



Brussel, 31 maart 2020

In tijden van COVID-19 zijn de patiënten gezond

De mobilisatie als gevolg van de pandemie, de talrijke mededelingen en de sensationele berichtgeving in de media verhullen de medische realiteit en doen mythes ontstaan.

De eerste mythe is die van de maskers. Chirurgische maskers zijn bedoeld om de besmettelijkheid van personen die geïnfecteerd zijn met het virus te beperken. Ze beschermen gezondheidswerkers niet echt tegen COVID-19, en dan vooral niet tegen aerosolprojecties.¹ In tegendeel, als de hele bevolking chirurgische maskers draagt, zoals dat het geval was in Hongkong toen het in 2003 getroffen werd door SARS, wordt een kunstmatige afzondering gecreëerd door de kans op overdracht te beperken. Taxichauffeurs vormen wel een risicogroep, omdat zij buitenlanders vervoeren die geen maskers dragen, zo stond te lezen in een recent artikel, waaruit ook bleek dat het algemene besmettings- en sterftecijfer in Hongkong extreem laag is.

FFP2- en FFP3-maskers (of N95 en N99) zijn de maskers die gezondheidswerkers beschermen. Deze maskers gaan vooral naar ziekenhuizen. Huisartsen, vrijgevestigde artsen-specialisten, verpleegkundigen en zorgkundigen in rusthuizen of aan huis hebben geen FFP2-maskers. Deze gezondheidswerkers zijn niet beschermd wanneer ze in contact komen met een COVID-19-patiënt.

Er was veel te doen over een voorraad vervallen maskers die werden vernietigd. De eerste vraag die rijst, is of een masker echt slecht kan worden, of dat het om de vervaldatum gaat van de periode waarbuiten de fabrikant geen juridische aansprakelijkheid meer opneemt. Wat er ook van zij, er is een tekort aan dergelijke antivirale maskers, en gezondheidswerkers worden onnodig blootgesteld aan besmettingsrisico's.

De tweede mythe is dat COVID-19 het enige probleem op het vlak van volksgezondheid is. Alle aandacht wordt op dit probleem gericht, en daarmee is de kous af. Er wordt dus maar besloten om schoon schip te maken met onze gezondheidszorg. Het ziekenhuis is de plaats waar COVID-19 wordt behandeld. De rest stopt. In elke opleiding ziekenhuis- of gezondheidsmanagement leert men beheersplannen op te stellen die zorgen voor kwaliteit, efficiëntie en besparingen. Lean management met de supply chain, just-in-time, zorgtrajecten... In tijden van COVID-19 wordt het ziekenhuismanagement simpelweg uitgedomd en omgezet in

¹ Evaluating the efficacy of cloth facemasks in reducing particulate matter exposure. Kabindra et al. Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology ; 2017,352-357.

crisismanagement. De pandemie is een wereldwijde crisis. De toeleveringsketen wordt gesloopt, just-in-time wordt geschrapt, en een minister moet de rol van logistiek manager voor het hele land spelen.

Maar welke logistiek?

De literatuur en het Chinese voorbeeld hebben ons geleerd dat de gebruikte medicijnen chloroquine (fosfaat en hydroxy), α -interferon, lopinavir en ritonavir, ribavirin en remdesivir² zijn.

De Chinezen hebben gebruik gemaakt van plasmatransfusies van genezen en geïmmuniseerde personen. Voor beademde patiënten moeten sedativa, hypnotica en curare worden voorzien. Voor longontstekingen zijn antibiotica (azitromycine) en bronchodilatoren² nodig.

NSAID's worden niet aanbevolen. Corticosteroiden zouden te vermijden zijn, behalve dexamethason aan het begin van de ziekte. Tot slot moet voor alle patiënten op intensieve zorg hart- en bloedsomloopondersteunende medicatie worden verstrekt. Eén klein detail echter. Een beademingsapparaat is een machine, met een (te vernieuwen) beademingscircuit, single-use filters voor de inspiratoire en expiratoire luchtstroom, eventueel een kooldioxide (CO₂) absorbeerder, en met gassen, vooral zuurstof. Het spreekt voor zich dat we met lean management geen grote voorraden hebben, ook niet voor zuurstof. Voor sommige medicijnen zijn we afhankelijk van het buitenland.

Mythe nummer drie: met de quarantaine en de afzondering stoppen we het virus. Helemaal niet! We gaan het vertragen.

In januari werden reizigers die terugkeerden uit China preventief in quarantaine geplaatst in het militair hospitaal.

In februari werden wintersporters die uit Italië kwamen alleen in quarantaine geplaatst als ze symptomen hadden, maar dan wel thuis.

In maart moest je, als je klachten had, *in je kot* blijven, de huisarts telefonisch raadplegen en vooral niet naar spoed gaan.

Het dragen van een masker werd niet aanbevolen als je, zonder symptomen te vertonen, in contact was geweest met mensen die positief waren getest op COVID-19.

En nu sinds 18 maart dan de lock-down.

De derde mythe is dus dat de verspreiding van het virus kan worden gestopt. Het virus is hier. We moeten de voortgang ervan zoveel mogelijk vertragen. Op die manier redden we levens omdat we de functionele capaciteit van onze ziekenhuizen en intensive care units vrijwaren.

BEDANKT aan het politieke bestel om te kiezen voor mensenlevens en niet voor economische belangen. President Trump leek aanvankelijk een andere keuze te maken.

² Perioperative Management from the Patients Infected with the Novel Coronavirus. Recommendation from the Joint Task Force of the Chinese Society of Anaesthesiology and the Chinese Association of Anaesthesiologists. Anesthesiology 2020

We kiezen ervoor om te genezen, om levens te redden. Daarom moeten we ons strikt aan de afzonderingsmaatregelen houden. Op dit moment hebben we de capaciteit (en de middelen?) om zorg te bieden. Dit zal veel geld kosten.

Vierde mythe: behalve COVID-19 hebben de mensen geen gezondheidsproblemen meer. Dat klopt natuurlijk niet, maar het is een normale reactie om tijdens een crisis de realiteit te wissen en alleen de crisis te zien. Het is waar dat de media ons overstelpt met steeds weer breaking news. Als anesthesist merk ik vaak dat, ondanks de preoperatieve consultatie, patiënten nalaten hun medicatie in te nemen omdat ze geopereerd moeten worden. Alle excuses zijn goed, zelfs tot de bewering toe dat de symptomen in de afgelopen dagen helemaal verdwenen zijn. Een crisissituatie doet je de realiteit vergeten.

Dit heeft twee gevolgen, ten eerste voor de follow-up van chronische behandelingen en ten tweede voor de monitoring van chronische ziekten. Niet-dringende ziekenhuisafspraken worden geschrapt, op enkele uitzonderingen na. Met inbegrip van de tandheekunde.

Dan zeg ik NEE.

Het is uiteraard zo dat de maximale capaciteit van de artsen moet worden aangewend om COVID-19 te bestrijden, maar het is nu al twee weken dat ik stand-by ben en dat de raadplegingen gesloten zijn. Veel specialisten kunnen zorg blijven verlenen aan patiënten die geen COVID-19 hebben. Natuurlijk zijn telefonische consulten aan te bevelen. Natuurlijk moeten de hygiënevoorschriften worden nageleefd. Natuurlijk moeten alle beschermingsmiddelen worden gebruikt en moet contact tussen patiënten worden vermeden. Maar patiënten moet geen zorg worden ontzegd omdat het ziekenhuis gemobiliseerd is. Er zijn huisartsen, poliklinieken en extramurale specialisten. Een minister zou kunnen eisen dat deze artsen worden opgevorderd om zorg te verlenen aan de bevolking tijdens hun raadplegingen buiten het ziekenhuis.

Mythe nummer vijf: de staat zal betalen.

Aangezien de scholen gesloten zijn en telewerken de regel is, hebben sommige organisaties voorgesteld om deze telewerkers in technische werkloosheid te zetten omdat ze voor de kinderen moeten zorgen. Serieus? Er zijn al 1,2 miljoen werknemers in technische werkloosheid.

Onze economie stort in.

In haar jaarlijkse studie over de financiële gezondheid van de ziekenhuizen kondigde de bank Belfius in oktober 2019 aan dat er, bij een groei van het BBP van 2% per jaar, tegen 2024 een tekort van 10 miljard euro zou zijn in de pensioen- en gezondheidssector. Op het VBS-jaarcongres op 1 februari dit jaar hebben we in ons jaarverslag de aandacht gevestigd op het gat van 8 miljard en de te realiseren besparingen in de zorgsector. Het BBP daalt momenteel met \pm 30%, de ziekenhuisuitgaven stijgen door COVID-19, de ziekenhuisinkomsten verschrompelen en de berekening van het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen (RSZ), gebaseerd op gerechtvaardigde bedden en activiteiten, zal in 2022 niet consistent zijn. Sommige artsen hebben geen inkomen meer of zijn aangewezen op het inkomen voor zelfstandigen die het werk moeten stopzetten.

De werkloosheidsuitgaven exploderen en de inkomsten van de sociale zekerheid (RSZ) verdampen. Tijdens zijn toespraak verklaarde president Emmanuel Macron de oorlog, maar hij zei ook iets anders, dat ik even als volgt samenvat: er zal het tijdperk zijn vóór COVID-19, het tijdperk van COVID-19, en het tijdperk erna. Het tijdperk erna zal niet hetzelfde zijn als dat ervoor. De staat zal betalen. Natuurlijk, maar wij zijn de staat. Laten we dus komaf maken met de mythes.

En laten we weer ter zake komen: er zijn FFP2- of FFP3-maskers nodig om de zorgprofessionals te beschermen. We moeten het ziekenhuis voorbehouden voor COVID-19 en het de middelen geven om zorg te verstrekken, ook in termen van artsen en personeel. We moeten blijven zorgen voor de bevolking, teleconsulten bevorderen en raadplegingen door huisartsen en artsen-specialisten buiten het ziekenhuis toestaan.

De bevoorradingsketen van het ziekenhuis (specifieke medicatie en apparatuur) moet op federaal niveau worden beheerd.

Het VBS stelt voor dat er een federaal fonds wordt opgericht, zoals het Consortium 1212 voor internationale rampen, om fiscaal aftrekbare fondsen voor gezondheidszorg en medische apparatuur te werven. Het VBS is beducht voor disparate en niet altijd nuttige initiatieven.

Het VBS vraagt dat de bevolking zorg mag krijgen, niet alleen voor COVID-19, maar ook voor andere aandoeningen, met inachtneming van alle vereiste voorzorgsmaatregelen.

Het VBS vraagt dat artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen de beschermingsmiddelen krijgen die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van hun beroep.

Het VBS vraagt dat de behandeling van de patiënten wordt georganiseerd volgens de recentste inzichten en technieken, en dat de logistieke middelen voor een dergelijke behandeling ter beschikking worden gesteld.

Het VBS dankt de overheid, de artsen, de verpleegkundigen en al het personeel in de gezondheidszorg voor hun aanpak van de COVID-19-crisis en hun toewijding om de bevolking te verzorgen.

Tot slot vraagt het VBS de beleidsmakers dat ze zich organiseren om een post-COVID-19-tijdperk te creëren dat anders zal zijn dan pre-COVID-19. Het wil de financiële zekerheid van de Belgische bevolking, gezondheidswerkers, huisartsen en artsen-specialisten garanderen.

SAMEN KRIJGEN WE COVID-19 KLEIN

Jean-Luc Demeere