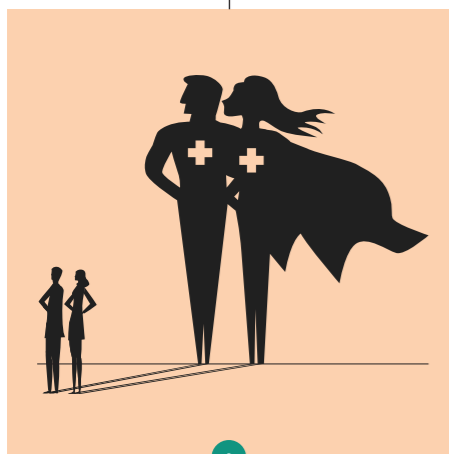
Toen de storm was gaan liggen, was er ook aandacht voor nazorg. Het team organiseerde een vorming over mentale impact van de coronacrisis en hoe je de batterij-

en terug kunt opladen. Er vonden groepsgesprekken en individuele gesprekken met leden van COVID-teams plaats en voor leidinggevenden werd een leidraad opgesteld om met medewerkers in gesprek te gaan over de voorbije periode. Uit de gesprekken die het zorg-voor-jou-team had, kwamen onder andere volgende zaken boven:

- Vermoeidheid: de combinatie van werk en privé (inperking sociale contacten, rouwproces familieleden, kinderen niet naar school ...) zorgde ervoor dat het moeilijk was om rust te vinden.
- Emotionele belasting: verpleegkundigen op de COVID-afdelingen werden geconfronteerd met overlijdens na een lange periode van zorg, het aantal overlijdens lag ook hoger dan normaal ...
- Angst voor besmetting van gezinsleden.

Gelukkig waren er ook positieve geluiden: medewerkers vonden het uitdagend om een ander takenpakket op te nemen, waren trots op hun job, hadden een gevoel van samenhang en ervoeren een fijne samenwerking met collega's.

INHOUD



06

Artsen en verpleegkundigen
Samen in de strijd



12

Spoedgevallendienst
Snel schakelen en bijleren

EN VERDER

- 03 Kort
- 04 Samen tegen het virus
- 08 Medische coördinatie
- 14 Intensieve zorg
- 15 Ouderenzorg
- 16 Dialoog met verschillende zorgactoren
- 17 Infectiepreventie
- 18 Psychologen
- 19 Wetenschappelijke studies
- 20 Revalidatie

COLOFON Focus is het artsenmagazine van vzw AZ Sint-Lucas en Volkskliniek: Groenebriël 1, 9000 Gent, T 09 224 6111, info@azstlucas.be, www.azstlucas.be • **Hoofdredactie** Iny Cleeren • **Redactie en eindredactie** Nike Annys, Iny Cleeren, Lisa Dierickx • **Verantwoordelijke uitgever** dr. Dirk Maes, Groenebriël 1, 9000 Gent • **Foto's** AZ Sint-Lucas, dr. Elke Van Renterghem, Johan Martens, Philip Vanoutrive, Shutterstock • **Vormgeving** Femke Vlaeminck, dienst communicatie AZ Sint-Lucas

Hart onder de riem

De solidariteit was enorm tijdens de lockdown. We werden overspoeld door schenkingen om onze helden een hart onder de riem te steken: pizza, chocolade, bloemen ... Ze passeerden allemaal de revue. Zoveel steun deed veel deugd.



#Selfie

Achter al die mondmaskers en face shields is het niet gemakkelijk om te weten wie er voor je staat. Fujifilm Belgium schonk ons vier Instax-camera's, waarmee de verpleegkundigen een selfie konden nemen. De fotootjes worden meteen geprint en kunnen opgespeld worden. Zo weten de patiënten welk vriendelijk gezicht achter al die maskers en bescherming zit.

Samen tegen het virus

Op het moment dat we aan dit themanummer over corona werken, is COVID-19 terug aan een opmars bezig. Terwijl we ons voorbereiden op een tweede golf blikken we toch even terug op onze aanpak tijdens de eerste golf.



Algemeen directeur dr. Dirk Maes (links) en longarts dr. Filip Triest (rechts)

In de loop van december 2019 werd in Wuhan een cluster van 27 pneumonieën opgemerkt, die door een ongekend virus veroorzaakt werden, maar te linken waren aan contacten met de lokale voedingsmarkt. Na whole-genome sequencing bleek dat dit een β -coronavirus was dat sterk leek op coronavirussen die eerder in vleermuizen aangetroffen waren en dat een groot deel (80%) zijn RNA-sequentie deelde met het beruchte SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) virus. De eerste (geïmporteerde) Europese casus werd op 24 januari 2020 in Frankrijk gerapporteerd. Op 3 februari volgde de eerste Belgische casus. Op 11 maart 2020 verklaarde de WHO dat COVID-19 een globale pandemie was en enkele dagen later was Europa het nieuwe epicentrum voor de ziekte. Ons land werd niet ontzien.

COVID-19 in Gent en AZ Sint-Lucas

Globaal zien we in België dat de provincie Limburg heel erg getroffen werd. Daarnaast zijn stedelijke gebieden waar mensen dicht bij elkaar wonen van nature kwetsbaar bij een epidemie. De evolutie van de COVID-19-epidemie in Gent was relatief parallel aan de evolutie in België (zie onderstaande grafieken) maar we lijken minder hard getroffen dan bijvoorbeeld Antwerpen en Brussel.

In het prille begin van de epidemie werd de patiëntenstroom op de spoedgevallendiensten voornamelijk beïnvloed door ongerustheid en de hoop snel een testresultaat te bekomen,

maar al gauw zagen we in grote aantallen veel ziekere patiënten komen. AZ Sint-Lucas telde meer dan driehonderd opnames van COVID-patiënten, met een maximum van 130 tegelijkertijd gehospitaliseerde patiënten. Jammer genoeg betreuren we ook 60 overlijdens.

Solidaire en dynamische patiëntenzorg met respect voor richtlijnen

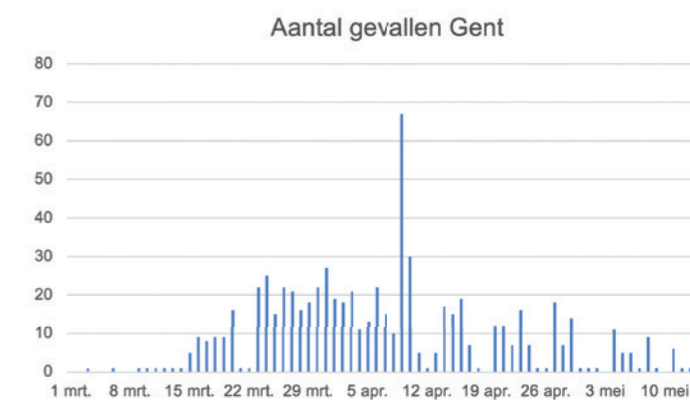
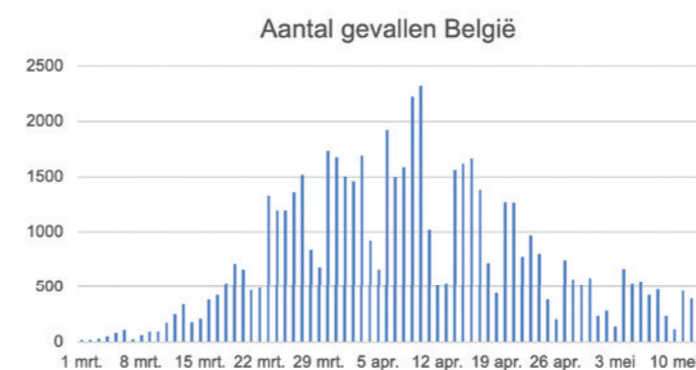
Nog voor onze overheden een noodsituatie aankondigden, had AZ Sint-Lucas - zoals de meeste ziekenhuizen - het pandemieplan al opgefrist. We hadden dat plan meer dan een decennium niet nodig gehad. Al snel werden we geconfronteerd met een van de grootste problemen van deze crisis: de logistieke onmacht van België. De zoektocht naar voldoende adequaat beschermingsmateriaal was een tantaluskwelling. We stelden een intern beleid op dat geënt was op de richtlijnen van de diverse overheden: op zich al een hele uitdaging. Een stuurgroep met diverse subcommissies leidde alles in goede banen en keek toe op het consequent opvolgen van de richtlijnen rond bescherming, bezoeksregeling, communicatie ... We hebben gezien dat mensen die in de zorg werken zeer flexibel en gemotiveerd zijn, zowel de medewerkers in de frontlinie als zij die backoffice werken. Heel wat medewerkers boden spontaan aan om te helpen. De routine-activiteit is, zoals door de overheid gevraagd, onmiddellijk stilgelegd. We hebben razendsnel opgeschaald naar vijf COVID-afdelingen en

één transitafdeling, en onze volledige afdeling intensieve zorgen werd omgebouwd tot een COVID-zone. Door onze gezamenlijke inzet konden we vlot inspelen op de wijzigende situatie in het werkveld en de continu bijgestuurde richtlijnen. Ons lab is erin geslaagd om zes keer per dag resultaten van PCR-testen aan te leveren voor patiënten van ons ziekenhuis, maar ook voor andere ziekenhuizen, huisartsen en woonzorgcentra. Tegelijk was er ook grote bezorgdheid over patiënten wiens behandeling moest worden uitgesteld of die zelf hun noodzakelijke zorg uitstelden uit angst.

Na de acute fase hebben wij onze activiteit geleidelijk aan opgeschaald, altijd rekening houdend met de richtlijnen van de overheid. De afgelopen periode is ook de meerwaarde van de doorlopen accreditatiecyclus gebleken: procedures werden op scherp gezet, multidisciplinair werken wordt als vanzelfsprekend beschouwd. Bij het ter perse gaan van dit nummer zijn we bezig met de voorbereiding van een volgende golf. De uitdaging hier is de verdere afstemming tussen de ziekenhuizen en de verticale integratie met de eerste lijn.

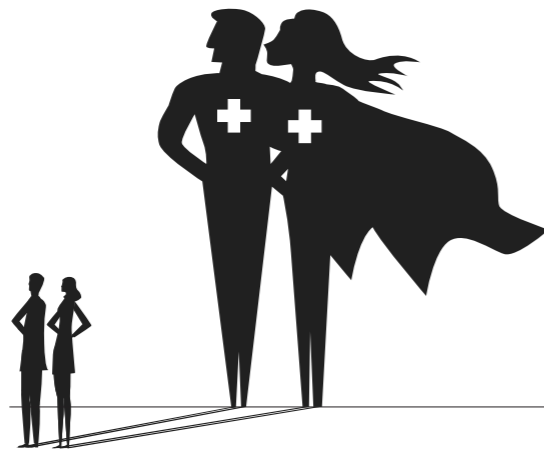
In deze editie kunt u lezen hoe nagenoeg iedereen in ons ziekenhuis, rechtstreeks of onrechtstreeks, bijgedragen heeft aan de zorg voor wie getroffen was door COVID-19 en onze hulp nodig had.

*Dr. Dirk Maes, algemeen directeur
Dr. Filip Triest, longarts*



Aantal bevestigde COVID-19 gevallen in België (links) en in Gent (rechts).

Bron: Sciensano en stad Gent. Dataset 'Gent': bij < 5 gevallen werd wegens privacy-redenen de waarde van de kolom naar '1' vertaald.



Artsen en verpleegkundigen samen in de strijd

Onze artsen en verpleegkundigen sloegen de handen in elkaar om de coronacrisis het hoofd te bieden. Het werd een samenwerking 2.0 waarbij we tot het uiterste zijn gegaan om de patiënten medisch de beste behandeling te bieden zonder de psychosociale context uit het oog te verliezen.

Op 8 maart openden we de eerste transitafdeling, waar vermoedelijke COVID-patiënten in individuele isolatie werden opgenomen in afwachting van de resultaten van het nasopharyngeaal aspiraat. Door de triage te verplaatsen naar de transitafdeling kon een vlotte instroom via de spoed gegarandeerd blijven. Naast longartsen en gerieters sprongen ook de maag-darm- en hartspecialisten bij om deze triage vlot te laten verlopen.

Bleek een patiënt COVID-positief, dan verhuisde hij naar een cohorteafdeling. Op het hoogtepunt van de crisis hadden we vijf actieve COVID-afdelingen. Zo'n afdeling was een klein eilandje binnen het ziekenhuis: een afgesloten dienst waar heel wat zaken anders verlopen dan op een klassieke afdeling. De essentie was dat de patiënt in isolatie op de kamer bleef en alle onderzoeken zo veel mogelijk op de kamer gebeurden (bv. beeldvorming) in het kader van strenge infectiepreventieve maatregelen en

patiëntveiligheid. Daarnaast was ook de veiligheid van het zorgpersoneel een prioriteit en een voortdurende bekommernis.

De ogen en oren van de arts

De nadruk lag verder ook op de goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Er was extra bestaffing voorzien. Zo waren er onder andere telkens twee dagverantwoordelijken, waardoor altijd iemand ter beschikking was om mee te toeren met de artsen. De artsen deden 24 uur op 24 permanentie en toerden twee keer per dag om acute problemen op tijd te kunnen onderscheppen. De verpleegkundigen waren de ogen en oren van de artsen. Zij namen de parameters en hielden het welzijn van de patiënt nauwlettend in het oog. We vonden het uitermate belangrijk dat de patiënt op tijd naar intensieve zorgen getransfereerd werd, zodat de intubatie onder electieve omstandigheden kon gebeuren. Hetzelfde gold voor reanimaties:

dankzij goede afspraken over transfers naar intensieve zorgen hebben zich op de COVID-afdelingen geen acute zaken voorgedaan.

Ontdubbeling van de zorg

De inrichting van cohorteafdelingen was organisatorisch een hele uitdaging. De zorg werd ontdubbeld: we werkten met 'propere' verpleegkundigen die geen patiëntencontact hadden, maar van op de gang het patiëntendossier bijhielden, medicatie voorbereidden en alles aangaven aan de 'vuile' verpleegkundigen die de patiëntenzorg uitvoerden op de kamer. 'Vuile' verpleegkundige of arts is een term die werd ingevoerd om duidelijk te maken dat deze zorgverlener beschermend materiaal droeg dat mogelijk besmet was met het virus. Fysiek contact met deze zorgverlener moest vermeden worden. Deze manier van werken was nieuw en vroeg maximale flexibiliteit van onze medewerkers. Ook verpleegkundigen van

het operatiekwartier, het kortverblijf en het dagziekenhuis werden ingeschakeld op deze afdelingen om aan deze nood tegemoet te komen. De impact voor de nieuw samengestelde teams was niet te onderschatten: iedereen moest zich op korte tijd inwerken in een nieuwe pathologie en het werk uitvoeren in bijzondere omstandigheden, maar ook de psychosociale invloed was niet min. We kregen te maken met patiënten die zwaar ziek waren, soms jonge mensen, voor wie de fysieke afwezigheid van familie door de isolatiemaatregelen doorwogen. Via telefoon of Skype hielden we de familie op de hoogte van de medische evolutie.

Organisatorisch zijn we klaar voor een tweede golf, maar we mogen niet onderschatten hoe zwaar de afgelopen periode was voor iedereen. Het is belangrijk om de batterijen terug vullende op te laden om dezelfde 'team spirit' terug te vinden. Gelukkig is er ondertussen meer medische kennis om de gevolgen van de ziekte te kunnen opvangen. Daarnaast zal de ervaring uit de eerste golf ons zeker sterken.

*Dr. Elke Govaerts, longarts
Katrien Van Cauwenberge, diensthoofd zorg*



Dr. Elke Govaerts



Katrien Van Cauwenberge

“Organisatorisch zijn we klaar voor een tweede golf, maar we mogen niet onderschatten hoe zwaar de afgelopen periode was voor iedereen”

Opvolging na ontslag

Ook na ontslag worden patiënten intensief opgevolgd:

- **Eén week na ontslag** wordt de patiënt thuis opgebeld om te vragen hoe het gaat. Eventuele problemen kunnen zo snel opgevangen worden.
- **Drie weken later** is er een uitgebreide telefonische consultatie met de patiënt waarbij de resultaten van de bloedafname en controle beeldvorming worden besproken.
- **Na twee maanden** is er een traditionele consultatie bij de arts waarbij er aandacht is voor eventuele resterende klachten en indien nodig medische, fysieke of psychische begeleiding wordt voorgesteld.



Mona Gabriël is dienstverantwoordelijke op een chirurgische afdeling, maar kreeg de leiding over een cohorteafdeling. “Ik waag me af en toe aan een nieuw project maar toen ik dit te horen kreeg, sloeg de schrik me toch om het hart. Samen met mijn eigen ploeg en verpleegkundigen van andere chirurgische afdelingen ben ik de uitdaging aangepaan.

We moesten allemaal een andere bril opzetten want inwendige pathologie ligt compleet uit onze comfortzone. Maar door de opleiding en peptalk van de artsen voelden we ons enorm gesteund. De coronatijd heeft eigenlijk twee kanten: enerzijds heb je het keiharde werken, de slapeloze nachten, de constante focus, de angst voor het virus en de heftige emoties die bij het verzorgen van zwaar zieke patiënten komen kijken. Ondanks die zware problematiek heb je anderzijds het groepsgevoel, de positieve sfeer en de vriendschappen die ontstaan. Mijn team was echt ongelooflijk: alle neuzen stonden in dezelfde richting, van verpleging tot poetsvrouwen en logistieke medewerkers. Ook de buddy's die kwamen helpen van andere afdelingen werden heel goed opgevangen en figuurlijk omarmd. Dat gemeenschappelijk doel, namelijk samen het virus bestrijden, creëert een soort magie.”

Verenigde krachten medische organisatie

De medische coördinatoren van AZ Sint-Lucas denken mee rond het beleid en de organisatie. Ze zitten mee aan de tekentafel om wijzigingen vorm te geven en ze vervolgens toe te lichten bij de collega's. Het hoeft geen betoog dat zij een onmisbare rol hadden tijdens de coronacrisis.



Toen we de beelden van de crisis in Italië zagen, de algemene lockdown in België werd ingevoerd én het aantal patiënten in ons ziekenhuis razendsnel toenam, wisten we dat we zouden moeten schakelen aan een ongezien tempo. Als team medische coördinatoren hebben we met een aantal diensthoofden, het team infectiepreventie en een paar gemotiveerde vrijwilligers heel snel een vlotte samenwerking opgezet. Zo goed als dagelijks vergaderen was niemand te veel, iedereen beseftte dat we heel kort op de bal moesten spelen. Een eenvormig ziekenhuisbeleid opstellen conform de nationale richtlijnen én helder communiceren vormde een groot stuk van onze dagtaak. In samenwerking met de departementen zorg en infrastructuur werd alle routineactiviteit stilgelegd, de spoedopname uitgebreid, de COVID-afde-

lingen één na één geopend en de OK-activiteit afgebouwd tot het hoogst noodzakelijke. Het ziekenhuis onderging een metamorfose. Een deel van de collega's was dag en nacht bezig met COVID-patiënten, andere collega's zaten thuis onwezenlijk en werkloos toe te kijken.

Zodra de crisis onder controle bleek, was het ongeduld groot om de andere activiteiten te hervatten. De heropstapeling bleek een grotere zoektocht dan het stilleggen van alle activiteit. Niet alleen medisch, maar ook logistiek. Wanneer en aan welk tempo kun je voorzichtig opschalen, wetende dat je misschien elk moment alles terug moet lamleggen? Wat zal de overheid beslissen? Soms kwamen er beslissingen – vaak voor interpretatie vatbaar – die op vrijdagnamiddag om 16 uur werden gecommuniceerd en op maandag al ingingen.

We herinneren ons meerdere vrijdagavonden waarop na 17 uur nog alle communicatie naar de artsen moest worden aangepast.

Het zijn negen razend drukke weken geweest. Velen van ons hebben keihard gewerkt. Door deze crisis zijn onze teams hechter geworden en hebben we opnieuw ervaren dat we samen veel kunnen verwezenlijken. Momenteel zitten we in een fase van tussentijdse evaluatie, waarbij we onze beslissingen van het eerste uur analyseren en hier en daar bijsturen voor de volgende golf. Ook dit is een cruciale fase om het samen nóg beter te doen.

*Dr. Katrien De Ketelaere, medisch directeur
Dr. Anne Wauters, nierziekten*

“Momenteel zitten we in een fase van tussentijdse evaluatie, waarbij we onze beslissingen van het eerste uur analyseren en hier en daar bijsturen voor de volgende golf. Ook dit is een cruciale fase om het samen nóg beter te doen”



Dr. Katrien De Ketelaere



Dr. Anne Wauters

het aantal medewerkers verhogen. Daarnaast vroegen de omkleedprocedures en het vele ontsmetten ook veel extra tijd. Als team zijn we er goed doorgekomen en hebben we getoond dat we flexibel en sterk zijn.”

Verplichte pauze voor chirurgische diensten

De chirurgische diensten werden geconfronteerd met een verplichte stopzetting van hun activiteit. Enkel dringende ingrepen konden nog doorgaan. Voor de chirurgen was dit een bizarre periode.

Dr. Thierry Onghena, chirurg: “De eerste week nadat alles was stilgelegd, was zeer intensief voor ons secretariaat. Alle geplande afspraken en ingrepen moesten uitgesteld worden, dus ons secretariaat heeft dagenlang patiënten gecontacteerd. Waar het kon, hebben we telefonische raadplegingen gehouden, maar die zijn vooral geschikt voor controleafspraken. Een eerste consult kun je onmogelijk vanop afstand doen. Onze dienst heelkunde heeft een vrij uitgebreid team, dus we zagen ons genooddacht om secretariaatsmedewerkers en verpleegkundigen/instrumentisten na die eerste drukke week op tijdelijke werkloosheid te zetten. Het secretariaat werd afgebouwd tot enkel telefonische permanentie voor dringend advies.

Sommige heelkundige diensten werkten met een beurtrol waarbij alle collega's afwisselend op de dienst aanwezig waren. Wij hebben ons artsteam opgesplitst: de jonge collega's bleven aan het werk voor spoedingrepen, zaalrondes en dringende consultaties op vraag van huisartsen of collega's, de oudere collega's bleven thuis. Zelf bleef ik thuis. Dat voelde heel frustrerend en het werd me vooral erg duidelijk dat ik nog niet klaar ben om met pensioen te gaan.

De opschaling was voor het secretariaat opnieuw een hectische periode. Afspraken werden weer ingepland en patiënten kregen telefonisch veel informatie over de aanpak in het ziekenhuis, zoals het verplicht dragen van een mondmasker en het beperken van begeleiding. Vooral dat laatste viel moeilijk bij patiënten met een kwaadaardig probleem die graag

iemand aan hun zijde hebben. De dag voor de raadpleging werden patiënten ook opgebeld om te polsen naar hun gezondheidstoestand. Indien de patiënt symptomen van COVID-19 vertoonde, dan werd de afspraak verplaatst.”

Structurele en organisatorische aanpassingen op de dienst kinderziekten

Onze dienst kinderziekten zag maar heel weinig kinderen met COVID-19, maar stelde toch alles in het werk om hen goed op te vangen en de veiligheid van de andere zieke kinderen te verzekeren door een afzonderlijke COVID-unit in te richten op de kinderafdeling.

Dr. Tom Vercruyse, kinderarts: “In het begin van de crisis was het koffiedik kijken wat de impact van COVID-19 was op kinderen en hoe besmettelijk zij waren, dus maximale bescherming voor de patiënt maar ook voor ons personeel was een absolute vereiste.

Structureel hebben we, in overleg met de dienstverantwoordelijke van de kinderafdeling en het team infectiepreventie, de kinderafdeling opgesplitst in een COVID- en een non-COVID-zone die met een wegneembare wand was afgescheiden van de rest van de afdeling. De pediatrie COVID-unit werd georganiseerd als een autonoom functionerende dienst met eigen monitoringsysteem, eigen prikkruimte en eigen verpleegkundig team. Kinderen met een potentiële COVID-19-infectie kwamen op de cohorte-unit terecht tot de test uitwees dat ze negatief waren. We hadden ook overleg met de diensthoofden van de kinderafdelingen in de andere perifere ziekenhuizen in regio Gent, zodat we onze aanpak uniform en evidence based konden benaderen.

Het volledige team van kinderartsen heeft zich ook onmiddellijk anders georganiseerd. We voerden een beurtrol in, zodat er dagelijks twee tot drie collega's aanwezig waren die de permanentie konden verzekeren en de dringende consulten en telefonische raadplegingen op zich namen. Voor de wachtdiensten was er een back-up voorzien, zodat bij ziekte de wacht toch gegarandeerd was.

De consultaties werden meteen terugge-

► schroefd, waarbij ons online afsprakensysteem werd afgesloten om de volledige controle te behouden over het inplannen van de consulten en de thuisconsultaties werden voorlopig opgeschort. We zagen op de raadpleging enkel dringende, infectieuze pathologie met een maximum van twee patiëntjes per uur om onderling contact tussen de kinderen in de wachtzaal zoveel mogelijk te mijden. Patiënten met respiratoire problemen werden gescheiden van de rest door ze in andere ruimtes te zien en/of met tijdsloten te werken. Voor postpartum controles verwezen we zoveel mogelijk door naar de huisarts.”

Reorganisatie operatiezalen

Om de capaciteit voor COVID-patiënten te waarborgen, werd door de overheid beslist om vanaf 14 maart alle niet-dringende onderzoeken en ingrepen te annuleren. AZ Sint-Lucas viel plots terug van twintig operatiezalen en de dagziekenhuizen op twee zalen waar enkel nog essentiële operaties konden plaatsvinden.

Dr. Luc Merckx, uroloog en medisch coördinator operatiekwartier: “In normale omstandigheden zijn dagelijks een twintigtal operatiezalen operationeel. Toen werd beslist dat de electieve activiteit moest worden stopgezet, hebben we het dagziekenhuis heelkude meteen gesloten, omdat daar hoofdzakelijk ingrepen gebeuren die uitgesteld kunnen worden. Bij het dagziekenhuis inwendige lag dit iets moeilijker omdat daar soms onderzoeken plaatsvinden die wel dringend zijn. In de periode van 13 maart tot 13 april moest alle heelkundige activiteit gebeuren in twee operatiezalen. Om te bepalen welke ingrepen mochten doorgaan, hebben we een dubbele lijst opgesteld. Enerzijds een lijst met medische urgenties die niet oncologisch zijn zoals alle traumatologie die via de spoed binnenkwam, maar ook de acute abdominale, tho-

racale of vasculaire pathologie, anderzijds een lijst met oncologische dringende en semi-dringende ingrepen. Aan de MOC's werd gevraagd een prioritering te geven aan alle besproken patiënten. Een ad hoc comité met de medische coördinatoren voor oncologie, een vertegenwoordiger van het ethisch comité en mezelf maakten op basis van de input uit de MOC's een planning. We kwamen tot drie groepen: patiënten die om medische redenen zo snel mogelijk behandeld moesten worden, patiënten die tot zes weken konden wachten en patiënten bij wie langer uitstel of een alternatieve behandeling mogelijk was. Aan de hand van die lijst hebben we dag per dag geprobeerd deze indicaties zo efficiënt mogelijk in de beschikbare operatiezalen te plannen. De planning zat bomvol en na een maand was deze beperkte capaciteit nog nauwelijks houdbaar. Op dat moment lieten de omstandigheden toe dat er een derde zaal kon geopend worden. In mei werd de capaciteit geleidelijk uitgebreid en kon ook het dagziekenhuis gedeeltelijk heropstarten. Sinds juni draaien we terug op volledige capaciteit.

De oorzaak van de restrictie had deels te maken met toeleveringsproblemen. Het grote aantal continu beademde COVID-patiënten in de Belgische ziekenhuizen veroorzaakte een verbruik van abnormaal grote hoeveelheden anesthesica, waardoor er tekorten kwamen aan bepaalde producten. Hetzelfde gold voor onderdelen zoals beademingsfilters, maar ook maskers, hoedjes, schorten ... Van overheidswege kwam er dus een formele rem op de electieve ingrepen.

Een tweede oorzaak was de postoperatieve opvang. Alle patiënten die een verhoogd postoperatief toezicht nodig hebben, komen op de PAZA (ontwaakzaal) of op intensieve zorg terecht. Maar intensieve zorg lag helemaal vol met COVID-patiënten en op een bepaald moment kwam ook de opvangcapaciteit van de

PAZA, die de functie van intensieve zorg kreeg, onder druk.

Een derde bottleneck was het personeel van het operatiekwartier en de PAZA dat door het wegvallen van heelkundige activiteit werd ingezet op de COVID-afdelingen en dus niet meer beschikbaar was voor ingrepen of postoperatieve opvang van patiënten.

We hadden uiteraard ook patiënten met een COVID-besmetting die een ingreep nodig hadden. Om ieders veiligheid te garanderen, hebben we daarvoor met de hulp van de dienst anesthesie en infectiologie een eigen procedure opge maakt. Aan de hand van een testscenario dat we een aantal keer hebben ‘nagespeeld’, konden we makkelijk fouten detecteren en iedereen aan de operatietafel opleiden om de nieuwe COVID-procedure toe te passen. De procedure staat nu helemaal op punt en kan ook gebruikt worden voor andere infectieuze aandoeningen.

Ik heb de afgelopen periode als erg beklijvend ervaren. We moesten als het ware zoals God de vader beslissen wie wel en wie niet geopereerd zou worden. Je wil vooral geen fouten maken, dus dat brengt een grote verantwoordelijkheid met zich mee. Er was bijna altijd begrip voor de beslissingen die we namen, maar we botsten uiteraard ook wel eens op teleurstelling en onbegrip bij zowel patiënten als collega's.”

“Ik heb de afgelopen periode als erg beklijvend ervaren. We moesten als het ware zoals God de vader beslissen wie wel en wie niet geopereerd zou worden. Je wil vooral geen fouten maken, dus dit brengt een grote verantwoordelijkheid met zich mee”

Een deugddoend hart onder de riem: patiënten betuigden hun dank via kaartjes, sociale media, spandoeken ...



Een hele grote dankjewel voor alle mensen die dit weekend zo goed voor mijn dochtertje Renée zorgden. De spoedartsen, de bloedprikkers, de verpleegkundigen op de pediatrie, de poetsvrouw, de dokters die haar onderzochten op het OK, de anesthesist, de hele lieve dame op de recovery. Bedankt! Renée voelt zich weer kiplekker. Het liet een enorme indruk op ons na, al de bescherming, de mondmaskers en helmen met plexiglas en we voelden ons precies te gast in een sciencefiction film. We kunnen ons voorstellen dat dat voor al het personeel ook heel vreemd en toch wel wat beangstigend aanvoelt. Succes!

Transitafdeling

Naast de vijf cohorteafdelingen voor COVID-patiënten in quarantaine, werd ook een transitafdeling opgericht. Daar kwamen de patiënten terecht waarvan vermoed werd dat ze positief waren, maar waarvan de testresultaten nog niet bekend waren. Artsen van verschillende disciplines werden er ingezet om de rondes te doen, zo ook dr. Denis Marichal (maag-, darm- en leverziekten) en dr. Hans Vandekerckhove (hart- en vaatziekten): “Aan het begin van de pandemie was er een grote bereidheid om erin te vliegen, maar we konden in eerste instantie niet veel doen omdat de pathologie binnen onze disciplines (maag-, darm- en leverziekten en hart- en vaatziekten) voor een groot deel wegviel. We waren blij dat we konden helpen op de transitafdeling, maar het was een heel belastende periode.

De eerste weken waren enorm druk. Er waren nog geen duidelijk afgelijnde taken en het was een afdeling met een heel grote turnover. We hebben dagen gekend waarop er in 24 uur meer dan 40 patiënten opgenomen werden. Dat zorgde voor een grote administratieve

werkdruk: dossiers opmaken, medicatie nakijken en op punt stellen, onderzoeken plannen ... In de eerste weken duurde het ook een hele tijd voor de testresultaten gekend waren, waardoor heel veel patiënten op de transitafdeling terecht kwamen.

Eén van de moeilijkste zaken aan deze toestand was dat we de kans niet kregen om een band op te bouwen met de patiënten. Om te besparen op beschermingsmateriaal konden we maar één ronde per dag doen, waardoor we sommige patiënten zelfs niet gezien hebben. Dat geeft weinig voldoening op medisch vlak en het voelde voor ons soms als een ‘verloren afdeling’. Gelukkig kregen we van de artsen op de cohorteafdelingen wel de bevestiging dat het heel nuttig was dat deze afdeling tussen de dienst spoedgevallen en de cohorteafdelingen zat. Omdat we de patiënten weinig of niet zagen en we geen sociale context kenden, was het ook heel moeilijk om een NTR-code toe te kennen. We moesten vaak moeilijke keuzes maken met weinig informatie.

We kregen in het begin heel weinig informatie, maar we zijn enorm goed geholpen door de

verpleegkundigen op de afdeling. Zij waren al ingewerkt en wisten veel beter dan ons hoe het zat met bijvoorbeeld het beschermingsmateriaal. We voelden ons echt als één team dat vocht tegen een gezamenlijke vijand.

Het lab heeft ook heel grote inspanningen gedaan, waardoor de testing na verloop van tijd veel sneller ging. Bovendien communiceerden ze heel duidelijk over de testresultaten. Een grote hulp voor onze afdeling.

Toekomstgericht denken wij dat een transitafdeling niet meer aan de orde is. We hebben de efficiëntie enorm kunnen vergroten, testresultaten zijn er nu veel sneller, patiënten die wachten op hun resultaten zullen op de dienst spoedgevallen kunnen blijven. Bovendien moeten we er rekening mee houden dat bij een tweede golf de pathologie in eigen dienst ook verder zal moeten behandeld worden. Het is duidelijk dat het stopzetten van de zorg voor non-COVID-patiënten geen goede beslissing was. Het zal nog even duren voor we de achterstand in zorg voor al deze patiënten ingehaald hebben.”

Spoedgevallendienst: snel schakelen en bijleren

De spoedafdeling is de toegangspoort van ons ziekenhuis en dat was tijdens de coronacrisis niet anders. We schakelden snel en voorzagen een heel nieuwe indeling van onze afdeling. Een uitdaging voor het volledige spoedteam waaruit we veel geleerd hebben.

Bij de start van de lockdown hebben we onze afdeling meteen infrastructureel aangepast om ons voor te bereiden op een instroom van patiënten met respiratoire klachten. We zorgden ervoor dat we twee aparte patiëntenstromen konden voorzien die zo goed mogelijk van elkaar gescheiden bleven: patiënten met (mogelijke) klachten ten gevolge van COVID-19 en patiënten met andere klachten. We voorzagen een triagepost in containers buiten de dienst spoedgevallen die bemand werd door verpleegkundigen en artsen. Ambulante patiënten konden ook meteen in onderzoekslokalen in deze containers behandeld worden, zodat ze zelfs nooit het hoofdgebouw moesten betreden en in een snelle stroom terug naar huis konden. We voorzagen in de containers ook een administratieve medewerker, zodat de patiënten niet langs het algemene onthaal of spoedonthaal in het gebouw moesten.

Wanneer patiënten in het respiratoire traject terechtkwamen en we hen niet ambulante konden behandelen, werden ze voor verdere uitwerking naar de COVID-zone van de dienst spoedgevallen gebracht, waar we zestien onderzoekslokalen voorzien hadden: acht binnen en acht extra posities in de spoedgarage. Enkel de kritieke zone van de dienst was nog gemengd met zowel respiratoire pathologie

als andere kritieke pathologie. De rest van de spoedafdeling was voorzien voor alle andere opnames en kleine behandelingen, bij patiënten zonder coronagerelateerde klachten.

De architecturale aanpassingen zijn uiteraard dynamisch. Toen we over de piek heen waren, konden we dit geleidelijk aan terug afbouwen. Eind augustus hebben we enkel nog een kleine COVID-zone in het spoedgebouw maar als de tweede golf toe zou nemen, staan we klaar om die opnieuw uit te bouwen.

Andere patiëntenpopulatie, minder flexibele werkorganisatie

We merkten al snel op dat we minder ambulante patiënten over de vloer kregen, omdat er bijvoorbeeld veel minder verkeers- en arbeidsongevallen waren door de geldende maatregelen. Daarnaast stelden we ook vast dat mensen het ziekenhuis ontweken omdat ze bang waren voor besmetting. Angst is nochtans niet nodig, want we garanderen een aparte patiëntenstroom. Dankzij de triage door huisartsen werd onze afdeling niet overspoeld door COVID-patiënten met lichte klachten. Het aantal inkomen-de patiënten bleef beheersbaar.

Ondanks het verminderde patiëntenaantal was dezelfde bezetting bij de spoedartsen noodzakelijk. Alle zones moesten immers be-

mand worden, zoals de triageposten, de COVID-zone, de MUG-functie, de kritieke zone ... Er moest voor elke zone of functie altijd een spoedarts beschikbaar zijn en je kon niet zomaar switchen tussen de verschillende zones. Daarnaast werkten we in de COVID-zone minder vlot dan bij gewone spoedconsultaties door de omkleedprocedure en de verschillende voorzorgsmaatregelen.

Gelukkig werd geen enkele spoedarts ziek, maar als dit bij een volgende golf toch het geval zou zijn, hebben we een back-up plan. Eerst en vooral voorzien de spoedartsen intern een reservelijst voor het geval dat een collega acuut uitvalt. Verder zijn er ook verschillende specialisten uit het ziekenhuis die een korte opleiding gevolgd hebben om te kunnen bijspringen op de spoedafdeling indien het nodig zou zijn.

Verpleegkundigen onder druk

De spoedartsen konden dan wel volgens de normale bezetting doorwerken, de verpleegkundigen hadden fors meer mankracht nodig. We kregen hulp van andere afdelingen via het buddiesysteem (meer daarover op pagina 7). Voor de medewerkers was het zeker geen evidente periode. Het spoedteam is heel flexibel ingesteld, maar toch hadden sommigen het zwaar. Er was een grote influx aan vreemd per-

soneel op de dienst, dat moest aangestuurd worden door spoedverpleegkundigen. Daarnaast moesten ze op een andere manier leren werken en stonden ze door de nieuwe indeling en organisatie bijna constant onder druk. Er was een grote inzet en motivatie, maar het was soms veel om te verteren. Er was zeker aandacht nodig voor ondersteuning van onze medewerkers en die kwam er ook vanuit het ziekenhuis. Bij een volgende piek willen we hier nog sneller op inzetten.

Volgende keer nóg beter

Het grootste knelpunt tijdens de eerste piek van de epidemie was de onduidelijkheid rond

persoonlijk beschermingsmateriaal en rond testing. Als ziekenhuis volgden we strikt de richtlijnen van de overheid, maar de spoedmedewerkers komen ook vaak in contact met medewerkers van andere instellingen, zoals ambulanciers, MUG-diensten van andere ziekenhuizen, enzovoort. Zij waren vaak helemaal anders beschermd, waardoor er verwarring ontstond. Hetzelfde gold voor testing. In het begin was het niet altijd duidelijk wie getest mocht worden en wie niet. Dat werd gaandeweg opgelost omdat er een betere doorstroming was van informatie en omdat de testcriteria steeds ruimer werden.

Tijdens een volgende golf zal dit probleem

zich sowieso veel minder stellen, want er zal minder schaarste zijn in persoonlijke beschermingsmiddelen en testmateriaal. We zullen als ziekenhuis ook minder tijd moeten investeren in het beleid rond infectiepreventie, want we hebben nu de meeste zaken op punt kunnen zetten. We kunnen dan nog meer focussen op een goede organisatie van zorgunits en vlotte doorstroming van de patiënt.

Dr. Dieter Devriese, spoedarts

We voorzagen een triagepost in containers buiten de dienst spoedgevallen (...) Ambulante patiënten konden ook meteen in onderzoekslokalen in deze containers behandeld worden, zodat ze zelfs nooit het hoofdgebouw moesten betreden en in een snelle stroom terug naar huis konden"



Dr. Dieter Devriese



Er werd een extra COVID-zone met acht posities in de spoedgarage voorzien.

Intensieve zorg in een stroomversnelling

Terwijl de eerste patiënten binnendruppelden in het ziekenhuis, ging de dienst intensieve zorg (IZ) zowel structureel als organisatorisch in een stroomversnelling om de kritiek zieke patiënten op te vangen.



De afdeling intensieve zorg van AZ Sint-Lucas heeft twee units van elk twaalf bedden. Beide units kregen een sasdeur als enige toegangsdeur. Unit A werd als eerste leeggemaakt. Gaandeweg, met het vollopen van beide units, kwamen ze in onderdruk te staan. Bij het betreden van de afdeling, in chirurgisch pak en met de haren bedekt, verwisselden we onze schoenen voor COVID-klompen. Een bergruimte fungeerde als kleedkamer, waar we ons verder beschermden met FFP2- of FFP3- maskers, handschoenen, een waterafstotende chirurgische schort en een face shield. Bij intubatie of andere ingrijpende ventilatoire veranderingen beschermden we ons extra met een strykerhelm die het volledige hoofd en schouders bedekt en een ventilatiesysteem heeft. Tijdens de eerste weken van schaarste werden maskers gedurende één shift gebruikt, nadien in enveloppesysteem hergebruikt, tenslotte gerecupereerd voor sterilisatie. We gebruikten minstens tien soorten maskers: van comfortabel, met of zonder filter tot snijdend in de neusbrug. Nood aan blarenpleisters of herstellende huidzalf? Het werd voorzien!

Grenzen verleggen

Units A en B waren de COVID-units, op de PAZA (ontwaakzaal) zorgde onze groep van erkende intensivisten voor kritieke non-COVID-patiënten. Ons team - een mix van hartspecialisten, longartsen en anesthesisten - werd overdag versterkt door twee assistenten anesthesie. We werkten in twee equipes van zes artsen die om de drie dagen een dag- of nachtschift verzeker-

den of stand-by waren. Creativiteit bij het toeren van patiënten ging van systemen met post-its en walkietalkies tot twee laptops in de 'besmette zone', de gang rond alle patiëntenboxen. In de centrale propere zone stonden de medicatiekast, computers, printers ... Daar kon er een pauze genomen worden in proper chirurgisch pak en op onze slippers (met dank aan Champs).

Een gedetailleerd zorgpad intubatie met behulp van glidescoop voorkwam elke twijfel of verwarring over ieders rol bij dit cruciale gebeuren, met als doel een minimaal besmettingsrisico voor onszelf, maar ook een snelle intubatie met beperkte desaturatie voor de patient. We verlegden onze grenzen en bleken inventief genoeg bij medicatietekort in het kader van sedatie. Procedures met hoge zuurstof via optiflow of niet-invasieve ventilatie werden veilig toegepast. Ook autoproning bij niet-beademde patiënten toonde een positief effect, wat ondertussen in studies bewezen werd. Onze medische kennis groeide dagelijks en schema's voor tromboseprofylaxe werden, gezien de verhoogde kans op trombose bij deze pathologie, aangepast aan de anti-Xa-factor en de wekelijkse duplexechografie. De beademing van een COVID-patiënt bleek totaal anders dan de klassieke beademing. De verschillende fenotypes door COVID-longaantasting vroegen een andere aanpak en buikligging was daar een deel van.

In de initiële fase van de ziekte was er medicamenteus plaats voor de combinatie azitromycine en hydroxychloroquine om de virale load te verminderen, uiteraard onder dagelijks EKG-toezicht. In tweede tijd kwam er ruimte

voor de COV-AID-studie van het UZ Gent om de cytokinestorm een halt toe te roepen. Ons zorgpad COVID-IZ werd aangepast, verfijnd en aangevuld met nieuwe medische informatie.

Contact met de familie

Drie getransfereerde Limburgse patiënten werden verbaasd wakker in ons Gentse ziekenhuis. Tussen 15 en 16 uur maakten we telkens tijd voor een telefoongesprek met de familie. We hielden hen dagelijks op de hoogte van de evolutie met goed, maar helaas soms ook minder goed nieuws. Het herstel verliep bij de ene patiënt vlot zonder langdurige ontwenning van de ventilator en zonder polyneuropathie, maar bij de andere patiënt dan weer net niet. Van zodra patiënten wakker werden, schakelden we sociale media in en optimaliseerden we het contact met de familie via foto's, Whatsapp of FaceTime.

Elke medewerker in onze IZ-bubbel straalde solidariteit en enthousiasme uit, waardoor we konden doorgaan zolang het nodig was.

Dr. Ann Verpeut en dr. Birgitte Janssens, longartsen en intensivisten



Dr. Ann Verpeut



Dr. Birgitte Janssens

Ouderenzorg in tijden van corona

De beelden en cijfers uit het buitenland maakten al snel duidelijk dat de oudste bevolkingsgroep het meest te lijden zouden hebben onder de COVID-19-pandemie.

De samenwerking met de eerste lijn kwam vlot tot stand en bleek heel waardevol.

In AZ Sint-Lucas werden in totaal 101 tachtigplussers opgenomen in het kader van COVID-19, waarvan twee derde deze opname goed doorstond. Een eerste bloemetje dat we in deze context willen werpen, komt toe aan de huisartsen uit de regio Gent. Dankzij de inspanningen van de Huisartsenvereniging Gent (HVG) werd al snel een eenduidig opnamebeleid gevoerd, waardoor de gevreesde stormloop op de ziekenhuizen kon worden vermeden. Ook binnen het ziekenhuis komen we bloemen te kort: van in het begin was er een nauwe en geapprecieerde samenwerking met de longartsen, intensivisten, klinisch biologen en de dienst infectiepreventie. Op het moment dat het water ons bijna aan de lippen stond, sprongen de andere internisten vlot en efficiënt bij. Ego's werden opzij gezet, steentjes bijgedragen. En door opnieuw te gaan inslapen kreeg het geheel zowaar zelfs een nostalgisch tintje. Met het management werd veelvuldig vergaderd en snel geschakeld. De echte vuurlinie van het ziekenhuis, de spoeddienst, kreeg het zwaar te verduren. Maar ook daar werd solidair bijgesprongen en na de reorganisatie en het opzetten van een volwaardig COVID-spoedtraject viel ook daar alles in zijn plooi.

Lessen voor de toekomst

Een systeem onder spanning geeft ook zijn pijnpunten bloot. Uit die minder positieve ervaringen moeten we lessen trekken voor de toekomst. Wij hanteren hoge standaarden wat de zorg voor onze oudste en meeste frêle patiënten betreft, met een uitgebreide multidisciplinaire omkadering en aandacht voor de kleinste details. Net op dat vlak, waar onze diensten anders het verschil kunnen maken, schoten we wellicht te kort. Eén van de grote uitdagingen wordt de verdere uitbouw en ondersteuning van de interne liaison geriatrie om ook in pandemische omstandigheden de multidisciplinaire geriatrie te blijven garanderen voor al onze patiënten.

Met vereende krachten is er gepoogd deze bevreedende episode ook psychisch draaglijk te houden voor zorgverleners en patiënten. Maar ook voor de familieleden die hun rol als mantelzorgers en steunfiguur nu niet konden opnemen. Alle individuele inspanningen ten spijt leeft hier het gevoel dat we in de toekomst nog beter moeten doen. Zo moet de strikte bezoeksregeling in geval van een nieuwe golf zeker kritisch worden geëvalueerd. En dan zeker voor de mensen waarvan we helaas af-

scheid moesten nemen. Het recht op een warm en menswaardig afscheid staat hoog op de prioriteitenlijst.

De hand reiken naar de eerste lijn

De lijn van de interne liaison kunnen we ook extern doortrekken. Het frequente contact met huisartsen en CRA's toont volgens ons toch de meerwaarde van een geriatrie expertise 'out-of-hospital'. In de toekomst willen we dan ook samen met de eerste lijn kijken hoe onze expertise maximaal kan worden benut. Het evalueren van de meerwaarde van een ziekenhuisopname en het concretiseren van een advanced care planning zijn enkele van de vele mogelijkheden. Samen met de andere geriateren van het Ziekenhuisnetwerk Gent willen we de hand reiken naar de eerste lijn en ook op dit vlak stappen zetten. De werkgroep die zich buigt over een toekomstig pandemieplan op maat van de woonzorgcentra is hiervan een eerste aanzet.

Dr. David Dedecker, dr. Han Martens en dr. Elke Steen, geriateren

“Met vereende krachten is er gepoogd deze bevreedende episode ook psychisch draaglijk te houden voor zorgverleners en patiënten. Maar ook voor de familieleden die hun rol als mantelzorgers en steunfiguur nu niet konden opnemen”



Dr. David Dedecker



Dr. Han Martens



Dr. Elke Steen



Speeddaten met zorgactoren

De pandemie overviel ons. Natuurlijk primeerde de zorg voor de opgenomen patiënten in het ziekenhuis, maar het werd al snel duidelijk dat er meer actoren in het spel waren. We namen onze maatschappelijke rol als ziekenhuis op en zetten in op waardevolle samenwerkingen om een veilige en volledige zorg te garanderen voor alle patiënten. Het had soms iets weg van speeddaten. We moesten de zorgactoren uit de verschillende sectoren heel snel (beter) leren kennen en we konden elkaars expertise nog sneller waarderen.

De dialoog met de **huisartsen** groeide omdat ze zelf de behoefte hadden om te kunnen beschikken over voldoende testmaterialen en diagnostische testen met een aanvaardbare doorlooptijd. Doordat de nationale gevalsindicaties vaak veranderden, was de leercurve hobbelig, maar het lukte behoorlijk.

Voor onze samenwerking met de **chronische instellingen**, moesten we niet van nul vertrekken. De externe liaison geriatrie tussen de woonzorgcentra (WZC) en het acute ziekenhuis is goed uitgebouwd in de Gentse regio. Daarnaast loopt er met een aantal WZC al 10 jaar een hechte, structurele samenwerking voor infectiebeheersing waar andere WZC zich de voorbije maanden vlot bij aansloten. We slaagden er aardig in om onze medische expertise te delen, bij te springen voor diagnostische testen en opleiding te geven over standaardvoorzorgsmaatregelen en gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Hetzelfde geldt voor de **(forensische) psychiatrische centra** waar de consulterende artsen uit ons ziekenhuis en het laboratorium microbiologie constructief samenwerkten met de lokale organisatie.

Tijdens de trapsgewijze heropstart van de normale activiteit in het ziekenhuis was er, zeker bij aanvang, behoefte aan een screening voor het COVID-virus voor de patiënten met een electieve opname voor heelkunde of medische behandeling. De **thuisverpleegkundigen** van het Wit Gele Kruis en de opnameplanners van het ziekenhuis werkten samen om deze groep patiënten vooraf thuis te bezoeken om een test af te nemen. Dit bleek een zeer comfortabele methode voor de patiënt en het was een hulp bij het veilig begeleiden van alle ziekenhuismedewerkers naar een volgend stadium in de pandemie.

Kan het nog beter?

Zijn er nog werkpunten? Natuurlijk. Transparant communiceren blijft de moeilijkste opdracht. Het uitwisselen van mensen en materialen tussen de zorgactoren gebeurde nu enkel op niet-gestructureerde basis. We kijken terug op een moeilijke periode maar met zeer enthousiaste en empathische contacten. De bedoeling van speeddaten is dat je een selectie maakt, denk ik, maar dat zal niet lukken. We willen deze goede contacten stuk voor stuk behouden.

Dr. Anne-Marie Van Den Abeele en dr. Jos Van Acker, klinisch biologen



Dr. Anne-Marie Van Den Abeele

Dr. Jos Van Acker

Met open vizier de neuzen in dezelfde richting krijgen

Nooit eerder moest op zo'n korte termijn een infectiepreventiebeleid worden uitgerold voor een compleet nieuw ziektebeeld. Thomas Snoeij (verpleegkundige infectiepreventie) en Charlotte Verfaillie (klinisch bioloog) geven ons een inkijk in hun ervaringen tijdens deze periode.

Net zoals vele anderen volgden we in januari de ontwikkelingen in China, over de nieuwe "emerging infectious disease" waarover nog zo weinig geweten was. Toen ook Iran een exponentiële stijging rapporteerde, werd een pandemie plots heel reëel. Deze gebeurtenis was, nog voor de dramatische situatie in Noord-Italië, een kantelpunt in de alertheid voor ons werk als ziekenhuishygiënist. We wisten meteen dat dit een stresstest zou worden voor AZ Sint-Lucas. Vanaf dan werd ons team infectiepreventie echt gemobiliseerd: eerst intern met de infectiologen, vervolgens met medische en verpleegkundige directie, en snel daarna in een dagelijkse vergadering met vertegenwoordiging van alle departementen in het ziekenhuis. Het opstellen van een infectiepreventiebeleid voor een infectieziekte, waarvoor (robuuste) literatuur nauwelijks beschikbaar was (is) en waarbij de richtlijnen voor een goede infectiepreventie sterk verweven zijn met het klinisch handelen, was niet evident en benadrukte het belang van een intensieve samenwerking.

Via het comité medisch materiaal werd snel duidelijk dat het verkrijgen van kwalitatieve persoonlijke beschermingsmiddelen op de

Europese markt zeer moeilijk zou worden. We werden genoodzaakt om de meest fundamentele principes van infectiepreventie overboord te gooien en we moesten - met een absolute schaarste aan materiaal en grote onzekerheden over de geleverde kwaliteit - zorgen voor een maximale veiligheid voor medewerker en patiënt. Volgens een risico-inschatting en aan de hand van de nationale richtlijnen werden persoonlijke beschermingsmiddelen toegewezen aan de medewerkers. Deze keuzes waren de moeilijkste uit onze carrière en stuitten op veel onbegrip op de werkvloer. Medewerkers voelden zich te weinig beschermd en iedereen was ongerust; wij ook.

Maar uit deze benarde situatie putten we ook moed om extra gas bij te geven: velen zetten zich belangeloos in, zowel bij directe patiëntenzorg, als in de ondersteunende diensten. Medewerkers brachten zelf - soms creatieve - oplossingen aan en die inspraak was bepalend in het opstellen van het beleid. Het gebruik van het schaarse materiaal werd door de eindgebruikers gewikt en gewogen en we kregen feedback over wat beter kon aan onze procedures en instructiekaarten.

Bijna dagelijks werden procedures bijgestuurd door nieuwe inzichten of aanpassingen aan de (overheids)richtlijnen. Tijdige en duidelijke communicatie was hierbij een grote uitdaging. Met open vizier en met de neuzen in dezelfde richting, werd doorheen alle echelons een uitzonderlijke inspanning geleverd. En na een lange werkdag ging thuis de computer opnieuw aan om literatuur en richtlijnen door te nemen en prioriteiten toe te kennen, om de volgende dag met frisse moed opnieuw te beginnen. Week na week, zolang de nood er was.

Na de eerste golf blijft de waakzaamheid en activiteit op het gebied van infectiepreventie hoog, want ook bij een volgende golf verkennen we als ziekenhuis opnieuw onbekend terrein met als uitdaging o.a. versoepeling van maatregelen, verfijnen van testcriteria, identificeren van risicohandelingen en overdrachtsrisico's. Sowieso staan wij klaar om een nieuwe episode het hoofd te bieden.

*Thomas Snoeij, verpleegkundige infectiepreventie
Charlotte Verfaillie, klinisch bioloog*



Thomas Snoeij

Charlotte Verfaillie

"We werden genoodzaakt om de meest fundamentele principes van infectiepreventie overboord te gooien en met een absolute schaarste aan materiaal en grote onzekerheden over de geleverde kwaliteit te zorgen voor maximale veiligheid voor medewerker en patiënt"

Mentale ondersteuning voor COVID-patiënten

De liaisonpsychologen psychiatrie en geriatrie werken op alle interne en chirurgische diensten waar geen vaste psycholoog aan verbonden is. Een aantal van deze diensten werd tijdens de pandemie omgevormd tot cohorteafdelingen. Op deze afdelingen zorgden ze ook voor psychologische begeleiding en ontwikkelden ze de 'afleidingsboxen' om patiënten te helpen hun zinnen te verzetten.

Face to face

Bij de psychologische begeleiding kozen we voor face to face contact. Het menselijk contact en de nabijheid bleken heel waardevol. Tijdens de gesprekken kwamen verschillende thema's aan bod: de angst om het ziekenhuis niet meer te verlaten of te sterven, angst om geliefden niet meer te zien, angst om anderen te besmetten, verlies van lichamelijk functioneren ... Maar daarnaast kwamen in de gesprekken ook gevoelens van blijdschap en dankbaarheid aan bod als iemand zich beter voelde of de afdeling intensieve zorg had mogen verlaten, als familieleden gezond bleven ... We contacteerden ook verschillende familieleden van overleden patiënten telefonisch om hen te ondersteunen in hun rouwproces.

Zinnen verzetten

Naast de psychologische ondersteuning steeadden we extra aandacht aan afleiding en enige mate van ontspanning. De meeste patiënten hadden een gsm, laptop of tv ter beschikking en er waren enkele tablets vanuit het ziekenhuis beschikbaar, maar we wilden het breder aanpakken. Samen met de ergotherapeuten ontwikkelden we afleidingsboxen die op de cohorteafdelingen werden verdeeld. De boxen bevatten boeken, tijdschriften, kruiswoordraadsels, wol ... Dit materiaal verzamelden we intern in het ziekenhuis. Heel wat medewerkers brachten deze spullen mee van thuis. Daarnaast schonk boekhandel De Kaft honderd boeken. Wij deden wekelijks een ronde om materiaal aan te bieden. We zagen dat de voorkeur

bij personen die een levensbedreigende situatie hebben meegemaakt, hoewel niet iedereen dit op dezelfde manier beleeft. Deze klachten verdwijnen doorgaans vanzelf. Lees hier meer over in onze brochure 'Mentaal herstel na COVID-19' (www.azstlucas.be).

We volgen de patiënten ook na hun ontslag nog op. We bellen hen op om te screenen op mentale problemen en bieden een ambulant opvolgingsgesprek aan of verwijzen door naar professionele hulp indien nodig. We merken dat signalen van mentale klachten vaak door verschillende disciplines gedetecteerd kunnen worden en zijn dan ook altijd bereid tot multidisciplinair overleg met huisartsen, specialisten, kinesitherapeuten ... om gepaste ondersteuning te voorzien voor de patiënt. We hebben alleszins veel geleerd uit de voorbije maanden en vertalen deze ervaringen zo efficiënt mogelijk naar nog betere zorg.

Tania Coppens, psycholoog

Stephanie Vande Ginste, psycholoog



Tania Coppens



Stephanie Vande Ginste

Opvolgen en begeleiden

Na het ontslag uit het ziekenhuis volgt voor de patiënt nog een herstelperiode thuis, zowel lichamelijk als mentaal. Vaak dringt de ernst van de situatie pas goed door als de patiënt weer thuis is. Hij kan last krijgen van mentale klachten, zoals mentale vermoeidheid, slaapproblemen, angst, somberheid of moeite om zich te concentreren. Dit zijn normale reacties



De ergotherapeuten en psychologen zorgden in eenzame coronatijden voor wat welgekomen afleiding bij de COVID-patiënten.

Wetenschappelijke studies: waar wetenschap en patiënt elkaar vinden

Tijdens de eerste golf van de pandemie werd snel duidelijk dat er nood was aan wetenschappelijk onderzoek om de schade die het COVID-19-virus kan veroorzaken, in te dijken. Met financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werden een aantal wetenschappelijke studies op poten gezet. AZ Sint-Lucas neemt deel aan drie studies.

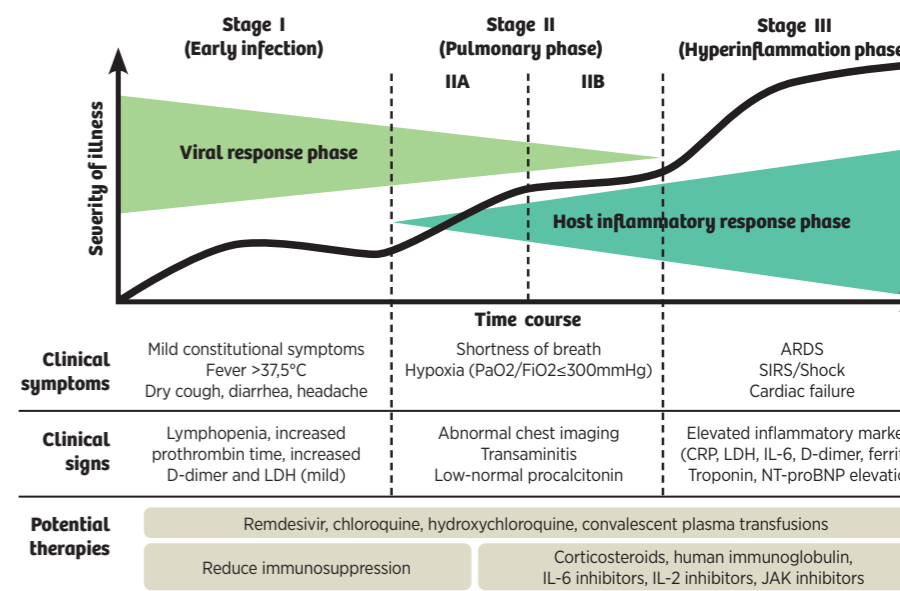
De pathogenese van het COVID-19-virus is een erg complex proces en wordt mooi weergegeven in de figuur hiernaast.

Na besmetting volgt er eerst een virale fase met symptomen van koorts, spierpijn, hoofdpijn: de typische griepsymptomen. Daarop volgt bij sommigen een pulmonale fase waarbij er hypoxemie optreedt om dan bij enkele patiënten uiteindelijk over te gaan in de hyperinflammatoire fase, ook wel eens de 'cytokinstorm' genoemd. Het is deze 'cytokinstorm' die verantwoordelijk wordt geacht voor de voornaamste mortaliteit van de COVID-19-infectie ten gevolge van multi-organafalen. De sleutelfactoren in de pathogenese zijn een abnormale immunrespons en directe beschadiging van immuuncellen door de infectie.

Behandeling

Tot op heden zijn er te weinig prospectieve gerandomiseerde data beschikbaar die de behandeling van een COVID-19-infectie in al zijn complexiteit ondersteunen. Er was en is nog steeds heel veel discussie over het inzetten van hydroxychloroquine als antiviraal middel vroeg in de ziekte. Hoewel tijdens de eerste golf veel wetenschappers beweerden dat corticoiden strikt afgeraden waren bij de behandeling, blijkt ondertussen het tegendeel waar. Via een gerandomiseerde studie (RECOVERY) krijgen we hoopvolle signalen over de toediening van dexamethason in de hyperinflammatoire fase. Het blijkt een gunstig effect te hebben op de mortaliteit.

Om meerdere redenen vinden we deelname aan wetenschappelijke studies interessant: vooreerst is er natuurlijk de wetenschappelijke



Bron: COVID-19 Illness in Native and Immunosuppressed States: A Clinical-Therapeutic Staging Proposal, Hasan K. Siddiqi, MD, MSCRI and Mandeep R. Mehra, MD, MSCl

uitdaging. Daarnaast kan dit aanbod ook een voordeel betekenen voor de individuele patiënt. Ons ziekenhuis beschikt bovendien over een studiecentrum met een ruime ervaring in de begeleiding van studies. We hebben een selectie gemaakt van studies waar we wetenschappelijk in geloven en waarbij de patiënten maximaal gerekruteerd kunnen worden.

- Met onze netwerkpartners uit UZ Gent zijn we ingestapt in de **COV-AID-studie** waarbij anti-interleukine-1, anti-interleukine-6 of anti-interleukine-6-receptor blokkers of een combinatie worden toegediend in de hyperinflammatoire fase van de ziekte.
- In de **ZILU-COV-studie** wordt gebruik gemaakt van de complement-5-blokker om de cytokinstorm te temperen.

- UZ Leuven stelde ons voor deel te nemen aan een studie waarbij **convalescent plasma** wordt toegediend aan besmette patiënten. Het plasma van genezen patiënten bevat antistoffen die het immuunsysteem kunnen helpen om de ziekte te bestrijden. We willen testen of het geven van antistoffen uit plasma van genezen patiënten in een vroeg stadium een positieve invloed heeft op de ernst van de ziekte en of beademing op intensieve zorgen zo kan voorkomen worden.

Door deelname aan deze wetenschappelijke studies hopen we de patiënten nu, maar zeker ook in de toekomst een gerichte behandeling te kunnen bieden die gebaseerd is op 'evidence'.

Dr. Elke Govaerts, longarts

Revalidatie tijdens en na COVID-19

AZ Sint-Lucas zag vrij snel het belang in van het vroegtijdig starten met fysiotherapie bij COVID-patiënten. Via een gestructureerde aanpak worden patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis intensief fysiotherapeutisch begeleid: op intensieve zorgen, op de acute afdeling en op de revalidatieafdeling. Bij ontslag krijgen deze patiënten een ambulante programma aangeboden.

De medische gevolgen van COVID-19 en de ernst ervan zijn zeer uiteenlopend. Ze omhelzen niet alleen respiratoire problemen zoals hoest, desaturatie en dyspnoe in rust en bij inspanning, maar ook postvirale asthenie, spierzwakte (bv. ICU acquired weakness), emotionele en psychologische ontreddeering, post intensive care syndroom (PICS) en post COVID-syndroom. Fysiotherapie vormt een essentieel onderdeel van de behandeling met aandacht voor de ondersteuning van de ademhaling, het verbeteren van de conditie en het verminderen van angst. Fysiotherapie helpt complicaties en restletsels tot een minimum te beperken.

Intensieve zorg

Op intensieve zorg worden de behandelmogelijkheden in belangrijke mate beïnvloed door de houding van de patiënt tijdens de beademing (ruglig-buiklig). De graad van sedatie bepaalt het type oefeningen dat de patiënt ten goede komt. Op ventilatoir niveau is er aandacht voor sputummobilisatie en inspiratoire-expiratoire ademspierkracht. COVID-19 wordt gekenmerkt door een snelle fibrosering van de longen, waardoor inspiratoire oefentherapie onmisbaar is. Om de spierkracht te bevorderen, worden geassisteerde oefeningen en oefeningen met/zonder weerstand gestart.

Acute afdeling

Bij het revalidatieprogramma op de acute afdelingen staan respiratoire kinesitherapie en vroegtijdige aanpak van deconditionering centraal. Comorbiditeiten verdienen evenzeer de aandacht. De kinesitherapeuten houden rekening met de specifieke medische indicaties. Zij dragen ook bij tot de educatie van de patiënt, met name het dragen van een mondkap, handontsmetting en nies- en hoestetiquette.

Revalidatieafdelingen (SP cardiopulmonair)

Patiënten die op de SP-dienst terechtkomen, hebben al een heel traject achter de rug en zijn opvallend gemotiveerd. In de oefenzaal hebben de meesten voor het eerst weer sociaal contact met therapeuten en lotgenoten na een langdurige, noodgedwongen isolatie. Naast de gebruikelijke revalidatie focussen de kinesitherapeuten nu op volumerekruterende technieken. Patiënten hebben weinig sputumevacuerende technieken nodig. Er is ook aandacht voor de behandeling van individuele behoeften bij critical care polyneuropathie/myopathie, perifere zenuwletsels en andere. Slik- en stemproblemen na langdurige intubatie/beademing worden door een intensieve multidisciplinaire samenwerking tussen kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist en psycholoog opgevolgd. Op de SP-dienst staan het herwinnen van de zelfredzaamheid en het opdrijven van de inspanningscapaciteit centraal, zodat de patiënt terug kan naar de vertrouwde omgeving.

Ambulante revalidatie

Heel wat patiënten kunnen vrij snel ontslagen worden uit het ziekenhuis. Dit belet niet dat hun fysiek, mentaal en/of cognitief functioneren aangetast blijft. AZ Sint-Lucas stelde daarom het revalidatieprogramma na COVID-19 (genaamd REVIDA) samen, waarbij patiënten worden begeleid in de opbouw van hun fysieke activiteiten zodat ze hun job, sport en hobby kunnen herstarten. Gedurende 12 weken komen patiënten twee keer per week in het ziekenhuis trainen. Hierbij is er aandacht voor de cardiovasculaire basisprincipes, high intensity interval training en spierversterkende oefeningen. Via fitheidstesten, gebaseerd op zuurstofsaturatie- en hartfrequentiemeting, wordt per patiënt een gegradeerde en rustige opbouw van trainingsintensiteit opgesteld.

Uitdagingen

De strenge veiligheidsmaatregelen maakten er het werk voor de kinesitherapeuten niet makkelijker op. Respiratoire kinesitherapie is een aërosolproducerende en dus risicovolle behandeling. Social distancing is veelal onmogelijk. Vooral in het begin zorgden deze nieuwe omstandigheden voor een extra uitdaging. Naarmate er meer data bekend gemaakt worden over de impact, het verloop en de uitkomsten van COVID-19, zal de revalidatie van de patiënten steeds beter kunnen verrijkt worden.

*Kinesisten Pieter Van Ceunbroeck, Jana Joos, Sara Daems, Audrey Vlerick en Sarah Soenen
Dr. André Verstraeten, Longarts.*

