

zoLarium

SPECIALE EDITIE Jaargang 18 nr. 76 • 2020

IN HET OOG VAN DE CORONASTORM

"LIMBURG WAS HET
EPICENTRUM VAN DE
BESMETTINGEN."

"WE HEBBEN HET
ZIEKENHUIS OPNIEUW
MOETEN UITVINDEN."

"WE WISTEN DAT WE
ZIEK KONDEN WORDEN
OF ZELFS OVERLIJDEN."

KRC-VOETBALLERS APPLAUDISSEN VOOR ZORGVERLENERS ZOL





Ook de spelers van KRC Genk dragen de Helden van het ZOL een warm hart toe. Ze trokken naar het ziekenhuis om er de medewerkers een hart onder de riem te steken.

De spelers goochelden met voetballen zodat de ZOL-medewerkers en -patiënten heel even hun zinnen konden verzetten. Ten slotte gaven de spelers hun helden van het ZOL een welverdiend applaus. Een klein gebaar dat zichtbaar veel deugd deed.

Michelle Ocampo, verpleegkundige op afdeling K25: "We hebben het bezoek van KRC van achter het raam op onze COVID-19-afdeling kunnen volgen. We vonden het súper dat de spelers ons kwamen verrassen. Het gaf ons een boost om door te zetten en het virus met al onze kracht te blijven bestrijden."

Bryan Heynen (KRC Genk): "Voor een keer zijn de rollen omgedraaid. Nu zijn wij de fans. Onder de zorgverleners hier in het ZOL zitten ongetwijfeld mensen die ons een heel seizoen steunen. Nu is het onze beurt om te tonen dat zij ook op onze steun kunnen rekenen." ■

Edito

Nu al kunnen we stellen dat 2020 een jaar is dat we niet snel zullen vergeten! We zagen begin maart in de media de verschrikkelijke taferelen als gevolg van COVID-19-virusbesmettingen in ziekenhuizen in China en Noord-Italië. Al heel snel wisten we dat ook wij niet gespaard zouden blijven en dat de pandemie zich ook bij ons zou verspreiden.

In een mum van tijd werd ons ziekenhuis omgebouwd tot een COVID-19-ziekenhuis met een noodhospitaal op Spoed, aangepaste hospitalisatie-afdelingen en een grote uitbreiding van de intensieve bedden op de OK-recovery. Alle medewerkers en zorgverleners zetten zich met man en macht in om de toestroom aan zieke mensen goed op te vangen. Om er voor te zorgen dat onze zorgverleners en artsen in de frontlinie op een veilige manier konden werken, werd ruim ingezet op persoonlijke beschermingsmiddelen, handhygiëne en social distancing.

Het was indrukwekkend om te zien hoe snel een grote solidariteit zich op de werkvloer ontwikkelde. Artsen, verpleegkundigen, paramedici en medewerkers van de ondersteunende diensten gaven het beste van zichzelf en hielpen elkaar waar nodig. Hartverwarmend was ook hoe velen van buitenaf onze medewerkers overlaadden met maaltijden en ander lekkers dat ze naar het ziekenhuis brachten om hun respect te betuigen.

Vanaf het begin van de crisis werd er een vlotte samenwerking opgezet met de triagecentra van de eerste lijn. Tevens werden kritieke COVID-19-patiënten getransfereerd binnen ons eigen ziekenhuisnetwerk en de ons omliggende netwerken om kwaliteit van zorg te kunnen aanbieden aan alle patiënten. Daarnaast werd er materiële en verpleegkundige hulp en kennis aangeboden aan woonzorgcentra en zorginstellingen uit de regio.

Om de patiëntenzorg met betrekking tot COVID-19 te verbeteren en hier een waardevolle bijdrage te leveren gezien veel onbekend was en nog steeds is, zetten onze betrokken artsen zich ook in om klinisch onderzoek te doen en deel te nemen aan studies over deze nieuwe ziekte.

Ik wil iedereen bedanken voor de grote inzet en het engagement tijdens de afgelopen periode. Ik ben heel erg trots op onze artsen, verpleegkundigen en paramedici voor de uitstekende zorg die ze geboden hebben.

Tot slot wil ik mijn deelneming betuigen aan de families die dierbaren en vrienden verloren zijn. COVID-19 heeft een zware tol geëist.

Ik wens iedereen nog een zinvolle reflectie toe op hetgeen we tijdens het hectische voorjaar 2020 meegemaakt hebben. In dit nummer van ZOLarium blikken we terug op onze ervaringen van de afgelopen maanden.

Ik wil iedereen nog een veilige en welverdiende vakantie toewensen.

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

“

Het was zeer indrukwekkend om te zien hoe snel een grote solidariteit zich op de werkvloer ontwikkelde.



Inhoud

- 14** **Niemand was voorbereid op een COVID-19-pandemie**
De uitdagingen zijn groot en ongezien
- 18** **De dienst Spoedgevallen stond in de frontlinie**
Al snel werd alles verbouwd met twee flows en een noodhospitaal
- 26** **Bedden op Intensieve Zorgen sterk uitgebreid**
Extra verpleegkundigen opgeleid om patiëntenstroom op te vangen
- 28** **Longarts heeft coördinerende rol**
Maar ook andere organen dan de longen en het immuunsysteem kunnen aangetast zijn
- 33** **Infectie preventiemaatregelen worden verstrengd**
Veiligheid patiënten, zorgverleners en andere medewerkers primordiaal
- 36** **Internist-geriaters sterk betrokken in COVID-19-verhaal**
Ouderen hebben baat bij expertise van multidisciplinair team
- 42** **Revalidatiecentrum vangt patiënten van Intensieve Zorgen op**
Spierzwakte en verlamningsverschijnselen zijn belangrijkste problemen



22



18



12



34



We zien patiënten
die van nul af aan
alles opnieuw
moeten opbouwen.
Het is bemoedigend
om ze elke dag
vooruit te zien gaan.
Respect! ”

A portrait of a woman with short brown hair and glasses, wearing a white textured cardigan over a yellow floral dress and a gold chain necklace. She is holding a black smartphone in her hands. The background is blurred, showing an indoor setting with other people.

**“LIMBURG WAS HET
EPICENTRUM VAN
DE BESMETTINGEN”**

Griet Vander Velpen, medisch directeur

Voor de uitwerking en opvolging van het COVID-19-ziekenhuisnoodplan werd een coördinatiecel opgericht met een afvaardiging uit alle geledingen van het ziekenhuis. We hebben uiteraard wel een up-to-date rampenplan maar deze situatie was zo specifiek dat we alles opnieuw moesten uitvinden. Er was geen leidraad en de grote onduidelijkheid over de omvang die de pandemie zou gaan aannemen, was het moeilijkste, aldus medisch directeur dr. Griet Vander Velpen.

Waar zijn jullie mee gestart?
Dr. Griet Vander Velpen: "In het begin hebben we onder andere veel aandacht besteed aan persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) die we ter beschikking moesten hebben voor onze artsen en medewerkers: hoe PBM's vastkrijgen, wie moest wat aandoen en waar? We hebben gezocht naar middelen en maatregelen om onze mensen zo goed mogelijk te beschermen en zijn hier echt wel ver in gegaan, gelukkig ook met een heel goede outcome want er waren heel weinig besmettingen bij onze medewerkers."

Het ZOL heeft ook een eigen screeningsbeleid uitgewerkt omdat de richtlijnen van de overheid niet eenduidig waren?

"Het screeningsbeleid, waarin ziekenhuishygiëne een belangrijke rol gespeeld heeft, is één van de belangrijke topics waar we ons op toegelegd hebben en waarbij we alle factoren telkens opnieuw naast elkaar moesten leggen om tot een goede strategie te komen. Bovendien waren er in de beginfase niet genoeg SWAB-testen beschikbaar om iedereen te testen."

"Na de acute fase, hebben we een screeningsbeleid uitgewerkt voor de heropstartfase van de reguliere activiteit. Iedereen testen, vonden we niet zinvol en daarom hebben we een vragenlijst opgesteld die patiënten moeten beantwoorden via een sms op hun smartphone, enkele dagen voor ze naar het ziekenhuis komen. Op basis van hun resultaat krijgen patiënten een groen, een geel of een oranje label. Wie een oranje label heeft, wordt eerst naar de drive-in gestuurd voor een SWAB-test. Het resultaat

hiervan wordt automatisch opgeslagen in het patiëntendossier."

"Met de vragenlijst hebben we geprobeerd een triage van COVID-19-positieve en -negatieve patiënten door te voeren en kunnen we de vinger aan de pols te houden. Als we zien dat het aantal oranje en rode labels opnieuw stijgt en dus het aantal besmettingen toeneemt, weten we heel snel dat we opnieuw moeten schakelen."

“

Het was een grote hulp dat de cardiologen, endocrinologen, nefrologen en gastro-enterologen de pneumologen zijn komen helpen op de COVID-19-afdelingen. De solidariteit was zeer groot.



“

In een mum van tijd werd ons ziekenhuis omgebouwd tot een COVID-19-ziekenhuis.

Hoe hebben jullie de omvorming naar een COVID-19-ziekenhuis aangepakt?

"Andere moeilijkheid was inderdaad de opschaling van het aantal bedden op de hospitalisatieafdelingen en Intensieve Zorgen voor COVID-19-positieve patiënten en de daarmee gepaard gaande personeelsverschuivingen en noodzakelijke opleidingen. Ook dit moest dagelijks opgevolgd worden door de coördinatrice, afhankelijk van de patiëntenstromen."

"We zijn vanaf het begin gestart met het verbouwen van hospitalisatie-afdelingen om deze van sassen te voorzien. We hebben ons zeer snel klaargestoomd voor de opvang van grote patiëntenstromen. Progressief hebben we de verschillende COVID-19-afdelingen geopend."

"In het begin werden jongere en oudere patiënten gezamenlijk op de COVID-19-afdelingen opgenomen, waarbij de pneumologen en de gerieters samen de patiënten opvolgden. Daarna hebben we beslist om

de ouderen apart te leggen omwille van hun specifieke profiel en de hiermee gepaard gaande multidisciplinaire noden."

"Het was ook een grote hulp dat de cardiologen, de endocrinologen, nefrologen en gastro-enterologen de pneumologen zijn komen helpen op de COVID-19-afdelingen. De solidariteit was zeer groot."

"Het uitwerken van het opvangbeleid voor COVID-19-patiënten, de dubbele stromen die we hebben moeten ontwikkelen en de infrastructurele verbouwingen hebben toch wel wat voeten in de aarde gehad. Ik wil hierbij benadrukken dat iedereen heel erg meedacht en heel flexibel was. Daarbij heeft de ervaring met onze JCI-accreditatie ons zeker geholpen om zeer snel te kunnen schakelen."

De onduidelijkheid over waar de pandemie naar toe ging en de regels die ze daardoor moesten volgen, bleek voor veel mensen moeilijk. Was dit ook zo in het ziekenhuis?

"Ook voor ons was het erg moeilijk dat we



“

Iedereen testen op COVID-19 vonden we niet zinvol en daarom hebben we een vragenlijst opgesteld die patiënten moeten beantwoorden via een sms op hun smartphone, enkele dagen voor ze naar het ziekenhuis komen.

Dr. Griet Vander Velpen,
medisch directeur

niet concreet wisten waarop we voorbereid moesten zijn. Op 2 april behaalden we uiteindelijk met 130 opgenomen COVID-19-patiënten, waarvan 38 op Intensieve Zorgen, een hoogtepunt. Maar op dat moment had dit cijfer even goed verder kunnen oplopen, daar hadden we toen nog geen zicht op."

"Komt daarbij dat we intensief samengewerkt hebben met onze netwerkziekenhuizen Ziekenhuis Maas en Kempen en het Mariaziekenhuis en ook patiënten van de ons omliggende ziekenhuizen hebben overgenomen. Zelf hebben wij twee patiënten naar Oost-Vlaanderen moeten overbrengen op een moment dat we door het hoge aantal patiënten op Intensieve Zorgen niet meer de vereiste kwalitatieve zorg konden bieden."

De Limburgse ziekenhuizen zijn inderdaad heel zwaar belast door het hoge aantal besmettingen in de provincie.

"Limburg was een beetje het epicentrum van de besmettingen, het Noord-Italië van België. We zijn heel erg overspoeld. Dat heeft

ook de nasleep moeilijk gemaakt om in de omgekeerde richting opnieuw op te starten. Wanneer de reguliere activiteit opnieuw kon beginnen, stonden veel van onze zorgverleners nog op de COVID-19-afdelingen. De puzzel van de heropstart leggen, was daarom geen sinecure."

Hoe konden jullie alle neuzen in dezelfde richting houden in het ziekenhuis?

"We hebben zeer sterk ingezet op communicatie. Om snel alle artsen, zorgverleners en andere medewerkers te bereiken, hebben we 'corona-alerts' in het leven geroepen, korte nieuwsflashes die voor iedereen beschikbaar waren."

"Ikzelf heb ook zeer veel afgestemd met de artsen. Met de geneesheer-coördinatoren zaten we verschillende keren per week samen zodat ze konden meedenken over allerlei beleidsvraagstukken en problemen met betrekking tot de COVID-19-diagnostiek, het organiseren van de flows op Spoed, het screeningsbeleid enz."

Door de inzet en flexibiliteit van onze artsen, verpleegkundigen, paramedici en alle andere medewerkers en de onderlinge solidariteit hebben we uitmuntende zorg kunnen leveren voor onze COVID-19-patiënten en daar ben ik erg trots op." ■

“WE MOETEN ONS MEER ACTIEF VOORBEREIDEN OP HET ONVERWACHTE”

Erwin Bormans, algemeen directeur



De COVID-19-pandemie was een verrassing waar niemand echt op voorbereid was. "We hebben uiteraard wel verschillende noodplannen en een structuur om met noodsituaties om te gaan die als basis heeft gediend om deze crisis aan te pakken. Het ZOL moest zichzelf als ziekenhuis opnieuw uitvinden. Welke impact heeft dit op de werking en de toekomst? De uitdagingen zijn groot en ongezien", zegt algemeen directeur Erwin Bormans.

Het ZOL heeft in 2019 de JCI-accreditatie behaald. Heeft dit geholpen bij het opvangen van de pandemie?

Erwin Bormans, algemeen directeur: "Gestandardiseerd werken, procedures herkennen en ze snel in de organisatie implementeren: dat hebben we van JCI inderdaad wel geleerd. Hoewel een crisis een ander proces vraagt, konden we snel schakelen en ons aanpassen aan de nieuwe realiteit. Ook de maximale inzet op ziekenhuishygiëne die JCI van ons vroeg, kwam ons in deze crisis zeer goed van pas."

"Maar toch, als ziekenhuis zou ik liever twee accreditaties doorlopen dan opnieuw zo'n crisis mee te maken. Toen dachten we dat het zwaar was maar we kenden de normen en wisten wat van ons verwacht werd. Een crisis daarentegen brengt je naar een andere dimensie met oneindig veel onzekerheidsfactoren."

"We hebben als ziekenhuis uiteraard wel noodplannen maar we hebben nog heel veel moeten sturen op het moment zelf. Gelukkig hebben we door de snelheid waarmee onze overheid gereageerd heeft, toch enkele dagen gehad om ons voor te bereiden. Andere landen in eenzelfde situatie hadden dat voordeel niet."

Heeft de pandemie een hypotheek gezet op de toekomst van het ZOL? Heeft u al duidelijkheid over de financiering van de crisis door de overheid?

"De overheid heeft de ziekenhuizen een voorschot uitgekeerd om hun liquiditeit niet in het gedrang te brengen maar hoeveel we uiteindelijk zullen krijgen en hoe dit op

het einde verrekend zal worden, weten we nog niet."

"De overheid werkt momenteel een alternatief uit voor de activiteitenfinanciering. 2020 is wat dit betreft een heel onzeker jaar. De financiering die wordt toegekend in twaalfden bleef tijdens de lockdown light doorlopen, maar de variabele financiering die via de prestaties en de activiteiten komt, is grotendeels weggefallen in maart, april en deels in mei. Ook vanaf het moment van de heropstart blijven de extra hygiëne- en veiligheidsmaatregelen toch een hypotheek leggen op de prestatie en extra kosten veroorzaken. Denk maar aan de volledige screeningsflow en toegangscontrole tot de campussen van ons ziekenhuis."

“

Meer en meer komt het besef dat de exit niet betekent dat we onze gewoonten van vroeger opnieuw kunnen opnemen.



"De kosten blijven dus bestaan en zijn zelfs groter, maar de omzet wordt kleiner waardoor uiteindelijk onze marge kleiner wordt. Het is op dit ogenblik heel moeilijk om de balans te maken en nu al te bepalen wat de meerkost van de COVID-19-pandemie geweest is."

“

De toekomst van de hele wereld hangt af van de wetenschap, dat is nooit gezien.

Hoe gaan jullie hiermee om als ziekenhuis?

"Vaak was men kritisch en vroeg men zich af waarom een ziekenhuis een positief resultaat moet maken. Wel, het is om crisistijden als deze zonder kleerscheuren door te komen. We gedragen ons nog steeds als een goede huisvader maar omdat we in het verleden voldoende reserves opgebouwd hebben, konden we nu bijvoorbeeld zonder problemen inzetten op de veiligheid van onze patiënten, medewerkers en artsen door voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen aan te kopen. Door de grote vraag en het tekort op de markt was de prijs hiervan sterk gestegen."

Hoe kunnen we ons als ziekenhuis voorbereiden op een dergelijke pandemie? Wat moet er veranderen?

"Pandemieën zijn nieuw in onze westerse maatschappij, wij zijn hier niet op voorbereid. Wij zetten mensen bijvoorbeeld zo dicht mogelijk bij elkaar om plaats te besparen, niet op een afstand. Bekijk hoe vliegtuigen ingericht zijn, hoe onze bedrijven werken en

hoeveel mensen er samentroepen in onze winkelstraten."

"Ook in het ziekenhuis zijn we hier niet klaar voor: onze vergaderzalen zijn niet voorzien op social distancing, we hospitaliseren twee patiënten op één kamer en de wachtzalen voor onze raadplegingen zitten normaal gezien vol."

"Dit is nu niet meer toegestaan en daarom een grote uitdaging. Het heropstarten van de reguliere activiteiten was moeilijker dan het stilleggen ervan. Nu moeten we immers verschillende patiëntenstromen combineren en tegelijk voorbereid zijn op een eventuele nieuwe piek. Daarnaast willen we ook naar de toekomst kijken en onze beleidsplannen verder realiseren. De uitdagingen zijn dus groot en ongezien. Ook bedrijven maken dit mee, we starten opnieuw in een totaal andere wereld. Meer en meer komt het besef dat de exit niet betekent dat we onze gewoonten van vroeger opnieuw kunnen opnemen."

“

Vaak was men kritisch en vroeg men zich af waarom een ziekenhuis een positief resultaat moet maken. Wel, het is om crisistijden als deze zonder kleerscheuren door te komen.

Erwin Bormans,
algemeen directeur

"Toch kunnen we eind juni al terugblikken op een vlotte heropstart van de werking en vinden de patiënten weer de weg naar het ziekenhuis. We zijn hier zeer tevreden over, vooral omdat we ons zorgen maakten dat mensen met ernstige aandoeningen niet tijdig naar het ziekenhuis zouden komen. Normaal kan je de situatie nog niet noemen. We vrezen dat deze aangepaste werking zal aanhouden tot er een vaccin voor COVID-19 zal zijn. De toekomst van de hele wereld hangt af van de wetenschap, dat is nooit gezien."

Welke besluiten trekt u uit de recente ervaringen?

"We komen meer en meer tot het inzicht dat iedereen hoe dan ook afhankelijk is van de gezondheidszorg, terwijl we vroeger beschouwd werden als de eerder softe sector. Ik hoop dat dit besef blijft hangen en consequenties heeft naar de middelen die men in de gezondheidszorg wil investeren."

"Daarnaast moeten we ons meer actief voorbereiden op het onverwachte. Er zijn

nog pandemieën geweest maar in een geglobaliseerde wereld kan een virus zich vliegensvlug verspreiden. Vroeger zou de verspreiding veel lokaler geweest zijn."

"Als je bekijkt dat de voorraad mondklappers waarover de overheid beschikte, vernietigd is omdat men ruimte nodig had, dan is dit momenteel niet te begrijpen. Maar in de tijdsgeest van toen was die beslissing misschien niet zo dom. Blijven investeren in de gezondheidszorg is noodzakelijk, zo blijkt nu. Gezondheidszorg is een sociale kost. Als men dit niet inziet, zal de maatschappij uiteindelijk de gevolgen dragen."

Hoe werd de crisis en de aanpak ervan ervaren door artsen en medewerkers?

"De afgelopen maanden zijn we er in geslaagd om onze artsen en medewerkers een goede bescherming te bieden, onze interne bevraging toonde aan dat men dit op de werkvloer ook zo ervaren heeft."

"We hebben dat zelfs wetenschappelijk kunnen staven met de studie van dr. apr. Deborah Steensels en dr. Line Heylen waardoor we al heel snel serologische tests hebben kunnen aanbieden aan alle medewerkers en artsen. Zo weet elke medewerker of hij/zij COVID-19 heeft doorgemaakt en hebben we ook zicht op de algemene besmettingsgraad in het ZOL die met 6,4% namelijk veel lager ligt dan bij de zorgmedewerkers in andere zwaar getroffen gebieden in de wereld. Het artikel werd intussen gepubliceerd in het vermaard tijdschrift Journal of the American Medical Association (JAMA)". ■





**HELDEN
VAN HET
ZOL**

♥



“WE WISTEN DAT WE ZIEK KONDEN WORDEN EN MISSCHIEN ZELFS OVERLIJDEN”

Prof. dr. Pascal Vanelderen,
Spoed

De dienst Spoedgevallen heeft in crisissituaties een cruciale rol voor de opvang en triage van slachtoffers en patiënten. In zeer korte tijd werd de dienst omgebouwd tot een efficiënte post met twee flows en een noodhospitaal.

Jullie stonden als dienst Spoedgevallen helemaal in de frontlinie. Waren jullie op deze pandemie voorbereid?

Prof. dr. Pascal Vanelderen: "Door de ernstige taferelen die we zagen in China en Italië wisten we al snel wat er zat aan te komen. We beseften dat we zouden getroffen worden, maar de grote omvang van deze pandemie had niemand vooraf kunnen inschatten. Uiteindelijk hebben ook wij een vergelijkbare crisis meegemaakt als Italië of Frankrijk. Zeker in Limburg, de zwaarst getroffen regio in België."

"We waren zeer goed voorbereid. Onze bedden capaciteit op Spoed was snel uitgebreid en we hadden een mooi opschalingsplan in geval dit niet zou volstaan. Het is uiteindelijk heel erg druk geweest maar we hebben steeds ons hoofd boven water kunnen houden."

"Dit mede door de goede ondersteuning van de staf van het operatiekwartier waardoor we steeds over voldoende artsen beschikten. En de samenwerking met Intensieve Zorgen (IZ) waardoor we kritieke patiënten heel vlot konden doorschuiven. Hiermee is opnieuw bewezen dat ons organisatie model om alle kritieke diensten in één groep samen te brengen goed werkt, ook tijdens crisissituaties." "Ook met management en directie kon kort op de bal gespeeld worden. Belangrijk ook hier was de snelle 'upscaling' van verpleegkundigen omdat we met twee strikt gescheiden flows werkten die we uiteraard omwille van de infectieuze pathologie niet konden mengen zoals we in reguliere periodes doen."

De opvang van patiënten was tijdens de pandemie een voorbeeld van samenwerking voor alle diensten in het ziekenhuis. Hebben jullie dit ook zo ervaren?

"Met de diensten Pneumologie en Geriatrie werden vlotte afspraken gemaakt om patiënten vanuit de respiratoire COVID-19 flow vlot naar de afdelingen te kunnen laten doorgaan. We hebben ook puik samengewerkt met de dienst Ziekenhuishygiëne om alle veranderingen in het zorglandschap en de gevalsdefinities vanuit Sciensano elke dag door te voeren. De dienst Technische Zaken heeft op 1 dag een noodhospitaal met 18 boxen gebouwd in onze garage met bedden, monitoring en zuurstof. Er was een duidelijke bewegwijzering voor patiënten aan

de buitenkant. En dit zijn maar enkele van de vele belangrijke voorbeelden."

"Deze crisis was een perfecte stresstest voor het systeem op microniveau binnen de kritieke diensten maar ook op macroniveau naar de rest van het ziekenhuis om de samenwerking tussen alle verschillende diensten mooi als tandwielen in elkaar te passen."

Waren jullie vertrouwd met pandemieën van deze ernstgraad?

"Nee, maar we wisten dat het geen influenzapathologie was. We wisten dat artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers ziek konden worden en misschien zelfs overlijden. In Italië hebben een op vier zorgverleners COVID-19 gekregen en er zijn zelfs jonge artsen aan overleden. Qua stress brengt dat toch wel wat met zich mee. Zorgverleners waren ook bang om het virus mee te nemen naar huis en hun familie te besmetten... Maar als we terugblikken, zien we dat ons persoonlijk beschermingsbeleid adequaat was: het aantal overdrachten was zeer beperkt."

"Uiteindelijk hebben we zeer veel samenhorigheid en solidariteit ervaren in het team. Iedereen droeg zijn deel van de last en deed zijn werk. Zonder verlamd te zijn door angst."

Hebben jullie iets geleerd? Wat nemen jullie mee?

"Natuurlijk, je leert altijd. Hier hebben we vooral geleerd hoe we 'mass casualty events' – traumatologische pathologieën in grote aantallen – goed kunnen opvangen door van onze garage een noodhospitaal te maken. Door flows binnen onze Spoed te hanteren die heel snel kunnen geïnstalleerd worden met upscaling, downscaling en isolatie..."

Hoe verliep de samenwerking met de huisartsen?

"We hebben wanneer nodig overlegd met de collega's van de eerste lijn en we konden ook bijsturen als we het idee hadden dat er te veel patiënten rechtstreeks naar Spoed kwamen. Ook vanuit woonzorgcentra. Dit werkte prima!"

Intussen is de crisis voorbij zijn hoogtepunt en is alles wat genormaliseerd?

"We zijn terug naar de reguliere activiteit gegaan. Net zoals we de ladder opgeklommen zijn toen het drukker



We waren zeer goed voorbereid. Onze bedden capaciteit op Spoed was snel uitgebreid en we hadden een mooi opschalingsplan in geval dit niet zou volstaan.





Noodhospitaal Spoed

werd, zijn we nu terug naar beneden aan het gaan. We hebben het werken in twee gescheiden flows - COVID-19 en andere - opgeheven, en we zijn van clusterisolatie naar kamerisolatie gegaan op Spoedgevallen. Ik denk niet op het juiste moment. Het is altijd een beetje koffiedik kijken om het niet te vroeg of niet te laat te doen. Bij te vroeg ga je de werking op Spoed compromitteren omdat er te veel patiënten in kamerisolatie moeten en de doorstroming moeilijk loopt. Als je het te laat doet, heb je een grote verspilling van middelen omdat er in de COVID-19-flow weinig patiënten komen maar er toch artsen en verpleegkundigen paraat staan. Ik denk dat we de juiste afweging gemaakt hebben. Op dit moment werkt de kamerisolatie op Spoed heel erg goed. We zijn nooit in een positie gekomen dat alles vast is komen te zitten."

Probleem dat zich voordeed: mensen met andere dringende klachten durfden niet meer naar Spoed komen, uit angst voor een besmetting?

"Dat klopt. We hebben gezien dat andere klachten zich nog heel weinig aanboden op Spoed tijdens de pandemie. Normaal zien wij ongeveer 3.500 patiënten per maand op Spoed. Tijdens de volle COVID-19-crisis waren er dit nog 2.400 tot 2.600. Dat is toch een daling van 20 tot 25 percent. We zien nu dat het patroon zich opnieuw keert: de COVID-19-pathologie is sterk afgenomen en de reguliere pathologie neemt opnieuw toe."

"Tijdens de COVID-19- periode bleek dat mensen die met niet-COVID-19- klachten naar Spoed kwamen er vaak veel ernstiger aan toe waren. We zagen mensen met een hartinfarct die twee dagen gewacht hadden om hulp te zoeken. Of patiënten die enkele dagen met een hersenbloeding hebben rondgelopen. Maar we hebben geen onverwachte overlijdens gehad op Spoed, als gevolg van COVID-19."

Hebt u zelf veel stress gehad?

"Het is drukker geweest dan anders, maar meer stress heb ik daar niet van gehad. Voor

mij kwamen er veel meer organisatorische taken bij. En ook het multidisciplinaire aspect stond nog meer dan anders op de voorgrond. Er moesten nieuwe samenwerkingsverbanden afgesproken worden, nieuwe flowschema's uitgetekend worden, andere manieren van werken afgesproken worden. Als spoedgevallenarts zijn wij hiervoor getraind."

Zijn jullie klaar voor een eventuele nieuwe piek?

"We waren nu al opmerkelijk goed voorbereid. Twee weken voor de echte hel is losgebarsten, stonden wij er al met een noodziekenhuis. En natuurlijk hebben we de afgelopen maanden veel geleerd waardoor we nog beter voorbereid zullen zijn, mocht er zich een nieuwe pandemie voordoen." ■





“HET ZIEKTEBEELD VIND IK ONGELOFELIJK INTRIGEREND”

Dr. Margot Vander Laenen,
medisch diensthoofd
Intensieve Zorgen

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

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

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

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

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



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

Dr. Margot Vander Laenen

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

Verwevenheid

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

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

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

Ziektebeeld

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



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

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



Intensieve Zorgen

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

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

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

Zuurstof

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

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

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



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

Ethische beslissingen

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

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

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

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

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

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

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

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

Onderzoek

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



De recovery werd omgebouwd tot IZ

Dr. Margot Vander Laenen,
medisch diensthoofd Intensieve Zorgen:

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

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

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

Opvolgtraject

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

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

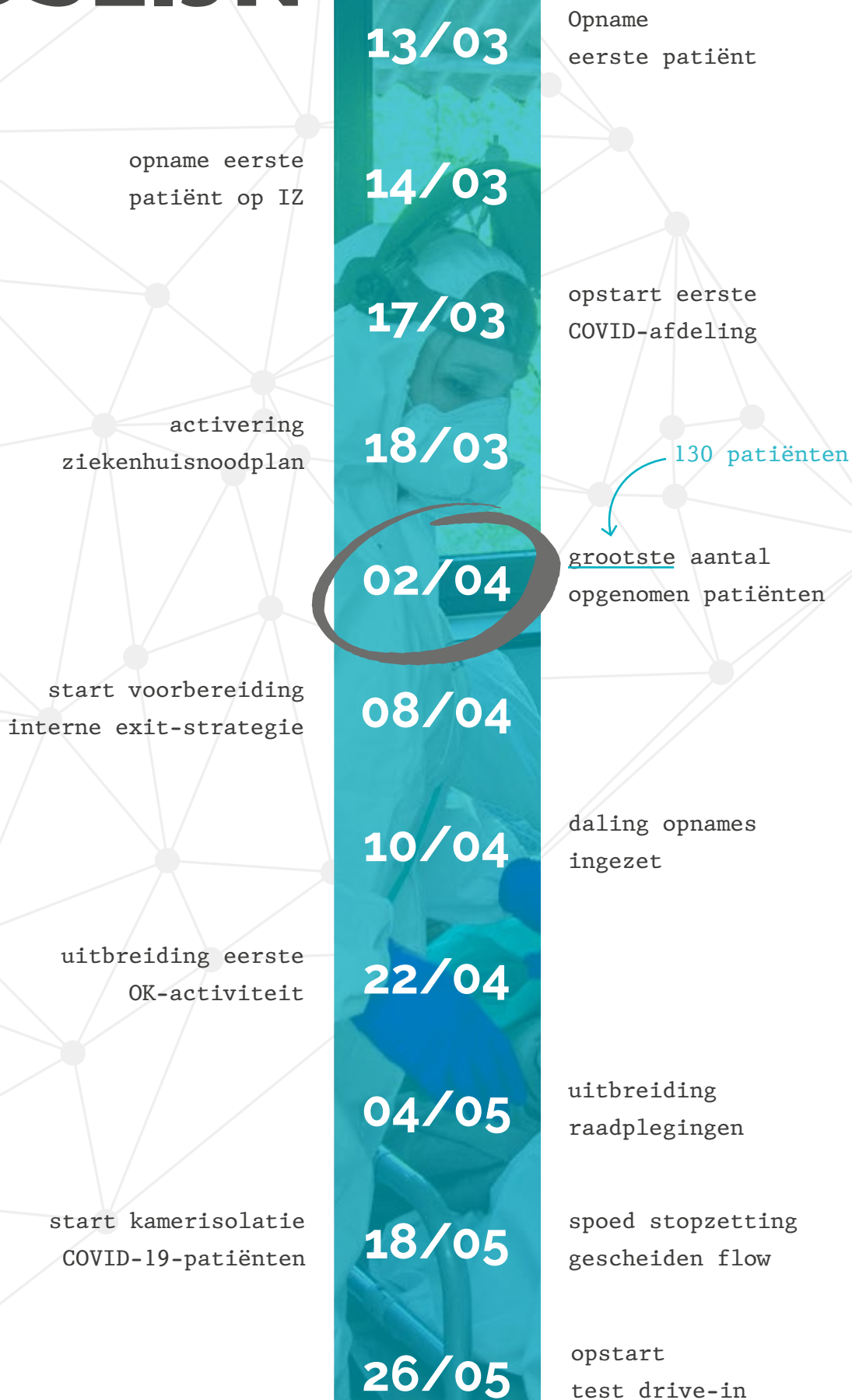
“

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

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

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

TIJDSLIJN

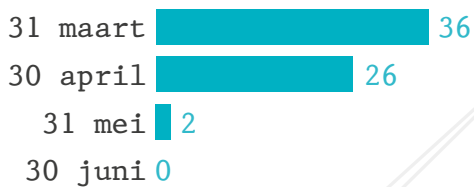


CIJFERS

patiënten in het ziekenhuis



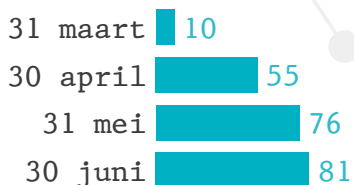
patiënten op IZ



patiënten hebben het ziekenhuis verlaten



overlijdens





**“WE WILLEN VOORAL EEN
POSITIEVE BOODSCHAP
BRENGEN.”**

Prof. dr. Michiel Thomeer
en dr. David Ruttens, Pneumologie

De pneumologen hebben, samen met onder andere de zorgverleners van de Kritieke Diensten, in de frontlinie gestaan bij de opvang van COVID-19-patiënten. Drs. Michiel Thomeer en David Ruttens waren, samen met hun collega's, actief betrokken bij het beleid dat werd gevoerd. "Wij zijn ervan overtuigd dat we door onze 'less is more'-aanpak hebben kunnen voorkomen dat veel patiënten op IZ zijn terechtgekomen."

Wat houdt COVID-19 in?

Prof. dr. Michiel Thomeer en dr. David Ruttens: "Bij COVID-19 hebben we te maken met viruspartikels die in de luchtwegen komen en voor een ontstekingsreactie zorgen. Een ontstekingsproces is moeilijk te behandelen. Er is op dit moment geen goede standaardtherapie en er zijn geen goede antivirale middelen. Als de ontstekingsreactie zich verspreidt over de beide longen komt de patiënt in zuurstofnood en belandt hij in het ergste geval op Intensieve Zorgen (IZ)."

Hoe hebben jullie de behandeling aangepakt? Er waren immers nog geen duidelijke richtlijnen?

"Bij de behandeling van COVID-19 hebben wij vooral voor supportieve therapie gekozen, om het lichaam van de patiënt de tijd te geven om het virus te overwinnen en te klaren. Daarnaast gaven we antibiotica om eventuele bijkomende bacteriële bijbesmetting te voorkomen. We hebben veel belang gehecht aan de mobilisatie en revalidatie van de zieken omdat we weten dat wanneer stukken van een long te lang slecht geventileerd zijn, dit verdere ontsteking en verlittekening geeft."

"We kregen in het begin van de pandemie richtlijnen via allerlei kanalen dat we COVID-19-patiënten snel naar IZ moesten laten gaan, hen beademen en hen op hun buik moesten draaien om de genezing te bewerkstelligen. Samen met de collega's van Intensieve Zorgen waren wij van mening dat we bij velen dit effect ook met kinesitherapie en zuurstoftoediening op een niet-invasieve manier konden bereiken. Uiteindelijk geloven we dat we door onze supportieve en actieve aanpak hebben kunnen voorkomen dat veel patiënten op IZ zijn terechtgekomen."

En dat we daarmee hun vlottere genezing bewerkstelligd hebben."

Was dit een bezorgdheid in het begin? Een nieuw virus: hoe gaan we tewerk, wat is de beste therapie?

"Omdat we niet goed wisten wat op ons afkwam, was goede communicatie en het delen van kennis en samenwerking enorm belangrijk en nodig."

"Vanaf het begin hebben we met een aantal artsen zoals drs. Michiel Thomeer, David Ruttens, Xavier Willaert, Margot Vander Laenen, Tom Fivez, Kim Engelen en Dieter Mesotten alle casussen individueel besproken, steeds opnieuw. We hebben permanent overlegd over onze aanpak. Wat is het beleid op IZ, wat is ons beleid op de afdeling? Wij hebben er ook voor gekozen om op zaal geen hydroxychloroquine te geven. Daar is heel veel om te doen geweest in de media. Onze strategie van 'less is more' bleek een goede aanpak te zijn."

"Daarnaast organiseerden we een dagstart met alle artsen, verantwoordelijk voor de verschillende niet-intensieve opnameafdelingen. Problemen van de dag ervoor werden besproken, verbeteringen overlegd. Een goede communicatie met management en hoofdverpleegkundigen was zo nodig dagelijks, tot meerdere keren per week. De dienst ICT, met Noëlla Pierlet, zorgde voor een dashboard - met data die om de vier uren ververs werden - met een overzicht hoeveel opnames er waren en op welke locatie. Op regelmatige basis was er ook overleg met prof. dr. Vanelderden en dr. Van Boxtael van Spoed, apr. dr. Steensels en dr. Oris van Microbiologie en medisch directeur dr. Vander Velpen."



Dr. David Ruttens en prof. dr. Michiel Thomeer

De artsen, inclusief de nefrologen, cardiologen en endocrinologen, konden beschikken over een vergaderzaal. We noemden deze de 'Situation Room'. Een bord met het overzicht van patiënten die problemen hadden was zichtbaar, met tevens planning en verwachtingen voor de volgende dag. Naast de Situation Room was er een andere vergaderzaal waar zowel divisie- en programmanagers als hoofdverpleegkundigen aanwezig waren. Achteraf zijn we erg trots op deze geoliede machine!

Jullie zijn nu mee ingestapt in verschillende studies, op zoek naar een effectieve therapie?

"Inderdaad, er lopen een aantal studies, waaronder deze gecoördineerd door prof. dr. Dieter Mesotten samen met longarts prof. dr. Bart Lambrecht van het UZ Gent waarbij medicatie met betrekking tot anti-IL1 en anti-IL6 aan een 12-tal patiënten gegeven is. Ook hebben we een eigen studie opgezet – de SCOUT studie – waar we willen kijken of een echo van de longen een meerwaarde kan betekenen in de diagnose van een COVID-19-pneumonie. Ook zijn we in zee gegaan met een studie van prof. dr. Peter Verhamme van UZ Leuven waarbij men de stolling wil moduleren, omdat vermoed

wordt dat deze een belangrijke invloed heeft op de soms fatale ontstekingsreactie. COVID-19-patiënten starten met een griepaal beeld: keelpijn, spierpijn, hoofdpijn, geurverlies, hoge koorts... Meestal zagen we na een week tot 10 dagen dat patiënten ofwel beter werden, ofwel sterk achteruit gingen met hoge zuurstofnood. Wij noemen dit een cytotoxische storm waarbij in het lichaam allerlei ontstekingsmediatoren overreageren op het initiële virus. Vanuit de oncologie en reumatologie weten we dat we met bepaalde medicaties die overdreven ontstekingsreacties kunnen stilleggen. De studies om dit verder te onderzoeken, gaan nu van start."

Jullie hadden ook al snel een publicatie in de European Respiratory Journal. Waarover ging dit?

"Wij hebben een aantal voorbeelden van moeilijk te behandelen trombo-embolische fenomenen gezien in onze populatie. Om na te gaan hoe reëel dit was, hebben we begin april een screening gedaan zowel op IZ als op de afdelingen. We zagen slechts 2/52 patiënten op de afdeling met een diep veneuze trombose – patiënten voor wie er specifieke verklaringen mogelijk waren – terwijl dit in de IZ-populatie 4/30 bedroeg,

zonder dat er bij hen een duidelijk idee was waarom. We konden concluderen dat die klonters zich vooral voordeden bij patiënten die intensief beademd werden op IZ, op de afdeling was er dus niet zo'n groot probleem. Dat is in het kort de inhoud van ons artikel, dat inderdaad gepubliceerd werd in European Respiratory Journal. Het was een samenwerking tussen de diensten Anesthesie-IZ, Medische Beeldvorming en Pneumologie."

Zijn het uiteindelijk ook vooral de COVID-19-patiënten met tromboses die overlijden?

"Uit onze bevindingen blijkt hier geen correlatie. Het ontstaan van tromboses is wel een uiting van het feit dat iemand heel ernstig ziek is maar dit is op zich geen reden tot overlijden. Uit studies zien we wel dat in autopsierapporten van mensen overleden aan COVID-19, er een belangrijk aantal trombotische events gerapporteerd werd. Onze intensivisten laten ons ook weten dat het behandelen van de tromboses heel erg moeilijk verloopt en ook in andere centra stelt men dit vast."

De COVID-19 patiënt heeft een goede opvolging nodig. De longarts heeft hier een

coördinerende rol maar ook andere organen dan de longen en het immuunsysteem kunnen aangetast zijn. Er blijkt nu ook dat mensen die overleven vaak nog heel lang last kunnen ondervinden.

"Dat is een hele moeilijke vraag. COVID-19-patiënten vragen vaak een multidisciplinaire benadering met intensivisten, cardiologen, gastro-enterologen, geriaters, nefrologen, revalidatieartsen... Toch blijkt COVID-19 in essentie toch een mono-orgaan probleem te zijn. Vooral de longen zijn aangetast maar het kan natuurlijk zijn dat iemand die lang op IZ heeft gelegen ook problemen krijgt met bijvoorbeeld zijn nieren. Uiteindelijk zijn er in ons ziekenhuis gelukkig vrij weinig patiënten aan de dialyse geraakt. Wat we wel zien, is een revalidatieprobleem omdat velen last hebben van spierzwakte. Maar ook daar zijn de resultaten vrij gunstig. Ook de vier patiënten die aan een hart-long machine hebben gelegen, zijn nu al allemaal naar huis."

Vermoeidheid is blijkaar ook een zware klacht die veel voorkomt?

"Vermoeidheid kan inderdaad nog maanden blijven bestaan. Adynamie, het niet op gang komen, is een belangrijk probleem. Soms zien we dat ook bij andere virale infecties. Kijk bijvoorbeeld naar klierkoorts, dat kan ook een lange periode van adynamie geven. Die klachten kan je hiermee wat vergelijken."

"Bij de patiënten die we nu terugzien, merken we ook een hele sterke psychologische component. Ze hebben vaak angst door wat ze hebben meegemaakt. Anderzijds ook door het maatschappelijke wat er is bijgekomen. Het is een moeilijk evenwicht."

Welke uitkomst kunnen COVID-19-patiënten uiteindelijk verwachten?

"We hebben intussen heel wat mensen teruggezien die nu al opnieuw een perfect normale longfunctie en -capaciteit hebben, ondanks een zware hospitalisatie en een lang verblijf op IZ. En die hun normale leven opnieuw opgenomen hebben."

"We verwachten dat er voor de meeste patiënten vrij weinig blijvende gevolgen zullen zijn. Er wordt vermoed dat patiënten door een ernstige aantasting van hun longen last hebben van verlittekening maar dit zal zeker niet de meerderheid zijn. En er zijn inderdaad nog altijd mensen die blijven

de klachten hebben maar we verwachten niet dat zij chronische problemen zullen ontwikkelen. Daar hebben we momenteel weinig argumenten voor. Het gaat echt om de nasleep van een ernstige aandoening. We weten immers dat iedereen die lang op IZ heeft gelegen en hoge zuurstofnood heeft gehad, een lange revalidatie wacht."

Hoe gaan jullie de patiënten opvolgen?

"We zijn nu, samen met collega dr. Daenen, gestart met een post-COVID-19-revalidatieprogramma. Er zijn intussen al acht patiënten in het traject ingestapt. De patiënten die een ernstiger verloop gekend hebben, oriënteren we richting bijkomende beeldvorming indien dit nut heeft, revalidatie, psychologische ondersteuning of andere hulp waar ze nood aan hebben. Patiënten die een milder verloop gekend hebben, vragen we een vragenlijst in te vullen en verwijzen we naar de longfunctie."

"Ik wil vooral een positieve boodschap brengen en de mensen laten weten dat ze goed van COVID-19 kunnen genezen."

Hoe ziet u de toekomst?

"Dit virus verspreidt zich enorm snel en heeft een zeer snelle transitie, hetgeen doet vermoeden dat we hier nog wel eens mee geconfronteerd zullen worden. De meeste uitspraken die we in de media horen, zijn gebaseerd op vroegere vergelijkingen. Ze zijn te begrijpen maar we weten het niet."

"Het komt erop neer dat we ons gezond verstand gebruiken en voorzichtig blijven. Maar het is moeilijk om de op de zaken vooruit te lopen. Belangrijk is voorbereid te zijn op wat komt"

Heeft u veel geleerd uit de ervaringen van de afgelopen maanden?

"Zeker, en er is ook wel een vorm van voldoening en fierheid over hetgeen we met het hele ziekenhuis – van directie tot schoonmaak – gerealiseerd hebben. Dat we met z'n allen als een goed draaiende machine gewerkt hebben. Dat we konden beschikken over heel goede materialen om ons te beschermen, dat de werkomstandigheden veilig waren, dat er geluisterd werd naar zorgverleners en patiënten. We zijn heel erg trots op de zorgverleners die op de COVID-19-afdelingen gewerkt hebben. En dit ook met hart en ziel hebben gedaan."

"Ook de multidisciplinaire samenwerking verliep erg vlot. Er is veel overlegd, onder andere ook met de geriaters dr. Meeuwissen en dr. Czech toen er plots in de tweede stroom veel geriatrische patiënten bijkwamen. De intensieve samenwerking met andere disciplines als spoed, IZ en microbiologie was van enorm belang. We hebben veel met elkaar samengezeten, soms tot vervelens toe. Dat was nodig om de violen gelijk te stemmen en het beleid permanent aan te passen aan de nieuwe noden en eisen. Zoals de overheid van dag tot dag dingen aanpaste, gebeurde dit in huis immers ook. Veel mensen vonden dit vervelend maar bij iets nieuws en onbekends is dit nu eenmaal de normale manier van werken."

"Vanuit de dienst Pneumologie willen we iedereen danken voor de fijne en vlotte samenwerking. Ook danken we de gastvrijheid van C20, C25 en K40 waar onze reguliere longpatiënten deskundig zijn opgevangen. Alleen zijn we niets, samen zijn we alles!" ■



“WE HEBBEN HET ZIEKENHUIS OPNIEUW MOETEN UITVINDEN”

Dr. apr. Deborah Steensels,
microbiologie en ziekenhuishygiëne



Infectiepreventie

Bij de uitbraak van een nieuw virus onder de bevolking zijn aangepaste infectiepreventiemaatregelen in het ziekenhuis primordiaal om verspreiding te vermijden. Dr. apr. Deborah Steensels, stond samen met het team Infectiepreventie en andere collega's, in voor het beleid.

Ik hoor dat de infectiepreventie maatregelen in het ZOL echt wel heel streng waren, in vergelijking met die in andere ziekenhuizen.

Dr. apr. Deborah Steensels: "We hebben zoals alle ziekenhuizen en zorginstellingen alles op alles gezet om alle zorgverleners én patiënten goed te beschermen. We waren op sommige vlakken inderdaad uniek qua infectiepreventiebeleid. We hebben zeer snel ingezet op zowel waterresistente schorten en pakken, FFP2-maskers op de COVID-19-diensten en zelfs FFP3-maskers op de kritieke COVID-19-diensten. In samenwerking met de directie zijn we begin april bijkomend overgeschakeld op FFP2-maskers voor iedereen die voor patiënten zorgde. De directie en dienst Aankoop hebben uitstekend werk geleverd want de voorraden waren overal op. Onze algemeen directeur is zelfs persoonlijk naar de luchthaven van Luik gereden om maskers op te halen."

"Veel diensten werden omgebouwd met sassen. De dienst Technische Zaken heeft prachtig en snel werk geleverd. We hebben ook sterk ingezet op reinigen en ontsmetten van contactpunten en de omgeving, mede dankzij de dienst Schoonmaak. De teamspirit was enorm groot. Iedereen was heel erg bereikbaar en zette zich steeds helemaal in voor hetzelfde doel."

"Ook wat betreft toegangscontrole en bezoekenregeling zijn we streng geweest. We kregen hier soms kritiek op van familieleden maar we wilden geen risico's nemen omwille van het infectiegevaar."

Waren jullie klaar voor de opvang van een dergelijke epidemie?

"We beschikten over een goed up-to-date noodplan voor epidemieën maar uiteindelijk was deze situatie zeer uitzonderlijk. We hebben het ziekenhuis opnieuw moeten uitvinden in erg korte tijd. En elke dag ver-

anderde er wel iets anders, zowel wat betreft de overheidsrichtlijnen als de noden in huis. Ook afhankelijk van het type patiënten dat we binnenkregen moesten we situaties aanpassen. Het is niet evident geweest."

U had een grote verantwoordelijkheid. Hierbij was het belangrijk om steeds de juiste beslissingen te nemen op het juiste moment?

"Het was inderdaad non-stop adviezen geven en beslissingen nemen. Maar dat deed ik niet alleen. Vanaf eind januari zaten we als team Infectiepreventie al regelmatig samen met collega's, zorgcoördinatoren en managers van de diensten Spoedgevallen, Longziekten en Intensieve Zorgen. De dag na de krokusvakantie kwam onze coördinatrice voor de eerste keer samen, en vanaf dan minstens dagelijks gedurende vele maanden."

Hebt u altijd het gevoel gehad dat u de zaken onder controle had?

"Ik heb niet veel tijd gehad om hierbij stil

“

Onze algemeen directeur is zelfs persoonlijk naar de luchthaven van Luik gereden om maskers op te halen.



te staan. Het was gewoon verstand op nul bij manier van spreken, alles geven om iedereen te helpen en alle vragen te beantwoorden. Zowel tijdens de lockdown voor zorgverleners in de frontlinie als bij de heropstart van de reguliere activiteiten. Want daar kwamen dan weer andere groepen bij die tijdens de crisis weinig activiteit hadden gehad."

Was er veel angst bij de zorgverleners?

"Ik denk het wel. Angst voor het onbekende, dat is normaal"

Er is veel kritiek geweest in de media op het testbeleid van de overheid. Hoe staan jullie hier tegenover?

"Nationaal was dit inderdaad een heel moeilijke bevalling. Elke dag waren er wel nieuwe Sciensano-richtlijnen. De richtlijnen waren initieel heel strikt waarbij we quasi niemand mochten testen - waar we niet mee opgezet waren - tot alles openzetten, waar we ook niet mee akkoord zijn. Vandaar hebben we ons eigen beleid uitgestippeld

volgens de principes van de kwalitatieve klinische biologie. Dit wil zeggen dat we altijd voorstander zijn geweest van gericht testen. Weliswaar heel laagdrempelig, en op basis van een bevraging. Onze aanpak was ook hier uniek maar krijgt nu wel meer animo in andere ziekenhuizen."

Jullie hebben al snel een eigen analyse van de stalen opgezet in het labo om de testtijd te versnellen?

"In de krokusvakantie hebben we alles op alles gezet om de PCR-analyse zo snel als mogelijk zelf uit te kunnen voeren. Hier in huis hebben we een nieuw platform geïnstalleerd. Op 3 maart waren we 'up and running'. En sindsdien hebben we heel veel analyses gedaan, voor onze eigen patiënten maar ook voor de ons omliggende ziekenhuizen, huisartsen en woonzorgcentra. Met veel dank aan ons moleculair team dat heel wat overuren en extra shiften heeft gedraaid."

"We hebben ook getracht onze turn-around

time zo kort mogelijk te houden. Op sommige momenten hadden we vier uur later al ons resultaat. Sinds kort hebben we ook een tweede moleculaire assay beschikbaar wat ons een resultaat kan geven na anderhalf uur."

In een van de artikels die u schreef voor Het Belang van Limburg klaagt u het 'fake news' aan dat tijdens de crisis de ronde deed. Had u daar zoveel last van?

"Dat creëerde wel regelmatig verwarring. Ook het merendeel van wat in de media verscheen was niet helemaal correct. Met allerlei gevoeligheden en misverstanden tot gevolg en dat was jammer. Want dan moet je alles opnieuw uitleggen."

Net voor het einde van de lockdown hebt u beslist om een immuniteitsonderzoek op te zetten bij onze medewerkers en artsen?

"Het was op een donderdagavond dat ik dacht: we gaan niet meer wachten op richtlijnen van de overheid, we doen het gewoon. Mijn collega's waren snel overtuigd.



“

Onze beschermingsmaatregelen hebben immers hun effect niet gemist. Dit is een belangrijke conclusie voor zorgverleners wereldwijd.

En ook de directie was heel snel akkoord. Er werd een werkgroep samengesteld en de woensdag erna kon iedereen zich al laten prikken. Op 5 à 6 dagen hebben we bij meer dan 3.000 mensen bloed afgenomen en aan de lopende band testen uitgevoerd. In het weekend van 1 mei hebben we alle data geanalyseerd, nog extra validatietesten uitgevoerd en daarna de resultaten vrijgegeven. Allemaal heel erg snel dus, dankzij alle helpende handen van secretaresses, verpleegkundigen, en laboranten tot IT'ers en data managers!"

Mensen hadden soms wel foute verwachtingen over deze immuniteitstesten?

"Dat zou kunnen, want op individueel niveau kunnen we nog niet veel zeggen. Als men geen antistoffen heeft, is men waarschijnlijk nog niet in contact geweest met het virus. Of kan het zijn dat men toch in contact is geweest maar onvoldoende antistoffen heeft gevormd. Wie wel antistoffen heeft, is waarschijnlijk wel in contact geweest met het virus maar hierbij weten we nog niet 100 percent zeker of dit voldoende bescherming

biedt tegen een nieuwe infectie."

Het wereldvermaarde medische tijdschrift Journal of the American Medical Association (JAMA) publiceerde zopas het artikel over deze screening van de ZOL- medewerkers en artsen op het aanmaken van antistoffen tegen COVID-19.

"In de publicatie beschrijven we hoe we in het ZOL onze medewerkers en artsen beschermd hebben tegen het virus. Onze beschermingsmaatregelen hebben immers hun effect niet gemist. Dit is een belangrijke conclusie voor zorgverleners wereldwijd."

"De publicatie in JAMA zorgde via sociale media en e-mail voor honderden reacties uit de medische sector van over de hele wereld."

Hoe hebt u de crisis persoonlijk beleefd?

"Extreem druk, met bijhorende stress en verantwoordelijkheid. Ik heb de afgelopen maanden eigenlijk alleen maar gewerkt, gegeten en geslapen. Ik wou hier elke dag vertrekken met het idee dat ik echt alles uit mijn dag gehaald had en niet meer paf kon zeggen. Ik heb ook veel fijne momenten be-

leefd, met intense samenwerking over quasi alle diensten heen, vele collega's (nog) beter leren kennen, en een heel leerrijke periode meegemaakt. We voelden veel appreciatie voor ons werk, wat deugd deed en een extra boost gaf om verder te zetten."

Wat hebt u geleerd voor een mogelijke volgende crisis?

"Enorm veel. Dit virus heeft ons op vele vlakken verbaasd, we leren nog steeds elke dag bij. Ik heb ook geleerd dat we kunnen rekenen op heel veel mensen hier in huis en er buiten."

"Hopelijk kan iedereen de komende maanden de batterijen weer opladen. Ik zal me, naast wat vakantiedagen, voornamelijk opnieuw focussen op mijn kerntaak als microbioloog." ■



“EEN GERIATRISCHE PATIËNT MOET JE BEOORDELEN IN ZIJN GEHEEL”

Dr. Joris Meeuwissen en
dr. Nele Czech,
geriatrie

De internist-geriateren waren vanaf het begin actief betrokken in het COVID-19-verhaal. Aanvankelijk waren het vooral jongere mensen die opgenomen werden. Maar al snel volgde er een shift naar ouderen die heel erg ziek werden. Op dat moment is het natuurlijk belangrijk om als geriatriesch expert mee in het verhaal te stappen, aldus drs. Joris Meeuwissen en Nele Czech.

Dr. Joris Meeuwissen: "Initieel hebben ook wij meegelopen op de COVID-19 afdelingen. Op een bepaald moment zagen we dat het aantal geriatrische patiënten hoog opliep en hebben we ervoor gekozen om hen te cohorteren op een eigen geriatriche afdeling om de expertise van een multidisciplinair team ten volle te kunnen benutten. Deze geriatriche COVID-afdeling heeft gedurende 8 weken dienst gedaan, maar hebben we ondertussen gelukkig kunnen sluiten. Nu zijn we sinds kort ook overgegaan op kamerisolatie zoals de rest van het ziekenhuis."

Dr. Nele Czech: "Er zijn ook heel wat geriatriche COVID-19-dragers of geriatriche patiënten met milde klachten geweest die zich aangeboden hebben naar aanleiding van vallen of typische geriatriche syndromen. Ook voor hen hebben wij een grote rol kunnen spelen op onze eigen COVID-afdeling omdat ook bij deze patiënten de geriatriche blik en multidisciplinaire benadering erg belangrijk zijn voor hun finale uitkomst."

Hoe heeft u de pandemie en het werken in moeilijke omstandigheden ervaren?

Dr. Joris Meeuwissen: "Geneeskunde begint voor mij met het praten met de patiënt. Dat is ook wat ik mijn assistenten en stagiairs steeds op het hart druk. Maar het is echt moeilijk om te praten als je in een pak zit, met een bril op, met een face-shield aan en een masker op. De meeste jongere mensen horen je wel denk ik, maar vele ouderen zijn slechthorend en hebben ook non-verbale communicatie nodig om je te begrijpen. Dus de belangrijkste bron van informatie voor de patiënt maar ook voor ons als arts viel weg. Dat was echt heel moeilijk om te werken."

Dr. Nele Czech: "En ook de klassieke interacties met de familie vielen weg want zij mochten de patiënt niet vergezellen. Deze zijn voor ons nochtans van groot belang aangezien ze ons helpen om een goede inschatting te maken van de medische toestand en de cognitieve en functionele capaciteiten van de patiënt. Dit probeerden we dan telefonisch op te vangen, maar dat verliep toch niet altijd even gemakkelijk."

“

Onze dienst heeft,
samen met onze manager
en zorgcoördinator,
onmiddellijk bij het
uitbreken van de pandemie
hulp aangeboden aan
woonzorgcentra en
zorginstellingen.

Dr. Joris Meeuwissen: "Tot slot heb je natuurlijk ook het emotionele gegeven. We hebben redelijk wat mensen verloren, wat ook niet ongewoon is omdat vele ouderen sowieso vooraf al gecompromitteerd waren. En dan is COVID-19 de spreekwoordelijke druppel. Door de beperkte bezoeksregeling was het vaak niet mogelijk dat alle kinderen van een groot gezin aanwezig konden zijn bij een afscheid. Met tablets probeerden we moeilijke situaties zo goed mogelijk op te vangen."

"Dus naast het verlies op vlak van communicatie, had je het mogelijke verlies op psycho-sociaal vlak en de zware emotionele belasting."

Dr. Nele Czech: "Dit alles heeft er voor mij toe geleid dat ik werken tijdens de pandemie ervaren heb als een toch wat onwezenlijke, bijzondere vorm van geneeskunde waar er door de te nemen maatregelen een zekere barrière ontstond tussen de patiënt en de arts. In de geriatriche zorg is een warm contact nochtans heel belangrijk. Voor de patiënten moet dit toch een grote impact gehad hebben. Dit ondanks de uiterste inspanningen van onze verpleegkundigen en paramedici."

Het nemen van moeilijke beslissingen voor zwaar zieke patiënten was hierbij zeker geen evidentie?

Dr. Joris Meeuwissen: "Een geriatriche patiënt is iemand die je niet alleen moet beoordelen op leeftijd. Je moet ook rekening houden met de medische voorgeschiedenis, medicatie, cognitieve capaciteiten, functionele capaciteiten en psychosociale interactie. Je moet deze patiënt beoordelen in zijn geheel, hetgeen wij het uitgebreid geriatriche assessment noemen. Enkel geriaters en mensen die hiervoor getraind zijn, kunnen dit. De bestaande scoresystemen kunnen in handen van de juiste mensen een goed oordeel geven en ons helpen bepalen of een patiënt al dan niet zwaar doorgedreven zorg aankan. En er zijn natuurlijk individuele verschillen."

"Het is dus juist om te zeggen dat een geriatriche patiënt een precarie patiënt is en dat leeftijd niet de enige factor is die meespeelt."

Dr. Nele Czech: "Ook speelt bij het nemen van deze beslissingen een goede open communicatie met de patiënt en zijn familie een belangrijke rol. Hierbij trachten we niet alleen de wensen van de patiënt te achterhalen, maar proberen we eveneens een correct beeld te schetsen van de verwachte evolutie en slaagkansen op basis van onze eerdere ervaringen. Deze gesprekken waren zeker niet altijd even gemakkelijk, maar ik denk dat we hierdoor wel onze patiënten hebben kunnen bijstaan met een kwaliteitsvolle zorg op maat."

Hoe zit het met de opvolging van geriatriche COVID-19-patiënten die naar huis gaan?

Dr. Joris Meeuwissen: "Zoals steeds laten wij de basiszorg over aan de huisartsen die ons in deze context kunnen contacteren bij blijvende of moeilijke problemen. Dat is een standaardwerking van onze dienst. We zetten heel erg in op samenwerking met de eerste lijn."

Julie zijn ook erg betrokken geweest bij de werking van de woonzorgcentra tijdens de pandemie. Wat is jullie rol geweest?

Dr. Joris Meeuwissen: "Ik denk inderdaad dat we niet alleen intern



Dr. Nele Czech

heel veel betekend hebben voor de oudere patiënt. We hebben ook extern heel veel kennis naar buiten gebracht en heel veel hulp aangeboden."

"Onze dienst heeft, samen met onze manager en zorgcoördinator, onmiddellijk bij het uitbreken van de pandemie hulp aangeboden aan woonzorgcentra (WZC) en zorginstellingen. Via wekelijkse zoomsessies hadden we contact met hun directie, artsen, verpleging en hoofdverpleging. We hebben mee hun problemen afgetoetst en gezien hoe we konden helpen. We hebben leerzorgspecialisten gestuurd die samenwerken met LiZa. Ook verschillende van onze verpleegkundigen zijn uitgestuurd naar woonzorgcentra die het heel erg moeilijk hadden. Dit is door deze centra heel erg geapprecieerd. Die interactie heeft aan beide kanten heel veel surplus opgebracht. Daarnaast werden er vanuit het ziekenhuis materiaal, PBM's en bedden aangeboden die ze nodig hadden om hun diensten te runnen."

"Nog steeds blijven we nauw contact houden met de woonzorgcentra via zoomsessies omdat we de vinger aan de pols willen houden en kijken waar ze nog steeds tegen aan lopen. Ik vermoed immers dat we nog niet helemaal uit de COVID-19 problematiek zijn en dat er minstens nu en dan nog kleine opflakkingen zullen voorkomen."

Dr. Nele Czech: "Anderzijds hechten we veel belang aan een goede communicatie met de CRA-artsen uit de verschillende woonzorgcentra. De medische en verpleegkundige zorg voor een COVID-patiënt is een zware belasting voor een afdeling. Aangezien dit eenvoudiger kan in het ziekenhuis dan in het woonzorgcentrum werden de ernstig zieke WZC-bewoners doorverwezen naar ons



Dr. Joris Meeuwissen

ziekenhuis. In sommige gevallen werd er op basis van eerdere wensen van de patiënt, hoge leeftijd en uitgebreide co-morbiditeit besloten de patiënt in zijn vertrouwde omgeving te houden."

Er is in de pers veel verschenen over de situatie in de woonzorgcentra. Hoe kijkt u hiernaar?

Dr. Joris Meeuwissen: "Ik denk dat woonzorgcentra, binnen hun manier van huiselijk werken, heel wat kennis in huis hadden. Het is logisch dat ze in de zeer specifieke setting van COVID-19 ondersteund en geholpen moesten worden. COVID-19 was immers voor iedereen nieuw en de kennis en knowhow over dit infectieus ziektebeeld zit natuurlijk meer in het ziekenhuis dan in het WZC. Ze hebben echt wel laten zien dat ze in staat zijn om de vereiste zorg te leveren. Ik hoor van onze mensen die in een woonzorgcentrum geweest zijn dat het primordiaal was om tijdens de pandemie de menselijke warmte die eigen is aan een WZC te behouden, ondersteund door de expertise vanuit het ziekenhuis. Zo is ook de wisselwerking geweest. Als ik zie hoeveel moeite de woonzorgcentra gedaan hebben en hoe goed men zijn best gedaan heeft, kan ik enkel positief zijn."

Dr. Nele Czech: "Ik hoop dat de ervaringen van nu ons zullen helpen om in de toekomst korter op de bal te spelen en de zaken nog efficiënter aan te pakken. We kunnen stellen dat we hiervoor intussen voldoende handvaten hebben."

Hoe kijkt u nu terug op de drukke periode?

Dr. Joris Meeuwissen: "Belangrijk was om het samenspel tussen de dringende patiëntenzorg en het behoud van de organisatie



COVID-afdeling geriatrie

binnen onze eigen dienst in evenwicht te houden. Het was normaal dat alles wat we 's morgens hadden afgesproken tegen de avond weer helemaal was aangepast of er compleet anders uitzag. Dat was erg belastend, net zoals de verhoogde workload omwille van COVID- en non-COVID-wachtdiensten."

"We draaiden met het hele team eigenlijk permanent van maandag tot maandag. Mijn telefoonnummer stond in de contactlijst voor het ziekenhuis, voor woonzorgcentra, voor huisartsen, voor CRA's... Ik was 24/7 bereikbaar."

Dr. Nele Czech: "Het is inderdaad een hectische periode geweest met een hoge werkdruk waarbij er van ieder van ons veel gevraagd werd. De collegialiteit die ik heb mogen ervaren binnen ons team waardeer ik heel erg en zal ik ook niet vergeten. Ik denk dat we allen ons best hebben gedaan om elkaar maximaal te ondersteunen waar mogelijk."

"Anderzijds heeft deze pandemie verschillende disciplines dichter bij elkaar gebracht. Ook was het daarnaast mooi om te zien dat veel families van patiënten heel erg dankbaar waren, en dat er zeer veel appreciatie was voor het harde werk van de verpleegkundigen en paramedici."

Dr. Joris Meeuwissen: "Het ergste van de pandemie hebben we intussen waarschijnlijk wel gehad maar we moeten op onze hoe-

de zijn voor nieuwe opflakkingen. We moeten niet alleen in het ziekenhuis rigoreus de maatregelen blijven toepassen maar ook daarbuiten gelden de regels van afstand, hand- en hoesthygiëne. Ook is op bepaalde plaatsen het dragen van maskers noodzakelijk." ■

“

Het was mooi om te zien dat veel families van patiënten heel erg dankbaar waren en dat er veel appreciatie was voor het harde werk van de verpleegkundigen en paramedici.

ZOL volgt bijna herstelde COVID-19-patiënten op via telemonitoring

Het ZOL volgt COVID-19-patiënten op via telemonitoring. Het gaat om patiënten die nog niet helemaal hersteld zijn maar thuis kunnen uitzielen. In het ZOL hebben we al veel ervaring opgebouwd met telemonitoring, aldus dr. Pieter Vandervoort, cardioloog en medisch coördinator van Future Health, het ZOL-platform dat een brug slaat met onderzoek.

Tijdens de coronaperiode werd op zoek gegaan naar een 'alternatieve' oplossing voor COVID-19-patiënten die de acute fase van de ziekte overwonnen hebben. De ervaring met hartfalenpatiënten werd vertaald naar COVID-19-patiënten die nu via telemonitoring de laatste dagen van hun ziekte thuis kunnen herstellen. "Voorwaarde is natuurlijk dat de patiënt zelf ook partner is in zijn zorg en voldoende zelfdiscipline aan de dag legt om ons zijn persoonlijke data te bezorgen."

Pneumoloog dr. Michiel Thomeer is verantwoordelijk voor het project. "Er zijn verschillende patiënten in het ziekenhuis die de acute fase van de ziekte achter de rug hebben, zich niet meer ziek voelen, maar bijvoorbeeld wel nog zuurstof moeten krijgen. Door hen naar huis te sturen en vanop afstand te monitoren via telemonitoring, maken ze een bed vrij voor een andere, zieke patiënt. Het is een win-winsituatie. De patiënt kan comfortabel in zijn eigen huis bij zijn familie herstellen en in het ziekenhuis neemt de drukte op de COVID-19-afdelingen af. Patiënten vinden het trouwens een hele opluchting als ze na een lang verblijf op de afdeling of Intensieve Zorgen vroeger naar huis kunnen dan gepland."

Medische vragenlijst

Van de patiënten wordt verwacht dat ze drie keer per dag een medische vragenlijst invullen en deze door-

sturen via smartphone of computer. Dr. Thomeer: "Via een saturatiemeter controleren we de hoeveelheid zuurstof in het bloed. We checken de pols, de temperatuur en het ademhalingsritme. De patiënt moet met behulp van smileys aangeven hoe hij zich voelt en op een schaal van 0 tot 10 aangeven hoe 'kortademig' hij is. Doorgaans duurt het een vijftal dagen vooraleer een patiënt helemaal hersteld is. Daarna kan hij zijn de saturatiemeter terug naar het ziekenhuis brengen en kan een andere patiënt vervroegd naar huis gaan." ■



In de toekomst zal de zorg meer inzetten op technologische innovaties en toepassingen buiten de ziekenhuismuren.

Prof. dr.
Pieter Vandervoort

UHasselt en ZOL ontwikkelen slimme pleister voor hart- en longpatiënten

Onderzoekers van de Universiteit Hasselt ontwikkelen samen met artsen van het ZOL een Plug 'n Patch-pleister voor COVID-19-patiënten. De slimme pleister bevat sensoren die de vitale functies in het lichaam kunnen meten. "Normaal zou de uitrol van de pleister drie jaar in beslag nemen maar door de coronacrisis komt het project in een stroomversnelling," aldus dr. Pieter Vandervoort, cardioloog en medisch coördinator van Future Health.

De start-up die de pleister ontwikkelt past deze aan op maat van COVID-19-patiënten. De pleister is 15 centimeter lang, 2 centimeter breed en 1 centimeter dik en wordt aangebracht op de borstkas van de patiënt en dit voor drie tot vier dagen. Gedurende die tijd registreren de sensoren data met betrekking tot de verschillende parameters die via de cloud doorgestuurd worden naar de artsen. "De pleister maakt het mogelijk om de patiënt continu op te volgen buiten het ziekenhuis," aldus dr. Vandervoort.

Het ZOL wil een twintigtal COVID-19-patiënten die ontslagen zijn thuis met de pleister verder opvolgen. "Dankzij de temperatuurmeter maar ook omwille van de mogelijkheid om de zuurstofsaturatie te meten, is de pleister heel erg geschikt om de gezondheidstoestand van COVID-19-patiënten op te volgen."

Toekomst

Het project krijgt innovatiesteun van het VLAIO, een consortium van bedrijven, universiteiten en ziekenhuizen die samen verschillende pleisters ontwikkelen en testen. De Antwerpse start-up Bitefiles levert de sensoren en werkt aan drie verschillende toepassingen: een pleister voor epilepsiepatiënten (UZ Leuven), voor mensen met MS (UZ Gent) en een pleister voor hart- en longpatiënten (ZOL). ■



**“UNIEK AAN DEZE
PATIËNTENPOPULATIE IS
DE COMBINATIE VAN
ADEMHALINGSKLACHTEN
MET EXTREME
SPIERVERZWAKKING”**

Dr. Peter Hallet, revalidatiearts

COVID-19 patiënten die langdurig op IZ hebben gelegen worden verwezen naar het revalidatiecentrum in Sint-Barbara. Daar worden ze opgevolgd door een multidisciplinair team van therapeuten en artsen.

Welke COVID-19-patiënten zien jullie in het revalidatiecentrum?

"De mensen die naar onze revalidatie komen, zijn zij die vaak langdurig op Intensieve Zorgen (IZ) hebben gelegen. Wie met lichtere klachten is binnengekomen en dus nooit aan de beademing heeft gelegen kan vaak rechtstreeks naar huis. Zij kunnen een vervolgtraject voor revalidatie volgen in de ambulante setting."

"De leeftijd van onze patiënten op de revalidatie varieert grosso modo van 35 tot 75 jaar. De jonge mensen zijn gelukkig klein in aantal. En uiteraard zegt leeftijd niet alles. Ook de conditie van de mensen voor ze ziek werden, speelt mee."

Hebben jullie veel ervaring met patiënten van IZ?

"Wij vangen inderdaad vaker patiënten op die langdurig op IZ hebben doorgebracht. Zij komen niet naar ons omwille van hun primaire klachten maar vooral voor de onrechtstreekse gevolgen van hun ziekenhuisverblijf op de spieren en de zenuwen. Zo kampen zij met spierzwakte en kunnen er verlamingsverschijnselen optreden aan armen en benen. We weten dat dit tijd nodig heeft om te herstellen. In dat opzicht is er niet zoveel verschil met de patiënten die we altijd al opgenomen hebben omdat ze langer op IZ hadden gelegen."

Wat zijn de verschillen?

"We kunnen waarschijnlijk nu nog niet ten volle inschatten wat de gevolgen zijn voor de mensen maar de psychologische impact van wat ze hebben doorgemaakt is groot. Mensen hebben vaak post-traumatische stress, angststoornissen en depressieve gevoelens. Anders zien we dat mensen ook cognitieve problemen hebben zoals problemen met het geheugen. Bij de andere IZ-patiënten zagen we dit minder maar bij deze mensen zijn ze zeker aanwezig."

Wat zijn de typische lichamelijke klachten?

"De patiënten liggen soms heel lang aan de beademing en op een bed onder verdoving. Het lichaam verbruikt op dat mo-

“

Als ouderen gesteund zijn door hun kinderen en kleinkinderen zie je dat ze daar op de moeilijke momenten veel kracht uit halen.

ment calorieën voor het herstelproces maar die moeten natuurlijk ook ergens vandaan komen. Het lichaam gaat de spieren afbreken om ook daar energie te halen voor het genezingsproces."

"Als deze mensen uiteindelijk wakker worden, zijn hun spieren weggeslonken. De zenuwbanen, die elektrische signalen geven om de spieren te doen bewegen, zijn daarbij vaak tijdelijk verlamd of verdoofd. Dus een combinatie van problemen met de zenuwen en de spieren maakt dat mensen hun benen of armen niet meer of nog moeilijk kunnen bewegen."

Kunnen jullie dit opnieuw herstellen?

"Ons aandeel is eerder bescheiden. Het is een stukje moeder natuur dat geleidelijk aan het genezingsproces weer op gang moet krijgen. Onze opdracht tijdens de revalidatie is mensen hierbij in de meest optimale omstandigheden begeleiden. Van zodra we zien dat de spieren opnieuw de mogelijkheid hebben om sterker te worden, gaan we de mensen trainen tot het maximumniveau van wat hun herstel hun toelaat. En op die manier de revalidatie begeleiden. Dat gaat traag maar eigenlijk ook sneller dan gedacht. We gingen eerst uit van de meest slechte scenario's waarbij patiënten meerdere maanden zouden nodig hebben om weer te kunnen zitten, staan en stappen. De ervaring leert ons nu dat we kunnen spreken van 'weken'. Dat is zeker positief en hoopgevend nieuws."

Wat heeft u geleerd, wat is nieuw?

"Voor ons wordt het pas echt interessant als we in de komende maanden en jaren patronen zullen kunnen herkennen. Voorlopig is het daar nog iets te vroeg voor. Wat uniek is aan deze patiëntenpopulatie is de combinatie van ademhalingsklachten met extreme spierverswakking en een zwakke conditie. Het is een uitdaging voor het hele team om deze revalidanten binnen hun mogelijkheden grote inspanningen te laten leveren en deze te blijven opdrijven."

Hoe ziet het revalidatieprogramma er uit?

"Als je de klachten bekijkt, weet je snel wie de therapeuten zijn. De kinesitherapeut spreekt voor zich, maar ook de ergotherapeute is belangrijk omdat mensen basale activiteiten als wassen en aankleden opnieuw moeten oefenen. Ook de fijne motoriek zit hierbij omdat de fijne gevoelszenuwen kunnen gestoord zijn. Daarnaast ook de logopediste want velen waren beademd of hebben zelfs een tracheacanule gehad. Het is mogelijk dat de ademhalings- en

“

Het is een uitdaging voor het hele team om de revalidanten binnen hun mogelijkheden grote inspanningen te laten leveren en deze te blijven opdrijven.

slikfunctie opnieuw getraind moet worden. Deze heel specifieke oefeningen vragen een intensieve training. Daarnaast is de psycholoog belangrijk omdat velen psychische klachten hebben. Tot slot worden de diëtisten sterk betrokken omdat deze mensen extra calorieën nodig hebben en soms zelfs ondervoed zijn. Het is belangrijk om hun voedingstoestand goed te bewaken."

Hoe lang blijven de COVID-19 revalidanten bij jullie?

"Dat varieert heel erg van patiënt tot patiënt. Belangrijk hierbij is wel dat velen aandringen op vervroegd ontslag. Zij hebben weken aan de beademing gelegen en willen eigenlijk gewoon terug naar hun familie. Dat is iets waar we een gulden middenweg in moeten zoeken. We willen zeker aan de wensen van deze mensen tegemoet komen maar we moeten er zeker van zijn dat dit onder veilige omstandigheden kan."

Wanneer ze thuis zijn, zijn ze dan aangewezen op de ambulante zorg?

"Met onze collega's van longziekten ontwikkelen we een opvolgprogramma waarbij we deze patiënten regelmatig op controle willen zien om op te volgen hoe hun herstel verloopt. Zodat we kunnen ingrijpen wanneer nodig of de therapie kunnen aanpassen. Mits de regelmatige opvolgmomenten kunnen we hen al zeker met de thuiskinesist een stuk op weg helpen."

Denkt u dat mensen ongeschonden uit het verhaal kunnen komen of blijven er nog veel restklachten?

"Ik verwacht persoonlijk dat mensen van de posttraumatische stress het grootste nadeel zullen ondervinden. Spieren slinken snel maar kunnen ook weer aansterken. Als mensen opnieuw aan het stappen geraken en dit lukt elke dag beter dan zien we een goed herstel. Alles natuurlijk nog met een vraagteken want we hebben nog niet veel ervaring met deze populatie. Als revalidatiedienst zitten we aan het einde van het 'traject'. De eerste patiënten zijn nog niet zo lang geleden bij ons gestart dus kunnen wij nog niet veel grote conclusies trekken."

“

Spieren slinken snel maar kunnen ook weer aansterken. Als mensen opnieuw aan het stappen geraken en dit lukt elke dag beter dan zien we een goed herstel.

Welke factoren hebben volgens u een impact op de uitkomst voor de patiënt?

"Raar en niet raar natuurlijk maar het thuisnetwerk is heel belangrijk. En dat hangt weer met het psychologische samen. Als ouderen gesteund zijn door hun kinderen en kleinkinderen zie je dat ze daar op de moeilijke momenten heel veel kracht uit halen."

"Op medisch vlak is het vooral de mate waarop de longfunctie weer normaliseert. Als mensen vrij snel met voldoende saturatie in het bloed kunnen oefenen en geen zuurstof meer nodig hebben, zien we dat hun herstel vlotter verloopt. Omdat je de intensiteit van de therapie kan opdrijven. De begeleiding die onze patiënten krijgen, is natuurlijk steeds heel individueel. Los van de problematiek waarmee ze te maken hebben." ■





**"WE BEKIJKEN MET DE
ARTSEN HOE WE DE COVID-19
PATIENTEN EEN GOEDE
NAZORG KUNNEN BIEDEN"**

Petra van Rens, hoofd dienst Psychologie



Psychologie

Tijdens de COVID-19-pandemie was ook een belangrijke rol weggelegd voor de psychologen, zowel wat betreft patiëntenzorg als de begeleiding van de medewerkers en de teams die actief waren op de COVID-19-afdelingen. De opvang van COVID-19-patiënten en hun familie tijdens de periode dat ze emotioneel zwaar onder spanning stonden, was een belangrijke bezorgdheid tijdens de crisis. Daarnaast hebben we ingezet op het versterken van de natuurlijke veerkracht van de zorgteams of individuen die hier nood aan hadden, aldus Petra van Rens, hoofd van de dienst Psychologie.

De dienst Psychologie, die intussen 24 psychologen telt, werd opgesplitst in twee teams. Een eerste team stond in voor de patiëntenzorg, samen met de collega's van de pastorale dienst en de dienst Patiëntenbegeleiding.

Petra van Rens: "Bij COVID-19-patiënten was het in eerste instantie belangrijk om contact te houden met hun families. Zij mochten hun naasten niet bezoeken en dat was voor velen zwaar om dragen. Soms boden ze zich zelfs aan met vragen aan het onthaal van het ziekenhuis. Wij hielden ons daar beschikbaar om hen op te vangen. Dat was vooral aan het begin van de lockdown belangrijk. Op een gegeven moment is die vraag wat uitgedoofd, waarschijnlijk omdat de communicatie steeds beter werd, omdat mensen beter voorbereid waren en uiteindelijk wisten wat wel en niet mogelijk was in het ziekenhuis. Ze werden vaak ook opgevangen door hun eigen netwerk of hadden al telefonisch contact gehad met onze dienst of een zorgverlener."

COVID-19-patiënten

"De opvolging van de COVID-19-patiënten zelf was ook een hele uitdaging, zeker met de beschermingsmaterialen die we moesten aantrekken en die de communicatie bemoeilijkten. Het was tegelijk ook boeiend omdat er zo intens werd samengewerkt met collega's van andere diensten en er een gevoel van samenhang ontstond."

"Intussen bekijken we met de artsen hoe we de COVID-19-patiënten nog een goede

nazorg kunnen bieden, in het ziekenhuis of via een externe doorverwijzing in het netwerk. Omdat er heel veel mensen bij zijn met post-traumatische stressklachten, angstklachten, stemmingsproblemen en cognitieve problemen is het belangrijk hier alert voor te blijven."

"Ik denk dat er toch nog wel wat op ons af gaat komen. Mensen hebben een hele zware periode doorgemaakt, zijn zwaar ziek geweest, komen thuis en hebben even een piekmoment waarop ze heel opgelucht zijn en alles heel rooskleurig lijkt. Daarna vallen velen in een zwart gat. Een groot deel van de patiënten herstelt spontaan, ook op emotioneel vlak. De meeste patiënten redden het met de hulp van hun eigen omgeving maar een aantal zal extra ondersteuning nodig hebben. Om hen meer inzicht te geven in wat normaal is bij de verwerking van een dergelijk trauma hebben we een brochure uitgewerkt. Hierin leggen we ook uit wanneer het nodig is om aan de alarmbel te trekken."

Zorgverleners

"Bij een zware pandemie als deze waarbij er veel flexibiliteit gevraagd wordt van de zorgverleners, is het ook belangrijk om hen te ondersteunen. We hebben daar dan ook vanaf dag 1 op ingezet, samen met de dienst Personeelsbegeleiding. We hebben gezien dat teamondersteuning de meest waardevolle hulp was die we konden bieden. Waar je de natuurlijke veerkracht van een team kan versterken, versterk je eigenlijk ook het individu. Het is belangrijk een klimaat te creëren waarin mensen open kunnen



Dienst Psychologie v.l.n.r. Charlotte Braekers, Els De Reuwe, An Martens, Stefanie Hesemans, Anouk Peeters, Julie Van Grieken, Lotte Bamelis, Ellen Meers, Anne Jans, Nicolas Timmermans. Ontbreken op de foto: Anneleen Gijsbers, An Coenen, Erwin Bosmans, Josefien Vandereydt, Karine Kellens, Katrien Schabregs, Katrien Vanhorenbeek, Lies Welkenhuyzen, Margot Haesen, Mathijs Teppers, Sofie Gielen, Tine Leyssen, Veerle Knaepen en Petra Van Rens.

communiceren, kunnen ventileren maar ook kunnen benoemen wanneer het te lastig wordt. Ook de leidinggevende en de diensten Personeelsbegeleiding en Psychologie kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

"We zijn uiteindelijk bij de begeleiding van 14 zorgteams betrokken. Sommige teams gaven aan dat ze zelfstandig verder konden, hoewel ze de ondersteuning waardevol vonden. Andere teams hebben we langer intensief begeleid. Vaak zijn dat de groepen die al vroeg in de pandemie gestart zijn en dus gedurende lange tijd belast zijn. Zij hebben zeer veel flexibiliteit aan de dag moeten leggen. Naast de individuele opvang door de dienst Personeelsbegeleiding, waren er nog een 60-tal medewerkers die we individueel hebben begeleid. Uiteindelijk hebben we dus toch heel wat medewerkers kunnen bereiken." ■



Bij COVID-19-patiënten was het in eerste instantie belangrijk om contact te houden met hun families. Zij mochten hun naasten niet bezoeken en dat was voor velen zwaar om dragen.

Petra van Rens
diensthoofd Psychologie

"EEN CORRECTE TRIAGE MOEST DE WACHTZALEN VAN HET ZIEKENHUIS ONTLASTEN"

Dr. Rob Smeets en dr. Ann Mandervelt, huisartsen

Huisartsenkringen kregen de vraag van de overheid om de Spoeddiensten van de ziekenhuizen te ontlasten in geval van een COVID-19-uitbraak en een 'triage-wachtpost' op te richten. "We moesten heel snel uitzoeken hoe we tewerk zouden gaan. Dit was ongezien, met een dergelijke situatie hadden we geen ervaring", aldus Rob Smeets, voorzitter van huisartsenkring Prometheus en Ann Mandervelt voorzitter van huisartsenkring Maasmechelen.

Dr. Rob Smeets: "Nadat we de hoofden bij elkaar gestoken hadden met enkele collega's zaten we samen met enkele afgevaardigden van het ZOL, het stadsbestuur van Genk en medewerkers van de woonzorgcentra. Iedereen heeft hemel en aarde bewogen om snel van start te kunnen gaan."

Wachtpost

De coronawachtposten werden opgericht om te vermijden dat mensen die mogelijk besmet waren met COVID-19 naar de praktijk van de huisarts of de huisartsenwachtpost zouden komen en daar anderen zouden besmetten of de ziekte verspreiden. Een correcte triage moest ook de wachtzalen van het ziekenhuis ontlasten. Dr. Ann Mandervelt: "In de coronawachtpost kunnen enkel mensen terecht die doorverwezen zijn. Mensen met mogelijke symptomen van COVID-19 moeten eerst contact opnemen met hun huisarts. Deze maakt een inschatting of de patiënt thuis in quarantaine moet uitzielen of naar de triagepost moet komen. Patiënten die ernstig ziek zijn, worden doorverwezen naar het ziekenhuis. Om



Dr. Ann Mandervelt,
voorzitter huisartsenkring
Maasmechelen

het systeem waterdicht te houden, nemen wij steeds contact op met de Spoedgevallendienst om te melden dat er een patiënt onderweg is."

Dr. Rob Smeets: "De samenwerking met het ziekenhuis verliep vlot. Er werd kort op de bal gespeeld en er was steeds iemand beschikbaar voor overleg. Ook patiënten met dringende niet-COVID-19-problemen konden we snel naar het ziekenhuis doorverwijzen."

"Ook heel erg waardevol waren de zoomsessies die met het ZOL georganiseerd werden voor het delen van informatie over de aanpak van de nieuwe pathologie. Maar liefst 140 artsen hebben hieraan deelgenomen."

Contactonderzoek

Sinds begin mei werd er door de overheid ook een systeem van contactonderzoek opgezet waarbij huisartsen patiënten moeten testen op COVID-19 of doorverwijzen naar een



Dr. Rob Smeets,
voorzitter huisartsenkring
Prometheus

triagecentrum. De teststalen kunnen naar het klinisch labo van een vlakbij gelegen ziekenhuis of naar het nationaal testplatform dat minister Philip De Backer begin april heeft uitgebouwd toen grootschalige testen moesten voorzien worden voor de woonzorgcentra.

Dr. Rob Smeets: "Bleek dat er vaak technische problemen opdoken bij het doorstromen van de resultaten van het nationaal testplatform naar de software van de individuele huisartsen. Daarnaast duurde het soms twee tot drie dagen voor we het testresultaat kregen. Omdat we een snellere diagnostiek wensden, zijn we overgeschakeld naar het klinisch labo van het ZOL. Zij geven ons de resultaten al binnen de vier uur."

Ook de huisartsenkring van Maasmechelen is overgeschakeld naar het klinische labo van het ZOL voor de analyse van de teststalen. ■





BRANDWEER APPLAUDISSEERT VOOR DE HELDEN VAN HET ZOL

De helden van Brandweerzone Oost-Limburg brachten een indrukwekkend eresaluut voor onze helden!
En dit op de internationale Dag van de Verpleegkunde. #ZOLSamentegencorona #genk3600 #heldenvanhetZOL
#dagvandeverpleegkunde



Getuigenis

ELINE MOORS

hoofdverpleegkundige GD25

DAG 18 IN DEZE NIEUWE WERELD, DE CORONAWERELD

In mijn astronautenpak betreed ik onze COVID-19-afdeling. Vandaag kom ik toe op een volledige bezette afdeling met 27 patiënten. Overal zie ik astronauten op de gang staan, niet meteen duidelijk qua herkenning wie wie is, aangezien enkel de ogen zichtbaar zijn.

Mijn verpleegkundigen geven me een update rond de toestand, de temperatuur en de saturatie van onze zieke patiënten. En ziek, zwaar ziek, zijn ze bijna allemaal. De patiënten krijgen plots opstoten van hoge koorts, saturaties zakken, ... Enkel zijn zo kort van adem dat spreken in volzinnen te vermoeiend is.

Artsen worden breed ingezet en komen mee patiënten in andermans vakgebied toeren. De pneumoloog die vandaag op de afdeling langskomt, heeft een collega endocrinoloog bij.

Een familielid belt me om te horen hoe het gaat met zijn moeder, een zeer verzwakte en zieke geriatrische dame. "Hoe is de nacht geweest? Heeft ze nog koorts? Heeft ze vanochtend iets gegeten?" Hij vertelt me in tranen dat hij zijn moeder al sinds 13 maart niet meer gezien heeft. "Zal ik haar pas terugzien op het kerkhof?" Zo'n vragen grijpen me bij de keel. Ik voel het verdriet en de onmacht door de telefoon. Het geen contact kunnen hebben, het niet op bezoek mogen komen, valt niet alleen bij dit familielid zeer zwaar. Ook de patiënten hebben verdriet omdat zij hun geliefden moeten missen.

Ik zie mijn verpleegkundigen puffen op de gang tijdens de verzorging. Het is warm in het pak, het masker zorgt voor weinig ventilatie, hun handen zweten omdat ze twee paar handschoenen dragen. Na vier uur kan de eerste groep pauzeren. Het is nu elf uur, zij kunnen eindelijk weer iets drinken of eten en

naar het toilet gaan.

Om half 12 verlaat ik de afdeling en kom ik samen met mijn collega-diensthoofden, divisie manager en zorgcoördinator. Iets wat we sinds een week elke dag doen, volgens de regels van social distancing. Even inchecken, koppen bij elkaar en de bestaffing van de volgende dagen bespreken. Dat laatste is steeds een hot topic, aangezien de grote toestroom van patiënten en de hoge nood aan extra ondersteuning voor onze vaste equipes....

“

“Samen
staan we
sterk.”

En die ondersteuning is er gelukkig, vanuit meerdere diensten! Het vast personeel zorgt niet alleen voor patiënten, maar neemt ook deze 'vreemde' verpleegkundigen mee op sleeptouw. Het is intens, samenwerken terwijl je elkaar niet kent. Maar wat een saamenhorigheid! Wat ben ik fier als ik zie hoe we elkaar helpen. Samen staan we sterk. Het is dankzij deze saamenhorigheid, het kunnen verdelen van de taken en de positieve moraal dat het werk op de COVID-19-afdeling goed vol te houden is.

Soms voelt hetgeen er om ons heen gebeurt onwerkelijk aan. Niet enkel de patiënten halen ons in qua snelheid, ook de steeds veranderende richtlijnen en protocollen maken het moeilijk. Het werken binnen het vakgebied van soms onbekende specialismen geeft een extra spanning. Meer dan ooit stelt elke zorgverlener zich flexibel op. Grenzen worden verlegd.

Een vreemde observatie als ik na mijn pauze opnieuw in pak de afdeling binnenstap: het is zo stil. Patiënten bellen bijna niet, ze zijn er te ziek voor. Benauwdheid door gebrek aan zuurstof, pijn op de borst, warm/koud door de koorts, geen zin in eten, totaal vermoeid. Niet enkel bij onze oudere patiënten, maar ook bij hen tussen 40 en 65 jaar.

Tijdens het overleg met mijn collega-diensthoofden, heb ik een I-phone ter beschikking gekregen van onze divisie manager. Eindelijk kunnen we contact mogelijk maken tussen patiënten die geen gsm hebben en hun familieleden. Ik test het meteen uit met Whatsapp-video en bel de dochter van een Turkse patiënte. Ik kan het gesprek niet volgen omdat ik hun taal niet beheers, maar ik zie een opgefleurde patiënte en een gelukkige dochter. Ze bedankt ons ten slotte uitgebreid en wenst mij en mijn verpleegkundigen veel sterkte en succes toe. Hier haal ik enorme voldoening uit!

Lachen, huilen, onmacht, angst ... Deze emoties zijn zichtbaar bij al de 'Helden van ZOL' die werken op de COVID-19-afdelingen. Ik maakte vandaag een afspraak met de psycholoog voor het organiseren van een teambegeleidings-sessie voor mijn mensen. In mijn functie als hoofdverpleegkundige komt meer dan ooit de aandacht voor de mentale draagkracht van mijn medewerkers naar voren. Thuiskomen en nog steeds met je werk bezig zijn, slapeloosheid, bezorgdheden van familieleden aanhoren,Het zijn maar enkele dingen die mijn verpleegkundigen mij vertellen. Astronautenpak uit, douchen en naar huis. Zodra ik buiten kom, komt de frisse lucht me tegemoet. Heerlijk gevoel. Er zit weer een dag op in deze nieuwe wereld. Samen tegen corona! 🙏🙏🙏

Eline Moors

hoofdverpleegkundige GD25

HEEFT U DE **ZOL-APP** VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN AL GEDOWNLOAD?

De app is nu beschikbaar
voor Android-versie en iOS-versie.

Vraag uw wachtwoord aan met
uw Riziv-nummer bij: communicatie@zol.be
en download 'ZOL' in de
Google Play Store of in de App Store.



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** dr. Griet Vander Velpen, Eline Moors ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Jan De Koster, dr. Eline Macken, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Johan Van Robays, dr. Luc Vrielinck ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Marco Mertens, HBvL, Michiel Malchair, Mine Dalemans ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke & Liesbeth Grondelaers, dienst Communicatie ■
Redactie: Schiepse Bos 6, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 18 nr. 76 • juli • augustus • september • 2020

An Evers
kinesitherapeut

Liesbeth (36)
Verpleegkundige
in het ZOL

Dr. Peter Hallet
fysisch geneesheer

Partners in zorg

Wij zijn aan het bouwen en daarom woon ik met mijn gezin in bij mijn ouders. Op zaterdag begonnen mama en ik koorts te maken en op zondag bleek ik na een test positief voor COVID-19. Ik heb het werk afgebeeld en op donderdagmorgen, na wat uitzieken, voelde ik me beter. Tot ik me 's middag opeens heel ellendig begon te voelen. Ik was kort van adem en had pijn. Het ging zo snel dat we 's nachts de ambulance moesten bellen.

Intussen ging ik al in shock en vielen mijn nieren uit. Op Spoed probeerden ze me op te lappen voor ik naar Intensieve Zorgen ging. Daar heb ik een week gelegen tot ze me uiteindelijk toch in slaap moesten doen. Ik werd beademd en er is me verteld dat ik al snel aan de hartlongmachine moest, maar daar heb ik zelf geen herinnering aan.

Mijn toestand is vaak kritiek geweest. Ik had een abces op mijn longen dat ze niet onder controle kregen met antibiotica. En

opereren durfden ze eerst niet omdat ik nog te zwak was. Uiteindelijk hebben ze de rechterbovenkwab van mijn longen weggenomen.

Na nog heel wat complicaties en moeilijke momenten ben ik toch langzaam beter geworden. In totaal ben ik zes weken in slaap geweest.

Ik ben fysiek erg verzwakt en snel buiten adem. Intussen revalideer ik al anderhalve week op campus Sint-Barbara en moest zelfs opnieuw leren stappen. Maar morgen ga ik terug naar huis. Ik ben zo lang in het ziekenhuis geweest en wil nu echt graag bij mijn familie zijn. Mijn revalidatie zal weliswaar nog een hele tijd in beslag nemen.

Ik kan maar naar huis omdat ik bij mijn ouders woon die voor mij zullen zorgen. En ook voor de kinderen. Iedereen bij ons is trouwens ziek geweest. Mijn ouders hebben nog steeds veel last van

vermoeidheid. En ook mijn man en de kinderen zijn niet gespaard gebleven.

Ik wil een oproep doen naar alle mensen die nu met velen op straat en tijdens lockdownfeestjes samenkomen en daarbij de regels van social distancing niet naleven. Ik begrijp dit niet, zij brengen hiermee vele mensen in gevaar. In het begin dachten we dat COVID-19 maar een griepje was maar dat is niet zo. Het is iets heel raars en je bent er heel erg ziek van. Mijn leven heeft aan een zijden draadje gehangen. Gelukkig was ik nog jong en sterk genoeg...

Tot slot wil ik alle artsen en verpleegkundigen bedanken die zich 200% voor mij hebben ingezet. En mijn collega's en huisarts voor hun steun. Kort samengevat: het zijn allemaal TOP-dokters en TOP-verpleegkundigen! De helden van het ZOL!

Liesbeth (36)
verpleegkundige in het ZOL