

De Nierkrant

Tijdschrift

9000 Gent, Stapelplein

P 708371



PB-PP1B-30401
BELGIE(N)-BELGIE

Interview met Billy, thuisdialyseverpleegkundige

*Hospitalisatieverzekering
bij dialyse?*



Thema:

Covid 19

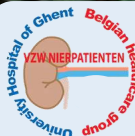
Patiëntengetuigenis | Personeelsinterview | Vaccinatie

Foto: Kristin Abbeloos

VIERMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT | VOLUME 11 | NR 1 | DEC 2020

VZW NIERPATIËNTEN | P/A UZ GENT, POLI NEFROLOGIE

C. HEYMANS LAAN 10, 9000 GENT



Aansluiten als lid van de VZW Nierpatiënten of uw lidgeld hernieuwen.

Lidmaatschap 2021

Door de COVID-pandemie zal het lidgeld 2021 opgeschort worden wegens inactiviteit van onze VZW.

Indien u uw lidgeld 2020 heeft betaald, hoeft u dus geen lidgeld voor het volgende jaar te betalen.

Wordt vandaag nog lid van de VZW om van alle voordelen te genieten!

- ☛ Kortingen voor de leden bij deelname aan een waaier van activiteiten;
- ☛ Gratis annulatieverzekering als lid-deelnemer buitenlandse reizen en als lid-patiënt geniet u tevens ook van een fikse tussenkomst in de deelnameprijs;
- ☛ U ontvangt de Nierkrant bij u thuis in de bus of digitaal.

Lid blijven of worden kan door (jaarlijks) slechts

10 Euro te storten op

rek nr: IBAN BE43 4412 0944 7101 - BIC :KREDBEBB

Vanzelfsprekend is een STEUNBIJDRAGE ook welkom op ons rekeningnummer.



In dit nummer...



**Hospitalisatieverzekering
bij dialyse?**



**Thema:
Covid 19**



Evolutie van huisdialyse

Verder in dit nummer:

Woord van de hoofdredacteur	5
Nieuws van de jongerenafdeling	37
Wist u dat...	38

Woord van de hoofdredacteur

Sociale onthouding en de impact ervan.

Onder normale omstandigheden hadden jullie al langer iets vernomen van de vereniging, hadden we elkaar al ontmoet op één van onze activiteiten of hadden we reeds de reisreünie achter de rug waarvan je in deze editie van het krantje vast het verslag kon lezen.



Niks van dit alles kwam aan bod door die nu wel langdurige coronacrisis. Het zorgt voor frustraties, chaos maar ook voor angsten die opduiken bij de mensen. Onzekerheden en veel vragen.

Mensen worden verplicht geïsoleerd te leven, “blijf in uw kot, houdt u binnen uw bubbel” wordt er dagelijks gescandeerd vanuit alle hoeken. Dit heeft een groot impact op ons sociaal leven als er daar tenminste nog sprake van is. Vooral bij ouderen zorgen de sociale beperkingen ervoor dat eenzaamheid nog meer impact heeft op hun leven. Verlatenheid is een betere omschrijving voor de huidige toestanden die nu in vele gevallen onder hen voorkomt. Vooral te wijten aan gebrek van kwalitatief sociaal contact.

Maar het is erger dan dat, wij allen worden getroffen door de maatregelen vooropgesteld door de regering op advies van experts. Ik kan je wel zeggen dat dit veel schrijnende toestanden oplevert. Je eigen familie niet kunnen begraven, je eerste kleinkind niet kunnen bezoeken, aanstaanden niet kunnen aanschouwen in ornaat op die zo verlangde dag... zijn maar enkele reële voorbeelden waar we mee geconfronteerd worden of werden.

Hoe ga je met dit alles om?

Gelukkig zijn er ook nog positieve momenten. We leven anno 2020 waar de digitale mogelijkheden soelaas bieden voor de geïsoleerde medemensen onder ons. Een knuffel zit er evenwel niet in maar een virtueel moment of een goed telefonisch gesprek zorgt ervoor dat we ons weer even blij voelen.

In het begin van de coronacrisis hadden we zo iets van “komt dit even goed uit”, kunnen we meteen de grote schoonmaak aanpakken, die uitgestelde klus klaren, je hobby terug oprakelen of wat dan ook om de overvloedige tijd op te vullen.

Maar dit ging al gauw vervelen. Het leek voor sommigen ook of we terug in oorlogstijd waren beland. Dit alles had zijn invloeden waarvan sommige met desastreuze gevolgen.

Mentaal omgaan met de crisis is onze grootste zorg. Het kan twee kanten uitgaan. Je kan het accepteren, de voorschriften opvolgen en er leren mee omgaan of je volgt wel de voorschriften op maar verliest je controle over de toestand door de constante negatieve berichtenstroom die onze angsten voedt.

Besef dat deze crisis tijdelijk is. Het normale leven zal herbeginnen, de economie zal zich uiteindelijk herstellen en deze dagen zullen langzaam veranderen in herinneringen aan een bijzondere tijd.

Lever jezelf niet over aan angst of paniek. Tracht een balans te vinden zonder de ernst van de situatie te verloochenen. De wereld om ons heen destabiliseert. Wij allen kunnen samen stappen ondernemen om de toestand te stabiliseren of terug te draaien naar hoe het beter kan, veiliger. Stappen die helpen de verspreiding van het virus te vertragen waardoor de ziekenhuizen minder belast worden. Begin bij jezelf en bij het beschermen van de kwetsbaren en risicopersonen.

Naleven van de voorschriften is de enige echte controlestap die je kunt uitoefenen op deze uitbraak. Laat de rest om je heen los. Laat je niet beïnvloeden door diegene die er andere gedachten op na houden.

Er zullen ook permanente veranderingen zijn. Sommigen verliezen dierbaren, anderen verliezen broodnodige inkomsten en alles zal zijn economische impact hebben wat ook weer nefast is voor onze welvaart. De Griekse filosoof Heraclitus zei het destijds al: "Verandering is de enige constante". Alles verandert in de wereld, die veranderingen zijn een gegeven, net als het feit dat ze altijd zullen blijven komen. Soms negatief maar meestal ook positief. Dit gezegd zijnde wil ik de focus brengen naar de angst die er ontstaat of laat het ons maar paniek noemen, wat dichterbij de realiteit ligt.



Afbeelding: ambius.be

Angst geeft ons aan dat er een bedreiging is en ons brein zal alles op alles zetten om te overleven. Medisch gezien maakt angst ons kwetsbaarder en laat het nu net dat zijn wat we het best kunnen vermijden. Hoe sterker ons immuunsysteem hoe beter we bestand zijn tegen het virus. Door angst ontstaat ook stress en wanneer we deze niet meer in de hand hebben dan spreken we over paniek. Het gevoel van hulpeloosheid en controleverlies creëren een paniekgedrag waardoor velen irrationeel reageren. Denk maar aan het hamsteren in het begin van de crisis dat rationeel gezien totaal niet nodig was.

Doe iets nuttigs met je vrije tijd. Verspil hem niet aan negatieve gedachten die je niet verder helpen, net nu is alert zijn uiterst belangrijk.

Durf je kwetsbaar op te stellen en hulp te vragen indien nodig. Hier moeten we samen door, we staan er niet alleen voor. Veel mensen zijn bereid elkaar te helpen zoals boodschappen doen. Het is die emotionele verbondenheid die ons zorgsysteem voedt en ons tot rust brengt. Vanuit de VZW kunnen we weinig betekenen op dit moment, niet zolang er geen echte controle is op de crisis, niet zolang er geen enige zekerheid is omtrent dreiging van het virus.

Zo ook zullen alle activiteiten pas aanvang vinden als we een “GO” krijgen die het ons mogelijk maakt om zonder risico’s wat dan ook te organiseren. Hierbij denken we in eerste instantie aan de uitgestelde reis naar Marmaris-Turkije. Uitgesteld is niet afgelast zegt men steeds. Alles zal afhangen van de maatregelen en de vooruitzichten op de vaccinatie en de toediening ervan (lees verderop over het vaccin - Prof. dr. W. Van Biesen). We houden jullie in ieder geval op de hoogte en hopen dat en hopen dat alsnog de reis in 2021 kan doorgaan.

Zorg goed voor jezelf.

Het is heel belangrijk dat je steeds goed voor jezelf en je naasten blijft zorgen in deze tijden van stress en onzekerheid. Eerst zorgen voor jezelf is voor sommigen een eigengereidheid maar geen slechte eigenschap in deze crisis. Als je ook nog voor anderen moet zorgen, zal je dat veel beter doen als je ook goed voor jezelf zorgt. Kies er niet voor om de situatie weg te wuiven en te duiken in ontkenning.

Kies de goede weg, de weg waarbij we in de mate van het mogelijke klaarstaan voor elkaar, begrip tonen voor de situatie, ons houden aan de maatregelen maar waarbij we onszelf zeker niet vereenzamen. Het is wat het is, de toestand is er, aanvaard het, ga er mee om en hopelijk lost alles zich op in een afzienbare tijd. We helpen met z'n allen mee waar kan.

Attente aandacht en bewondering nog voor de dienstdoende in alle sectoren die er voor zorgen dat alles draaiende blijft waarbij onze bijzondere dank aan de mensen in de zorgsector.

Tony.



Wat heeft Corona met u gedaan op persoonlijk vlak als mens en als dialysepatiënt?



In het begin had ik schrik om Corona op te lopen omdat ik risicopatiënt ben. Op de duur durfde ik mij niet meer te verplaatsen. Als ik het toch deed, naar mijn dochter bijvoorbeeld, dan had ik het gevoel 'een dief' te zijn. De verplaatsingen naar het UZ Gent waren wel noodzakelijk. Doordat je geen mensen meer mag zien, kom je in isolatie. Maar voor mij stoorde dit niet, dit was een rustmoment, niets moet.

Iedereen heeft een hectisch leven en op dat moment was er een time-out, wat ik positief vond. Back-to-basic, veel samen met mijn vrouw doen en de focus lag op "thuis". Ook op vlak van werk, als risicopatiënt, diende ik onmiddellijk thuis te blijven. Ik ben nu al thuis sinds 13 maart 2020 en ik ben slechts 1x naar het werk gemoeten om een les te geven. Hierdoor voel ik me wel vervreemd van de collega's en mijn bedrijf want je mist bepaalde impulsen van anderen en ik mis het praatje met de collega's. Anderzijds kan je wel goed doorwerken.

In het begin was het wel een beetje zoeken: op een bepaald moment waren we met 4 personen thuis met thuiswerk: Stef was thuis van school, Marlies was thuis van het werk en mijn vrouw en ik ook nog. Maar onze infrastructuur was daar zo niet op voorzien: we hebben maar 1 groot scherm om onze computer op aan te sluiten, we hadden geen 4 computers thuis en we maakten meer praatjes met elkaar waardoor het werk toch gestoord was. Nu ga ik bij mijn andere dochter werken, waar het rustig is omdat zij overdag niet thuis is.

Een ander nadeel is dat je veel meer eet en drinkt als afleiding. Op het werk is mijn leven meer gestructureerd en op ritme en had ik minder tijd voor tussendoortjes en heb ik deze ook niet bij. Thuis liggen ze voor het rapen. Zo zijn er al 3 Coronakilo's bij.

Ook in het ziekenhuis was het in het begin een beetje zoeken. We moesten als selfcare patiënt op de zaal liggen omdat de selfcare unit als Covidunit was ingericht. We moesten ons houden aan de uren van de dagdialyse. Onze vrijheid als selfcare patiënt werd beperkt.

Terwijl ik op zaal A lag, kon ik de kamers zien in zone C waar dan de besmette patiënten in het begin lagen. Ik had daar wel schrik van.

Ik had ook schrik om opgebeld te worden voor transplantatie en toen ik opgebeld werd door de transplantcoördinator met de vraag om mij tijdelijk van de lijst te laten schrappen, was dat een heel raar gevoel. Stel dat ik toch zou opgeroepen worden voor een transplantatie, dan denk ik niet dat ik nadien bezoek zou willen want zie dat ik besmet wordt met Corona tijdens mijn transplantatie opname.

Doordat het aantal coronagevallen momenteel ingedijkt is, mag ik terug op de Selfcare unit liggen. Toch, doordat het sas voor de deur moet behouden worden, voor het geval het virus terug opmars zou vinden, zie ik niemand meer passeren en springt men minder binnen om een praatje te doen en heb ik nog steeds het gevoel van extra in quarantaine te zijn.

In onze gemeente is er op het moment van dit interview "0" Corona en dat geeft me wel vertrouwen. We moeten overal onze naam opschrijven als we binnen gaan in een restaurant of tearoom, maar toch vraag ik mij af of hier effectief iets zal mee gedaan worden in de praktijk. Een tijdje geleden zijn we naar de Philippine (Nederland) geweest, mosselen gaan eten en werden we bediend zonder masker. Dit gaf me ook een onveilig gevoel. Het is goed dat ze nu strenger geworden zijn en boetes geven of de mensen zouden zich er nog minder aan houden.



Beeld: vvv zeeland

Dirk

Wat heeft Corona met u gedaan op persoonlijk vlak als mens en als medewerker op een Covidafdeling?

Voor dit interview hebben we enkele vragen gesteld aan medewerkers. Hoe hebben zij de Covidperiode ervaren in de zorg?

Kunnen jullie zich eventjes kort voorstellen?



Ik ben Francis Verbeke, staflid van de nierziekten en hoofdzakelijk actief op de polikliniek en op de hospitalisatie afdeling.

Ik ben Kirsten, verpleegkundige op de hospitalisatie-afdeling nefrologie (8IA). Ik werk hier ondertussen al 9 jaar en doe mijn werk ontzettend graag.



Ik ben Deborah en werk 19 jaar op de hospitalisatie nefrologie. Ik blijf het een uitdagende dienst vinden omdat de nefrologie constant evolueert en verandert: nieuwe medicatie, aanpassen van procedures en standaarden.

Logistieke medewerkers dialyse - van links naar rechts op de foto:

- Cynthia, ik ben gehuwd, heb 2 grote kinderen 16 en 18 jaar en werk 5 jaar op dialyse.
- Kirsten, woont samen, geen kinderen, werkt 1 jaar op dialyse.
- Liesbeth, gehuwd, 2 kleine kinderen van 5 en 8 jaar, werkt 8 jaar op dialyse
- Sally, gehuwd, geen kinderen, werkt 3 jaar op dialyse.



Wat waren jullie taken tijdens deze periode? Waren die anders dan buiten corona?

Logistieke medewerkers dialyse: De taken die we hadden vóór corona zijn gebleven, daarbij kwam ook de patiëntenscreening. Dit houdt in dat we een aantal vragen stellen over covidsymptomen om na te gaan of zij mogelijks een covidinfectie hebben opgelopen. Als we denken dat iemand mogelijks besmet is met corona, dan zonderen we die persoon af in een lokaaltje en verwittigen we de arts die dan eventueel een test afneemt.

We moeten ook veel meer ontsmetten, de deurknoppen worden 3x per dag ontsmet, de stoelen in de wachtzaal worden ontsmet en onze eigen handen moeten we ook veel meer ontsmetten.

Tijdens de COVID-19 uitbraak heeft jullie hospitalisatieafdeling dienst gedaan als transitafdeling. Wat hield dit precies in?

F. Verbeke: Op de transit afdeling werden patiënten opgenomen met klachten die verdacht waren voor Covid-19 (kortademigheid, koorts, hoesten) in afwachting van het bekend worden van het testresultaat. Tegelijk werden de nodige testen en onderzoeken uitgevoerd om andere oorzaken van de klachten te diagnosticeren en werd hiervoor eventueel reeds een behandeling gestart. Kortademigheid kon bijvoorbeeld ook het gevolg zijn van een achteruitgang van de hartfunctie, een opstoot van chronische bronchitis of een andere infectie dan Corona. We hebben ook patiënten gezien die een dubbele infectie hadden met zowel een bacterie als Corona tegelijk. Vaak ging het om mensen met onderliggende chronische aandoeningen of verminderde immuniteit, zoals transplantpatiënten en patiënten die chemotherapie krijgen bij wie typische symptomen van infectie zoals koorts kunnen ontbreken. Tegelijk werd er reeds voor het bekend worden van de test voor elke patiënt een dubbel plan opgesteld voor transfert en verder beleid (een plan in geval Covid+ en in geval Covid-) zodat de patiënt snel kon doorstromen naar een andere afdeling en er plaats kon gemaakt worden om nieuwe patiënten op te nemen. De meeste patiënten verbleven minder dan 48 uur op de transit afdeling.

Kirsten (hosp.): Van het ene op het andere moment kregen wij het bericht dat we transitafdeling zouden worden voor patiënten die via spoed opgenomen werden met 'respiratoire klachten verdacht voor Covid-19'. Kortweg iedereen die zich presenteerde op spoed met hoesten / niezen / kortademigheid... werd naar ons doorgestuurd. Op spoed werd er al een Covid-test afgenomen en patiënten bleven enkel bij ons in afwachting van het resultaat. Als de patiënt negatief testte (de patiënt heeft geen Covid), werd hij doorgestuurd naar een 'gewone' afdeling en als hij positief testte (de patiënt heeft wel Covid), ging hij naar een Cohortverdiep. Dit is een verdiep met enkel bevestigde Covid-positieve patiënten. In de praktijk bleven de meeste patiënten niet langer dan 48 uur bij ons.

Deborah: Soms waren er patiënten die een vals negatieve test hadden. Dit wil zeggen dat de patiënten een negatieve Covidtest hadden maar eigenlijk wel verdacht waren voor Covid. Deze patiënten werden hertest bij ons en dikwijls werd er ook een CT scan van de longen genomen.

Logistieke medewerkers dialyse: Onze selfcare unit was een ideale locatie om een afgesloten ruimte van te maken voor Covid-positieve patiënten. Er diende wel nog een sas rondom gebouwd te worden zodat we ons gemakkelijk konden omkleden vóór we de covid-unit binnengingen.

De patiënten werden daar gedialyseerd door een verpleegkundige toegewezen aan de Covid-unit. We hebben tot nog toe 11 positieve patiënten in deze Covid-unit gedialyseerd. Wij zorgden ervoor, tijdens de eerste golf tenminste, dat de patiënten hun boterhammen kregen op kartonnen bordjes zodat deze niet uit de Covid-unit gehaald werden, doch enkel erin en dan na het eten onmiddellijk in de vuilbak konden.



De patiënten die besmet waren moesten zo snel mogelijk via het sas naar de unit begeleid worden zodat ze geen andere mensen konden besmetten.

Was dit een andere dagelijkse werking dan gewoonlijk?

F. Verbeke: De werking van een transitafdeling is helemaal anders dan de gewone hospitalisatie nefrologie. Uiteraard moesten zorgverleners continu extra beschermingsmateriaal dragen aangezien elke patiënt potentieel besmet was. Daarnaast bestond er een continue tijdsdruk om zo snel mogelijk alle diagnostische gegevens rond te hebben en de patiënt zo snel mogelijk naar de juiste afdeling te kunnen transfereren en plaats te maken voor nieuwe opnames. Daardoor kon je geen band opbouwen met de patiënt terwijl je soms moeilijke gesprekken moest voeren bijvoorbeeld rond therapiebeperking. Patiënten die de te horen kregen dat ze positief getest hadden waren vaak angstig, zeker indien ze terug naar huis ontslaan werden omdat hun klachten relatief mild waren.

Kirsten (hosp.): Absoluut! Heel ons verdiep en onze werking zijn ondersteboven en binnenstebuiten gekeerd. Er is heel veel veranderd in heel korte tijd. De nieuwe richtlijnen volgden elkaar in razendsnel tempo op en het was soms moeilijk om bij te blijven. De hele afdeling werd in onderdruk geplaatst en er werd een 'sluis' voorzien ter hoogte van onze voordeur om de verspreiding van het virus tegen te gaan.

Aangezien we iedereen als 'besmet' moesten beschouwen, mochten we enkel contact hebben met de patiënten in onze "Covidoutfit": een schort over onze werkkledij, handschoenen, een operatiemuts, een eendenbekmasker én een spatbril of -scherm. Maar tegelijkertijd bestond de mogelijkheid ook dat elke patiënt 'negatief' was en konden we niet met een mogelijks besmette schort naar de volgende mogelijks niet-besmette patiënt gaan. Praktisch betekende dit dat we onze beschermende kledij moesten aantrekken om naar patiënt 1 te gaan, weer uittrekken als we daar klaar waren en een nieuwe set beschermende kledij moesten aantrekken om naar patiënt 2 te gaan enzoverder. Daarbij komt ook dat we soms binnengaan op een kamer en toch nog iets nodig hebben van buiten de kamer, waarvoor we ons weer helemaal moesten omkleden. Dit nam ontzettend veel tijd in beslag, en al snel hadden we door dat het praktischer zou zijn als we in duo's zouden werken: een verpleegkundige die 'aangekleed' binnen in de kamer stond en een buddy die buiten de kamer stond om bijvoorbeeld het dossier aan te vullen, materiaal aan te brengen, de dokter te raadplegen bij vragen,...

De patiëntenpopulatie zag er plots ook helemaal anders uit: mensen uit alle leeftijdscategorieën, met of zonder medische voorgeschiedenis. Zo herinner ik me dat we eens een 92-jarige man opgenomen hadden die nog thuis woonde met zijn vrouw en helemaal geen medicatie nam. Mensen met blanco voorgeschiedenis of zonder medicatie is iets wat we niet zo vaak zien in normale omstandigheden :)

Wanneer een patiënt iets nodig had, belde hij met het gewone oproepsysteem. Wij belden dan naar het vaste toestel op de kamer en vroegen de patiënt waarvoor hij belde, bijvoorbeeld voor een fles water, dan hadden we ze mee voor we ons omkleedden. Ook de communicatie van de duo's verpleegkundigen gebeurde met het vaste toestel. Wanneer er iets te kort was op de kamer, belde collega 1 naar 2. Deze ging het halen en gaf het dan aan collega 1. Op deze manier ging de deur niet te vaak of te lang open om verspreiding te vermijden.



Hoe verliep het contact met de patiënten gedurende deze periode?

Kirsten (hosp.): Het contact verliep ook helemaal anders dan anders. Onze beschermkledij zorgde er wel voor dat we beschermd waren, maar handig werken was het allesbehalve. Spatbrillen en maskers belemmerden ons zicht, extra dikke handschoenen zorgden, bijvoorbeeld bij het plaatsen van een infuus voor een extra moeilijkheid, de muts hing soms in de weg om met een stethoscoop de bloeddruk te kunnen horen. De hitte en het moeilijker ademen in die eendenbekmaskers zorgden er ook voor dat niemand langer dan hoogst noodzakelijk op een patiëntenkamer bleef, waardoor we veel minder in gesprek gingen met onze patiënten. Daarbij komt dan nog dat er nog niet zoveel geweten was over het virus en dat iedereen toch zoveel mogelijk afstand probeerde te bewaren, terwijl we anders al wel eens vaker bij de patiënt gaan zitten om wat te praten. We probeerden zo efficiënt mogelijk te werken en zorgmomenten te bundelen, maar vaak betekende dat voor de patiënten dat ze ons minder frequent zagen als in normale omstandigheden.

Ook lagen de patiënten maar heel kort bij ons, waardoor je niet echt een band kon opbouwen. Als je de vroege had gedaan en de dag nadien terugkwam, was de kans groot dat je geen enkele patiënt meer kende.

Logistieke medewerkers dialyse: Het contact verliep/ verloopt meer afstandelijk, patiënten die het moeilijk hadden/ hebben kon je bijvoorbeeld geen schouderklopje geven, het voelde afstandelijker. Er zijn ook verschillende patiënten die die het niet fijn vinden om telkens opnieuw dezelfde vragen te beantwoorden

Hebben jullie hiervoor een extra opleiding gekregen?

Kirsten (hosp.): Op het moment dat wij transitafdeling werden, was er nog niet zoveel gekend over het virus en veranderden de protocols nog bijna dagelijks (soms zelfs meermaals per dag!). We hebben wat uitleg gekregen over het aan- en uittrekken van beschermende kledij en later ook nog bijscholing over longziekten, maar in het begin was het toch een beetje zelf onze weg zoeken. Problemen die we tegenkwamen, werden besproken in het team en gaandeweg pasten we ons aan.

Wel kwam er van overal in het ziekenhuis (en zelfs van buiten het ziekenhuis) hulp en werden er extra verpleegkundigen ingeschakeld die door ons opgeleid werden. Maar dat maakte het nog intensiever, want wij hadden zelf het gevoel dat we een duik in het onbekende genomen hadden, maar moesten toch al opleiding geven aan al deze nieuwe gezichten.

Deborah: Via e-learning werden we bijgeschoold. De richtlijnen veranderden constant. Bij aanvang van onze shift keken we na of er een nieuwe standaard was.



In de media zagen we verpleegkundigen met een soort futuristische speciale pakken aan, hebben jullie deze ook moeten dragen?

Logistieke medewerkers dialyse: Neen, wel het dragen van een masker , afstand houden en handen ontsmetten doen we wel op de gewone dialysezalen. Op de covid –unit zelf komen wij eigenlijk niet binnen, enkel de covid-verpleegkundige.

Hoe hebben jullie en jullie medewerkers deze periode ervaren en hoe kijk je erop terug?

F. Verbeke: Het was een bizarre en beangstigende periode waarbij alles in een mum van tijd op de helling kwam te staan: opnames en onderzoeken werden geannuleerd, consultaties werden uitgesteld en later telefonische afgehandeld, meetings en congressen werden geannuleerd, lessen moesten voor het eerst digitaal worden gegeven, enz. Een van mijn voornaamste bezorgdheden is dat we een bepaalde kwaliteit of mate van zorg niet meer zouden kunnen bieden en dat we hierdoor voor zeer moeilijke keuzes zouden komen te staan.

Anderzijds gaf de samenwerking met andere diensten een gevoel van samenhang en leerde ik collega's van andere disciplines beter kennen en appreciëren.

Kirsten (hosp.): Het was een heel intense, en zeker in het begin toch ook een heel stressvolle periode. Maar ik vind dat wij als ziekenhuis en als afdeling een sterk staaltje organisatietalent getoond hebben. We waren, in de mate van het mogelijke, goed voorbereid en de samenwerking verliep ongezien goed. Ook zijn we nog nooit zo goed bestaft geweest, dankzij alle hulp die we gekregen hebben. Dat maakt dat ik er op terugkijk als een leerrijke periode met veel collegialiteit en zorg voor elkaar.

Deborah: Wij zijn daar als team sterker uit gekomen. Iedereen vertrok met dezelfde voorkennis. Er was niemand die enige voorkennis had doordat het voor iedereen nieuw was. We hebben ook meer samen gewerkt waardoor je meer overlegt en elkaar dikwijls op een andere manier leert kennen. Ook collega's van andere diensten hebben we leren kennen. Ook hun inbreng was belangrijk in onze organisatie.

*Niet eenvoudig om dit alles te coördineren, zeker niet tijdens vakantieperiodes.
Lukte het om ook thuis alles georganiseerd te krijgen?*

Kirsten (hosp.): Terwijl de meeste mensen die periode thuis zaten, moesten wij uiteraard gewoon blijven doorwerken. Mijn man is ook voor het grootste deel blijven werken en hij werkt ook in ploegen. Maar onze 2 kinderen (1 en 3 jaar) konden een hele periode niet naar de opvang / school. Dat was dus niet evident! Gelukkig kregen we heel veel hulp van mijn schoonzus en konden we allebei voor een stukje beroep doen op het corona-ouderschapsverlof. Het was wel pittig, maar ik prijs mezelf gelukkig dat wij gewoon konden gaan werken en niet zoals sommigen in sociaal isolement zijn geraakt of gezondheidszorgen hadden.

Deborah: De dagen dat ik moest werken konden de jongens naar school. Ik behoorde tot de prioritaire groep voor opvang. Ik moest daar gelukkig niet te dikwijls gebruik van maken. In mijn omgeving klaagden de mensen dikwijls dat ze zich verveelden, wat in mijn situatie zeker niet het geval was. De jongens hadden veel werk met hun preteaching, boodschappen doen, het huishouden in het algemeen, ... ik heb mij zeker niet verveeld, wat ik zeker niet erg vond.

Zijn er situaties / zaken die jullie bijgebleven zijn?

Kirsten (hosp.): Vooral de hulp van collega's (van de eigen afdeling en ver daarbuiten) en de deugddoende steun van de familie, vrienden, burens blijven me bij.

Logistieke medewerkers dialyse: De lange wachtrijen in de winkel, te weinig gerief in de winkels door het hamstergedrag. En dat niet alle mensen evenveel respect hebben voor de maatregelen en het disrespect tegenover de politie. Die doen hun werk voor onze veiligheid en de mensen begrijpen dat niet allemaal, dat gaat er toch moeilijk in bij mij. Het positieve is dat we wel meer genoten hebben van de natuur. Daar was tijd voor, het was ook het enige waar je nog zonder masker mocht lopen.

Deborah: Steun vanuit de omgeving. Ik kreeg berichten van mensen van wie ik het niet verwachtte. Dat heeft zeker deugd gedaan!





Beeld: Knack

Had/heb je zelf schrik om besmet te geraken tijdens het werk?

F. Verbeke: Ik ben vooral bezorgd dat ik andere personen zou besmetten, vooral familieleden en vrienden, maar ook collega's en patiënten, hoewel ik reeds van in het begin van de epidemie systematisch een mondkapje draag als ik met patiënten in contact kom.

Kirsten (hosp.): Zeker in het begin lag ik daar wel wat van wakker. Maar hoe langer hoe meer ik besepte dat we nergens veiliger konden zijn: volledig ingepakt als marsmannetjes kon ons weinig overkomen. Volgens mij was het gevaarlijker om naar de supermarkt te gaan toen de mondkapjes daar nog niet verplicht waren :)

Deborah: Ik heb mij in het UZ op geen enkel moment onveilig gevoeld. We hadden voldoende materiaal waar we zorgvuldig met omsprongen. We hebben nooit iets te kort gehad! Naar de winkel gaan was op dat moment veel onveiliger.

Heb je last gehad van het hamstergedrag in de winkels tijdens de eerste golf?

Kirsten (hosp.): Ja, eigenlijk wel. Mijn man en ik zagen elkaar nauwelijks omdat we altijd andere shifts moesten werken voor de kindjes. En als we dan na een vermoeiende dag werken even snel naar de winkel gingen, was het wc-papier op. Of erger nog: de babyvoeding en pampers. Als je dan 3 winkels moet afschuimen om te vinden wat je nodig hebt, is dat niet zo leuk.

Deborah: We hebben zeker te maken gehad met hamstergedrag. Dan kon ik na de vroege shift naar de winkel en dan waren er sommige producten niet meer in voorraad zoals WC-papier en bloem. Als de producten er dan wel waren, moesten we solidair zijn en mochten we er dan maar 1 meenemen.

Stel dat het opnieuw nodig is om een transitafdeling binnen het ziekenhuis op te bouwen, zijn jullie dan opnieuw kandidaat?

Kirsten (hosp.): Wat mij betreft mag dat zeker. Wij weten ondertussen toch al een beetje hoe het moet :)

Deborah: In het begin had ik wat schrik voor het onbekende, maar nu zou ik onmiddellijk terug op de transitafdeling willen werken. Intussen hebben we meer kennis en weten we hoe we ons het best kunnen organiseren. Het was een positieve ervaring.

Hoe hebben jullie deze periode ervaren en hoe kijk je erop terug?

Logistieke medewerkers dialyse: Veel Schrik in het algemeen, je komt hier werken en denkt toch veel aan thuis, minder kunnen verdragen van familieleden omdat je prikkelbaarder loopt door de angst. Ook angst om anderen ziek te maken. Ik ga eerst douchen op het werk om die beesten niet mee te nemen naar huis. Want ook thuis zijn ze bang dat ik hen ga besmetten omdat ik in een ziekenhuis werk.

De lockdown was efkes moeilijk in begin, gewoonlijk gaan we veel samen weg, nu zaten we samen opgesloten op een appartement, was efkes heavy, maar gelukkig wende het wel.

Ik mis het contact met vriendinnen wel en nog eens gewoon zonder zorgen op stap kunnen gaan.

Er was ook stress omdat de kinderen niet naar school konden. Mijn kinderen zijn 8 jaar en 5 jaar, er was niet altijd opvang en ze hebben veel alleen gezeten. Ik belde regelmatig van op het werk naar huis om te zien of alles oké was. En gelukkig hebben ze het goed gedaan.

Voor mij gaf het ook wel eens rust van niet meer te moeten weggaan naar de vele sociale activiteiten en waren weekends ook echt eens rust





Wat is voor jullie een groot verschil met de tweede golf?

Logistieke medewerkers dialyse:
Tijdens de eerste coronaperiode gaven we de maaltijden aan de covid positieve patiënten op een wegwerpbordje, nu in de tweede golf wordt er geen eten meer opgediend omdat het risico op besmetting door het uitdoen van het masker tijdens het eten te groot is geworden.

De regels zijn nu ook een heel stuk strenger, wat goed is want als er meerdere dialyseverpleegkundigen zouden uitvallen met Covid, dan zijn zij niet zomaar te vervangen door andere verpleegkundigen.



Bedankt voor jullie tijd!

Corona en niertransplantatie: de Belgische situatie in 2020.



In maart 2020 werd ook de transplantwereld ernstig opgeschrikt door het coronavirus dat in ons land op korte tijd duizenden slachtoffers maakte. Onze ziekenhuizen liepen snel vol met patiënten met ernstige tot zeer ernstige longaantasting en de druk op intensieve zorgen nam op korte tijd enorm toe.

Zonder drastische overheidsmaatregelen zoals de lock-down zou de capaciteit van de Belgische intensieve zorgen bedden vermoedelijk op korte termijn overschreden zijn. Omdat die vrees toen bestond werden alle geplande heekkundige ingrepen met onmiddellijke ingang geannuleerd en werden enkel dringende consultaties, onderzoeken, of behandelingen (bijvoorbeeld in de oncologie) nog toegelaten. Op korte termijn werd ook het niertransplantprogramma in alle Belgische transplant centra tijdelijk onderbroken. Als hoofdreden kan hier dus worden verwezen naar de onzekere capaciteit van de ziekenhuizen om opgeroepen transplantpatiënten te kunnen hospitaliseren temeer in de meeste centra waaronder het UZ Gent patiënten na niertransplantatie nog één of meerdere dagen op intensieve zorgen verblijven. Een tweede reden is uiteraard het veiligheidsaspect. Dit behelst zowel de veiligheid in het ziekenhuis indien vele mensen zijn opgenomen met COVID-19 met hierdoor een inherent verhoogd besmettingsrisico. Nog belangrijker is het risico dat pas getransplanteerde patiënten op de piek van de epidemie besmet raken met dit virus. De eerste maanden na transplantatie is de immuniteit van de patiënt immers het laagst doordat de immuunonderdrukkende medicatie die moet beschermen tegen afstoting nog maar beperkt is afgebouwd. De kans op afstoten van de transplantnier is immers het hoogst de eerste weken tot maanden na transplantatie. Dat impliceert uiteraard dat een pas getransplanteerde patiënt die wordt blootgesteld aan het coronavirus sneller ziek zou kunnen worden en ook ernstiger ziek.

In mei werd in analogie met het voorzichtig en gestaag terugvallen van de epidemie met verminderd aantal hospitalisaties en geleidelijk leeglopen van de intensieve zorgen overleg gepleegd tussen alle niertransplantcentra in België.

De consensus was toen om het transplantprogramma nationaal te hervatten. De motivatie om dit te doen was grotendeels ingegeven door het feit dat de meest optimistische voorspellingen maar gewag maakten van groepsimmunitet tegen 2021 (na uitgebreide vaccinaties) en dat het stopzetten van een transplantprogramma tem eind 2021 enorme impact zou hebben op de patiënten op de wachtlijst. De wachttijd zou gemiddeld enkele jaren toenemen (als het programma zou hervatten) en voor sommige mensen zou dit eveneens betekenen dat ze nooit meer getransplanteerd zouden kunnen worden doordat ze niet meer zouden uitgewerkt worden wegens leeftijd, opgetreden medische problemen,... Finaal moeten dialysepatiënten die wachten op een transplantnier ook worden bestempeld als patiënten met een verhoogd risico bij corona-infectie al is het al vaak door hun leeftijd, het hebben van diabetes etc., maw. het alternatief (niet getransplanteerd worden) is hierbij ook niet per definitie veel veiliger. Hervatten van transplantprogramma's is bovendien in lijn met de internationale richtlijnen en aanbevelingen van experts die rond die tijd in wetenschappelijke tijdschriften werden gepubliceerd.

Ondertussen is de detectie van corona-infecties verbeterd, zijn ook bepaalde maatregelen (zoals verplichte mondkapen in ziekenhuizen en andere plaatsen, sociale bubbel, doorgedreven preventie in winkels en horeca) geïmplementeerd waardoor het besmettingsrisico -zeker bij mensen die extra voorzichtig zijn zoals transplantpatiënten- momenteel nog relatief klein is. We betreurden dan ook gelukkig geen opnames tijdens de zomermaanden van pas getransplanteerde patiënten met COVID-19.

Het onderbreken van het transplantprogramma wordt steeds nationaal gecoördineerd en kan principieel niet gebeuren in individuele transplantcentra. Corona is momenteel een realiteit die de gezondheidszorg leert om nederig maar ook flexibel te zijn. Uiteraard staat bij dit alles de patiënt centraal en dienen we te streven naar een maximale winst voor de patiënt zonder de veiligheid in het gedrang te brengen. Eenieder (gezondheidswerker, patiënt, beleidsmaker) moet beseffen dat de situatie bij wijze van spreken elke dag kan veranderen en dat er geen zekerheden zijn behalve de hoop dat we ooit-gelouterd en met nieuwe wijsheden en inzichten- opnieuw kunnen aanknopen met ons leven voor corona. In de tussentijd moet we vooral ons geduld niet verliezen.

Coronavaccin: ook voor nierpatiënten?

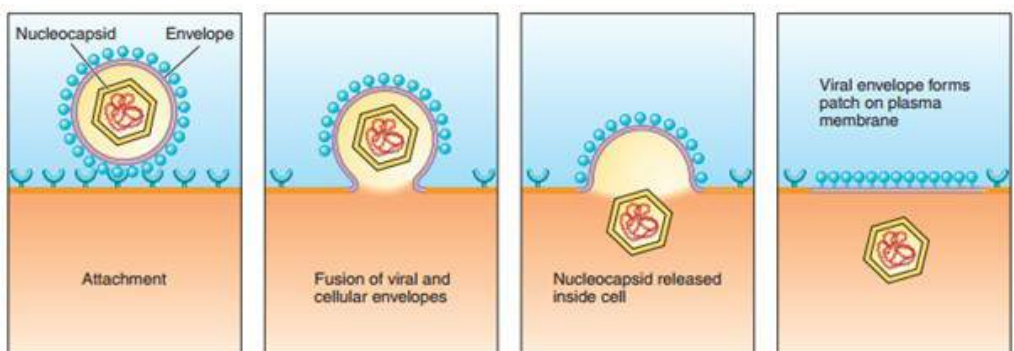


Een vaccin is een middel dat, na toediening, ons lichaam beschermt tegen de nadelige gevolgen van een infectie, en dit vóór we besmet zijn. Een vaccin doet dat door ons eigen afweersysteem te activeren en het te trainen, zodat het klaar staat als we in aanraking komen met de besmetting. Hierdoor worden we minder, of soms helemaal niet, ziek als we de besmetting oplopen.

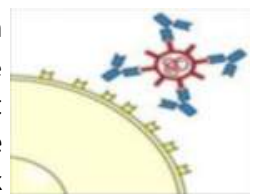
Hoe werkt een vaccin?

Vaccins kunnen hun beschermende effect op verschillende manieren bekomen.

Vaccins tegen virale besmettingen zoals griep of Corona zorgen er vaak voor dat ons afweersysteem stoffen aanmaakt die sommige “uitsteekselletjes” van het virus blokkeren. Deze uitsteekeltjes (blauwe bolletjes op de tekening), spikes genaamd, gebruikt het virus om zich vast te hechten aan de receptoren op onze cellen (kuipjes op de tekening), en om zo binnen te dringen in onze cellen om zich daar te vermenigvuldigen.



Als het virus zich vermenigvuldigt in onze cellen zullen deze uiteindelijk barsten, waardoor nieuwe viruspartikels de besmetting en het ziekmakend effect verder zetten. Ons afweer systeem zal de spikes herkennen en afweerstoffen maken (blauwe balkjes op de tekening) die deze spikes kunnen blokkeren, zodat het virus zich niet goed meer kan vasthechten aan onze cellen, en ons dus ook niet zo gemakkelijk meer kan ziek



Een vaccin moet er voor zorgen dat ons afweer systeem al dergelijke afweerstoffen tegen de spikes maakt vóóraler we in contact komen met het virus. Dan kan het virus onze cellen minder gemakkelijk binnen dringen, en worden we dus minder ziek.

Hoe doet een vaccin dat?

Vaccins kunnen op verschillende manieren gemaakt worden.

Men kan mensen in contact brengen met verzwakte virussen. Dit zijn stammen van het virus die minder ziekmakend zijn, maar die wel ons afweersysteem kunnen trainen. Als we dan in contact komen met een “echt” virus is ons afweersysteem voorbereid, en kan het ons verdedigen. Dit systeem werd bijvoorbeeld lang gebruikt voor polio vaccinatie. Technisch is dit relatief simpel, maar een nadeel is dat de persoon die gevaccineerd werd toch altijd een beetje ziek zal worden. Als de afweer van die persoon niet voldoende sterk is, kan een dergelijk vaccin ook gevaarlijk zijn, omdat de persoon dan ernstig ziek zou kunnen worden vooraleer zijn afweersysteem voldoende sterk is om zelfs het verzwakte virus het hoofd te bieden.

Men kan ook een onschuldige virus nemen, en dat vermommen als het virus waartegen we willen vaccineren. Dit doen we door de wand van het onschuldige virus te bekleden met stukjes van het gevaarlijke virus, bijvoorbeeld de “spikes” ervan. Ons afweersysteem zal dan afweerstoffen maken tegen deze spikes en ons beschermen als we in contact komen met het gevaarlijke virus. Deze techniek wordt al jaren gebruikt en we kunnen de effecten en eventuele problemen ermee goed inschatten.

Zeer recent werd een techniek ontwikkeld waarbij enkel stukjes erfelijk materiaal van het virus worden ingebracht (het zogeheten RNA). Hierbij selecteert men die stukjes erfelijk materiaal die coderen voor de spikes of andere belangrijke eiwitten van het virus. Onze eigen lichaamscellen gaan dan op basis van deze informatie de spikes aanmaken, zodat ons afweersysteem deze kan herkennen en er afweerstoffen tegen maken. Deze techniek is nieuw, en is eigenlijk nog nooit op grote schaal gebruikt.

In het geval van de Coronavaccins zijn drie van de vijf gebaseerd op de techniek met het vermomde virus, en twee op de RNA techniek.

Werkt het coronavaccin?

Volgens de berichten in de pers werken de huidige beschikbare vaccins zeer goed, met gerapporteerde werkzaamheid tussen 70 en 95%. Deze hoopgevende resultaten verdienen wel wat nuance. Ten eerste hebben we momenteel nog geen officiële, onafhankelijke, resultaten van de studies: we hebben enkel de persberichten van de firma's om ons op te baseren. Ten tweede is het onduidelijk wat precies als "werkzaam" wordt beschouwd. Vermoedelijk wordt hiermee bedoeld dat mensen niet meer ernstig ziek worden of moeten opgenomen worden in het ziekenhuis. Het is onduidelijk of het vaccin ook de verspreiding van het virus in de maatschappij zal verhinderen. Vermoedelijk is dat niet het geval, of toch in onvoldoende mate. Ten derde is het onduidelijk hoe goed het vaccin zal werken bij mensen met een verzwakt afweersysteem, zoals bijvoorbeeld mensen met nierlijden of getransplanteerden. Ten laatste is het ook nog niet duidelijk hoe lang het vaccin bescherming zal bieden. De reactie van ons afweersysteem kan mogelijks op termijn verminderen en onvoldoende worden, of mogelijks zal het virus muteren zodat het vaccin niet meer effectief is, zoals dat ook bij het griepvaccin het geval is.



Moeten we als de vaccinaties starten nog een mondmasker dragen en de anderhalve meter afstand regel in acht houden?

Ja! En dit om verschillende redenen. Ten eerste, zoals hogerop gesteld, is het vermoedelijk niet zo dat het vaccin de verspreiding zal tegen gaan, het zal enkel maken dat we niet al te ernstig ziek worden als we besmet zouden worden. Zelfs gevaccineerde patiënten kunnen dus het virus verder verspreiden. Ten tweede zal het niet zo zijn dat iedereen op het zelfde moment zal gevaccineerd worden, en zolang niet iedereen gevaccineerd zal zijn kan het virus dus blijven circuleren.

Moet ik mij laten vaccineren?

Er is geen verplichting tot vaccinatie in België.

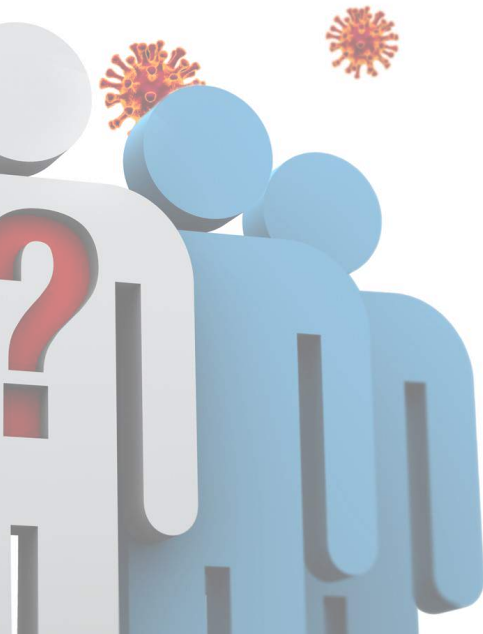
Is het nuttig om mij te laten vaccineren?

Eigenlijk hebben we momenteel nog te weinig informatie om daar volmondig “ja” op te antwoorden, zeker bij mensen met een risicoprofiel zoals patiënten

met nierlijden. Wat we wel kunnen is de voor en nadelen afwegen. We weten dat een besmetting met het corona-virus mogelijks levensbedreigend is, en dat het heel besmettelijk is binnen de maatschappelijke context, zodat het risico om besmet te geraken vrij hoog is. Dat maakt dat de voordelen opwegen tegen de eventuele nadelen. Als u zich laat vaccineren moet u zich wel bewust zijn dat er geen 100% garantie is dat het u effectief zal beschermen, en dat u alle andere corona maatregelen toch moet verder aanhouden. De gerapporteerde bijwerkingen variëren van milde lokale roodheid tot enkele dagen spierpijn en koorts. Hoewel er geen grote belangrijke bijwerkingen worden vermeld tot nu toe, ervaren de meeste mensen toch iets meer

klachten in de dagen na de vaccinatie dan bij bijvoorbeeld een griepvaccin.

Het is op dit moment ook nog onduidelijk of en wanneer u zal in aanmerking komen voor vaccinatie. De overheid is momenteel bezig om in samenspraak met experts een rangorde van wie best eerst gevaccineerd wordt op te stellen. Dat is geen eenvoudige beslissing. Men kan immers niet iedereen tegelijk vaccineren, en moet dus keuzes maken. Kiest men om eerst de ouderen en kwetsbaren, bijvoorbeeld in ziekenhuizen en woonzorgcentra te vaccineren dan beschermt men natuurlijk de meest kwetsbaren, maar blijft het virus wel langer circuleren bij de jongeren en de actieve beroepsbevolking. Men zou ook kunnen kiezen om eerst de actieve beroepsbevolking en de schoolgaande jeugd te vaccineren, maar zoals al gezegd is het onzeker of dat de verspreiding van het virus zal verminderen, en dan blijven ook de meest kwetsbaren langer onbeschermd.



Het is ook nog niet uitgemaakt hoe en door wie deze vaccinatie in de praktijk zal gebeuren: via de huisartsen, via de ziekenhuizen, via preventiediensten op school of werk, of via daar toe speciaal in het leven geroepen “vaccinatiecentra”.

Zoals blijkt is het opzetten van een vaccinatie campagne geen eenvoudige klus, en er zijn nog onbeantwoorde vragen waar we snel antwoord hopen op te krijgen. Uiteraard zal uw behandelende arts u op de hoogte houden wat voor u de beste aanpak is.

De nierpatiëntenvereniging zal in de volgende maanden ook in samenwerking met de dienst nefrologie een (online) informatie avond organiseren rond COVID en vaccinatie voor patiënten met nierlijden. Ook daar zal u uiteraard verder van worden op de hoogte gehouden via onze website www.allesovernieren.be



Evolutie van huisdialyse – interview met Clement Dequidt – aka Billy.

Kris Ampe, onze “jongste” thuisdialyseverpleegkundige interviewt Clement Dequidt, beter gekend als Billy.



Ik ben nog maar recent ingestapt in het thuisdialyseverhaal. Maar hoe is het eigenlijk voor jou allemaal begonnen?

Ik ben afgestudeerd in 1979 en had op dat moment al 3 maal stage gelopen op de dienst nefrologie (nierziekten): in mijn eerste jaar, tweede jaar en derde jaar verpleegkunde. Ik had op mijn toenmalige sollicitatie gevraagd om te mogen werken op IZ, traumatologie of hemodialyse. Men heeft mij op hemodialyse laten beginnen. De dag dat ik toekwam op hemodialyse zei de hoofdverpleegkundige: “ik heb volk genoeg, maar ik heb volk tekort op niertransplantatie”. En zo ben ik bijna onmiddellijk op de afdeling niertransplantatie terecht gekomen. Dit was toen een kleine groep mensen want toen werd er niet zoveel getransplanteerd, dus we hadden daar een relatief rustig bestaan. Maar het was ook de plaats waar ik de eerste keer peritoneaal dialyse (PD) heb gezien toen het werd ingevoerd in het UZ Gent als een van de eerste landen van Europa. Dit was onder supervisie van prof. Ringoir en door toedoen van prof Norbert Lameire.

Die transplantafdeling werd na 2 jaar gesloten, en veranderd in het brandwondencentrum, en dan ben ik verhuisd naar de hospitalisatie afdeling van nefrologie. Daar heb ik de verschillende stappen van PD zijdelings meegemaakt. Ik was geen PD-verpleegkundige, dat werd toen gedaan door de thuishemodialyseverpleegkundigen. Er werden redelijk veel mensen opgenomen vanuit de kunstnierafdeling naar PD-afdeling omdat die mensen meestal fistelproblemen hadden zodat ze geen toegang meer hadden om kunstnierbehandeling te kunnen uitvoeren. Het eerste jaar waren er ongeveer 70 PD patiënten, dit betekende dat er redelijk veel kans dat er een opname was van een PD patient. Hierdoor heb ik de technische kant van al deze technieken leren kennen. 20 jaar later, op de polikliniek, heb ik mij erg georiënteerd naar PD, maar ik had dus al een bagage, maar geen bagage naar opleiding, thuisverpleging,... dat heb ik allemaal hier geleerd. Een beetje in tegenstelling tot andere ziekenhuizen waar PD geïntegreerd was in de kunstnierafdeling.

Ik ben er eigenlijk ingerold op vraag van prof. Lameire en naar aanleiding van het feit dat ik op hospitalisatie een klein training had georganiseerd voor transplantpatiënten om hun medicatie te doseren. Naar aanleiding daarvan had hij ingezien dat er eigenlijk een personeelstekort was op de polikliniek. En hij zocht iemand die vaardigheden had om mensen iets aan te leren. Dit heeft volgens mij de trigger gegeven om mij in de polikliniek te laten werken. Ik heb dan vrij snel ja gezegd en mijn hospitalisatieperiode achter mij gelaten. Het was op dat moment ook fysiek al wat moeilijker voor mij, met mijn rugaantasting. Dus het was een win-win situatie. Die vaardigheden waren nog niet zo uitgebreid, ik heb deze hier veel meer uitgebreid - al doende leer je dat. Je moet dit willen doen, dat is dus de correcte attitude en hoe meer je opleidt, hoe beter het gaat. Ik heb hiervoor geen speciale cursussen gevolgd.

Hoe verliep dit in het begin, dialyse met een PD-toestel?

In het prille begin bestond er nog geen chronische PD. Dit is pas mogelijk geworden met het gebruik van flexibele katheters. Vóór het gebruik van deze katheters duurde PD een dag of 2 en was de toegang een lange stijve buis die gedurende 2 dagen bleef zitten. Maar omwille van gevaar op ontstekingen werd deze dan verwijderd. Dit werd gebruikt om een periode van acuut nierfalen te overbruggen.

Wanneer de eerste toestellen zijn gekomen, weet ik niet meer; maar dit zou mevr. Denise Vijt (gepensioneerde hoofdverpleegkundige) wel nog weten. Dat waren hele grote toestellen. Daar heb ik niet mee leren werken. Ik heb altijd manuele procedures gekend.





Het gebruik van deze grote toestellen, was dit altijd in het ziekenhuis?

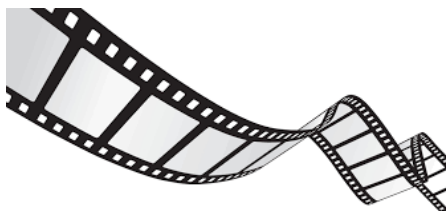
Ik heb deze leren gebruiken 20 jaar na mijn start, op de polikliniek dus. Toen, 23 jaar terug, werd dit voornamelijk gebruikt bij kinderen. Ook een beetje rond de tijd dat ik mijn transfer heb gemaakt van hospitalisatie naar PD is de miniaturisatie van de toestellen begonnen en zijn deze kleiner en handelbaarder geworden. In de laatste 20 jaar zijn deze echter niet erg veel meer veranderd qua uitzicht. Vroeger was dit zonder programmeerbare chipkaart, de laatste 15 jaar met programmeerbare chipkaart en in de nabije toekomst zal de controle online zijn in plaats van met een chipkaart.

Is er één bijzondere situatie die jou bijgebleven is?

Een condoleance gesprek met een echtgenote destijds. Daar heb ik moeten op mijn tanden bijten want die mevrouw was heel boos. Maar het was niet de fout van nefrologie en toen heb ik toch wel de volle laag gekregen.

De mevrouw heeft mij bedankt dat ik willen luisteren heb. Dit is onder andere één van de dingen die ik geleerd heb: leren luisteren naar de mensen en inschatten wat er speelt in de achtergrond bij de personen en zo de patiënt als een geheel proberen te benaderen en niet als een ziekte. De patiënt als een mens leren zien!

Eén van de trucjes die ik altijd gebruikte bij artsen in opleiding, of bij verpleegkundige, op huisbezoek tijdens stage; dan vroeg ik altijd de trouwfoto of foto vanuit de jonge tijd. Dan toonde ik dat en ik zei “kijk, met die mensen ben je bezig”. En als je die foto ziet, dan verdwijnt de perceptie van die patiënt als zieke en verschijnt de “mens” achter de patiënt. Hij heeft een schoon leven gehad en gelukkig geweest en moet nu leren leven in een moeilijker parket.



Een tweede dat me binnenschiet is een huisbezoek, een paar keer, bij een mevrouw die aan een beademingstoestel lag thuis en die door een groep thuisverpleegkundigen werd behandeld. Maar omdat ze aan het beademingstoestel was, was het praktisch niet doenbaar om haar naar hemodialyse te brengen en we deden dus PD. Bovendien werd zij goed bijgestaan door haar man. Als je daar een foto vroeg, dan zag je 2 jonge mensen op de moto – zij en haar lief. En dan bekijk je die mensen totaal anders, niet meer als patiënt. Zo krijg je een beetje een hybride vorm van verpleegkunde: je gaat verder dan verpleging en dat is de beroepsvoldoening die ik kan meedragen op het einde van mijn carrière. “Verpleegkundige 2.0”. Ikzelf ben in de loop van die jaren ook veranderd. De patiënten hebben mij ook veranderd om de persoon te worden die ik nu ben, zonder dat ze het wisten. Ze hebben mij doen groeien in het mens worden eigenlijk. Het is dus een wederzijdse beïnvloeding geweest. Het is voornamelijk tijdens thuisbezoeken dat dit gebeurt, een soort turnover dat je krijgt.

Ik ben ooit op huisbezoek geweest bij een mevrouw die wist dat ze zou sterven. Ze wou nog een laatste keer dat ik langskwam. Toen hebben we champagne gedronken. Ze vroeg: “mag ik nog een glaasje champagne hebben?” Tuurlijk! We hebben er samen eentje op gedronken, met de familie. Een paar dagen nadien is ze gestorven.

Niet alle huisbezoeken zijn even dramatisch. Je komt toe, luistert naar problemen. Je komt doen wat nodig is: materiaal leveren, toestel nakijken, bloedafnames en parameters voor consultatie hebben we ook een ganse periode gedaan. De meeste huisbezoeken waren op die manier.

Vroeger gingen we dus op huisbezoek voor consult. Het probleem is dat de focus soms verlegd wordt door een studie of men komt van een symposium met nieuwe richtlijnen en daardoor verdwijnt er iets. Om altijd alles te kunnen, denk ik niet dat we voldoende volk hebben. Dit is ook enkel maar een streefdoel. Een richting waarin je wil evolueren maar je gaat het nooit bereiken want na de 'ideale wereld' komt er een andere 'ideale wereld'.

Ik ben PD-verpleegkundige maar een groot deel van de tijd zijn er geen problematieken op PD en dan doe ik administratieve functies op de poli. Mensen zullen mij wel kennen van het afsprakenlokaal of receptie op woensdag of bloedafnames een 10-tal jaar terug. Ik doe eigenlijk voor 75% van mijn tijd administratieve taken gericht op de polikliniek. 25% van mijn tijd PD.

Heeft dit zich in de loop van de tijd verplaatst?

Ja, in 1979-1980, ik ben hier pas beginnen werken op poli in 1990. Ik heb het aantal PD-patiënten langzamerhand zien dalen naar 20 personen nu. De laatste 5-6 jaar blijft dit stabiel. Er komen mensen bij, er gaan mensen uit het programma: ouderen, transplantaties. Zo heb je wel eigenlijk continu werk om mensen te gaan opleiden; maar er zijn ook periodes waarin er geen nieuwe patiënten zijn en dan oriënteer je je meer op de polikliniek. Ik heb ook veel klinische data voor wetenschappelijke studies of organisatorisch bijgehouden.

Heb je naar mij (Kris) toe bepaalde nuttige tips of...?

Recent is het gewijzigd, in die zin dat er vroeger meer vast personeel was op de poli. Zij werkten fulltime vast op de poli. Nu is dat 1 week poli, 1 week andere dienst. Dat heeft als gevolg gehad dat, ook door mijn pensioen, al die mensen moeten opgeleid worden. Sinds de laatste 2 jaar zijn er toch een 3-tal nieuwe personeelsleden die allemaal opgeleid moeten worden. Op dat moment moet je je terugtrekken uit PD-activiteiten en moet ik het niet doen, maar moeten zij het doen. Dat veranderde wel in de zin dat ik daardoor veel minder betrokken was bij PD. Ik had meer een adviserende en educatieve rol naar de collega's toe.

De toekomst van de PD-afdeling kan ik moeilijk inschatten want ik heb nooit gewerkt op deze manier: elke week iemand anders. Ik voel mij daar niet in thuis. Maar dat is misschien een beetje omdat ik gans mijn leven een beetje mijn goesting heb kunnen doen op PD. Uiteraard wel onder supervisie van de hoofdverpleegkundige. Maar ik had wel veel carte blanche, had ik de indruk.

Naar de toekomst toe zou ik zeggen, naar mijn gevoel zijn jullie hemodialyseverpleegkundigen en zijn jullie allemaal technisch goed onderbouwd want jullie kennen heel goed de toestellen en weten hoe het werkt. Maar jullie mogen het menselijk aspect niet vergeten, vooral in de thuiszorg. Als thuiszorg zijn wij als verpleegkundige te gast bij de patiënt thuis. Dat is een gans andere relatie die je hebt met de patiënt dan in een kabinet waar de patiënt eens langskomt voor een probleem dat weer verdwijnt. Ik heb het nu niet op nefro, want wij moeten dit op een totaal andere manier bewerkstellingen. Dus sta naast de patiënt, sta er niet boven.

Ik heb nogal de indruk dat de PD-verpleegkundige als een soort spin in een web zit en moet aanvoelen waar de problemen zitten bij de patiënt: sociaal, economisch, medisch, technisch. Dan ga je ook contacten hebben met de sociale dienst, als met de arts als met de psycholoog. Dus dat je eigenlijk een soort case manager wordt van de patiënt en dat je het geheel bekijkt. Dit wordt niet aangeleerd op school, je moet dit leren op de werkvloer. Dit is inherent aan chronisch nierziekten. Ik vermoed dat chronische hartziekten anders is. Gelukkig is alles goed ondersteund door ons medisch diensthoofd. Wij kunnen nierziekten niet genezen, we kunnen wel zorg dragen van en voor de patiënt. Er bestaat geen pilletje en de nierproblemen zijn weg: “cure vs care”. Wij zijn meer care dan cure.

De patiënt staat centraal en daar komt het eigenlijk op neer.

Ik heb geluk dat mijn visie gelijklopend was als dat van ons diensthoofd, zonder het eigenlijk te weten. Dus dat is een ideale situatie om te kunnen bloeien en opbouwen op menselijk vlak. Ter relativatie: ik ben ook niet de ideale verpleger, ik heb ook dagen dat ik minder aansprekelijk ben. Ik ben ook een mens. Maar het is die menselijkheid dat ik ook kan gebruiken om te weten hoe anderen zich voelen.

Dat wordt ook geapprecieerd: binnen je job: jezelf zijn en blijven.

Je bent gewoon van met volk om te gaan, dat is belangrijk en je aanpassen aan de persoon die je voor je hebt. Je moet je in je rol aanpassen: van ideale broer, ideale zoon, en dan gaat de mens zich gesteund voelen. Maar die steun is maar tijdelijk. Je speelt een bepaalde rol, maar gemeend. Maar je kan niet constant zo zijn want daarvoor heb je niet genoeg energie.

Toen ik hier kwam werken was computerisatie iets relatiefs vreemd. De hoofdverpleegkundige zei destijds: “Excel ik ga daar nooit meer werken”. Wat ik nu zeg: “sociale media, daar ga ik nooit mee werken”. De volgende generatie zal misschien meer online / interactief werken. Andere communicatietools tussen hier en thuisbasis. Waar wij vroeger fysiek aanwezig waren, zal dit nu meer online zijn. Het huisbezoek op zich is aan het verdwijnen. Dit zal waarschijnlijk op een andere manier gebeuren, eventueel via sociale media.

Bedankt voor het interview Billy, en jouw jaren op onze dienst. Je was een fijne collega. Hopelijk komen we elkaar in de toekomst toch nog eens tegen! Geniet van je pensioen.



Starten met dialyse? Licht jouw hospitalisatieverzekering in!



Medische zorgen worden gelukkig goed terugbetaald in ons land. Maar voor wie chronische zorg nodig heeft, zoals dialyse, kunnen die samengetelde kosten toch gaan oplopen.

Een hospitalisatieverzekering is dan zeer nuttig. Het biedt een bijkomende tussenkomst in je medische kosten (naast de wettelijke terugbetaling door je ziekenfonds).

Heb je een hospitalisatie verzekering, dan heb je er alle belang bij je verzekeraar actief (met andere woorden door middel van een medisch attest) op de hoogte te stellen als je met nierdialyse start.

De meest hospitalisatieverzekeringen hebben namelijk de clausule “Ernstige Ziekten”, ook wel “Zware Ziekten” genoemd. Onder deze noemer vallen ziekten als kanker, ziekte van Parkinson, Alzheimer, diabetes, ... en ook nierdialyse.

Als jouw polis zo’n clausule heeft, dan zal je meer kosten kunnen inbrengen. De meeste hospitalisatie verzekering komen tussen in de kosten van een ziekenhuisopname, en een korte periode voor en na je opname. Maar wie erkend wordt als “zware ziekte”, zal ook buiten deze periode kosten kunnen indienen. Ik denk hier aan kosten van consultaties bij specialisten, medicatie, kinesitherapie enzoverder.... ook als er geen ziekenhuisopname is geweest.

Jouw erkenning ernstige ziekte blijft in principe lopen zolang je in behandeling bent voor de aandoening.

Afhankelijk van het type hospitalisatieverzekering dat je hebt, zullen de voorwaarden en tussenkomst verschillen. Je doet er dus goed aan eens in de “kleine lettertjes” van jouw polis te duiken.



Meer info: Sociaal werker Wim Moreels, 09 332 45 06

Nieuws van de jongerenafdeling.

YKA (Youth Kidney Association) of Vereniging voor Jongvolwassen Nierpatiënten.

Deze vereniging wil naar de buitenwereld toe informatie delen over hun nierziekte en vooral over de gevolgen ervan. Zij willen jonge nierpatiënten samenbrengen, die op zoek zijn naar lotgenoten, zodat ze ergens terecht te kunnen met hun vragen en een luisterend oor vinden voor hun ervaringen en problemen.

Wil je dat er naar jou geluisterd wordt? Zit je met vragen? Wil je lotgenoten ontmoeten die hetzelfde meemaken als jij? YKA is er voor jou!

Toen ik hoorde dat er een samenkomst was gepland voor jeugdige patiënten met nierproblemen, was ik heel tevreden. Vooral omdat ik na al die jaren eindelijk personen zou ontmoeten die zouden verstaan wat ik met mijn ziekte doorsta. Reeds als kind, tot op vandaag dit beleven is niet makkelijk, jouw omgeving probeert het te verstaan maar dat is niet zo eenvoudig. Ik ben tevreden dat ik samen met andere enthousiaste lotgenoten de start kan meemaken van deze beloftevolle vereniging. Het is een noodzaak dat jongeren en jong volwassene, terecht kunnen bij mensen van hun leeftijd met dezelfde aandoening. Dat er ook naar hun geluisterd wordt, gesteund en begrepen worden... dat we nu zelf ook hulp en steun kunnen bieden aan anderen, waar wij indertijd nood aan hadden.

Deze vereniging is opgestart onder impuls van Karsten Vanden Wyngaert en met de ondersteuning van de VZW Nierpatiënten UZ Gent.

Voor meer informatie: <https://www.y-k-a.be/index.html>



**Wist
u
dat...**

... sinds 30 september de Belgische corona-applicatie 'Coronalert' beschikbaar is?

Coronalert is een gratis applicatie voor de smartphone die helpt om de verspreiding van corona te vertragen. Dit doet de app door je te waarschuwen als je in nauw contact bent geweest met iemand die positief testte op het coronavirus, of door andere gebruikers waar je nauw contact mee had te waarschuwen als je zelf positief zou testen op het coronavirus. Dit gebeurt uiteraard allemaal anoniem. Daarnaast adviseert de app je over wat je moet doen om jezelf en andere te beschermen.

Je kan meer informatie terugvinden en de app downloaden via <https://coronalert.be/nl/>



Coronalert



Met dank aan de patiënten en medewerkers voor hun bijdrage aan deze nierkrant!

Hoofdredacteur en verantwoordelijke uitgever: Tony Eeckhoudt

Redactie, vormgeving en layout: Christel Beerens

Redactieraad: T. Eeckhoudt, W. Van Biesen, A. Dhondt, A. Masset,
D. Demuyndt, K. Van Puymbroeck, T. Leune, C. Lizy, C. Beerens

Drukwerk: Luc De Wilde

Reacties of artikelbijdrage: c.beerens@ugent.be

Doel en aanbod:

- Algemene dienstverlening en belangen behartigen van chronische nierpatiënten en hun verwanten.
- Bevorderen van de communicatie tussen de patiënten en de verschillende betrokken diensten.
- Bevorderen van patiëntenparticipatie, bijdragen in de zorg met buddy's en ervaringsdeskundigen.
- Advies en informatie geven en verspreiden via verschillende kanalen - bijvoorbeeld door het inrichten van een infoavond, verspreiden van infoblad of het uitgeven van een tijdschrift.
- Inrichten en organiseren van socio-multiculturele en ontspannende activiteiten.
- Organisatie buitenlandse (dialyse)reizen.

Vereniging voor patiënten—VZW Nierpatiënten UZ Gent

Ondernemingsnummer: BE 0439.451.174—opgericht sinds 1989

Emailadres: vzw.nierpatienten.uzg@gmail.com

Maatschappelijk zetel: p/a UZ Gent | Nefrologie | C. Heymanslaan 10 | 9000 GENT

Bestuursorgaan —toestand december 2020:

Voorzitter

Ondervoorzitter

Secretaris / Penningmeester

Projectmanager

Medebestuurleden

Robert DHUYVETTERS

Tony EECKHOUDT

Margot TEELA

Karsten VANDEN WYNGAERT

Daniël DE STEUR

Rudi EECKHOUDT

Lidwine DE WILDE

Sabine DE JAEGER

Erevoorzitter

Ereleden

Georges NESLANY (†2019)

Prof. Dr. Em. Raymond VANHOLDER

Prof. Dr. Wim VAN BIESEN