

Margijske van Roest

anesthesioloog-intensivist,
medisch hoofd ic,
Beatrixziekenhuis, Gorinchem

Hannah Visser

internist-infectioloog,
Beatrixziekenhuis, Gorinchem



ROBIN UTRICHT/ANP

COVID-19 VRAAGT HET MAXIMALE VAN ALLE MEDEWERKERS

Pittige primeur: Beatrixziekenhuis had eerste coronapatiënt

Het Beatrixziekenhuis in Gorinchem was het eerste ziekenhuis in Nederland dat geconfronteerd werd met een coronapatiënt. Een terugblik op de recente ervaringen.

Van 21 februari tot en met 28 februari verbleef een patiënte met respiratoire insufficiëntie op de intensive care (ic) van het Beatrixziekenhuis in Gorinchem. Op 28 februari werd de patiënte overgeplaatst naar het Erasmus Medisch Centrum voor eventuele *rescue*-behandeling. In de dagen voor overplaatsing was een paar keer contact geweest met intensivisten van het Erasmus MC over de behandeling en diagnostiek van deze patiënte. Op 28 februari was ook de casusdefinitie van een verdachte patiënt met covid-19 uitgebreid met

patiënten met onbegrepen respiratoire insufficiëntie. Op 29 februari bleek patiënte covid-19-positief. Het bericht van de positieve testuitslag leidde tot het bijeenroepen van het crisisbeleidsteam (CBT) van het Beatrixziekenhuis. Voor maandagochtend 2 maart stond een voorbereidend corona-CBT gepland, maar we werden ingehaald door de tijd. Op zaterdagavond werd het CBT opgestart. Als eerste ziekenhuis in Nederland hadden we te maken met een mogelijke besmettingshaard waarvan we de omvang op dat moment nog niet konden overzien. De patiënte met covid-19 was immers zonder strikte isolatiemaatregelen via de SEH op de ic terechtgekomen, en daar een week lang verpleegd.

Contactonderzoek

Een aantal maatregelen werd getroffen. De ic (een gecombineerde afdeling met de coronary-care unit; CCU), werd per direct gesloten voor nieuwe opnames. De dienst ambulancezorg werd verzocht

geen nieuwe ic/CCU-patiënten meer naar het ziekenhuis te brengen. De nog aanwezige ic-patiënten werden in strikte isolatie geplaatst.

Er startte contactonderzoek onder patiënten en medewerkers. De medewerkers die voor de patiënt hadden gezorgd, en op dat moment klachten hadden, werden naar huis gestuurd en getest op covid-19. Dit betekende extra diensten voor de overige, klachtvrije medewerkers.

Behalve artsen en verpleegkundigen werden ook medewerkers van ondersteunende specialismen zoals radiologie en laboratorium toegevoegd aan de lijst van personen met direct contact met de besmette patiënt. 75 procent van de ic-verpleegkundigen en -artsen bleek direct contact (waarvan sommigen hoogrisicocontact) te hebben gehad met de patiënt. Zij werden bevraagd op eventuele klachten. Bij klachten werd de medewerker in thuisisolatie geplaatst in afwachting van de test. De GGD kon dit testen niet voor ons faciliteren. Ons ambulante verpleegkundig team bood aan deze medewerkers thuis te bezoeken en de bemonstering op zich te nemen.

Ook was er een aantal patiënten met mogelijk contact via een zorgmedewerker. Deze patiënten werden eerst ingelicht, daarna de overige ziekenhuismedewerkers.

Uiteraard was er steeds nauw overleg met het RIVM over de situatie. In samenspraak met en op aandringen van het RIVM werd op zondag besloten tot een directe bezoekersstop en opnamestop.

Informatie

Een omvangrijke communicatie- en informatieoperatie volgde. In hoog tempo moesten medewerkers en stakeholders geïnformeerd worden op hetzelfde moment dat de hele Nederlandse pers zich op Gorinchem richtte.

De logistieke operatie breidde zich snel uit. De huisartsenpost die zich in het ziekenhuis bevindt verhuisde naar een grote praktijk tegenover het ziekenhuis. Op de Spoedeisende Hulp werden de laatste patiënten behandeld. Er kwamen extra medewerkers in huis om de poliklinieken en geplande opnames voor de volgende dag af te bellen. Medewerkers en patiënten werden voortdurend geïnformeerd door berichtgeving en via speciaal geopende telefoonnummers.

In overleg met het RIVM startte het ziekenhuis met toegangscontrole via een sluis op de Spoedeisende Hulp. Alle medewerkers mochten alleen via deze toegang het ziekenhuis betreden. De temperatuur werd opgenomen en medewerkers met koorts moesten terug naar huis. Onder andere voor deze ongebruikelijke maatregel, moest per direct een protocol worden opgesteld. Na de persconferentie van het RIVM die middag belegde het ziekenhuis een eigen persconferentie.

Op dinsdag 3 maart werd het mogelijk om de afdeling Verloskunde (met opnamemogelijkheid van neonaten op de kinderafdeling) en de dagbehandeling voor chemotherapie weer te openen. Deze afdelingen waren relatief makkelijk te isoleren van de rest van het ziekenhuis en hadden geen medewerkers die bij de zorg op de SEH of ic waren betrokken.

Pas op donderdag 5 maart kon het ziekenhuis weer volledig in bedrijf. Medewerkers die op dat moment nog thuis zaten in isolatie, in afwachting van de uitslag van hun test, hadden niet gewerkt met klachten. Daarom was het afwachten van deze tests geen belemmering voor het openen van het ziekenhuis. Dit betekende dat de beperkende maatregelen met betrekking tot bezoek en verdere openstelling van het ziekenhuis niet meer noodzakelijk waren.

Nieuwe samenwerkingsverbanden

Het onderzoek nam veel tijd in beslag, enerzijds doordat we alles als eerste moesten doen en bedenken, maar ook omdat centrale landelijke coördinatie op punten werd gemist.

Inmiddels is testen voor covid-19 op meer locaties in Nederland mogelijk. Bij het ontdekken van de besmetting vanuit ons ziekenhuis was dit nog zeer beperkt mogelijk. Dit leidde tot veel vertraging in het testen van 'eersteringcontacten' met klachten. Dit zorgde ervoor dat wij drie dagen het ziekenhuis gesloten moesten/wilden houden, om de kans op besmetting naar een volgende ringcontacten te verminderen. Hadden wij eerder de uitslagen van de betreffende testen gehad, dan hadden we mogelijk een dag eerder weer open gekund.

Wij zijn niet getraind om te werken vanuit een commandostructuur

In de loop van de week werden ook besmettingen op andere intensivereafdelingen in Nederland ontdekt. Ook hier lagen patiënten bij opname niet in strikte isolatie, wel in algemeen geldende ic-isolatie zoals in ons ziekenhuis. Eerder voldeden ook hier de patiënten die achteraf geïnfecteerd bleken te zijn, niet aan de casusdefinitie voor een mogelijke covid-19-besmetting. Er werd contact gehouden met directie en hoofden van deze afdelingen, om gelijke maatregelen te kunnen treffen voor patiënten en personeel. En zo ontstonden er nieuwe samenwerkingsverbanden en nieuwe mogelijkheden tot overleg. Appgroepen werden ingericht en informatielijntjes gingen lopen. Allemaal zaken die logischerwijs tijd nodig hadden. Kostbare tijd echter als je een gesloten ziekenhuis hebt.

Ongenuanceerd beeld

Een dergelijke outbreak managen in een klein ziekenhuis als het Beatrixziekenhuis, vraagt het maximale van de medewerkers. Denk aan een kleine afdeling Infectiepreventie, Communicatie, IC en SEH. Deze afdelingen zijn bij een grote taak als deze, of bij veel

uitval wegens een mogelijke besmetting, al makkelijk overbelast. Als artsen hadden wij niet eerder een crisis van deze omvang meegeemaakt. Je bent ineens onderdeel van een CBT, vol beleidsmedewerkers die speciale crisistrainingen hebben gehad. Voor medisch specialisten is dit schakelen. Wij zijn niet getraind om te werken vanuit een commandostructuur. Er moeten ad hoc belangrijke beslissingen worden genomen. In gewone overlegstructuren zou je hier veel langer over doen en er meer over vergaderen. En je lijkt er op momenten ook net iets anders in te zitten, met meer emotie. Je voelt je betrokken bij je patiënten, bij directe collega's die in thuisisolatie zitten. We merkten bijvoorbeeld dat dokters veel haast hadden om de uitslagen van de testen snel te hebben; ze wilden zo gauw mogelijk weten of medewerkers negatief getest werden, zodat ze weer gewoon aan het werk konden. Bovendien is dagenlang deelnemen aan een CBT een intensieve bezigheid.

En dan de buitenwereld. De beeldvorming. In de eerste dagen moet je sterk in je schoenen staan om je niet druk te maken over het ongenueanceerde beeld dat de pers presenteert. Stukken in de krant met vette koppen zoals 'Waarom de dokters in Gorinchem toch niet eerder hadden getest?', geschreven door journalisten die eigenlijk niet weten hoe de medische wereld werkt, en dus niet weten waar het over gaat en de casus niet kennen.

Het effect van de corona-angst is groot. Allereerst leidt de mededeling van de aanwezigheid van een patiënte met het virus tot grote onrust bij medewerkers, patiënten, bezoekers en zelfs inwoners van de stad. Maar ook nu nog zijn medewerkers bang om zelf het virus op te lopen. Enerzijds wordt daarom herhaaldelijk gewezen op de adviezen en richtlijnen van het RIVM, maar anderzijds is ook gebleken dat duidelijke dagelijkse communicatie naar medewerkers deze angst kan verminderen. Dagelijkse communicatie is nodig omdat de adviezen soms meerdere keren per dag veranderen. En dan waren er ook reacties van andere ziekenhuizen, waarvan sommige zelfs patiënten weigerden omdat ze eerder in Gorinchem waren behandeld. Allemaal nieuwe vraagstukken die vragen om kort schakelen, heldere communicatie en goede samenwerking. En daar was het dan weer in ons voordeel dat we een klein ziekenhuis zijn. De lijnen zijn kort en we kennen elkaar. Wij zijn blij dat het ziekenhuis weer open is en de inwoners van Gorinchem en omgeving weer bij ons terecht kunnen. De vele positieve reacties en eerdere steunbetuigingen die we kregen doen ons goed.

Helaas blijft Nederland geen pandemie bespaard, we wensen u allemaal veel sterkte met de voorbereidingen en zorg in de volgende fase. ■

Zie ook Achter het Nieuws op blz. 10.

contact

m.van.roest@rivas.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

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

VELDWERK

DE NEUROCHIRURG



CARMEN VLEGGERT-LANKAMP
is werkzaam in het LUMC

Onzichtbaar zuchten

Zo net na de vakantie, fris en uitgerust, bedenk ik wat mijn doelen voor de komende periode gaan worden. In de categorie 'kleine doelen' ga ik mijn onvrede over het 'mislukte consult' eens aanpakken. U kent het vast wel: 25 patiënten op een dag, 24 mensen blij en 1 zeurneus. En waar pieker je over na? Juist, over de zeurneus. Dat moet dus anders in de komende tijd.

Het plan: eerst helder krijgen door welk type patiënt ik word geprikkeld. En dan in de slechte zin van het woord. Dat ik meteen denk: zucht. Zo uit de losse pols zijn er de 'ik heb wat, maar niemand weet wat en ik ben het zat-patiënten', de 'mijn lijf doet het niet en dat is jouw (alle dokters) schuld-patiënten' en de 'ik heb eigenlijk niets, maar ik zoek vrijetijdsbesteding-patiënten'. Dat zijn zo al wel drie categorieën waar ik veel bij moet zuchten. En ook al zucht

je niet, ze voelen het toch, die zucht.

En dan is de toon al gezet.

En het mooie is: je krijgt vaak van tevoren een aanwijzing. Je weet het al bij 'de brief'. 'Beste dokter

Vleggeert, om u

goed voor te kunnen bereiden op het consult dat ik binnenkort bij u heb stuur ik u vast deze achtergrondinformatie.' En daaronder bevindt zich dan een heel dikke envelop. Of: 'Geachte dokter Vleggeert, ik ben zo dankbaar dat ik bij u langs mag komen nadat dokter X mijn rug volledig verpest heeft.'

Kortom, het probleem is helder, maar de oplossing nog niet. Het zoeken naar die oplossing is dus een 'doel' voor de komende tijd. Als ik weer een corona-afzegging heb, ga ik daar maar eens over nadenken. Tot ik eruit ben richt ik me maar op de 24 blije mensen. En ondertussen bekwaam ik mij tevens in het onzichtbaar zuchten. Dat perfectioneer ik dan vervolgens tot 'niet zuchten'. Prima doel.

'MIJN LIJF
DOET HET NIET
EN DAT IS JOUW
SCHULD'