



De impact van Covid-19 op de Multidisciplinaire Begeleidingsequipe (MBE) van PHA

Dries Robbens

Verpleegkundige – deskundige palliatieve zorg PHA

13 maart 2020

'BLIJF IN UW KOT'. De leuze van Federaal Minister van Volksgezondheid Maggie De Block lijkt duidelijk. Toch werden de maatregelen die de academische wereld voorstelden initieel met argusogen bekeken, lockdown-feestjes waren het antwoord. Overheden namen niet direct een duidelijk standpunt in. Evenementen met meer dan 1000 bezoekers kan niet, 999 bezoekers is dan weer geen probleem. Tot die bewuste vrijdag de 13^{de}. Scholen, horeca en niet essentiële winkels gingen toe. Warenhuizen waren door hun stock huishoudmiddelen en droge voeding heen, mensen gingen ongezien hamsteren. Onze gezondheidszorg én voorraad medisch beschermingsmateriaal leken onder druk komen te staan.

Vrijwel meteen, onder andere via sociale media, kwamen waardevolle initiatieven tot stand. Publieke figuren en de politiek riepen op om beschermingsmateriaal te doneren aan ziekenhuizen. Woonzorgcentra en de eerste

lijn echter, huisartsen, thuisverpleging, maar evengoed poetshulp en gezinshulp leken op dat moment vergeten te worden. Hoe kan een pandemie bestreden worden als mensen uit de thuiszorg, de omgeving waar het virus zich kan verspreiden op zijn efficiëntste manier, zich niet optimaal kan beschermen. De eerste lijn leek de eerste week na de bewuste vrijdag de 13^{de} maart te veranderen in een kolkende massa vraagtekens.

Die vraagtekens kwamen tot bij ons, de Multidisciplinaire Begeleidingsequipe (MBE) van PHA. Hoe wij aan materiaal konden geraken? Coördinerend en Raadgevend Artsen (CRA's) van verschillende woon- en zorgcentra namen contact op met de vraag of ze spuitdrijvers vroegtijdig konden ontlenen om proactief te anticiperen op een golf van potentiële overlijdens. In de media werd namelijk gecommuniceerd dat IC-bedden schaars waren en de WZC's zich diende voor te bereiden. Maar op wat? En hoe?

Op dat moment bestond er nog veel onzekerheid of ons gezondheidzorgsysteem de pandemie ging kunnen



dragen, of vertaald naar de missie van de MBE van PHA: dienen we ons voor te bereiden op een massale sterfte van personen in de eerste lijn? Hoe kunnen we huisartsen en thuisverpleging hierin ondersteunen? Hoe dienen we kwaliteitsvolle stervensbegeleiding aan te bieden zonder mantelzorgers bij alleenstaanden, of als poets- en gezinshulpen weg zouden vallen ter ondersteuning van naasten? Wat als elk woonzorgcentrum of centrum voor personen met een beperking een spuitdrijver van PHA wil ontlenen? Verder bestond in het team ook de bezorgdheid naar eigen veiligheid toe. Gaan we stervensbegeleiding moeten doen bij personen met Covid-19, zonder beschermingsmateriaal?

Snel omschakelen

Om aan deze vraag te voldoen werden vanuit de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen enkele ethische richtlijnen rond behandelingskeuzes bij Covid-19 en de stervensbegeleiding gepubliceerd. Vanuit de sensibiliserende functie van PHA zijn deze verspreid naar alle woonzorgcentra's in ons werkingsgebied. Indien de behoefte bestond werden deze ook overlopen en besproken in een coaching op maat. Verder heeft PHA, samen met de verdeler van de spuitdrijvers, een groepsaankoop georganiseerd om alle woonzorgcentra's te kunnen voorzien van spuitdrijvers indien nodig. Voor implementatie van deze kon beroep worden gedaan op de reeds ontwikkelde instructiefilmpjes.

Inventiviteit en giften uit de bedrijfswereeld hebben ervoor gezorgd dat we zelf snel voldoende maskers, handschoenen, schorten en beschermingskappen ter beschikking hadden. Verder heeft PHA op dat moment ook voldoende FFP2-maskers kunnen aankopen tegen de bekende woekerprijzen. De Koning Boudewijnstichting ondersteunde dit financieel.

Een andere bekommernis was hoe we onze eigen dagelijkse werking gingen aanpassen aan de opgelegde hygiënische maatregelen en social distancing. Ons team is binnen de 2 dagen omgeschakeld van een interdisciplinair team dat bijna dagelijks overlegt op kantoor, naar een team waar thuiswerken de norm moest worden. Dit vraagt flexibiliteit en veerkracht. Procesmatig, met ups en downs en de nodige frustraties, leek alles naar efficiëntie en effectiviteit van vergaderen en patiëntenoverleg wel te werken. Dagelijks start de ochtend met een televergadering om de agenda en wachtberichten te overlo-

pen. Briefen via SBARR zorgt voor de nodige structuur tijdens het patiëntenoverleg.

Eenzaamheid en onmacht

In een begeleiding van een persoon met palliatieve zorgnoden gaat de aandacht, naast het fysieke, voornamelijk naar existentiële, sociale en psychische behoeften. Tijdens de covid-crisis geraakte heel wat patiënten sociaal geïsoleerd. Zij behoren allemaal tot de risicogroep. Volgens de letter van de wet konden zij geen bezoek ontvangen. Zij, die zich in een levensfase bevinden waar fysieke tederheid vaak een enorme troost kan bieden. Patiënten hadden, in hun wilsbekwaamheid, plots niet meer het recht om te kiezen voor fysiek contact, de risico's in acht genomen. De indijking van het virus leek enkel te kunnen worden behaald met zeer strikte maatregelen, een bubbel. In ziekenhuizen zijn mensen eenzaam gestorven, menige patiënten met palliatieve zorgnoden hebben hun ziekteproces eenzaam moeten dragen. Een vergeten groep met als enige troost een familielid te kunnen zien op een schermje of achter een raam. Psychologen en therapeuten kwamen niet meer op huisbezoek, patiënten die palliatieve zorg behoeven zijn vaak minder mobiel. Deze confrontatie heeft enige impact gehad op het team. Inlevingsvermogen, verbindende communicatie en actief luisteren zijn in een traject essentieel. Door de hygiënische maatregelen correct te bekrachtigen zorgde dit dan ook voor gevoelens van onmacht:

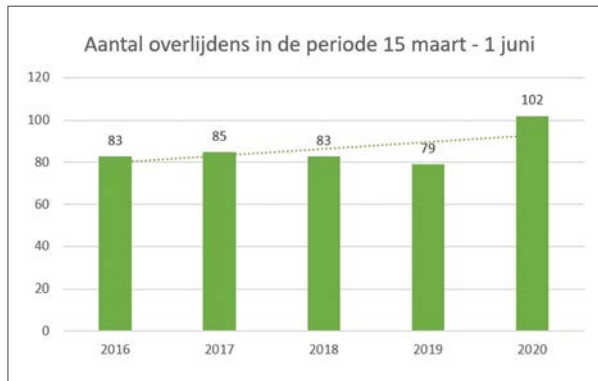
'Laat nu net in onze setting die social distancing hetgeen zijn wat het mij zo moeilijk maakt.

Al bij het binnenkomen mogen we geen hand meer geven, wat het voor mij erg onpersoonlijk maakt. Van op een veilige afstand neem je plaats en probeer je een gesprek aan te knopen over levenseindekwesties. Wanneer er al eens tranen vloeien moeten we dapper op onze veilige afstand blijven. Momenteel werk ik erg tegen mijn natuur in. Je moet met vele zaken rekening houden, en ja, dat geeft soms onrust in mijn hoofd. Naar mijn gevoel kom ik tekort in het bijstaan van patiënten en hun naasten nu.'

Om bovenstaande redenen heeft PHA ook besloten om onze vrijwilligerswerking te blijven bestendigen. Uiteraard in nauw overleg met de vrijwilligers zelf. Zij werden voorzien van het nodige beschermingsmateriaal en respecteren de hygiënische maatregelen.



Beschouwing

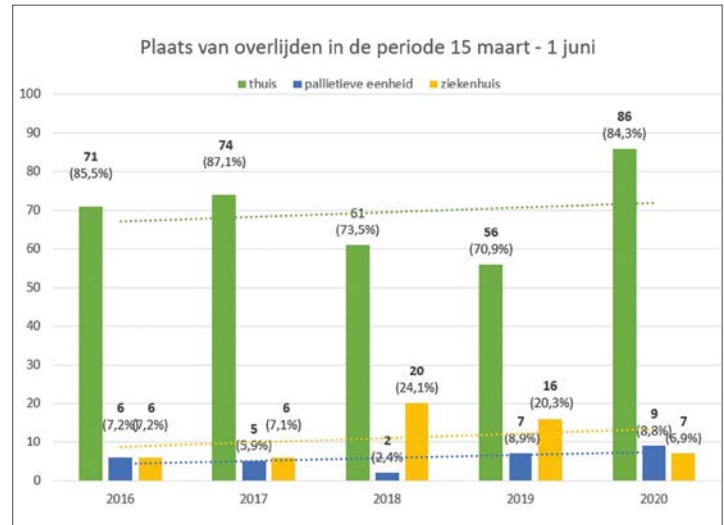


Figuur 1: Aantal overlijdens van patiënten die in de thuissituatie een begeleiding door de MBE van PHA genoten in de periode 15 maart – 1 juni.

Mits de maximale bezetting van onze intramurale gezondheidszorg nooit onder druk heeft gestaan, is de stervensbegeleiding bij patiënten met een geteste diagnose van Covid-19 beperkt gebleven in de thuissituatie. Toch kende de MBE een subjectieve gewaarwording van een toename in workload. In figuur 1 worden het aantal overlijdens van patiënten die in de thuissituatie een begeleiding door de MBE van PHA genoten in de periode 15 maart – 1 juni voorgesteld.

In deze periode zijn 102 mensen overleden na een begeleiding van de MBE. Dit is een toename van 20,6% in het aantal overlijdens tegenover het gemiddelde van dezelfde periode in 2016-2019 (82,5 [79-85]). Een mogelijke hypothese voor deze toename zou kunnen zijn dat door de isolatiemaatregelen in een intramurale setting deze veel minder gezien wordt als plaats van overlijden die de voorkeur geniet van de patiënt en zijn naasten. Patiënten die de specifieke wens hebben om thuis te overlijden worden vanuit de eerste lijn, of vanuit een transmuraal traject, sneller aangemeld voor een begeleiding van de MBE van PHA dan deze die de expliciete wens hebben om in een intramurale zorgomgeving te overlijden.

Deze hypothese lijkt bekrachtigd te worden in figuur 2. Van de 102 begeleidingen in de thuissituatie zijn slechts 7 personen in het ziekenhuis overleden. Waar thuis sterven het voorbije jaar een gemiddeld cijfer van 70,9% kent, stierven er in 2020 in deze periode 84,3% van de aangemelde patiënten thuis. Dit is een stijging van 13,4%. Deze cijfers kunnen een verklaring zijn van de voorbije pittige werkweken voor het MBE. De workload nam niet zozeer toe door de vooraf ingeschatte piek in terminale



Figuur 2: Plaats van overlijden van patiënten die in de thuissituatie een begeleiding door de MBE van PHA genoten in de periode 15 maart – 1 juni.

zorg voor patiënten met Covid-19, maar door patiënten met palliatieve zorgnoden die expliciet thuis wilden overlijden. Crisissen tijdens de terminale fase zijn de afgelopen periode deels opgevangen tijdens de wachtdienst van PHA. Voorheen zou dit meer geresulteerd hebben in een crisisonname in een ziekenhuis. Deze tendens kan een veruitwendiging zijn van een eventueel effect vanuit het opgelegde nationale ziekenhuistriageplan en de angst bij patiënten en familie om naar het ziekenhuis te gaan. Niettegenstaande de afbouw van bedden op de palliatieve eenheden ten gunste van zorg aan Covid-19 patiënten zijn de sterftcijfers aldaar veel minder gewijzigd in de periode van 15 maart tot 1 juni. Op de palliatieve eenheden zijn de mogelijkheden tot bezoek van familieleden bestendig gebleven.

De structurele aanpassingen naar thuiswerken heeft enkele voordelen opgeleverd ten aanzien van efficiëntie. Maar dit is ten koste van de sociale dimensie van het teamwerk en het wegvallen van de interne intermenselijke connecties. Door het emotioneel beladen, instabiele en fluctuerende karakter van een palliatief zorgtraject, kunnen hulpverleners gevoelens van onmacht en morele stress ervaren. Mits het team voornamelijk begeleidingen bestendigden vanuit de thuissituatie ervaren zij een toename van deze gevoelens door een gebrek aan intermenselijk contact van collega's. Het patiëntenoverleg via een digitaal platform is efficiënt in tijd maar houdt authenticiteit en spontaniteit in debat en overleg tegen.

Desalniettemin heeft de MBE van PHA de afgelopen periode goed doorstaan. Vanuit loyaliteit en collegialiteit





intern en met de eerste lijn heeft het team met de nodige flexibiliteit snel kunnen schakelen, bovendien zonder enige positieve test op Covid-19 intern. Deze crisis heeft ook positieve zaken doen belichten. Van de spontane solidariteit, de hartverwarmend collectieve applausjes voor alle gezondheidswerkers, het vormen van kleine compassionate communities in informele zorg voor elkaar, tot de absolute noodzaak van vroegtijdige zorgplanning als continu en dynamisch proces in behandelkeuzes bij personen met palliatieve zorgnoden. Kortom, een intense periode waar we als netwerk in palliatieve zorg onze stempel hebben kunnen drukken maar ook boeiende conclusies uit kunnen maken. Hier mogen we, als hulpverleners, best trots op zijn.

‘Wat mijn hart wel verwarmt, is hoe we als collega’s als één team onze schouders hieronder gezet hebben. Iedereen is er voor elkaar, er wordt hulp geboden indien nodig, een luisterend oor, ook al is het vanop afstand.

Dit zorgt ook voor de motivatie om verder te doen. Want ik koos deze job met hart en ziel, en dat is nog steeds waar ik naar ga blijven streven. Zelfs Covid-19 krijgt dat niet stuk.’



De MBE van PHA



Volg PHA op Facebook en blijf zo als eerste op de hoogte van al onze nieuwtjes en vormingen!

www.facebook.com/PalliatieveHulpverleningAntwerpen