

PANDEMIE... PANDEMONIUM

Jaarverslag VBS 2020 - Brussel 06.02.2021



De Arts-Specialist - Maandblad

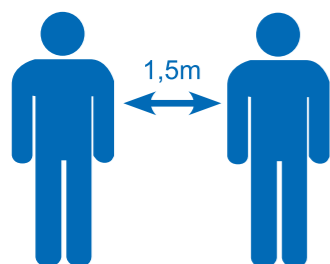
Speciaalnummer maart 2021

Afgiftekantoor: BRUSSEL X

Kroonlaan 20 - 1050 Brussel - ☎ 02-6492147

📠 02-6492690 info@vbs-gbs.org

<http://www.vbs-gbs.org>



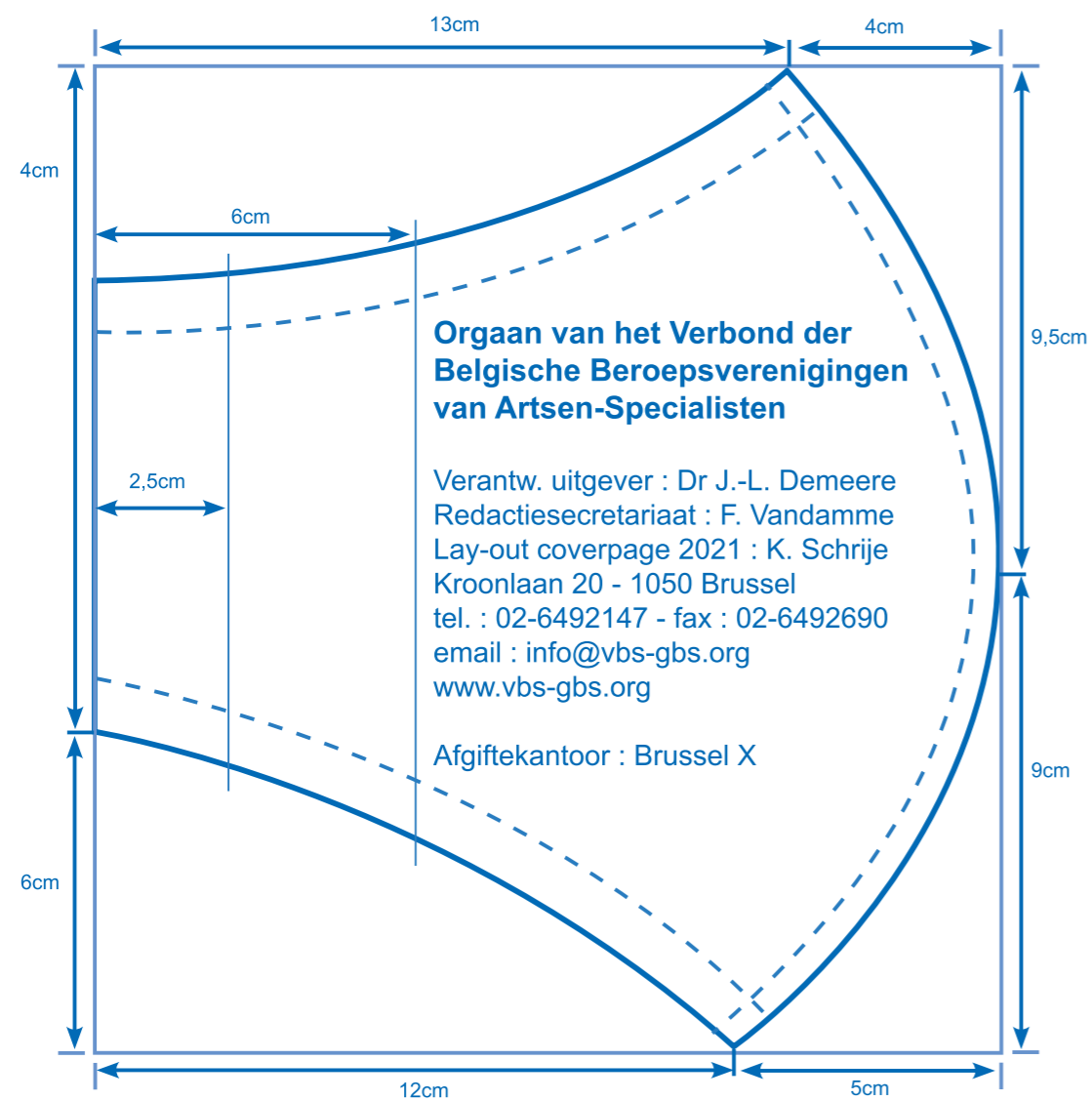
Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen Specialisten



VBS-GBS

DE ARTS-SPECIALIST

ISSN 0770-8130 - Maandblad - speciaalnummer / maart 2021



Woord vooraf

In plaats van een klassiek jaarverslag te maken over dit uitzonderlijke jaar, hebben wij elke beroepsvereniging gevraagd om haar ervaringen van dit COVID-19-jaar neer te schrijven. Wij danken hen voor hun bijdragen en delen deze verhalen graag met u.

Veel leesplezier!

2020, het jaar van de zorgverlener – Dr. J.-L. Demeere, voorzitter VBS	3
Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in ANESTHESIE EN REANIMATIE	6
Beroepsvereniging der Belgische CHIRURGEN	7
Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in de ENDOCRINO-DIABETOLOGIE	8
Belgische vereniging van geneesheren-specialisten in FYSISCHE GENEESKUNDE EN READAPTATIE	10
Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de GERIATRIE	11
Beroepsvereniging van de Belgische VERLOSKUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN	14
Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in INTENSIEVE ZORGEN	15
Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in INWENDIGE GENEESKUNDE	16
Belgische Beroepsvereniging van KINDERARTSEN	17
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de KINDERNEUROLOGIE	19
Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in KLINISCHE GENETICA	20
Beroepsvereniging voor Belgische LONGARTSEN	21
Belgische beroepsvereniging voor MAAG-DARMARTSEN	21
Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in MEDISCHE BIOPATHOLOGIE	22
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de NEUROLOGIE	23
Belgische beroepsvereniging van OOGHEELKUNDIGEN	23
Belgische geneeskundige ORTHOPEDISCHE Beroepsunie	24
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in PATHOLOGISCHE ANATOMIE	25
Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in PLASTISCHE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE CHIRURGIE	26
Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de PSYCHIATRIE	28
Belgian Association for RADIATION ONCOLOGY (BARO)	28
Belgische REUMATOLOGEN Vereniging	29
Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de STOMATOLOGIE, MOND-, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE	30
We beleefden een eeuw in een notendop – Dr. D. Claeys, secretaris-generaal VBS	32
Dankwoord	37

2020, het jaar van de zorgverlener

Dr. Jean-Luc Demeere, voorzitter VBS

Op 23 januari 2020 wordt in de Chinese provincie Wuhan een gezondheids crisis uitgeroepen. Een nieuw coronavirus. Alle Belgen kennen het verhaal. Prof. Marc Van Ranst vertelt aan de VRT (Het Journaal van 23 januari 2021) dat deze nieuwe epidemie lokaal is en geen bedreiging vormt voor België. Eind februari verklaart de minister van Volksgezondheid op diezelfde VRT (Radio 1) dat we er klaar voor zijn als de epidemie zich in België verspreidt! Deskundigen als Prof. Pierre Van Damme en Prof. Herman Goossens laten weten dat de krokusvakantie zonder groot risico voor de bevolking kan verlopen. Professor Van Ranst voegt eraan toe dat het risico groter is, maar vergelijkbaar met de seizoensgriep. De minister beaamt dit.

De rest is bekend, een eerste lockdown of volledige afzondering ging in op 18 maart, de normale ziekenhuisactiviteit en consultaties werden stopgezet vanaf 14 maart. Ik rij naar het ziekenhuis op 18 maart en moet aan de kant voor een controle op essentiële verplaatsingen. In het ziekenhuis is het muisstil, de raadplegingen zijn gesloten. De ontwaakkamer in het operatiekwartier is omgebouwd tot een intensive care unit (ICU). De 'jonge' anesthesisten en diegenen met een bekwaamheid intensieve zorg werken op de ICU en de oudere anesthesisten bemannen de dienst anesthesie. Er is een wachtdienst voor COVID en een voor 'niet-COVID'. Aan beschermingsmateriaal is er een tekort. Een collega zorgt voor gelaatsschermen. Er wordt gezocht naar FFP2- en FFP3-maskers. De anesthesisten nemen wetenschappelijke literatuur door om te leren hoe ze de patiënten moeten behandelen. Ze bellen van ziekenhuis naar ziekenhuis, delen hun ervaringen en strategieën. Ze delen ook hun angst voor de ziekte, voor het lijden van de zieken. Ik bel een collega en kan hem nauwelijks verstaan. Hij heeft geen stem meer, hoest. Ik verontschuldig me omdat ik hem heb gebeld. Ik ontvang een e-mail waarin het overlijden wordt gemeld van een vriend van mij, een anesthesist met wie ik tijdens mijn doctoraat een vakantiejob heb gedeeld in een Brussels ziekenhuis. De angst is aanwezig, maar de patiënt is dat ook. Ik vergeet automatisch de angst, volg het protocol en breng de patiënt in slaap. We ontsmetten handen, pen, toestel. En we dragen ons masker. Zo verspreidt zich de angst voor de ander.

Ik bel een collega en kan hem nauwelijks verstaan. Hij heeft geen stem meer, hoest. Ik verontschuldig me omdat ik hem heb gebeld

De geldmiddelen van de dienst worden verzekerd door (uitgestelde) betalingen van de verstrekkingen van de laatste 6 maanden. Het inkomensprobleem zal er later bijkomen. Assistenten worden opgeëist op spoedgevallen, op de ICU en in het operatiekwartier. De oudste anesthesisten van de afdeling worden op non-actief gezet en ontvangen het overbruggingsrecht. Bijna de helft van het anesthesiepersoneel zal ziek worden van COVID-19, voornamelijk tijdens de tweede golf.

De operatiekamers worden ontdaan van beademingstoestellen en monitors. Die gaan naar de ICU. Er wordt een COVID-operatiekwartier ingericht, dat toegankelijk is via de 'vuile gang'. Er is een tekort aan personeel, dat wordt gevorderd van de COVID-diensten, inclusief de ICU. Voor anesthesie worden verlopen ampullen toegestaan door het FAGG. Ik ontdek medicamenten met opschriften in het Grieks (oef, dat kon ik een beetje lezen) of in onbegrijpelijke hiërogliefen, maar met een etiket in het Frans waarop de naam van de stof en de dosering zijn vertaald. Tijdens een humanitaire missie in Afrika had ik hetzelfde probleem meegemaakt en gerild bij de gedachte aan een allergische reactie of een complicatie na de inspuiting van het product. We zijn verantwoordelijk voor injecties met producten die als gelijkaardig worden beschouwd. Wantrouwen heerst. Er zijn geen curares en ik vind moleculen die ik al 30 jaar niet meer heb gebruikt! Benzodiazepinen en sedativa ontbreken.

De activiteit wordt tot de essentie teruggebracht: spoedgevallen, materniteit en essentiële ingrepen. Dat is een gevaarlijk woord: essentieel. Voor wie? Het RIZIV stelde een onderzoek in en ontdekte o.m. essentiële besnijdenissen. Zeer veel artsen respecteren de 'essentiële' spelregels. Zeldzaam zijn diegenen die hun activiteit voortzetten en een uiterst klein aantal handhaaft een sterk verminderde, maar niet-essentiële activiteit. We zijn ten slotte in België.

Op 4 mei kunnen de raadplegingen worden hervat, op 11 mei gevolgd door de operaties. Uit de antwoorden op een VBS-rondvraag blijkt dat in 100% van de OK's in Vlaanderen de activiteiten op 4 mei worden hervat met 40-50% activiteit, maar niet in Wallonië en Brussel. Op 11 mei hervatten de Franstalige ziekenhuizen de klassieke activiteit voor 50%, maar niet in dagchirurgie. Drie weken later werken sommige ziekenhuizen in Brussel en Wallonië nog steeds niet tegen 100%. Vertragingen in de zorg en diagnosestelling, en complicaties van slecht gevolgde behandelingen tijdens de COVID-periode hebben wachtlijsten doen ontstaan. De activiteit mag hervatten, maar de ontwaakkamer is nog steeds bezet door intensieve zorg. Er is een gebrek aan toestellen in de operatiekamer, maar nog belangrijker:

De communicatie verliep via circulaire die naar de ziekenhuisdirecteuren werden verzonden, maar soms pas na de persberichten in de audiovisuele media ter bestemming kwamen

een gebrek aan personeel. Wanneer de activiteit wordt hervat, geeft de directie de verpleegkundigen, die de uitputting nabij zijn, vrij en vervangt hen door de verpleegkundigen van het OK. Flexibiliteit en overbelasting.

Voor mij werd de eerste golf vooral gekenmerkt door improvisatie. De richtlijnen waren soms onduidelijk of tegenstrijdig. De communicatie verliep via circulaire die naar de ziekenhuisdirecteuren werden verzonden, maar soms pas na de persberichten in de audiovisuele

media ter bestemming kwamen. Bij elk persbericht was er een andere deskundige die hetzelfde communicatiekanaal gebruikte om de beslissingen aan te vechten, ze af te breken en te vragen ze niet te volgen. Dit is de chaos van de wetenschappelijke wereld. Een kakofonie van meningen die zelfs het dagelijkse applaus om 20 uur overstemde.

De mensen zijn bang, maar hebben het moeilijk om de richtlijnen op te volgen. De mondmaskersaga, de grootte van de bubbels, social distancing, knuffelcontacten... Elke dag verschijnen de cijfers op het scherm, gevolgd door zeer wetenschappelijke en tegenstrijdige commentaren. Een gezondheidseconoom laat een zandkorreltje vallen in het raderwerk: de maatregelen moeten versoepeld worden. U weet wat er daarna gebeurde: een tweede golf, met behoud van de raadplegingen, maar opnieuw lockdown van de operatiezalen en sluiting van de ziekenhuizen, behalve voor essentiële zaken.

Wat moeten we hiervan onthouden? De Belgische gezondheidszorg werd gered door de creativiteit, toewijding, bekwaamheid en edelmoedigheid van alle zorgverleners, met inbegrip van ons administratief en logistiek personeel. Allen hebben zij blij gegeven van solidariteit, en hard en onbaatzuchtig gestreden. Samen hebben zij kromme beslissingen rechtgezet, oplossingen gevonden voor beschermingsmiddelen, medisch materiaal, geneesmiddelen, de zorg voor patiënten en de afwezigheid van hun familie. De menselijkheid was wat zoek geraakt in de maatschappij en in het ziekenhuis. De zorgverleners hebben de menselijkheid in het ziekenhuis hersteld.

Ik zal de macht van de media onthouden, die in naam van de informatie soms verkeerde informatie verspreiden. Ik dank de media om ons te informeren over Wuhan, Bergamo, Italië. Zonder deze beelden, die in ons geheugen gegrift staan, zou de ernst van het probleem van de pandemie ons aanvankelijk ontgaan zijn. Ik zal me ook het spel herinneren van politici die de media het hof maken in de hoop hun populariteit te vergroten. Ik zal me de solidariteit van de bevolking herinneren die de helden toejuichte

voordat ze uit angst voor besmetting uit hun appartementen werden gejaagd. Ik zal me de angst voor het ziekenhuis herinneren, de angst voor de dokter, de angst om behandeld te worden, de angst voor dit virus. Bovenal zal ik me het gebrek aan consistentie van onze ministers herinneren. Ik zal me de belangeloze inzet van het zorgpersoneel, de vrijwilligers en het artsenkorps herinneren. Ik zal onthouden dat de crisis een gelegenheid is om onze sterke en zwakke punten aan het licht te brengen, ons levensideaal te versterken en hoop te scheppen voor een nieuwe wereld met meer solidariteit en rechtvaardigheid.

Een andere herinnering zal me ook bijblijven. Op 29 april 2020 vond een vergadering plaats tussen de verantwoordelijken van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, de vertegenwoordigers van de medische directies van de ziekenhuizen en het VBS. Het VBS kreeg de opdracht om tegen 4 mei een lijst van dringende, noodzakelijke en planbare ingrepen op te stellen, om zo de heropening van de operatiekamers op 11 mei voor te bereiden. De template zou op de vooravond van 1 mei door de Hoge Raad worden aangeleverd! 2 en 3 mei vielen in een weekend. Tijdens dit verlengde weekend ontvingen wij de lijsten van prioritair te hervatten medische activiteiten van praktisch alle specialismen. Vervolgens werd hiervoor een speciale pagina gecreëerd op de website van het VBS. Er werd tevens een discussieforum geopend. Kortom, op maandag 4 mei was de missie voor 90% volbracht en op 6 mei voor 100%. Dankjewel allemaal voor deze prestatie, dank aan Donald, dank aan Fanny en haar team, dank aan alle voorzitters en secretarissen van de beroepsverenigingen.

Het COVID-jaar bewijst dat, als we samen de wil hebben om een probleem op te lossen, we daarin slagen

Het COVID-jaar bewijst dat, als we samen de wil hebben om een probleem op te lossen, we daarin slagen. Het COVID-jaar bewijst dat regeren een kwestie van vooruitzien is.

Het post-COVID-jaar wordt het jaar van de hoop, het jaar van het vaccin, het jaar van een gemoedelijke samenleving. Het jaar van onze visie voor het VBS:

EEN GELUKKIGE ARTS voor een GELUKKIGE PATIËNT!

Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in ANESTHESIE EN REANIMATIE

07.01.2021

Begin 2020 bereiken ons de eerste berichten van een epidemie in China, meer bepaald in Wuhan, veroorzaakt door een SARS-achtig virus. Het blijkt een coronavirus te zijn en Wuhan en andere delen van China gaan in een strenge lockdown.

Op die manier hoopt men de epidemie in te dijken en hoeven we ons in het Westen geen zorgen te maken. Even later echter duiken de eerste gevallen in Europa op, maar we worden gerustgesteld door onze minister van Volksgezondheid – of toch een van die 8 ministers van Volksgezondheid die ons land rijk is – met de boodschap dat het maar om een griepje gaat, waarover we ons niet te veel zorgen hoeven te maken, als we maar afstand houden en onze handen wassen. Mondmaskers zijn nutteloos luidt het, waarbij onze regering in lopende zaken er even vergeet bij te vertellen dat er geen mondmaskers zijn, omdat de stock verbrand is.

In Italië blijkt echter snel hoe catastrofaal het virus zich verspreidt en hoe dodelijk het wel is. Medio maart dient alle niet-essentiële zorg (what's in a word?) stopgezet, sluiten 75 % van onze operatiezalen, en wordt elke plaats in het ziekenhuis die kan gebruikt worden voor intensieve zorg met dat doel omgebouwd. PAZA, operatiezalen e.d. worden intensieve zorgruimtes, anesthesietoestellen worden omgetoverd tot IC-beademingstoestellen en anesthesisten worden overal ter hulp geroepen op de acute diensten (intensieve en spoed) om de toestroom van COVID-positieve patiënten mee te behandelen. We zijn immers anesthesisten-reanimatoren, opgeleid in intensieve zorg en spoedgevallen, en bovenal: we zijn heel flexibel en zoals gewoonlijk bereid om in de vuurlinie te werken. We worden geconfronteerd met een tekort aan beschermingsmateriaal, essentiële medicatie wordt

Nederland en Frankrijk gooien hun strategie drastisch om en vaccineren zorgverleners prioritair, in België doen de verantwoordelijken alsof hun neus bloedt en vinden een antwoord op onze brief zelfs niet nodig

gerantsoeneerd of is er gewoon niet meer door stockbreuk, maar we trekken, samen met onze broeders en zusters intensivisten en spoedgevallenartsen onze plan: à la guerre comme à la guerre!

De epidemie, die vanaf eind februari een pandemie is, zwakt af, en we kunnen vanaf mei geleidelijk onze OK-activiteit weer opstarten. Omdat we ondertussen ook veel te weinig testen hebben, kunnen we de patiënten die voor essentiële zorg in het OK komen niet testen,

met als gevolg een heel groot risico voor eigen lijf en leden bij elke anesthesie die we moeten starten. De BSAR-APSAR besluit een tussenkomst te vragen voor de extra tijd en extra noodzakelijke middelen in de vorm van een risicopremie op onze OK-activiteit van 25%, maar dit wordt – zoals gewoonlijk bij vragen van anesthesie – weggehoond...

Geleidelijk worden de maatregelen versoepeld, en ondanks het feit dat er alarmsignalen zijn die duiden op een heropflakking, besluit de regering-Wilmès om het begrip bubbel heel ruim te interpreteren, ondanks zware kritiek vanuit de medische wereld, onder andere van onze beroepsvereniging. Het resultaat van zoveel onkunde is een zware, versnelde tweede golf, die ons allen een déjà-vu-gevoel bezorgt, maar die eveneens een nieuwe meerderheidsregering op de been brengt: een regering die duidelijk slagkrachtiger is dan de interimregering, met een premier en een minister van Volksgezondheid die kordater optreden dan hun voorgangers.

Midden december gaat de tweede golf langzaam afvlakken en komt er een vaccin. In allerijl wordt er een vaccinatiestrategie opgezet, die blijkbaar in eerste instantie een Vlaams minister, verantwoordelijk

voor de woonzorgcentra, uit de wind moet zetten nadat alles tijdens de eerste fase verkeerd gelopen is. Er volgt een schrijven van de BSAR-APSAR aan minister Frank Vandenbroucke en prof. Dirk Ramaekers om hen erop te wijzen dat de zorgverleners eerst dienen gevaccineerd te worden, conform de aanbevelingen van de WHO, wil men tenminste nog zorg kunnen toedienen met gezonde professionele zorgverleners. COVID-19-uitbraken onder zorgpersoneel in binnen- en buitenland bewijzen ons gelijk: Nederland en Frankrijk gooien hun strategie drastisch om en vaccineren zorgverleners prioritair, in België doen de verantwoordelijken alsof hun neus bloedt en vinden een antwoord op onze brief zelfs niet nodig. Kwestie van te tonen hoe groot hun respect is voor alle zorgverleners uit de vuurlinie. Quantité négligeable...

Ondertussen hopen we een derde golf te vermijden...

Beroepsvereniging der Belgische CHIRURGEN

15.11.2020

We zitten in de tweede golf van de COVID-epidemie, die ongetwijfeld omvangrijker is dan de eerste. Deze tweede golf wordt echter op een heel andere manier gemanaged en wordt door de chirurgen anders ervaren.

De maatregelen die in het voorjaar genomen werden, kwamen neer op het stopzetten van alle ingrepen, behalve in urgente, levensbedreigende situaties. Sommige oncologische procedures moesten worden uitgesteld wegens plaatsgebrek op IC of toegenomen risico's voor de patiënten, of er werden wijzigingen aangebracht in de aanpak van deze aandoeningen. Er werden stabiliserende chemotherapieën uitgevoerd en niet-kwaadaardige pathologieën werden uitgesteld met soms desastreuze gevolgen voor de patiënten. De stopzetting van de chirurgische activiteiten werd op federaal niveau door de gezondheidsautoriteiten opgelegd. Toen de situatie verbeterde, werden met de actieve medewerking van het VBS aanbevelingen gedaan voor de geleidelijke hervatting van de behandeling van bepaalde pathologieën. De chirurgische consultaties in het ziekenhuis werden zo goed als allemaal opgeschort. Toch vond er een aantal consulten buiten het ziekenhuis plaats, waardoor patiënten konden worden geholpen die ten einde raad waren en geen antwoord meer konden vinden op hun medisch probleem.

De bevoegde overheden moeten de financiering van artsen en ziekenhuizen aan dergelijke situaties aanpassen

Vanaf juni hebben de afdelingen chirurgie hun activiteiten hervat met een inhaalbeweging voor de pathologieën die stilgelegd waren. De chirurgen hebben toen de nevenschade van COVID vastgesteld, in de vorm van aandoeningen die zich tijdens de stabiliserende behandelingen hadden ontwikkeld, complicaties bij aanvankelijk eenvoudige aandoeningen, of niet meer behandelbare sekwellen bij andere pathologieën. De meeste chirurgische disciplines hebben de voorbije zomer een bovennormale toename van de activiteit gekend. Deze toename van de activiteit compenseerde echter niet het quasi verdwijnen van de activiteit in het voorjaar.

Sinds de tweede golf is de chirurgische activiteit ook veranderd, maar minder dramatisch dan in de lente. Er werden minder strenge regels uitgevaardigd door de federale gezondheidsautoriteiten en de oncologische activiteiten of activiteiten in semi-urgente situaties werden gehandhaafd. In ziekenhuizen en poliklinieken bleven raadplegingen plaatsvinden. De chirurgen hebben blijk gegeven van een groot beoordelingsvermogen door de niet-dringende ingrepen uit hun operatieschema te schrappen om zo

een antwoord te bieden op het gebrek aan zorgpersoneel in de operatiekamers en de diensten waar de geopereerde patiënten worden opgevangen.

In veel ziekenhuizen werd de reanimatie overspoeld door COVID-patiënten, maar er werden extra bedden op intensive care geopend om dringende zware chirurgie of oncologische ingrepen mogelijk te maken.

Bij operaties van patiënten met COVID nemen anesthesisten en chirurgen specifieke maatregelen door bepaalde technieken aan te passen om verspreiding van het virus via aërosolen te voorkomen.

Uit het voorgaande onthouden we dat de gezondheidsautoriteiten, die in hun aanbevelingen minder directief zijn geweest, aan maturiteit hebben gewonnen, en dat de chirurgen er goed in slagen om hun patiënten in deze uitzonderlijke omstandigheden de nodige zorg te verlenen. Wat ook opvalt, is de solidariteit van de ziekenhuisartsen, die het toezicht op de patiënten in de COVID-zorgafdelingen op zich nemen. Last but not least moeten wij de assistenten van de verschillende specialismen bedanken die tijdens deze crisis een zeer belangrijke rol hebben gespeeld door een deel van de werking van de COVID-afdelingen en de spoedgevallen op zich te nemen.

Afgezien van de artsen in loondienst werden de meeste artsen geconfronteerd met inkomensverlies, terwijl ze toch hun financiële verplichtingen moesten zien na te komen. Vaak werd de financiële last van de assistenten gedragen door deze artsen. In deze uitzonderlijke omstandigheden is de wijze van financiering per act van de artsen niet meer geschikt. De bevoegde overheden moeten de financiering van artsen en ziekenhuizen aan dergelijke situaties aanpassen. Is het normaal dat er aan het einde van een crisis, op een moment dat artsen zwaar werden beproefd, financiële discussies worden gevoerd binnen onze ziekenhuizen, omdat ook de ziekenhuisbeheerders het moeilijk hebben?

Als voorzitter van de beroepsvereniging van chirurgen wil ik al mijn collega's, jong en minder jong, bedanken voor de zorg die zij hebben verleend aan patiënten in deze moeilijke omstandigheden.

Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in de ENDOCRINO-DIABETOLOGIE

15.01.2021

Lockdown! Een dringende dienstvergadering, herorganiseren van de dienst, m.n. ons opsplitsen in aparte kleine teams zodat in geval van besmetting er steeds permanentie kon zijn... Kortom: je werkschema opnieuw en creatief heruitvinden, was niet evident. Een permanentie arts-verpleging-diëtiste werd geïnstalleerd op onze dienst, zodat patiënten met urgenties altijd konden gezien worden. Materiaal voor onze diabetespatiënten werd naar de ingang gebracht op afspraak. Maar wat een verschil! Weg team! Enkel nog de basis! Ontelbare teleconsultaties, ontregelde glycemie vanop afstand corrigeren, telefoons met vragen van ongeruste diabetespatiënten over COVID en werk, die we niet altijd konden beantwoorden (wat erg frustrerend was!). Niet met 6 endocrinologen, maar telkens met een beurtrol alleen werken, lege parkings, lege consultatiegangen in een anders zo actief ziekenhuis, weer inslapen in het ziekenhuis na vele jaren, ongerustheid en stress over die onbekende aandoening, stress over de juiste volgorde om je aan en uit te kleden bij COVID+ patiënten, angst voor de 'onzichtbare vijand' en de gezondheid van je familie, ontdekken van Zoom/Webex/Teams, permanente onzekerheid over wat komen zou en wekelijks aanpassen van je agenda... Het was stressvol en zeer spannend. Om nooit te vergeten. En we zullen het nooit vergeten.

Dr. Dominique Ballaux, secretaris, Endocrinologie AZ Nikolaas Sint-Niklaas

Tijdens de eerste lockdown werd onze flexibiliteit als diabetoloog op de proef gesteld. Vermits enkel dringende raadplegingen konden doorgaan, was ik een hele dag aan de lijn om via telefonische consulten mijn patiënten verder te helpen. Dit vond ik stresserend, omdat ik minder goed kon inschatten of de patiënt alles wel correct had begrepen. Ook het afhalen van noodzakelijk testmateriaal voor zelfcontrole van de glycemieën kwam in het gedrang. Via een drive thru-systeem buiten op de parking, zorgden we ervoor dat onze patiënten op afspraak toch hun teststrips en sensors konden verkrijgen. Daarbij kwam nog de stress voor de opvang van COVID-patiënten op de spoedgevallen, ver buiten mijn comfortzone. Niemand kon voorspellen welke tsunami er op ons afkwam. De solidariteit onder de collega's en verpleging was gelukkig groot en samen hebben we op korte tijd heel wat verwezenlijkt waar we toch wel trots op mogen zijn.

Dr. Peggy Joosen, bestuurslid, Endocrinologie Noorderhart - Campus Mariaziekenhuis Pelt

Als endocrinoloog aan het begin van de eerste lockdown werd ik overvallen door een pak stress en onzekerheden. Angst ook om ongewild maar moreel verplicht aan de frontlinie te moeten gaan staan. Mocht de situatie escaleren zoals in Italië, hoe gingen we dit, als artsenkoppel, kunnen organiseren met onze 3 kinderen toen alle opvangmogelijkheden plots wegvielen? Daarnaast ook massa's telefoons van ongeruste patiënten, 's avonds hees thuiskomen na een hele dag telefonische consultaties, secretaresses deels in tijdelijke werkloosheid, educatoren plots weggerukt naar COVID-afdelingen en ook bij hen de behoefte om hun verhalen te kunnen doen. Blij om de patiënten toch, al was het dan op afstand, therapeutisch bij te sturen en een luisterend oor voor hen te kunnen zijn in de eenzame dagen. Endocrinoloog in een andere dimensie....

Mocht de situatie escaleren zoals in Italië, hoe gingen we dit, als artsenkoppel, kunnen organiseren met onze 3 kinderen toen alle opvangmogelijkheden plots wegvielen?

Dr. Linsey Winne, bestuurslid, AZ Damiaan Oostende

Vrijdag 13 maart 2020. En plots stond alles stil. Honderden dossiers en labo's van ambulante patiënten dienden bekeken te worden. Wat is dringend, en wat kan wachten in onze hoofdzakelijk chronische zorg? Afspraken werden verzet, attesten geschreven, bezorgde patiënten zo goed mogelijk te woord gestaan, pakketten met diabetesmateriaal klaargezet of opgestuurd.

Tegelijk was er toch ook de eigen ongerustheid: gaan wij ook COVID krijgen? Of iemand van ons gezin of naaste familie? Is er wel voldoende beschermingsmateriaal als wij mee instaan voor de COVID-zorg? Ondanks de initiële stress was 2020 nadien vooral ook een periode van zichzelf heruitvinden: teleconsultaties, virtuele meetings, zich efficiënter organiseren op allerlei vlakken... Deze positieve wendingen zijn in de toekomst ongetwijfeld niet meer weg te denken.

Dr. Frédérique Huysman, bestuurslid, Endocrinologie AZ Sint-Lucas Gent

Belgische vereniging van geneesheren-specialisten in FYSISCHE GENEESKUNDE EN READAPTATIE

25.01.2021

COVID 19 – een boodschap van hoop en samenwerking: a call for action

Snel starten met revalidatie bij COVID-19 is belangrijk

De ernstige gevolgen van COVID-19 zijn intussen bekend. Heel wat specialismen deden en doen het uiterste om de gevolgen van COVID te beperken. Het is nuttig te onderstrepen dat ook een snel opstarten van de revalidatie van bij het begin van de ziekenhuisopname zowel op intensieve zorg als op de COVID-afdeling mee de outcome kan bepalen. Respiratoire kine, mobilisaties vooraleer zich verstijving instelt en actieve oefentherapie ter preventie van atrofie, DVT en deconditionering van zodra mogelijk, zorgen ervoor dat de patiënt nadien sneller het bed kan verlaten en zelfstandig kan functioneren. Revalidatiediensten hebben tijdens deze crisis van bij het begin ondersteuning geboden aan de COVID-intensieve zorg en COVID-hospitalisatieafdelingen. Specifieke COVID-revalidatieafdelingen werden zelfs opgericht.

Gevolgen op termijn – een boodschap van hoop

Daar waar de acute symptomen ten gevolge van corona veeleer respiratoir georiënteerd zijn, lopen symptomen in een tweede fase meer uiteen, gaande van veralgemeende spierzwakte na intensieve zorg

De revalidatie kan een belangrijke rol spelen in een maximale begeleiding van de patiënten in de volgende fase

(Intensive care unit-acquired weakness) maar ook critical illness polyneuropathie, myopathie, uitgesproken deconditionering en vermoeidheid. Er blijkt bij heel wat patiënten ook psychisch en cognitief dysfunctioneren.

De functionele weerslag op lange termijn van deze, soms zeer uitgesproken, klachten op de dagelijkse activiteiten en hervatting van het werk zijn op dit ogenblik nog onvoldoende duidelijk. Het is wel uiterst belangrijk om patiënten ook in deze volgende fase maximaal te begeleiden. Hier kunnen we vanuit de revalidatie een belangrijke rol spelen.

Door de ervaring met het revalideren van heel wat pathologieën, waar uitgesproken dysfunctie en deconditionering eveneens op de voorgrond staan, zoals bijvoorbeeld bij ernstige neurologische aandoeningen of kanker, weten we dat – mits goede ondersteuning – patiënten zich kunnen overtreffen en dat optimisme hier gerechtvaardigd is.

Samenwerking is de sleutel

COVID-19 maakt nog maar eens duidelijk dat een goede samenwerking de sleutel is voor een hoogstaande patiëntenzorg.

Voor de behandeling van COVID-19 is de samenwerking tussen heel wat specialismen, zoals o.a. infectiologen, intensivisten, pneumologen, gerieters, neurologen en revalidatieartsen essentieel gebleken.

Gezien de multipale gevolgen, zowel psychisch, fysiek, maar ook functioneel is een pluridisciplinaire aanpak (kine, ergo, psycholoog, maatschappelijk werker) onmisbaar in de ondersteuning van de COVID-patiënt in de richting van zelfstandig functioneren.

De revalidatienoden van de COVID-patiënt zijn niet alleen nieuw, maar ook talrijk en vermoedelijk voor een lange periode. Bovendien vragen de noodzakelijke maatregelen in de revalidatie een geheel andere aanpak nu. Thuisrevalidatie kan ondersteund worden door televideoconsultaties, oefenzalen dienen volledig herschikt, beschermingsmateriaal is nodig en strikte scheiding tussen patiënten dient gerespecteerd, waardoor de revalidatie beduidend arbeidsintensiever wordt. De kost van 'inaction' is groter dan de kost van 'action', dus meer voordeel voor de patiënt én omgeving. De revalidatiediensten moeten het evenwel stellen met de beschikbare nomenclatuur, die bij belangrijke revalidatienood reeds ondergefinancierd was, en in de huidige omstandigheden het deficit van de revalidatiediensten nog zal doen toenemen. Toch werd niet gewacht op beleidsmatige beslissingen om de noodzakelijke revalidatiezorg op te starten. Intussen rekenen de artsen fysische geneeskunde en revalidatie er wel op dat de overheid een tijdelijke 'revalidatie COVID-toelage' zal toekennen.

Vergeet de zorgverlener niet

Heel wat zorgverleners hebben het uiterste van zichzelf gegeven, zowel in de continue opvang van patiënten als in het uitvoeren van voor hen ongewone activiteiten en het continu reorganiseren van diensten. Het heropstarten kan doorkruist worden door nieuwe coronagolven. Het is zeer belangrijk dat de zorgverlener zowel preventief, maar stilaan voor sommigen, ook curatief voldoende aandacht besteedt aan zichzelf om er te kunnen blijven staan voor de COVID- en andere patiënten. Dit kan door regelmatig te bewegen, gezond te eten en voldoende te slapen. In de meeste ziekenhuizen werden hiertoe bewegingstrajecten opgesteld. Revalidatie- en sportartsen, alsook psychologen kunnen de zorgverlener hierin begeleiden.

Samenwerken in alle opzichten, ook nationaal

Door deze crisis beseffen ook de collega's binnen de discipline fysische geneeskunde en revalidatie nog beter dat samenwerken over het land heen niet alleen leidt tot een uniformer, maar ook kwalitatief beter beleid in de revalidatie. De koepel Fysische Geneeskunde en Revalidatie – een unieke samenwerking tussen de beroepsvereniging, VBS-FGR, de monogespecialiseerde raad BVAS-FGR en de wetenschappelijke vereniging KBVFGR – houdt regelmatig video conferences en stelde een draaiboek op voor deze coronaperiode.

Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de GERIATRIE

Niets is

wat het was

Niets wordt

wat het lijkt

Alles verandert

dat is de eeuwige zekerheid

13.01.2021

Dr. Hilde Baeyens, diensthoofd Geriatrie AZ Alma Eeklo

COVID stapte op dinsdag 25 februari 2020 mijn leven binnen. Mijn moeder werd 80 jaar op die dag. Ik was met mijn uitgedund gezin (onze studenten gingen skiën) op winterwandelvakantie in een ingesloten Oostenrijkse vallei. Een voor een sijpelden de berichten van een mondiale virale pneumonie binnen. Tegen het einde van de week werden we bedolven door een lawine alarmerende berichten. De mooie natuur liet ons toch toe onze batterijen op te laden.

Terug aan het werk op 4 maart, trof ik een patiënt (ik noem ze A) op mijn dienst geriatrie met bilaterale pneumonie, hoge zuurstofnood (15 l/min). Ze was op 25 februari opgenomen met klachten van anorexie en spierzwakte. Ze was 82 jaar en niet in Italië geweest. We mochten dus (!) geen PCR afnemen. Voorzichtigheidshalve startten we toch druppelisolatie. Tegen het einde van de week waren er nog enkele patiënten die plots zeer hoge koorts hadden of ook plots verslechterden. Dat weekend stierven er vier patiënten op mijn afdeling alleen. Ook mijn collega's zagen een abnormale sterfte dat weekend. We waren ongerust. We probeerden patiënten zo snel en zoveel mogelijk te ontslaan.

Een inderhaast bijeengeroepen crisisvergadering van artsen en stafleden op 13 maart 2020 verliep vol emoties. Er werd gesproken over de aard van het virus, de indicaties voor testing, reproductiegetal,

Terug aan het werk op 4 maart, trof ik een patiënt (ik noem ze A) op mijn dienst geriatrie met bilaterale pneumonie en hoge zuurstofnood

mogelijke afbouw van activiteiten in de toekomst. Abrupt werd de vergadering onderbroken door onze algemene directeur die kwam meedelen dat de overheid beslist had alle operaties en consultaties onmiddellijk stop te zetten, op urgenties na. De meesten zaten er verslagen bij, maar toch gaf de beslissing ons een soort van opluchting.

Een crisiscel werd opgericht. In 2014 had ik ervaring opgedaan met een cohorteafdeling (VRE) onder deskundige begeleiding van Sciensano. Er werd geluisterd naar mijn raad om te werken met 'dedicated nurses' en het aantal verpleegkundigen minstens te verdubbelen. De pneumologen startten het eerst een COVID-afdeling op. De handalcohol en maskers werden gerantsoeneerd.

De weken die volgden, waren hectisch. Mijn collega was net 6 weken zwanger, mijn andere collega behoort tot de risicogroep. Mijn opdracht was duidelijk: proberen onze verdieping (100 G-bedden) van COVID en outbreak te vrijwaren en ook geen patiënten nodeloos op de COVID-afdeling te leggen.

Heel snel leerden we wat COVID deed bij oudere patiënten: plotse spierzwakte, anorexie en/of diarree en acute verwardheid. Pas een vijftal dagen later kwamen de typische infiltraten. Berichten van onze Franse collega's gerieters uit Montpellier (via het EUGMS-netwerk) waren hierbij een enorme hulp. De PCR-testen lieten soms 24 tot 48 uur op zich wachten, de indicaties voor testen waren te streng, het aantal wissers was te laag. Onze MDRO-screening werd drastisch verminderd om wissers vrij te maken en PCR-reagens te sparen. We zagen een diepe lymfopenie, torenhoge D-dimeren en hoog ferritine. Gedurende 3 weken heb ik dag en nacht de situatie opgevolgd en heb op die manier veel van het virus geleerd. Op basis van ervaringen in de kliniek, verhalen van de familie, biochemie en radiologie probeerden we het risico op COVID zoveel mogelijk in te schatten.

Mijn kennis en ervaring van onze VRE outbreak kwam ook hier van pas. We namen elke patiënt op in een kamer alleen, telkens in de aanpalende kamer. Zo creëerden we clusters in de tijd. We verzorgden de patiënten met face shield, tot we zeker waren dat het geen COVID was op basis van het verhaal, de kliniek, de evolutie en de test. Aangezien onze patiënten geen masker konden dragen, moesten we onze geriatrische werking on-hold zetten: de restaurantwerking en revalidatie in oefenzaal werden opgeschort. Als de patiënt toch COVID bleek te hebben, leidde dit niet tot een outbreak. Deze methode hanteren we nog steeds en werd intussen overgenomen in het hele ziekenhuis.

Na een drietal weken vroegen onze longartsen om een specifieke COVID-afdeling voor G-patiënten. Het aantal uitbraken in WZC nam toe. Specifieke geriatrische syndromen bovenop de COVID bemoeilijkten diagnose, therapie en verzorging. De hoofdverpleegkundige startte met het idee dat dit een palliatieve eenheid zou worden. Geleidelijk aan zag ze dat er 'trucjes' zijn om ouderen weer aan het eten te krijgen, om ze moed te geven en opnieuw te laten stappen. Mensen herrezen na aanpassing van hun medicatie,

die toxisch was geworden door anorexie. Extra voedingsverpleegkundigen werden ingezet op de COVID-afdeling. Diagnose en therapie van Guillain-Barré syndroom, darmabces met candida, ileïtis, darmischemie, longembolen werden gesteld. We leerden snel om therapeutische dosissen fraxiparines te geven. Er was een goede samenwerking met tal van WZC in de regio. CRA-artsen waren steeds bereikbaar en vice versa ook de geriateren. Bij elke verwijzing werden goede afspraken gemaakt over het doel van de verwijzing. Niemand werd geweigerd.

Er is ook veel verdriet geweest, maar niemand is alleen gestorven. Als verpleegkundigen aanvoelden dat het op zijn einde liep, bleven ze bij de patiënt. Ze maakten het mogelijk dat er nog een familielid afscheid kon nemen op de COVID-afdeling. Bij koppels werden de bedden naast elkaar gezet, zodat ze elkaar konden vastnemen. We konden terecht bij elkaar als team. COVID zorgde voor een groot aantal overlijdens, maar we waren zeker dat deze niet het gevolg waren van een tekort aan zorg. Die gedachte heeft ons enorm gedreven en gesteund.

Rustpauzes zijn er nauwelijks geweest: de COVID-G verhuisde naar een afdeling geriatrie en bleef 6 weken langer operationeel dan COVID pneumologie. Na twee weken deugddoend verlof in de bergen, kregen we een zomerpiek door de hittegolf. Aansluitend waren er

Na twee weken deugddoend verlof in de bergen, kregen we een zomerpiek door de hittegolf. Aansluitend waren er patiënten met extreme klinische beelden door uitgestelde zorg

patiënten met extreme klinische beelden door uitgestelde zorg. Het dagziekenhuis geriatrie was intussen ook weer opgestart. Patiënte A overleefde de pneumonie en kwam in het dagziekenhuis terecht. COVID-antistoffen werden bepaald op ingevroren serum, dat was afgenomen 2 maanden na haar acute infectie. Ze bleken manifest positief. Patiënte A was onze eerste COVID-patiënt geweest. We hoorden maanden later via de huisarts dat haar kleinzoon gaan skiën was in Livigno twee weken voor de krokusvakantie (dit lag toen naast het officiële risicogebied).

Een extra samenwerkingsovereenkomst werd gesloten tussen onze dienst geriatrie en de WZC in de regio, dit op aangeven van de overheid eind augustus. Ons gebruikelijk overleg met WZC hadden we in mei en september. Het was digitaal, maar zoals steeds een boeiend moment voor alle partijen.

Begin oktober, net voor de tweede golf, zag ik (digitaal) Dr. Erika Vlieghe tijdens een webinar van het Europees congres geriatrie (EUGMS) een slide projecteren met 8 golven na elkaar, één om de 6 maanden. Opbeurend was het niet.

De tweede golf begon, maar de gewone patiëntenstroom bleef komen. Opnieuw waren het eerst de jongere patiënten, later de oudere generatie. Deze keer zijn het fragiele ouderen uit serviceflats en oudere patiënten die zelfstandig of mits veel thuishulp of het dagcentrum thuis wonen, die het meest getroffen worden. Er waren duidelijk minder outbreaks in WZC in onze regio.

In tegenstelling tot in de eerste lockdown, werd bezoek in het ziekenhuis nog steeds toegelaten. Dit gaf een bijkomende uitdaging. Bezoekers namen het vaak niet zo nauw met de voorschriften: "We komen toch uit dezelfde bubbel?". Een bezoeker testte positief na hoogrisicocontact met een kennis. Hij was daags voordien bij zijn vader op bezoek geweest op onze afdeling. Bij testen en hertesten van de volledige afdeling en het personeel bleken een viertal patiënten positief en geen enkel personeelslid. Oef...

Diezelfde week bleken er op de COVID-afdeling plots een aantal zorgverleners positief te zijn. Toen bleek dat enkele zorgpersoneelsleden van COVID ook werd ingezet op non-COVID (tegen de principes, uit noodzaak). Op dat moment namen we samen met de directie de beslissing om alle personeel en alle patiënten van de G-afdeling tweemaal te testen en tijdelijk het bezoek stop te zetten. We hamerden nogmaals op het principe van 'dedicated zorg' (verpleegkundigen en paramedisch team). Tijdelijk

dienden enkele bedden geriatrie gesloten te worden wegens personeelstekort. Op die manier echter konden we een verdere escalatie en outbreak tegengaan. De vader van de bezoeker overleed jammer genoeg aan COVID.

Onze geriatrische aanpak blijft gestremd: restaurantwerking is niet mogelijk, revalidatie verloopt individueeler. Hieronder lijdt de voedingstoestand, de mobiliteit en cognitie bij de fragiele patiënten. Familiebezoek blijft beperkt; vrijwilligers zijn verdwenen van de werkvloer en staan in de inkomhal om alles in goede banen te leiden. We houden vol om een outbreak te vermijden. De belasting van non-COVID G blijft hoog. Collega's gerieters uit andere ziekenhuizen worstelen nog steeds met de gevolgen van een of meer outbreaks. Dat resulteert in plaatsgebrek voor non-COVID, waardoor geriatrische patiënten de zorg niet krijgen die ze nodig hebben. Psychisch is dit zwaar om dragen. Er is geen sinterklaas voor nodig, één besmette bezoeker of personeelslid is genoeg. Fouten tegen het principe van 'dedicated nurses' worden afgestraft door meer besmettingen. Het systeem van mobiele verpleegequipes is hier een bijkomende, zeer grote risicofactor.

Net voor de kerstvakantie kreeg ik het moeilijk: iedereen leek wilde plannen te hebben om goed te feesten, terwijl je beseft dat dit het begin van een derde golf kan betekenen. Ik heb toen een week

Fouten tegen het principe van 'dedicated nurses' worden afgestraft door meer besmettingen. Het systeem van mobiele verpleegequipes is hier een bijkomende, zeer grote risicofactor

vakantie genomen, mijn collega's hebben zich ontfermd over een bijkomende dienst. De cijfers bleven dalen, mijn hoop ging opnieuw stijgen.

Nog andere gevaren loeren om de hoek op geriatrie. Deze week nog ontdekten we een cluster van VRE op een afdeling. Mogelijk het gevolg van minder handalcoholgel op de werkvloer, slecht passende Chinese handschoenen (de prijzen swingen de pan uit), meer gebruik van antibiotica in de WZC (uitstel van opnames), hogere werkbelasting op de afdeling,

minder screening op MDRO bij opname. De waakzaamheid en de screening, ook voor andere MDRO's (CPE, VRE, Clostridium), zullen we noodgedwongen moeten opvoeren.

De start van de vaccinatie brengt hoop. Ik hoop dat een dubbele dosis van het RNA-vaccin bij fragiele ouderen meer immuniteit teweeg zal brengen. Hopelijk zullen ook het zorgpersoneel, de vrijwilligers, de stagiairs, artsen en verpleegkundigen op tijd gevaccineerd worden.

Een derde golf staat voor de deur... Mijn collega is intussen bevallen van een prachtige dochter en hervat het werk op 1 februari. Mijn oudere collega is nog steeds paraat op de werkvloer. Een nieuwe collega geriater start op 1 februari. Het zal een mooie dag worden.

Ik hoop voor ieder van ons dat hij of zij een team heeft om op terug te vallen: gezin, collega's, teamgenoten, directie... Samen lukt het ons wel.

Beroepsvereniging van de Belgische VERLOSKUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN

07.01.2021

De Belgische gynaecologen hebben net zoals alle andere disciplines een zeer bijzonder professioneel jaar meegemaakt ten gevolge van de COVID-pandemie. Uiteraard was de grootste opluchting voor onze beroepsgroep dat het virus geen negatief effect heeft op de zwangerschap en de ongeboren vrucht. Andere virussen hebben in het verleden een zeer slechte reputatie gehad op dat vlak. Gelukkig hebben we onze zwangere patiënten kunnen geruststellen over het verloop van de zwangerschap tijdens de COVID-pandemie.

Met uitzondering van onze collega's gynaecologen-oncologen hebben wij, in tegenstelling tot vele andere disciplines, relatief weinig schade ondervonden van de zogenoemde uitgestelde zorg. Afgezien van de periode waarin alle niet-spoedeisende consultaties werden opgeschort, hebben de Belgische gynaecologen hun klinisch en verloskundig werk naar behoren kunnen uitvoeren.

Het tijdelijk sluiten van de fertiliteitscentra heeft wel tot aanzienlijk inkomstenverlies geleid, net als de opschorting van de niet-dringende consultaties. De uitgestelde chirurgische ingrepen, zowel oncologisch als niet-oncologisch, hebben uiteraard de nodige problemen veroorzaakt, maar dit raakt nu stilaan opgelost.

Onder impuls van de VVOG hebben we een COVID-taskforce opgericht die regelmatig alle leden heeft ingelicht over de diverse aspecten van de pandemie en de aanbevolen maatregelen dienaangaande.

Vermeldenswaard zijn toch de enkele lichtpunten van de pandemie die typisch zijn voor onze discipline. Eerst en vooral is er duidelijk een aanwijzing voor een babyboom in samenhang met de COVID-lockdown, die zich in 2021 zal voltrekken ten gevolge van veel meer zwangerschappen die tijdens de pandemie zijn ontstaan.

Uiteraard was de grootste opluchting voor onze beroepsgroep dat het virus geen negatief effect heeft op de zwangerschap en de ongeboren vrucht

Daarnaast is het beperkte bezoek op de materniteit in het onmiddellijke postpartum door een grote meerderheid van de bevallen moeders als positief ervaren en zeer velen hebben de wens uitgedrukt dat dit ook gerust na de pandemie mag worden voortgezet.

De spreiding van de patiënten op consultatie en het vermijden van overdrukke wachtzalen is duidelijk positief ontvangen en de algemene teneur is dat dit ook na de pandemie mag aanhouden.

Tot slot kan ik benadrukken dat de meeste van onze collega's de richtlijnen goed hebben opgevolgd en dat er een eerlijk en evidence based onderscheid is gemaakt tussen essentiële en niet-essentiële zorg. Daardoor zijn schermutselingen en discussies op dit terrein uitgebleven.

Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in INTENSIEVE ZORGEN

19.01.2021

Elke intensivist zal aan zijn kleinkinderen verhalen vertellen over wat er is gebeurd in 2020.

Per definitie is een dienst intensieve zorgen in mindere of meerdere mate voorbereid op de opvang en behandeling van geïmporteerde pathologie uit verre landen. Wat vanaf maart 2020 binnenkwam, was echter van een andere grootteorde: een onbekend virus met een dramatisch ziektebeeld en een hoge mortaliteit. Artsen-intensivisten konden niet terugvallen op gekende en effectieve behandelingsmethoden. Het aantal opnames was niet in te schatten. Het risico voor gezondheidswerkers en hun familie was onbekend.

Zodra de beelden uit Noord-Italië op tv verschenen, begonnen de intensivisten samen met hun leidinggevende verpleegkundigen in een recordtempo hun dienst volledig te reorganiseren: de intensieve zorgafdeling isoleren om besmetting van de rest van het ziekenhuis te vermijden, bijkomende bedposities creëren, medewerkers motiveren, noodzakelijk beschermingsmateriaal vinden, opleiding geven, informatie over de nieuwe ziekte opzoeken, protocollen opstellen enz.

Alles was nieuw en leverde problemen op. Het ziekteverloop reageerde slecht op de ingestelde behandeling met langdurig verblijf op intensieve zorgen en een hoge mortaliteit. De medische

informatie op het internet was tegenstrijdig en was niet gereviewd. Beschermingsmateriaal was onvoldoende voorhanden en moest zelf worden gemaakt of gezocht bij bedrijven of privépersonen. Het aantal gespecialiseerde bed-side verpleegkundigen was onvoldoende en diende aangevuld met verpleegkundigen die niet vertrouwd waren met de procedures en behandelingen op een intensieve zorgafdeling. Door het sluiten van de landsgrenzen werden we geconfronteerd met stockbreuken van medicatie en materiaal en moest er dagelijks geïmproviseerd worden.

De persoonlijke beschermingsmaatregelen vormden een niet te onderschatten fysieke en psychische belasting.

Kortom, de behandeling van een COVID-patiënt met ernstige respiratoire problemen was zwaar, langdurig, en gaf slechts beperkte resultaten en weinig voldoening.

Binnen de intensieve zorgafdeling voelden artsen en verpleegkundigen zich sterk geïsoleerd zonder het vertrouwde contact met familieleden, consulenten, medewerkers uit andere diensten.

De zorgverleners van COVID-patiënten werden wel geapprecieerd voor hun inzet, maar werden toch liefst op afstand gehouden en meestal niet gevraagd om mee aan tafel te zitten.

De behandeling van een COVID-patiënt met ernstige respiratoire problemen was zwaar, langdurig, en gaf slechts beperkte resultaten en weinig voldoening

Zodra de zomer in aantocht was en het aantal COVID-patiënten op intensieve zorg, afnam wou iedereen zo snel mogelijk terug naar de 'gewone' intensieve geneeskunde.

Toen kwam de tweede golf. Zeer snel realiseerden we ons dat de problemen niet minder zouden zijn. We hadden meer aandacht voor contact met de familie, er was geen tekort aan persoonlijk

beschermingsmateriaal, de bevoorrading van medicatie e.d. verliep vlotter. De behandeling van de COVID-patiënt op intensieve zorg was even zwaar, de mortaliteit bleef even hoog. De betrokkenheid van de familie en het contact met de andere disciplines verbeterden wel. De aanvankelijke stress voor het onbekende virus ruimde plaats voor routine.

De druk voor opname van niet-COVID-patiënten kwam erbij. Het tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen bleef hetzelfde.

Andermaal probeert de intensieve zorgelijke terug te keren naar een meer 'normale' non-COVID-pathologie met een hoekje voor de resterende COVID-patiënten in afwachting van een derde golf...

De artsen-intensivisten wensen hun IZ-verpleegkundigen te danken, evenals de collega's, verpleegkundigen en ander ziekenhuispersoneel die hulp en steun hebben geboden tijdens de twee COVID-golven, zodat de dienst intensieve zorg is kunnen blijven functioneren en zijn opdracht heeft kunnen volbrengen.

Beroepsvereniging van de Belgische geneesheren-specialisten in INWENDIGE GENEESKUNDE

04.02.2021

Zoals bekend werd het jaar 2020 gekenmerkt door het uitbreken van de SARS-CoV2-pandemie. In ons land heeft deze pandemie zich al in maart 2020 gemanifesteerd door een eerste golf van besmettingen en ziekenhuisopnames, en de noodzaak om onze beroepsactiviteiten grondig te reorganiseren.

Vanaf het begin van deze crisis, die op zijn zachtst gezegd uitzonderlijk was, hebben de artsenspecialisten in inwendige geneeskunde en infectieziekten een belangrijke rol gespeeld in het beheer binnen het ziekenhuis van deze epidemie, door deel te nemen aan het toezicht op de specifieke COVID-19-afdelingen, in samenwerking met andere specialismen die er vanop de eerste rij bij betrokken waren (spoedartsen, intensivisten, pneumologen enz.).

Deze mobilisatie van internisten en infectiologen is echter niet zonder gevolgen gebleven. Veel raadplegingen, vooral in de ziekenhuizen, moesten voor onbepaalde tijd worden uitgesteld. Dat heeft geleid tot een belemmering van de follow-up van patiënten met complexe chronische ziektebeelden en een vertraging in de diagnosestelling, die nochtans van fundamenteel belang is voor sommige patiënten.

De tussenliggende periode in de zomermaanden, die ons in staat stelde de opgelopen achterstand enigszins weg te werken, was helaas van vrij korte duur en maakte plaats voor een tweede golf, die ons zowel door zijn omvang als door de snelheid waarmee hij toenam, verraste.

Ook tijdens deze tweede golf was er een grote vraag naar algemene internisten en infectiologen, zowel bij de eerstelijnsbehandeling van patiënten met COVID-19 als bij de *counseling* van artsenspecialisten die niet vertrouwd zijn met dit soort pathologie, of bij het beheer van problemen i.v.m. ziekenhuishygiëne. Het vermogen om een holistisch beeld te vormen van de patiënt en de gewoonte om de polypathologie die kenmerkend is voor de inwendige geneeskunde te behandelen, zijn belangrijke troeven geweest bij de behandeling van COVID-19.

Het vermogen om een holistisch beeld te vormen van de patiënt en de gewoonte om de polypathologie die kenmerkend is voor de inwendige geneeskunde te behandelen, zijn belangrijke troeven geweest bij de behandeling van COVID-19

De rol die de internisten en infectiologen hebben gespeeld in het beheer van deze crisis herinnert, voor zover dat nog nodig was, aan het fundamentele (maar helaas soms onderschatte) belang van een efficiënte inwendige geneeskunde in het gezondheidszorgaanbod, op een moment dat deze discipline niettemin sterk verzwakt is, onder meer door een toenemende desinteresse van jonge artsen in het licht van een uiterst ongunstige nomenclatuur.

Belgische Beroepsvereniging van KINDERARTSEN

17.01.2021

Zeggen dat 2020 een bijzonder jaar was, is een open deur intrappen.

Voor kinderartsen resulteerde de coronapandemie in een duidelijk verminderde workload, ook na de eerste lockdown in maart 2020. Zowel op de consultaties als in alle afdelingen van het ziekenhuis is er een duidelijke afname van de activiteit door een sterke daling van het aantal infectieziekten. Daar waar kinderartsen overspoeld werden met RSV-infecties tijdens de wintermaanden stellen we vast dat er nu geen RSV-infecties zijn. Anderzijds zien we een grote toevloed aan kinderen met ernstige psychosociale problemen, zoals zelfmoordpogingen en anorexie. Hoewel er nog geen exacte cijfers beschikbaar zijn, getuigt iedereen van een blijvende daling van werk én inkomen met niet minder dan 30 tot 40 %.

De telefonische consultaties deden hun intrede tijdens de eerste lockdown, maar zijn een blijver. We hopen dan ook dat de terugbetaling van deze consultaties kan bestendig worden.

COVID-19 betekent echter niet minder werk voor de bestuursleden van onze beroepsvereniging. De voorzitter, Tyl Jonckheer, en ondervoorzitter, Marianne Michel, hebben samen met Marc Raes, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde (BVK) spontaan de leiding op zich genomen van de Belgian Pediatric COVID-19 Task Force. Het is een initiatief dat uniek is in Europa. Het groepeert zowel universitaire en niet-universitaire kinderartsen als pneumologen, intensivisten, infectiologen, huisartsen, epidemiologen Geert Molenberghs en Niel Hens, kinderpsychologen en -psychiaters, verpleegkundigen, artsen van Sciensano, CLB en PSE, Kind en Gezin-Opgroeien en ONE, en vertegenwoordigers van de ministeries van Onderwijs. Ook klinisch biologen Pierre Van Damme en Herman Goossens zoomden dikwijls mee.

De taskforce heeft richtlijnen en protocollen opgesteld, die op de website van Sciensano werden gepubliceerd en via een gezamenlijke nieuwsbrief van alle pediatrie verenigingen werden verspreid onder alle kinderartsen. Ze werd een aanspreekpunt voor de verschillende ministeries van Onderwijs en organiseerde een webinar voor leerkrachten. Toenmalig premier Sophie Wilmès werd meter van het initiatief rond psychosociaal welbevinden van kinderen, dat resulteerde in het JOY-platform. Mede dankzij de inzet van de taskforce konden de zomerkampen voor kinderen op een veilige manier doorgaan.

Onze voorzitter en ondervoorzitter namen, samen met de voorzitter van de BVK, spontaan de leiding op zich van de Belgian Pediatric COVID-19 Task Force, een uniek initiatief in Europa

Dat de verwezenlijkingen van de taskforce niet onopgemerkt voorbijgingen, bewijzen de presentatie van Tyl Jonckheer en Marianne Michel op het symposium n.a.v. de uitreiking van de Prijs van de Specialist 2020 en, meer recent, de Lobby Award 2020, die de taskforce in ontvangst mocht nemen.

Het enthousiasme en de dynamiek van de taskforce heeft er ook voor gezorgd dat de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde meer zuurstof kreeg. Prof. Ann De Guchteneere, bestuurslid van onze beroepsvereniging, werd aangesteld tot voorzitter. De Academie coördineert de verschillende projecten van de pediatrie verenigingen. Tyl Jonckheer en Marianne Michel, die de beroepsvereniging vertegenwoordigen, nemen de leiding over de financiële projecten. De herziening van de nomenclatuur, de erkenning van het medisch dagziekenhuis en de voorlopige hospitalisatie, honorering van niet-invasieve ventilatie en de complexe eerste consultatie zijn dossiers die prioritair behandeld worden. Marianne Michel zal als adjunct-ondervoorzitter van het VBS het bestuurscomité op de hoogte houden van onze projecten.

Ann De Guchteneere nam in het voorbije jaar niet alleen het voorzitterschap van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde op zich, zij werd ook verkozen tot secretaris-generaal van de European Academy of Paediatrics (EAP). In die hoedanigheid realiseerde zij in 2020 de eerste editie van het Europees theoretisch examen voor kinderartsen.

Dank zij onze juridische acties naar aanleiding van de invoering van de laagvariabele zorg (LVZ) wordt een kind meteen na de geboorte als aparte entiteit erkend. We verwachten dat daarmee de LVZ van de pasgeborene zal losgekoppeld worden van de pathologie van de moeder.

We zijn trots dat we niet minder dan 6 nieuwe jonge leden in het bestuur mogen verwelkomen. De toetreding van Christophe Barrea, Benoît Brasseur, Annick Covents, Nele Baeck, Levi Hoste en Stefanie Buyse is het gevolg van een enthousiast en zichtbaar beleid van onze vereniging.

We kijken met hoop en vertrouwen naar de toekomst.

Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de KINDERNEUROLOGIE

15.01.2021

Eerste golf:

- Alle niet-dringende onderzoeken onder algemene anesthesie werden uitgesteld. Voor de kinderneurologie betrof dit voornamelijk MRI's van de hersenen (en het ruggenmerg). Aangezien er zo al een wachtlijst is voor MRI onder algemene anesthesie, heeft dit geleid tot een nog langere wachttijd bij de planning van nieuwe onderzoeken. Bij het begin van de tweede golf was deze wachtlijst nog niet weggewerkt.
- Hetzelfde geldt voor niet-spoedeisende chirurgie. Alle niet-urgente operaties werden tijdens de eerste golf uitgesteld. Bij het begin van de tweede golf hadden niet al deze uitgestelde ingrepen al plaatsgevonden. Sommige kinderen wachten nog steeds op een datum voor een operatie.
- De video-EEG-afdeling in een bepaald ziekenhuis was gedurende ongeveer drie maanden een COVID-afdeling. Dit beperkte de mogelijkheid van langdurige EEG-registraties aanzienlijk. Als gevolg daarvan liep de uitvoering van epilepsiechirurgie bij kinderen vertraging op.
- Er was een duidelijk negatief effect van het onderbreken van fysiotherapie/school bij kinderen met motorische/ontwikkelingsstoornissen, hoewel sommige kinderen met autisme of ADHD het beter leken te doen tijdens de lockdown omdat ze minder prikkels ondervonden (bv. klaslokaalsituatie, speelplaats...).
- Ouders met kinderen die in een instelling verbleven, moesten kiezen tussen wekenlang geen contact met hun kinderen of wekenlang de voltijdse zorg voor hun kind thuis. In gezinnen die hun kind mee naar huis namen, zagen we vaak een aanzienlijke belasting/impact op de gezinnen vanwege de 24/7 zorg voor het kind.

De video-EEG-afdeling in een bepaald ziekenhuis was gedurende ongeveer drie maanden een COVID-afdeling

Tweede golf:

- De planning van MRI onder algemene anesthesie werd normaal voortgezet, hoewel dit niet het geval was in alle pediatrie centra.
- Alleen operaties waarvoor mogelijk postoperatieve intensieve zorg nodig was, werden uitgesteld. De bedden op intensieve zorg voor kinderen werden gedeeltelijk bezet door volwassenen. De pediatrie ICU werd gecombineerd met de NICU. Dit verschilde van ziekenhuis tot ziekenhuis.
- De video-EEG-afdeling in een bepaald ziekenhuis was gedurende ongeveer twee maanden een COVID-afdeling. Dit beperkte in hoge mate de mogelijkheid van langdurige EEG-registraties. Als gevolg daarvan liep de uitvoering van epilepsiechirurgie bij kinderen vertraging op. De capaciteit voor 24-uurs EEG was gehalveerd.
- Alle raadplegingen werden voortgezet als gewoonlijk. Als de patiënt of een van de gezinsleden echter ziek was of in quarantaine zat, werd de raadpleging nog steeds telefonisch gedaan. Ouders zegden ook vaak consultaties af omdat ze bang waren om naar het ziekenhuis te komen.
- Ouders waren ook zeer bezorgd over hun kinderen met een chronische ziekte. Zelfs na de eerste golf, en zeker bij het uitbreken van de tweede golf, bleef een deel van de ouders zeer

terughoudend. Sommigen hielden hun kinderen thuis van school, besloten niet opnieuw met kinesitherapie te beginnen... Dit verlengde het negatieve effect van het verstoken blijven van school/kinesitherapie.

- Er werden en worden nog steeds veel vragen gesteld over de veiligheid en de strategie van de vaccinaties: sommigen willen het heel vroeg, anderen zijn bang, prioriteitenlijsten?

Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in KLINISCHE GENETICA

14.01.2021

Hoewel klinische genetici niet in de frontlinie staan bij de aanpak van de COVID-19-pandemie, zijn ze getroffen door de gezondheids crisis zoals veel specialisten.

Tijdens de eerste golf moesten we niet-spoedeisende consultaties annuleren en hebben we

Ons grootste probleem sinds het begin van de pandemie is de levering van bepaalde reagentia en plastics (filtertips, platen enz.) die essentieel zijn voor het uitvoeren van moleculaire analyses

alternatieven ontwikkeld om de continuïteit van de patiëntenzorg zo goed mogelijk te verzekeren (consultaties via telefoon of videoconferentie). We hebben te maken gehad met een duidelijke daling van de activiteit in de laboratoria van de Belgische genetische centra, als gevolg van de afzegging van niet-dringende consultaties in andere medische specialismen en de afname van het aantal stalen dat ons tijdens deze periode werd toegezonden, met name in het gebied van

de oncogenetica en constitutionele genetica. Vooral binnen laboratoria moesten aanpassingen worden doorgevoerd om te voldoen aan de gezondheidsregels die door de crisis waren opgelegd.

Tijdens de tweede golf werden we ook geconfronteerd met een groter aantal afwezigheden (ziekte of quarantaine) binnen onze medische, wetenschappelijke en technische teams, wat de organisatie van onze consultatie- en laboratoriumactiviteiten bemoeilijkte.

Ten slotte is ons grootste probleem sinds het begin van de pandemie de levering van bepaalde reagentia en plastics (filtertips, platen enz.) die essentieel zijn voor het uitvoeren van moleculaire analyses. Op 22 december werd door de voorzitter en vicevoorzitter van het College voor Genetica en Zeldzame Ziekten een open brief gestuurd aan minister Frank Vandenbroucke om deze kwestie onder de aandacht te brengen. Het opdrijven van de COVID-19 testing resulteert in een meer dan 20-voudig hoger verbruik van plastics en reagentia, zowel op Belgisch, Europees als mondiaal vlak. Producenten en leveranciers van deze producten kunnen niet langer volgen en Belgische genetische centra zijn nu reeds genoodzaakt om hun activiteiten te beperken tot louter urgente genetische diagnostiek en dienen andere minder urgente genetische diagnostiek te staken, dit ten nadele van kwalitatieve klinisch genetische dienstverlening.

Wij vrezen dat binnenkort in alle Belgische genetische centra en andere Belgische moleculaire laboratoria de urgente en essentiële genetische testing voor prenatale diagnostiek (waaronder NIPT), profilering in kankerpatiënten, en fertiliteit (embryo testing) in het gedrang komt. We vragen om gehoord te worden bij de federale autoriteiten (COVID taskforce), die zich inzetten om ervoor te zorgen dat andere moleculaire laboratoria dan de COVID-19 superlabs ook tijdig en voldoende voorzien worden van de nodige plastics en reagentia om kwalitatieve en adequate genetische diagnostiek en patiëntenzorg binnen aanvaardbare doorlooptijden te kunnen blijven garanderen.

Beroepsvereniging voor Belgische LONGARTSEN

13.01.2021

“En de longarts, hij ploegde voort”.

Iedereen werd in 2020 geconfronteerd met COVID-19, maar niet iedereen stond in de vuurlinie. Patiënten werden soms opgenomen in het ziekenhuis zonder al te veel klachten, maar evolueerden op enkele uren tijd naar respiratoire insufficiëntie. Nieuwe inzichten werden verworven, en enkele maanden later weer aangepast: intubatie wordt nu zo lang mogelijk uitgesteld.

Het menselijk leed voor de nabestaanden is in onze geheugens gegrift. Wat zal blijven, is het gebruik van gezichtsmaskers in ziekenhuizen, pre-opname PCR testing, CT thorax in lage dosis.

Nieuwe inzichten werden verworven, en enkele maanden later weer aangepast: intubatie wordt nu zo lang mogelijk uitgesteld

De longarts werkte verder, dag, nacht, weekend. In alle stilte. Het woord in de media werd vooral genomen door urgentieartsen, intensivisten, virologen. Zonder afbreuk te willen doen aan de grote verdiensten van deze collega's, mogen we stellen dat

de longartsen in grote mate instonden voor de zorg van de gehospitaliseerde COVID-19-patiënt.

We hopen voor onze beroepsgroep dat 2021 rust brengt, dat er erkenning komt voor het geleverde werk, dat de respiratoire midcare voor ventilatoir falen een blijver is in onze ziekenhuizen.

Belgische beroepsvereniging voor MAAG-DARMARTSEN

14.01.2021

Zoals dat wellicht bij alle specialismen het geval was, was de impact van de eerste golf groter, met een tekort aan persoonlijk beschermingsmateriaal, gebrek aan informatie, translocatie van diensten, gastro-

De hervatting van de activiteiten was complexer dan de stopzetting ervan bij het begin van de lockdown

enterologen die werden ingeschakeld op andere diensten en op de COVID-afdelingen. Verder onthouden we een verdubbeling van het aantal wachtdiensten, de overplaatsing van verpleegkundigen van de diensten gastro-enterologie naar andere diensten (spoedgevallen en intensieve zorg, wat leidde tot stress, burn-out en dus organisatorische

problemen), regelmatige briefings over de evolutie van de beschikbare bedden en het continu bijleren over de ziekte.

De hervatting van de activiteiten was complexer dan de stopzetting ervan (met uitzondering van de dringende activiteiten) bij het begin van de lockdown. Patiënten moesten opnieuw worden opgeroepen en er waren de onzekerheden en wijzigingen naarmate de pandemie fluctueerde (komt er een 2^{de} golf of niet?).

Meer specifiek voor de gastro-enterologie onthouden we:

- Medewerking van de beroepsvereniging aan de lijst van de vrij dringende activiteiten met het oog op de hervatting van de activiteiten waar het VBS zich achter schaarde.
- Risico van geïnfecteerde projecties bij gastroscopieën en colonoscopieën.

- Hepatische effecten van COVID-19. Risico's voor immunogecompromitteerde patiënten, risico's bij corticosteroiden (met name voor sommige IBD-patiënten).
- Door de stopzetting van de niet-urgente activiteiten tijdens de eerste golf, angst bij de patiënten en de vertragingen bij de beeldvorming, waren er vertragingen bij de diagnose en de behandeling van kankers, met name colorectale kanker, cirrose en virale hepatitis. Met name voor colonoscopieën was een grote 'backlog' ontstaan.
- Er was een opvallende gewichtstoename en toenemend alcoholgebruik tijdens de lockdown, wat nog verergerd werd door het gebrek aan beschikbare psychologische en psychiatrische ondersteuning.

Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in MEDISCHE BIOPATHOLOGIE

03.01.2021

Tot de krokusvakantie leek er geen vuiltje aan de lucht. Een aantal dossiers werd vanuit de beroepsvereniging gevolgd, in vraag gesteld of ondersteund, zoals de visietekst omtrent de netwerklaboratoria, de hervorming van de nomenclatuur en de erkenning van de medische microbiologie als niveau 3-titel.

En dan kwam COVID, met een kakofonie van testen tot gevolg, en een nooit geziene explosie van termen die uitleg vergden: PCR-testen, sneltesten, antigenetests, antilichaamtesten, CT-waarde... verwierven hun plaats in tal van artikels. De klinisch biologen werden vaak gevraagd om al deze termen toe te lichten. Sneltesten werden verboden en dan weer toegelaten. De COVID-19 gevalsdefinitie varieerde bijna dagelijks, wat resulteerde in menige discussie over wie er nu moest getest worden.

De teststrategie bleek cruciaal om de epidemie in te dammen. In maart was er echter vooral een tekort aan test- en afnamemateriaal, en vele klinisch biologen spendeerden meerdere uren aan rondbellen om de uitgeputte stocks zoveel mogelijk te kunnen aanvullen. Tijdens de zomer normaliseerde de toestand vervolgens, waarna de tweede golf toesloeg en er in oktober tot 80.000 COVID-testen per dag werden uitgevoerd. Deze beproeving dreef de laboratoria en hun personeel tot het uiterste op het vlak van flexibiliteit. De uitbouw van het federaal testplatform kwam maar op kruissnelheid na deze piek en wordt tot op heden onderbenut. In 2020 werden er op die manier voor meer dan 300 miljoen euro aan COVID-testen uitgevoerd; een ongeziene financiële inspanning vanuit de overheid.

En dan kwam COVID, met een kakofonie van testen tot gevolg, en een nooit geziene explosie van termen die uitleg vergden

Hopelijk komt er in 2021 geen derde golf en dient dit huzarenstukje (met stevig prijskaartje) niet te worden herhaald. Zoals alle specialismen werden ook de laboratoria getroffen door een spectaculaire daling van hun niet-COVID-activiteit, zeker gedurende de eerste lockdown.

Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de NEUROLOGIE

15.01.2021

Aangezien het hele jaar 2020 gedomineerd werd door het SarsCoV-2 virus en COVID, heeft dit ook een belangrijke weerslag gehad op de activiteiten van onze beroepsvereniging.

Tijdens de eerste lockdownperiode werden de neurologische raadplegingen naar een minimum teruggeschroefd. Er werden vooral teleraadplegingen gehouden. De voorzitter lichtte de werkwijze van deze raadplegingen toe tijdens een radio-interview op Radio 1 op woensdag 28 maart.

Bij de neurologen werd de vraag gesteld om voor een tele- of videoraadpleging een hoger honorarium te vragen dan het gecreëerde algemeen honorariumnummer voor een teleraadpleging.

Na de lockdown werd de neurologische activiteit opnieuw opgestart volgens de richtlijnen van de pathologie-urgentiegraad zoals opgesteld door onze vereniging

Na de lockdown werd de neurologische activiteit opnieuw opgestart volgens de richtlijnen van de pathologie-urgentiegraad zoals opgesteld door het bestuur van onze vereniging.

Tevens werd er een enquête gepland om de weerslag van COVID op de neurologische praktijkvoering na te gaan.

In begin van het jaar hadden we een overleg met het bestuur van onze wetenschappelijke tegenhanger, de Belgische Vereniging voor Neurologie (Belgian Neurological Society – BNS), om een nauwe samenwerking, of zelfs het samengaan met deze vereniging te bewerkstelligen. Er werd afgesproken om de verschillende modellen van samenwerking te overlopen. Op haar algemene vergadering van 12.12.2020 heeft de BNS zich akkoord verklaard voor verdere samenwerking.

Er werd op 18.06.2020 een virtuele bestuursvergadering gehouden waar hoger vermelde punten werden besproken.

Op 1 september 2020 vond onze virtuele algemene vergadering plaats, waarbij de mandaten van de huidige voorzitter, Dr. Erwig Van Buggenhout, en secretaris, Dr. Ludo Vanopdenbosch, voor 4 jaar werden verlengd. Het bestuur mocht twee nieuwe, jonge bestuursleden verwelkomen: Dr. Laurens Dobbels en Dr. Vincent Van Iseghem. In 2020 telde onze vereniging 162 betalende leden.

In het najaar van 2020 heeft het bestuur zich beziggehouden met de herziening van de nomenclatuur als voorbereiding op een vergadering met het RIZIV op 20 januari 2021.

Tot slot heeft de voorzitter in De Specialist van 15.10.2020 een stand van zaken gegeven van de neurologie onder de titel *Neurologie: quo vadis post COVID?*

Belgische beroepsvereniging van OOGHEELKUNDIGEN

02.02.2021

Het jaar 2020 was, net zoals voor alle specialisten, disruptief voor de praktijkvoering van de Belgische oogarts.

Nooit in de geschiedenis van onze Lage Landen werd – zelfs niet door onze talrijke bezetters – de medische praktijkvoering aan banden gelegd in de hoop op die manier de beschikbare middelen te monopoliseren om één onzichtbare vijand te bestrijden waarvan de medische wereld aanvankelijk bijzonder weinig wist. Het Belgische gezondheidsmodel – overal beschreven als performant en als een

te volgen voorbeeld – is op zijn limieten gebotst. Voor onze (te) talrijke beleidsmakers, ingeslapen in het dons van genoegzaamheid, is de wake-up call door COVID-19 des te harder aangekomen.

Deze strategische keuze – want kiezen is verliezen – om alle energie in te zetten voor het bekampen en vertragen van de COVID-19-pandemie was waarschijnlijk onvermijdelijk, maar heeft wel veel collaterale ‘oculaire’ schade veroorzaakt, die nog niet in de statistieken is verwerkt en waarvoor onze epidemiologen maar zeer weinig OOG hebben.

De verplichting om zich te beperken tot dringende pathologie heeft namelijk de oogzorg in de eerste lijn, waarvoor de oogarts garant staat, zodanig door elkaar geschud dat essentiële oogzorg werd uitgesteld of onderbroken met blijvende en permanente visusverlies tot gevolg, bijvoorbeeld in de intravitreale behandeling van natte LMD, de follow-up van amblyopie bij kinderen en de follow-up van glaucoompatiënten.

De BBO-UPBMO heeft, samen met het oogartsensyndicaat SOOS, de door het VBS-GBS gevraagde prioriteitenlijst opgesteld en, na overleg met de subdisciplines, aangepast tegen september 2020.

Het SOOS organiseerde een webinar om onze leden wegwijs te maken in de ‘coronaproof’ aanpak van de praktijkvoering.

In veel ziekenhuizen werd de terugkeer naar de normaliteit slechts mondjesmaat gerealiseerd. Gelukkig kon, mede dankzij de inzet van een uitgebreid en goed gestructureerd extramuraal aanbod, de schade enigszins beperkt worden.

Het feit is dat we nu bijna een jaar verder zijn en dat de talrijke overheden die ons land rijk is nog steeds in alle richtingen adviezen, verplichtingen en beperkingen uitsturen, in die mate dat nu zelfs gemorrelt wordt aan fundamentele vrijheden.

Intussen ploegt de oogarts in eerste lijn ongerust voort, net zoals het coronavirus zelf, dat nu zelfs zijn varianten/trawanten op pad heeft gestuurd om ons het leven zuur te maken.

De beschikbare vaccins geven ons hoop om snel(ler) uit het moeras te geraken, maar de manier waarop de vaccinatiecampagne wordt georganiseerd legt andermaal de pijnpunten bloot van het versnipperde gezondheidsbeleid.

Door wie, waar en vooral wanneer de oogarts en zijn medewerkers, als (oog)zorgverleners blootgesteld in eerste lijn, zullen worden gevaccineerd, zijn vragen die snel een antwoord verdienen.

Essentiële oogzorg werd uitgesteld of onderbroken met blijvende en permanente visusverlies tot gevolg, bv. in de intravitreale behandeling van natte LMD, de follow-up van amblyopie bij kinderen en de follow-up van glaucoompatiënten

Belgische geneeskundige ORTHOPEDISCHE Beroepsunie

08.02.2021

Net als voor onze collega's uit andere disciplines hebben de twee episodes van het ziekenhuisnoodplan serieuze gevolgen gehad voor de praktijk van de orthopedische chirurgen.

In het geval van de orthopedie vertaalde dit zich vooral in een bijna volledige stopzetting van de activiteit. Wij stonden allermindst onder dezelfde druk als onze collega's internisten. Veeleer het tegendeel was waar; we bevonden ons in een situatie van gedwongen technische werkloosheid, die, afgezien van de soms zware financiële gevolgen, al snel tot een zeer deprimerende sfeer leidde.

Aangezien 'niet-spoedeisende' heelkundige ingrepen of ingrepen die een eventuele postoperatieve bewaking op intensive care vereisen, verboden waren, werden alleen de traumatologische activiteiten voortgezet, ook al waren deze sterk verminderd vanwege lockdown, avondklok en de stillegging van sportcompetities.

Het bureau van onze beroepsvereniging stelde een classificatie van chirurgische ingrepen in 5 stadia op, afhankelijk van de onmiddellijke of betrekkelijke urgentie en het risico van een aanzienlijke verslechtering van de toestand van de patiënt bij langdurig uitstel. In de orthopedie komen de meest uitgevoerde ingrepen echter niet overeen met de stadia 1 of 2...

Alleen de traumatologische activiteiten werden voortgezet, ook al waren deze sterk verminderd vanwege lockdown, avondklok en de stillegging van sportcompetities

Bijna alle ziekenhuisraadplegingen werden gecancelld, behalve de follow-up van traumatologie na opname op de spoedafdeling, die overigens zeer moeilijk te organiseren was.

Tijdens de 'tweede golf' werd, gezien de problemen die tijdens de eerste golf werden geconstateerd en de reeds dramatische

financiële gevolgen daarvan, een minimumaantal raadplegingen gehandhaafd. Door de diverse beschermings- en desinfectiemaatregelen waren deze echter sterk in aantal beperkt.

Ook het aantal raadplegingen buiten het ziekenhuis daalde, omdat de operatiestop veel patiënten ervan weerhield om zich te laten behandelen.

De mogelijkheid tot poliklinische chirurgie werd ook sterk beperkt, enerzijds door de onbeschikbaarheid van personeel, dat werd ingezet in de zorg voor COVID-patiënten, en anderzijds door de omvorming van dagklinikafdelingen tot bijkomende intensive care-afdelingen.

Sinds begin januari lijkt de situatie zich te normaliseren, maar niet zonder een pak administratieve rompslomp om patiënten opnieuw in te plannen (van wie er sommige twee keer zijn uitgesteld), terwijl regelmatig een operatie opnieuw moet worden geannuleerd wanneer de patiënt positief blijkt te zijn bij de verplichte preoperatieve screeningstest.

Tot slot dient opgemerkt dat, ook al zijn de gevolgen beslist niet te vergelijken met wat in de oncologie is vastgesteld, het uitstellen (soms twee of drie keer) van bepaalde operaties in een aantal gevallen heeft geleid tot een aanzienlijke, en soms onherstelbare, verslechtering van de lichamelijke conditie van onze patiënten.

Het is overduidelijk dat er, met het oog op de toekomst, in geval van een nieuwe pandemie of de heropleving van de huidige pandemie, moet worden nagedacht over een flexibelere organisatie, die de simpele alles-of-niets bipolariteit overstijgt...

Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in PATHOLOGISCHE ANATOMIE

26.01.2021

2020 was niet alleen een raar jaar, maar, althans voor wat de pathologie betreft, ook eerder een saai jaar... en op vele vlakken gekenmerkt door "wachten op...". Godot? Hopelijk niet!

We verwijzen hiermee o.a. naar de langverwachte update van onze nomenclatuur artikel 32 waarvan de publicatie in het Staatsblad reeds in 2019 was beloofd, maar om onduidelijke redenen steeds maar werd uitgesteld. Geen prioriteit blijktbaar. Deels begrijpelijk gezien de uitzonderlijke omstandigheden,

zolang het maar geen kwestie van nalatigheid of inefficiëntie van overheidsdiensten is, waar we jammer genoeg niet zeker van zijn.

Dankzij de inzet van enkele leden en syndicaten, is er recentelijk (begin 2021) enig schot in de zaak gekomen en zou volgens de laatste berichten uit het RIZIV de publicatie van de versie 2018-2019 mogelijk deze maand (= januari 2021) nog verschijnen in het Staatsblad. In ieder geval zolang er geen grote rampen gebeuren. Er resten ons op het ogenblik van schrijven nog enkele dagen... We blijven geduldig en stellen ons constructief op, en opnieuw, en opnieuw...

Voor de rest viel er, corona buiten beschouwing gelaten, weinig nieuws te rapen. In 2020 werd er weinig vergaderd en werden er geen symposia georganiseerd, maar werd er achter de schermen wel voortgewerkt aan de vernieuwing van de praktijkrichtlijn, kreeg de samenwerking BSP (onze wetenschappelijke vereniging) en VBS/GBS AP (onze beroepsvereniging) meer gestalte met o.a. het herschrijven van de statuten en vertegenwoordiging in elkaars bestuur. Ook de sectie "Young Pathologists" binnen de beroepsvereniging heeft begin 2020 voor het eerst vergaderd en de eerste hand gelegd aan haar website. Als voorbereiding op het project "structurele hervorming nomenclatuur 2020-2024" werd een nieuwe nomenclatuur uitgewerkt met grondige reorganisatie van de immuunhistochemie en introductie van het intercollegiale consult, de georganiseerde tweede lezing en scheiding van werkings- & investeringskosten van het zuiver honorarium.

In 2020 werd er weinig vergaderd en werden er geen symposia georganiseerd, maar werd er achter de schermen wel voortgewerkt

Ten slotte leert een mini-enquête die we organiseerden over de impact van COVID-19 op de activiteit van onze laboratoria ons dat in vergelijking met 2019 de omzet tijdens de eerste coronagolf in maart-mei gezakt is tot gemiddeld 60%, met een dieptepunt in april tot gemiddeld 38%. In juni noteerden we een herstel met een omzet van gemiddeld 105% tegenover juni 2019. Op het moment van schrijven hoor ik 'overall' dat het druk tot superdruk is in de laboratoria, dat het bijna is zoals vroeger. Een inhaalmanoeuvre heeft zich duidelijk gemanifesteerd, maar niettemin verwachten we een globaal omzetverlies van 1/12^e of 1 maand activiteit voor het jaar 2020.

Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in PLASTISCHE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE CHIRURGIE

15.02.2021

Het jaar 2020 was een annus horribilis voor de ganse bevolking en het hele zorgkader binnen en buiten de ziekenhuizen.

Toen er een tekort aan beademingsapparatuur ontstond, hebben de extramuraal werkende plastische chirurgen spontaan hun anesthesietoestellen ter beschikking gesteld van de ziekenhuizen.

Vele ASO's en plastische chirurgen hebben zich op de COVID-afdelingen ingezet. We zijn dankbaar dat de ASO's hiervoor een gepaste vergoeding ontvingen, naast de voorschotrekening voor de ziekenhuisartsen.

Voor de ASO's gingen vele maanden opleiding verloren en dit woog zeer zwaar, zoals bleek uit de door hen georganiseerde webinar.

Naast onze maandelijkse bestuursvergaderingen met de RBSPS, het organiseren van het Collegium Chirurgicum Plasticum voor de opleiding werden thema's als implant files, BIA-ALCL, professionele

verdediging inzake reclame, sociale media, aanvraag TGR voor gebruik nomenclatuur US voor onderzoeken door plastische chirurgen, prioriteitenlijsten inzake COVID-beleid besproken.

Voor ons Herfstcongres, dat als webinar georganiseerd werd door de vrouwelijke plastische chirurgen werd gekozen voor het onderwerp 'women in plastic surgery', waarbij zowel Belgische als internationale vrouwelijke plastische chirurgen interessante thema's belichtten.

In samenwerking RBSPS en VBS werd een geanonimiseerde enquête gedaan 'Assessment of gender bias & inequality in plastic surgery'. 55 antwoorden werden ontvangen. Hieruit bleek dat er nog steeds een probleem is in een goede work/life balance, onvoldoende bescherming van de zwangere chirurgen en dat de financiële vergoeding in sommige ziekenhuizen voor vrouwen nog steeds lager is t.o.v. hun mannelijke collega's.

Het VBS wil een aanspreekpunt zijn om klachten te formuleren en een oplossing uit te werken.

Vele werven staan op stapel, waarvan de herziening van de nomenclatuur en consultatietarieven deel uitmaken.

Wat betreft de consultaties vragen we een financiële tussenkomst zowel voor de secretariaatsondersteuning als voor het EPD aan het RIZIV en het beleid om een goede samenwerking met de huisartsen en een multidisciplinaire benadering te garanderen.

Voor de ASO's gingen vele maanden opleiding verloren en dit woog zeer zwaar

In fase 3 van de nomenclatuurherziening is het bepalen van de zuivere erelonen naast de kosten die nodig zijn om ingrepen/prestaties uit te voeren een belangrijk item.

Uitsplitsen van werkingskosten zoals instrumentarium, verzekering, secretariaat, EPD etc. is noodzakelijk.

De herziening van de tarieven en ziekenhuisfinanciering zijn uitdagingen, waarbij we hopen dat ze bottom-up met voldoende aandacht voor de expertise van de plastisch chirurgen herbekeken worden, waarbij o.a. de regel van de opereerstreken en de halvering van de tweede of meerdere ingrepen tijdens dezelfde anesthesie besproken moet worden.

De inhoudingen op de erelonen verschillen momenteel enorm tussen de ziekenhuizen, zelfs binnen eenzelfde dienst kan de retrocessie variëren van 20 % tot 50 % inhouding.

Wij wensen hierover transparantie en een afsplitsing van kosten in een apart budget en zuivere erelonen en willen in co-governance mee beslissen over materiaalkeuzes en gepaste infrastructuur.

Een ander focuspunt voor RBSPS is de mogelijkheid om ingrepen, die in dagziekenhuis uitgevoerd kunnen worden met RIZIV-waarde \geq K120 en \geq N200 onder lokale anesthesie, onder sedatie of algemene anesthesie extramuraal te mogen uitvoeren onder RIZIV-vergoeding, rekening houdend met de kwaliteits- en veiligheidsaspecten en anesthesiebewaking zoals vermeld in art 13 van de kwaliteitswet.

Dat dit veilig kan, is bewezen in het specialisme oftalmologie.

Ingrepen bij risicopatiënten bij wie mogelijk intensieve zorg en/of langdurig postoperatief toezicht en/of bloedtransfusie nodig is, moeten uiteraard in ziekenhuizen worden uitgevoerd, waar de vereiste omkadering aanwezig is, zelfs in deze periode van beperkte operatiekamer capaciteit en zware overheadstructuur in de ziekenhuizen. Indien dit niet nodig is, kunnen ingrepen veilig extramuraal gebeuren.

Ten slotte hopen we, aangezien de wetenschappelijke en beroepsvereniging in RBSPS een gezamenlijk standpunt bepalen, dat we in samenwerking met VBS, RIZIV, beleid en ziekenhuizen een gunstige

outcome krijgen in de herziening van de nomenclatuur, uitwerking ziekenhuisfinanciering en wetgeving om een optimaal klimaat te scheppen zowel voor de patiënt, de arts als de samenleving en het evenwicht van het financieel budget.

Samen met het VBS willen we de uitrol van portfolio en continue educatie mee begeleiden om te komen tot een samenhangend coherent beleid.

Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de PSYCHIATRIE

27.01.2021

We startten 2020 met een succesvol symposium, *Leadership in Psychiatry*, dat een 70-tal psychiaters samenbracht in Living Tomorrow Vilvoorde om er een aantal workshops te volgen van een internationaal gezelschap, met o.m. Prof. dr. Maurits Nijs (NL), Dr. Jolien Bueno de Mesquita (NL), Prof. Dr. Dinesh Bhugra (VK) en de Belgische collega's Prof Dr. Geert Dom en Dr. Caroline Depuydt en radioloog Dr. Bart Claikens.

In de eerste golf van de COVID-19-pandemie was er amper een daling in bedbezetting in de psychiatrische centra. Wel was er een afname in dagbehandeling. Door de nieuwe nomenclatuur voor teleconsultaties (consulten via video langer dan 45 minuten en consulten over telefoon langer dan 30 minuten) werd het mogelijk om opnieuw veel ambulante consultaties te laten plaatsvinden.

Ook tijdens de tweede golf kende de residentiële psychiatrische zorg een status-quo wat de bedbezetting betreft. De dagtherapeutische settings hadden zich gereorganiseerd, mede door een nomenclatuur, die ook daar was aangepast. De impact van COVID-19-besmettingen bleef beperkt in de psychiatrische ziekenhuizen, met slechts enkele uitbraken. Er werden initieel COVID-cohortafdelingen opgericht, maar hier was weinig nood aan.

Het aantal gedwongen opnames is in deze periode, vooral in grootstedelijke gebieden, in belangrijke mate toegenomen

Jammer genoeg vielen binnen de PVT (psychiatrische verzorgingstehuizen) wel verschillende uitbraken te betreuren. Tijdens de tweede golf leek het aanbod van de ambulante consulten en mobiele teams zowel live als via video quasi volledig gehandhaafd. Grootste probleem voor (chronische) patiënten was en is nog steeds dat het aanbod van ondersteunende dagactiviteiten in de centra sterk werd beperkt. Aangezien dit essentieel is voor vele patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening, heeft dit een significant effect.

Tot slot dienen we te vermelden dat er een toenemende hulpvraag is vanuit de bevolking, mede veroorzaakt door de pandemie en haar gevolgen, zoals de lockdown. Depressie en angstklachten blijken fors aanwezig te zijn en het lijkt erop dat het aantal vragen voor crisishulp, o.m. voor jongeren, is toegenomen. Ook het aantal GO (gedwongen opnames) is over deze periode, vooral in grootstedelijke gebieden, in belangrijke mate toegenomen, wat ook een extra belasting betekent voor zowel (psychiatrische) spoeddiensten als psychiatrische ziekenhuizen.

Belgian Association for RADIATION ONCOLOGY (BARO)

30.12.2020

COVID-19 bereikte België in februari en werd al snel een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid. Het was belangrijk dat de feitelijke impact van COVID-19 op patiënten en personeel in Belgische

radiotherapiediensten (RTD's) werd geëvalueerd. Daarom nodigde de Belgian Society for Radiation Oncology (BeSTRO) samen met de Belgian College for physicians in Radiation Oncology alle 26 Belgische RTD's uit om deel te nemen aan een enquête, die van start ging op 2 maart en gedurende 4 maanden wekelijks opnieuw werd voorgelegd om de variaties in de tijd te evalueren. In de enquête werd gepeild naar de belangrijkste factoren die door de pandemie werden beïnvloed.

De enquête spitste zich toe op: 1) de COVID-19-status van patiënten en personeel; 2) het beheer van klinisch verdachte COVID-patiënten en COVID-positieve patiënten; 3) de impact van COVID-19 op RTD-activiteiten; 4) de impact ervan op radiotherapie-indicaties en fractioneringsschema's.

Resultaten

19 van de 26 RTD's vulden de eerste enquête in en 15 beantwoordden alle wekelijkse enquêtes. Van het RTD-personeel waren 24 leden COVID-positief, van wie 16 technologen. Tijdens de onderzochte periode daalde het aantal behandelde patiënten met maximaal 18,8% ten opzichte van 2 maart. Bij 32,3% van de COVID-positieve en 54% van de COVID-verdachte patiënten werd de behandeling zonder

Fractioneringsschema's werden in 68,4% van de RTD's gewijzigd, vooral voor urologische, borst-, gastro-intestinale en longtumoren

enige onderbreking voortgezet. Radiotherapie-indicaties werden in de eerste weken van het onderzoek in de helft van de RTD's aangepast, vooral voor urologische en borsttumoren. Fractioneringsschema's werden in 68,4% van de RTD's gewijzigd, vooral voor urologische, borst-, gastro-intestinale en longtumoren.

Besluiten: tussen maart en juni 2020 resulteerde de COVID-19-pandemie in een belangrijke daling (18,8%) van de behandlungsactiviteit in RTD's in België. De COVID-19-infectiestatus van patiënten beïnvloedde de continuïteit van het radiotherapieschema. Wijzigingen in indicaties en fractioneringsschema's van radiotherapie werden snel geïntegreerd in de verschillende RTD's.

Belgische REUMATOLOGEN Vereniging

04.02.2021

Van 15 maart tot 2 mei was er een totale stopzetting van de raadplegingen, spoedgevallen uitgezonderd. Er werden teleconsultaties opgezet om de logistieke follow-up van de voorschriften te verzekeren. Het ontbreken van klinische onderzoeken en afwezigheid van lichamelijk contact veroorzaakten echter zowel bij artsen als bij patiënten aanzienlijke frustraties. Deze situatie was ook zeer oneconomisch.

De reumatologen waren betrokken bij de zorg voor COVID-patiënten op de afdelingen pneumologie en geriatrie. Sommigen deden nachtdiensten. We moesten in snel tempo leren hoe specifieke zorg te verlenen aan COVID-patiënten, in real time en online.

Sinds mei vindt opnieuw 70%, of zelfs 100% van de raadplegingen plaats, afhankelijk van de eventuele aanpassingen van de alarmniveaus

van de regering. Veel reumapatiënten hadden indicaties gekregen voor orthopedische chirurgie, maar wachten nog steeds op een datum voor hun operatie.

Veel reumapatiënten hadden indicaties gekregen voor orthopedische chirurgie, maar wachten nog steeds op een datum voor hun operatie

Veel LOK-vergaderingen werden geannuleerd, maar vanaf september hervatten de colloquiums in de vorm van webinars. Sommige reumatologen hadden een online opleiding, zoals van het BCFi (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie), nodig om hun accreditatiedossier te vervolledigen. De jaarlijkse nationale en Europese congressen werden afgelast of vervangen door online edities op de platforms Zoom, Teams e.d. Deze mogelijkheid om traditioneel 'fysieke' wetenschappelijke activiteiten online bij te wonen zou moeten worden bestendigd en goedgekeurd door de dienst Accreditatie van het RIZIV, ook al weten we dat face-to-face contact onvervangbaar is.

Wij hebben van patiënten zeer positieve feedback gekregen over de mogelijkheid om de raadplegingen voort te zetten bij mensen met een chronische ziekte, zelfs in een periode waarin de epidemie actief is. De patiënten stellen veel vragen over de pandemie, over reizen, verkeerde informatie op het internet en vaccinaties.

Belgische beroepsvereniging van de geneesheren-specialisten in de STOMATOLOGIE, MOND-, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE

03.02.2021

Na de uitbraak van COVID-19 in Wuhan, China, verspreidde het virus zich over de rest van de wereld en werd op 11 maart 2020 de COVID-19-pandemie geofficialiseerd door de Wereldgezondheidsorganisatie. Op 18 maart 2020 werd in België de lockdown uitgevaardigd. In de ziekenhuizen werd overgegaan tot prioritering van heelkundige ingrepen. Voor de MKA-praktijken in en buiten de ziekenhuizen werden alle patiënten geweerd voor aerosolproducerende ingrepen, tenzij een negatieve PCR-test kon voorgelegd worden van niet ouder dan 48 uur. Tot op heden is dit in voege. Is de COVID-status onbekend en de ingreep dringend én aerosolproducerend, dan worden alle beschermingsmaatregelen aangewend die nodig zijn, gaande van een FFP2-mondneusmasker met gelaatsscherm tot een PAPR-respirator (Powered Air-Purifying Respirators) bij COVID-positieve patiënten.

Deze beschermingsmaatregelen betekenen vaak een veel hogere kost dan de ingreep zelf en vormden een zeer belangrijke onvoorziene meeruitgave. Daartegenover staat dat tal van electieve ingrepen dienden uitgesteld te worden (orthognatische heelkunde, orthodontisch gerelateerde dento-alveolaire ingrepen, preprothetische heelkunde). Ook de traumatologie verminderde aanzienlijk door de afname van het wegverkeer en de stopzetting van sportmanifestaties. Hoewel de kankerzorg onverminderd toegankelijk bleef in de ziekenhuissector ontstond er een belangrijke patiëntendelay omdat de detectie van tumoren afhankelijk is van de eerstelijnsdetectie van verdachte letsels in de tandarts- en huisartspraktijken. De veralgemeende terughoudendheid van patiënten om niet-COVID-gerelateerde zorg uit te stellen maakte dat tumoren konden uitgroeien tot latere stadia met mindere prognose.

Telegeneeskunde bleek voor MKA geen groot succes, want intraorale diagnostiek vergt beeldvorming en een goed klinisch onderzoek

Telegeneeskunde bleek voor MKA geen groot succes, want intraorale diagnostiek vergt beeldvorming en een goed klinisch onderzoek. Zoom was dan ook geen vervanging van de raadpleging, maar wel een welgekomen videoconferentietechniek. Ineens werden vergaderingen van de beroepsvereniging, van de wetenschappelijke vereniging en van de erkenningscommissie talrijk bijgewoond, weliswaar via inloggen op scherm. Maar wellicht leidde dit toch tot breder gedragen besluitvorming binnen die talrijk bijgewoonde vergaderingen.

De wetenschappelijke vereniging schraptte in 2020 zowel de voorjaars- als de najaarsvergadering. Pas in 2021 is de virtuele conferentieruimte voldoende ontwikkeld om vol vertrouwen een dagcongres te organiseren. Alle buitenlandse congressen werden geannuleerd.

Het MKA-onderwijs vond vaak plaats voor lege auditoria, met een lesgever eenzaam voor een micro en een PowerPointpresentatie, verplicht om de les te 'livestreamen' en op te nemen. Weg is het rechtstreekse contact met de studenten.

MKA-onderzoek was ook getroffen, omdat tal van klinische follow-upmomenten verloren gingen door restricties, maar ook omdat fundraising vanuit de industrie acuut opdroogde.

In tegenstelling tot andere disciplines, heeft COVID-19 voor het MKA-vakgebied weinig nieuwe ziektebeelden veroorzaakt. Geen reden dus voor de Planningscommissie om het aantal opleidingsplaatsen MKA naar boven te herzien.

We beleefden een eeuw in een notendop

Dr. Donald Claeys, secretaris-generaal VBS

INLEIDING

Alsof een eeuw zich in één jaar tijd opnieuw heeft afgespeeld, kan het jaar 2020 met de opeenvolgende kwarteeuwen uit de 20^e eeuw worden vergeleken.

Het begin kunnen we vergelijken met de ‘belle époque’, waar alles gericht was op vernieuwing en verbetering. Tal van gezondheidsprojecten stonden op de lijst om opnieuw overlegd en verder uitgewerkt te worden. Voorbeelden hiervan zijn de Kwaliteitswet, de wet op de ziekenhuisnetwerken, de gespecialiseerde verpleegkundigen en verder het nadenken over artificiële intelligentie, innovatie en het eenvormig elektronisch medisch dossier.

Plots breekt dan de Eerste Wereldoorlog uit. Italië en heel Europa belanden in een wereldwijde pandemie met oorsprong in China. De Franse president Macron verklaart in maart 2020: “*Nous sommes en guerre*”. In 1918 was er ook een wereldwijde pandemie (Spaanse griep), die miljoenen mensen het leven zou kosten.

Nadat hij miljoenen slachtoffers had geëist, werd deze Grote Oorlog afgesloten en kwamen we in het

*De Franse president Macron verklaart in maart 2020: “*Nous sommes en guerre*”*

interbellum terecht. De economie gaat in dalende lijn, de tewerkstelling wordt stilaan een probleem, maar ook het Verdrag van Versailles en de onhandige manier waarop de politici van toen de oorlog hebben afgesloten legt de basis voor de Tweede Wereldoorlog.

Tijdens het ‘interbellum’ in 2020 wordt nagedacht over de mogelijkheden om een tweede golf, die er zit aan te komen, te voorkomen of zeker kordaat aan te pakken. Een aantal beslissingen wordt onder politieke druk genomen en stilaan worden de maatregelen versoepeld. Na een politieke verwarring met volmachten, gevolgd door een voorlopige regering met afwachten als voornaamste kenmerk, wordt de basis gelegd voor een tweede golf, de Tweede Wereldoorlog is begonnen. Deze breidt zich opnieuw uit over alle continenten, de maatregelen worden verstrengd, maar laattijdig. Gelukkig legt een nieuwe stabiele regering op 1 oktober 2020 de eed af bij de koning.

In 1949 wordt een prachtige film, *The Third Man*, met Orson Welles in de hoofdrol geproduceerd over het naoorlogse Wenen en de illegale handel in penicilline, die in het ontwrichte naoorlogse Europa moeilijk te verkrijgen is. Ook daar kunnen de gebeurtenissen van eind 2020 mee worden vergeleken. We weten dat sinds het beëindigen van de Tweede Wereldoorlog oorlogen eigenlijk nooit meer weg zijn geweest, zij het niet steeds in Europa. Zo beginnen wij aan 2021 met een voorzichtig optimisme, maar met ernstig voorbehoud.

Hierna een relaas van de feiten.

LA BELLE ÉPOQUE

2020 wordt gestart met een reeks op te volgen wetsontwerpen van de vorige regering en de voortzetting van eerder geplande projecten.

De wet op de ziekenhuisnetwerken, waarbij elk ziekenhuis verplicht is om tot een netwerk toe te treden, treedt in principe in werking in januari 2020. Een reeks uitvoeringsbesluiten en specificaties door de koning moet nog worden genomen. Naar verwachting zal een belangrijke periode volgen van verdere praktische aanpassingen waarmee vele zorgverstrekkers in hun dagelijkse praktijk zullen worden

geconfronteerd. De ene ziet de netwerken als gezonde samenwerkingsverbanden onder de kerktoren, sommigen centreren ze eerder rond hun eigen kathedraal, tegelijk droomt men van een steeds verdergaande concentratie van zorg, liefst op supraregionaal niveau: te volgen!

Voor de Kwaliteitswet gezondheidsberoepen, gepubliceerd in april 2019, ontbreken ook nog tal van uitvoeringsbesluiten. Hierbij wordt het zeer belangrijk om met zorgvuldigheid deze besluiten uit te werken tot een praktisch instrument, dat de zaken beter moet maken, en zeker niet ingewikkelder. Het in de Kwaliteitswet omschreven 'portfolio', dat een belangrijk initiatief bij de zorgverstrekker legt, vraagt een secure benadering.

Tal van werkgroepen gaan eind 2019 van start. De werkgroep over artificiële intelligentie, big data en het elektronisch patiëntendossier wordt verder uitgediept. In samenwerking met de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Hoge Raad van Huisartsen en Artsen-Specialisten wordt in een technische commissie nagedacht over de plaats van de verpleegkundig specialist met verlengde opleiding tot "master na master".

Ondertussen is de krokusvakantie voorbij. We belanden in een periode die te vergelijken is met de Eerste Wereldoorlog

Eind 2019 neemt de Franse Gemeenschap, zoals aan Vlaamse zijde, een initiatief om na te denken over subquota om tot een redelijke verdeling te komen van het aanbod aan artsen en hun specifieke bekwamingen. Kort daarna, op 14 februari 2020, stelt de Vlaamse Regering plots een eenzijdige uitbreiding van de artsenquota voor. Dit wordt niet met enthousiasme onthaald bij de gevestigde artsen en specialisten, maar ook niet bij de artsen-specialisten in opleiding.

Begin 2020 zijn we gestart met *GoodViBeS* als een vaste column in het tijdschrift *De Specialist*. Het betreft een maandelijkse standaardbijdrage van het VBS, telkens gefocust op één specialisme. De beroepsvereniging geeft duiding over haar specifieke werkveld met een toekomstgerichte visie.

Enkele interessante initiatieven sluiten onbewust en bijna visionair aan bij de aankomende perikelen in verband met de gebrekkige leveringen en de schaarste van de vaccins eind 2020, begin 2021:

- De adviesvraag van 10.12.2019 betreft vaccinatie door apothekers in de eerste lijn gezondheidszorg.
- Het artikel in de *Artsenkrant* (10.02.2020) waarin een nieuwe wet wordt aangekondigd die de onbeschikbaarheid van bepaalde geneesmiddelen moet tegengaan met een verplichting om deze producten te leveren, waarbij zelfs wordt nagedacht over het invoeren van een uitvoerverbod.

Ondertussen is de krokusvakantie voorbij. We belanden in een periode die te vergelijken is met de Eerste Wereldoorlog.

DE EERSTE WERELDOORLOG

In ons land wordt op 03.02.2020 de eerste infectie vastgesteld bij een Belg die terugkeerde uit China. De *Standaard* schrijft op 10.03.2020: *Dramatische taferelen in de Noord-Italiaanse ziekenhuizen*. Ondertussen is het land in volle alertheid. Het is de Franse president Macron die voor het eerst van oorlog spreekt.

Op 11.03.2020 meldt *Belga* de eerste Belgische coronadode. De explosie van het aantal gevallen volgt na het beëindigen van de krokusvakantie en de skireizen. Op 21.03.2020 schrijft *De Standaard*: *Op vijf dagen tijd is het aantal bevestigde doden in België van 10 naar 67 gegaan*. Hiermee stijgt het cijfer sneller dan in de meeste andere landen.

Op 12.03.2020 wordt het ziekenhuisnoodplan afgekondigd en op 18.03.2020 volgt een totale lockdown. Het federale crisismanagement wordt in gang gezet. Alle niet-essentiële consultaties, onderzoeken en ingrepen in alle ziekenhuizen, inclusief de universitaire ziekenhuizen en revalidatiecentra, alsook in de extramurale centra en privépraktijken, worden verboden.

Er is een duidelijk tekort aan beschermingsmiddelen, zowel in de eerstelijnszorg als in de ziekenhuizen.

Ondertussen worden zowat alle geplande sociale activiteiten stilgelegd, ook de Olympische Spelen worden uitgesteld. Alle geplande samenkomsten waarbij een fysieke aanwezigheid voorzien is, worden geannuleerd. De lokale en internationale wetenschappelijke meetings worden ook systematisch afgelast. Sommige worden met optimisme naar de tweede jaarhelft verplaatst. Sociale en professionele contacten worden naar het virtuele forum verschoven.

Het Zoom online vergaderplatform maakt ook in het VBS zijn intrede. Dankzij dit overleg kunnen acute problemen door de COVID-crisis snel worden besproken. Het gebrek aan beschermingsmiddelen, het testen en het verschuiven van de taken van de zorgverstrekkers, maar ook de zorgen over de opleiding komen aan bod.

Er komt een financiële compensatie voor de ziekenhuizen en de artsen. Er komen duidelijke garanties voor de artsen in opleiding. Het Verzekeringscomité keurt de vergoeding van de telefonische consultaties goed. Later zal het Accrediteringscomité tijdelijke versoepelingsmaatregelen bekendmaken, ook virtuele opleidingen en LOK-vergaderingen worden gevalideerd.

Een ergernis van vroeger blijkt in 2020 een deel van de redding. Constant werden in onze ziekenhuizen binnenmuurtjes verplaatst en het middenkader groeide steeds maar aan. De visitaties en accreditering van onze ziekenhuizen kostten geld en moeite. Sinds 1987 hebben wij een hoofdgeneesheer en diensthoofden. In 1995 werd de bijzondere bekwaming intensieve geneeskunde en in 2005 de urgentiegeneeskunde als specialisme erkend.

Van bij de start van de pandemie hebben de structuren van onze verzorgingsinstellingen, die we dikwijls onderschat hebben, er snel toe bijgedragen dat we ons konden verdedigen tegen deze nooit geziene aanval op onze samenleving.

Door nog eens wat gipsmuurtjes te verzetten of containers te plaatsen, door het verpleegkundig kader samen met de artsen-diensthoofden en hoofdartsen snelle afspraken te laten maken voor opvang en behandeling, en vooral door de spontane inzet van allen hebben wij Italiaanse toestanden vermeden.

Verrassingen zijn bij het begin van elke oorlog niet te vermijden, maar veerkracht en inzet bepalen uiteindelijk de winnaars.

HET INTERBELLUM

Al snel ontstaat de bezorgdheid rond het uitstellen van andere noodzakelijke zorg ten gevolge van de crisis. Dit is niet alleen het gevolg van het capaciteitstekort in de ziekenhuizen. Een bevraging georganiseerd door het VBS, zowel regionaal als bij de verschillende beroepsverenigingen, leert dat het uitstellen van (niet-COVID) noodzakelijke zorg deels kan worden verklaard door capaciteitstekort en overbelasting van de intensieve zorgafdelingen, maar vooral door een terughoudendheid van de patiënt zelf om met symptomen op raadpleging te gaan bij artsen en in ziekenhuizen uit schrik voor besmetting. In specifieke overlegorganen wordt een strategie bedacht om dit gedeeltelijk op te vangen.

Ondertussen neemt het aantal besmettingen langzaam af en de druk op IZ vermindert, hoewel sterke streekgebonden verschillen blijven bestaan.

Er is een intensief overleg met de federale overheid, onder andere met de HTSC (Hospital & Transport Surge Capacity Committee) in voorbereiding van een geleidelijke opheffing van de lockdown. Hierbij wordt gezocht naar een middel om de gewone 'noodzakelijke zorg' geleidelijk te herstarten om verdere 'collateral damage' te vermijden, op voorwaarde dat de overlast in de ziekenhuizen ondertussen afneemt. De FOD stuurt een omzendbrief naar de zorginstellingen waarin de te handhaven reservecapaciteit op intensieve zorg en de COVID-afdelingen wordt omschreven en bovendien een oproepbare reservecapaciteit wordt opgelegd. Bij het overleg dat hieraan voorafgaat, wordt nagedacht over richtlijnen aan de artsen.

Het VBS neemt het initiatief om alle specialismen te bevragen. Dankzij de snelle respons van bijna alle beroepsverenigingen slaagt men erin een soort referentielijst op te stellen waarbij niet alleen de urgenties, maar vooral de prioriteiten in noodzakelijke zorg worden vastgelegd. Er wordt doelbewust gekozen voor een praktisch, haalbaar en snel inzetbaar referentiedocument per specialisme. Deze prioriteitenlijsten stellen ziekenhuizen en artsen in staat hun eigen accenten te leggen naargelang de lokale epidemiologische situatie. De verwijzing naar deze lijsten wordt opgenomen in de federale omzendbrief aan de ziekenhuizen. Er is telkens intensief overleg met de Vereniging van Hoofddartsen en de ziekenhuiskoepels.

Het is voor iedereen duidelijk dat er ondertussen nevenschade is ontstaan bij de bevolking door uitstel van sommige zorg

Op 4 en 11 mei worden de maatregelen versoepeld en kan een deel van de uitgestelde noodzakelijke zorg worden ingehaald. Het is voor iedereen duidelijk dat er ondertussen nevenschade is ontstaan bij de bevolking door uitstel van sommige zorg. Terwijl op het einde van de zomer een tweede golf in aantocht is, kijkt de burger met veel geduld toe op een intensief politiek overleg, dat eindelijk kan worden beslecht met de vorming van een echte regering.

DE TWEDE WERELDOORLOG

De nieuwe minister kan aanvangen met een blik op een curve die kort na zijn aantreden opnieuw pijlsnel de hoogte ingaat. De tweede golf zal nog dodelijker worden dan de eerste en het dodenaantal op meer dan 21.000 brengen tegen het einde van het rampenjaar.

Een reeks maatregelen om ons te wapenen tegen mogelijke tekorten aan zorgverstrekkers worden door de nieuwe ploeg genomen. De mogelijkheid om verstrekingen door niet-verpleegkundigen onder toezicht te verrichten, de regels voor de afname van testen en het omschrijven van 'task shifting' worden besproken en snel in wetteksten gegoten, weliswaar steeds met een einddatum in de eerste helft van 2021.

Ondertussen hebben alle Belgische specialisten de Prijs van de Specialist ontvangen uit handen van minister Vandenbroucke met collega Erika Vlieghe als vaandeldrager. De teleconsultatie en telemonitoring lijken definitief ingeburgerd en de praktische uitvoering ervan op lange termijn is bespreekbaar: een voorspelbare blijver.

Wie verder denkt dan het einde van de pandemie weet dat onderwerpen zoals ziekenhuisfinanciering, afdrachten op erelonen en supplementen, dagziekenhuis en herijking van de nomenclatuur verder over de COVID-curves worden meegesleurd als onuitroeibare virussen!

Het jaar wordt afgesloten met een boodschap van optimisme, zoals het op Nieuwjaar hoort: "We hebben een vaccin!". De rest van de saga wordt een deel van het jaarverslag 2021. We zullen voorlopig kiezen als titel: "Nooit meer oorlog", dat klinkt bekend in de oren.

Wij danken voor hun bijdragen:

Hilde Baeyens (geriatrie), Dominique Ballaux, Peggy Joosen, Linsey Winne en Frédérique Huysman (endocrinologie), Stefaan Carlier (anesthesie-reanimatie), Olivia Cools (psychiatrie), Romaric Croes (pathologische anatomie), Chantal de Galocsy (gastro-enterologie), Alin Derom (medische biopathologie), Bart De Saedeleer (pneumologie), François Haustrate (oftalmologie), Christophe Lelubre (inwendige geneeskunde), Baudouin Mansvelt (chirurgie), Isabelle Maystadt (klinische genetica), Laurent Meric de Bellefon (reumatologie), Marianne Mertens (plastische chirurgie), Constantinus Politis (stomatologie-MKA-chirurgie), Jean Rondia (orthopedie), Gaëtane Stassijns, Jan De Neve en Patrick Linden (fysische geneeskunde en revalidatie), Erwig Van Buggenhout (neurologie), Hilde Van Hauthem (kindergeneeskunde), Johan Van Wiemeersch (gynaecologie-verloskunde), Jan Verbeke (intensieve zorg) en de bestuurscomités van de beroepsverenigingen kinderneurologie en radiotherapie-oncologie

