

UW BRIEF VAN 7 JULI 2020
UW REF MDB/2020/BW/MW/582247

ONZE REF
DATUM 8 SEPTEMBER 2020

BIJLAGE(N) -

CONTACT PATRICK WATERBLEY
E-MAIL: Patrick.Waterbley@health.fgov.be

Mevr. de Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid en van Asiel en Migratie
Finance Tower
Kruidtuinlaan 50, bus 175

1000 BRUSSEL

BETREFT : Uw adviesaanvraag d.d. 7 juli 2020: COVID-19 aanleg van een strategische voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen en de modaliteiten van een eventuele nieuwe lockdown.

Geachte Mevrouw de Minister,

De Hoge Raad Artsen behandelde, via elektronische communicatie, uw adviesaanvraag d.d. 7 juli 2020 waarin een advies gevraagd werd voorafgaand aan 20 september 2020.

Uw eerste vraag betreft het aanleggen van een individuele strategische voorraad, specifiek voor elk beroep, voor ambulante zorgverleners. Dit complementair aan de strategische voorraad ‘op de tweede lijn’ die door de overheid aangelegd wordt.

- a) De ambulante zorgverstrekkers werken zowel in poliklinieken van ziekenhuizen als in ambulante extramurale¹ praktijken. Poliklinieken binnen ziekenhuizen, worden omwille van de efficiëntie bevoorrad binnen de ziekenhuisorganisatie waar men uiteraard rekening zal houden met deze specifieke activiteit.

De extramurale praktijken kregen van de overheid en het crisismanagement al te weinig tot geen aandacht tijdens de eerste fase van de COVID-crisis. Dit advies is vooral gericht op dit type praktijken. Hun ligging buiten het ziekenhuis kan zorgen voor een lage drempel voor de patiënt en tevens tijdens een crisisfase het ziekenhuis kan (be)(af)schermen van bepaalde activiteiten met een hoge turnover.

Sommigen merken op dat mits het toepassen van strikte veiligheidsmaatregelen (gescheiden circuits, persoonlijke beschermingsmiddelen ...) de extramurale praktijken ook de screening en testing voor COVID-19 zou kunnen ondersteunen. Zodoende zouden ze de huisartsen, die een cruciale maar zware rol speelden terzake tijdens de eerste crisis, kunnen ondersteunen.

¹ Extramuraal = buiten de context van een ziekenhuis (“extrahospitalier”).

b) Het voorzien van een individuele strategische voorraad voor ambulante praktijken, is noodzakelijk.

- In de adviesaanvraag wordt de betrokken voorraad beperkt tot persoonlijke beschermingsmiddelen waarvoor een niet limitatieve opsomming wordt gegeven : “... handschoenen, schorten, een bril, chirurgische neus-mondmaskers, neus-mondmaskers van het type FFP2 enz. ...”

De lijst moet inderdaad aangevuld worden, zoals bv met faceshields² ; neus-mondmaskers van het type FFP3 voor bepaalde activiteiten/disciplines. Het onderscheid wordt best gemaakt tussen wegwerpbare overschorten en ‘witte kosmonautenpakjes’ voor situaties met hoog besmettingsgevaar. En het differentiëren van waterdoorlatende schorten en niet waterdoorlatende schorten is een ander voorbeeld van aangewezen detaillering.

Naast persoonlijke beschermingsmiddelen, is het verzekeren van andere types materieel ook belangrijk: zoals desinfectiemiddelen (gels, doekjes, sprays), reinigings- en onderhoudsprodukten en ook het nodige afnamematerieel voor het testen (bv. PCR nasopharyngeaal of andere technieken). Praktische zaken zoals het materieel voor het organiseren van gescheiden circuits ... mogen ook niet vergeten worden.

- Bepaalde medische disciplines bevatten (meestal) risico-activiteiten³ waardoor een specifieke voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen moet aanwezig zijn (FFP3 neus-mondmaskers, kosmonautenpakjes): stomatologen, maxillo-faciaal chirurgen, ORL, oftalmologie, klinische biologie ...

2

Een verdere detaillering per medisch specialisme (bv in samenwerking met de beroepsverenigingen) kan overwogen worden. Maar een analyse moet objectief gebeuren en binnen elk specialisme kan de activiteit sterk verschillen van praktijk tot praktijk.

² Visières.

³ Bv twee categorieën: al dan niet gebruik van aerosols waarvoor minstens FFP2 neus-mondmaskers moeten voorzien zijn.

Een complexere indeling betreft laagrisico-disciplines (bv. psychiatrie, neurologie ...); middelmatig risico (bv. niet invasieve pneumologie en niet invasieve gastro-enterologie); hoogrisico (ORL, invasieve gastro-enterologie, invasieve pneumologie, tandheelkunde en stomatologie ...).

c) Parameters om de individuele strategische voorraad te bepalen (complementair aan de strategische voorraad van de overheid).

Onder b) werd ingegaan op de relevantie van de medische discipline. Binnen elke discipline kunnen de aard en het volume nodig beschermingsmaterieel evenwel sterk verschillen.

Een voorraad van een aantal weken voorzienbare activiteit, kan een relevante en flexibele parameter zijn.

Maar in een scenario van een heropflakking van de epidemie met al dan niet beperkingen van andere activiteiten, wordt een en ander veel minder voorspelbaar.

Voor extramurale ambulante activiteiten, is het aantal voorzienbare consultaties een hanteerbare (maar niet alles dekkende) parameter.

Onder voorbehoud van deze opmerkingen, lijkt een voorraad voor 6 weken zoals voorgesteld in de adviesaanvraag, nogal beperkt. Anderzijds kan een te grote voorraad aan minder frequent gebruikt materieel (bv FFP3, kosmonautenpakjes) onverantwoord duur zijn en snel tot permatie (verval) leiden.

Maar alles hangt af van externe elementen, zoals ondermeer de leveringstijden en het voorraadbeheer in het algemeen.

3

d) Aspecten van het voorraadbeheer die een planning bemoeilijken.

Naast de moeilijk voorspelbare activiteit in deze coronatijden, stellen zich concrete problemen van bevoorrading.

De zorgverstrekkers worden geconfronteerd met onzekere, lange, en door de leveranciers unilateraal gewijzigde leveringstermijnen en -hoeveelheden. De onderhandelingspositie is voor de verstrekkers uiterst zwak tot onbestaande, ondermeer inzake prijszetting⁴. Hierdoor wordt de vraag niet meer welke voorraad (bv voor 6 weken of 3 maand) aangewezen zou zijn, maar veeleer wat nog haalbaar is als voorraad.

De leveringstermijn en productietermijnen zijn heel versatiel.

Volgende aandachtspunten worden naar voor gebracht:

- Het voorzien van productie-capaciteit binnen België of binnen de E.U. zou een politieke prioriteit moeten zijn.

⁴ Er worden soms prijsstijgingen tot 300% geciteerd “te nemen of te laten”.

- Centraliseren van informatie en feedback aan de sector.

Vanuit een centraal federaal beheer zouden zorgverstrekkers (en instellingen in ruimere zin) eenmaal per week moeten ingelicht worden over eventuele problemen van productie, distributie en voorraadopbouw. En over back-up mogelijkheden en alternatieven.

Inzage over de mobiliseerbaarheid van de strategische voorraad van de overheid, is uiteraard relevant in deze context. Momenteel wordt hieromtrent helaas geen informatie verstrekt.

De aankopen door en de voorraden van de overheid, moeten wel kwalitatieve producten betreffen en tijdige levering garanderen wat in het verleden niet steeds het geval was.

Centraliseren van informatie rond dynamisch voorraadbeheer en bevoorrading in crisistijden, kan vermijden dat onverantwoorde voorraadoverschotten en -tekorten ontstaan.

Maar een en ander is niet eenvoudig: ziekenhuizen hanteren eigen protocols en procedures waardoor het materieel niet zomaar kan vervangen worden door ander materieel. En er moet steeds respect zijn voor de autonomie van en de verantwoordelijkheid voor het lokale voorraadbeheer.

- Richtlijnen voor efficiënt gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Gezien de diversiteit aan praktijken en activiteiten, moet veeleer gerekend worden op professionalisme, verantwoordelijkheidszin én teamwerking dan op centrale dwingende richtlijnen voor efficiënt gebruik.

Het verstrekken van wetenschappelijke informatie – deels gebaseerd op internationale vergelijkingen en ervaring – door Sciensano werd geapprecieerd en moet verder gezet worden.

4

e) Organisatie van en verantwoordelijkheid voor de bevoorrading en voor de voorraad.

Informatie over de markt (kwaliteit, leveringstermijnen, hoeveelheden, prijszetting, ...) en een onderbouwd aankoopbeleid veronderstellen een zeker professionalisme. Dit kan pleiten voor een mate van centralisatie die ook de negotiatiepositie kan verbeteren.

De gewenste schaalgrootte en het niveau waar dit georganiseerd wordt, moet flexibel kunnen ingevuld worden. De planeconomie was niet echt overtuigend, anderzijds pleiten crisistijden voor een voldoende aanwezige en alerte overheid.

Sommigen wijzen op de aankoop- en voorraadervaring van ziekenhuizen en hun netwerken,

die zou kunnen ingezet worden in een vrijwillig samenwerkingsverband met de extramurale ambulante sector, mits een passende vergoeding. Het is de vraag in welke mate ruimte en infrastructuur zou volstaan.

De bewaringsvoorwaarden alsook de beveiliging tegen diefstal moeten hoe dan ook gewaarborgd zijn, zowel in ziekenhuizen als extramuraal.

De vraag of ook beroepsverenigingen op dit vlak een rol kunnen spelen voor de extramurale sector, zal afhangen van de mogelijkheden en bewegingsruimte (juridisch, financieel, manpower en know how).

Bij afwezigheid van een meer centrale aanpak, neemt de ambulante extramurale zorgverstreker autonoom zelf de eigen verantwoordelijkheid voor aankopen, voorraadbeheer en bewaring op. Mits voldoende informatie-ondersteuning en voldoende tijd en know how, kan deze aanpak de mogelijke nadelen van centralisatie (bureaucratie, vertraging, favoritisme en machtsconcentratie) vermijden.

Uw tweede vraag betref de modaliteiten van een gefaseerde en doelgerichte opschorting of uitstel van niet-essentiële of niet-urgente activiteiten in het geval van een tweede golf COVID-19.

Volgende aandachtspunten worden naar voor gebracht:

5

- a) Bij een heropflakking van de epidemie, moet de patiënt passend georiënteerd worden en moet het zorgaanbod (ondermeer ziekenhuizen) in de juiste mate beschermd/ingezet worden.

De cruciale rol die de huisartsen spelen in triage en testcentra, in de tracering, de thuisbehandeling, isolatie én passende/tijdige doorverwijzing naar het ziekenhuis, kan niet genoeg onderstreept worden. De bredere extramurale ambulante sector kan hier mogelijk ondersteuning bieden.

De lokale epidemiologische informatie moet op een of andere wijze doorstromen naar de lokale ziekenhuizen.

Telegeneeskunde heeft veel patiënten geholpen, maar wegens afwezigheid van klinisch onderzoek mogelijk ook diagnoses gemist. De techniek is het meest aangewezen om gestabiliseerde chronische patiënten op te volgen en voor opvolging na ontslag uit het ziekenhuis. Eventuele misbruiken qua tarificatie moeten passend aangepakt en voorkomen worden.

De schakelzorgcentra (K.B. nr 20, BS 19 mei 2020) waren alvast in de eerste fase van de epidemie, weinig noodzakelijk. Mogelijks omdat de resterende (non covid)

ziekenhuisinfrastructuur weinig gebruikt werd.

b) Planning en voorzien van voldoende adequate opvangmogelijkheid voor COVID patiënten die werkelijk ziekenhuiszorg nodig hebben:

Ziekenhuizen moeten tijdig en in voldoende (regio-)detail inzage krijgen in de output van de epidemiologische predictiemodellen over de te verwachten instroom van patiënten. Ook de diverse overheden moeten hier transparanter en meer communicatief optreden.

Tijdens de eerste fase van de epidemie was de spontane samenwerking tussen ziekenhuizen (niet uitsluitend op netwerkniveau) en de doorverwijzing bij capaciteitsproblemen voorbeeldig.

De vraag naar wenselijke concentratie van bevestigde COVID-19 patiënten in gespecialiseerde ziekenhuizen (al dan niet binnen een netwerk), is niet eenvoudig. Vooreerst moet een degelijk beleid financieel houdbaar zijn voor de betrokken instelling. De overheid moet hier zijn verantwoordelijkheid opnemen.

Gezien elke patiënt een potentiële COVID-19 patiënt is, mag de alertheid in andere ziekenhuizen niet verminderen en zullen in elk ziekenhuis de veiligheidsmaatregelen (gescheiden circuits, beschermingsmiddelen ...) moeten genomen worden.

Een kwaliteitsvoordeel van concentratie van ernstig zieke COVID-19 patiënten in sterk ervaren en uitgeruste intensieve zorgdiensten met ervaren equipes, is evenwel mogelijk. Een vergelijkende outcome-analyse zou verhelderend kunnen zijn. Het evalueren van de case-mix (ernst, leeftijd, geslacht comorbiditeiten ...) en mortaliteit per ziekenhuis tijdens de eerste golf, zou een nuttige oefening zijn.

Het is duidelijk dat bewoners in collectieve woonvormen (bv woon- zorgcentra) aanspraak maken op adequate ziekenhuiszorg zoals elke burger en dat elke vorm van discriminatie ten zeerste vermeden moet worden.

De informatie over opnamecapaciteit in en transportmogelijkheden naar ziekenhuizen van bewoners van woonzorgcentra en andere collectiviteiten moet objectief en duidelijk naar de betrokkenen en naar het grote publiek gecommuniceerd worden.

c) Het vermijden van collaterale schade bij niet-COVID patiënten:

Een doorgedreven lockdown van ziekenhuizen en huisartsen- en andere extramuros praktijken voor niet-COVID pathologie zoals in de eerste fase van de epidemie, kan niet herhaald worden. De collateral damage van de COVID-maatregelen voor andere patiënten, wordt ook internationaal meer en meer duidelijk.

Zorg noodzakelijk voor of bijdragend aan de levenskwaliteit, met inbegrip van het sociaal en psychologisch welzijn, mag niet blind en algemeen uitgesteld worden. Elke praktiserende arts moet hier over waken. Gezien de clinicus alle comorbiditeiten van de individuele patiënt bij uitstek kent, beslist hij/zij uiteindelijk over opname mits verantwoording. Binnen de ziekenhuizen moet de hoofdarts in samenwerking met het directiecomité en de medische

diensthoofden het lokale beleid uitstippelen en de opvolging toetsen, rekening houdend met de capaciteit en epidemiologische context.

Met deze benadering werden de prioriteitslijsten van pathologieën en interventies opgesteld bij de deconfinering begin mei 2020 (V.B.S-G.B.S in samenwerking met FOD Volksgezondheid): ondersteunend en oriënterend, niet beslissend.

Transparante informatie aan de bevolking over het blijvend belang van diagnose en behandeling van niet-COVID problematiek, is een belangrijk aandachtspunt om grotere schade te vermijden.

Proactieve initiatieven zijn aangewezen zoals contactname met kwetsbare patiënten, ouderen, chronische patiënten, multi-probleemgezinnen en patiënten met belasting op mentaal vlak.

Een uitgestelde aanpak van psychosociale problematiek kan – evenzeer als somatische problematiek – tot moeilijk of niet te herstellen schade lijden.

d) Het beschermen en ondersteunen van alle medewerkers.

De veiligheid en het gevoel van veiligheid bij zorgverleners⁵, is cruciaal voor het welzijn. De vrees van zorgverleners zelf verspreider te worden (ook thuis) is een belangrijke stressfactor. De aanwezigheid van kwalitatieve en voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, van test mogelijkheden en diverse vormen van (psychologische) ondersteuning en teaching zijn minimumvereisten. Een vraag naar speciale verblijfsmogelijkheden om thuiscontacten te vermijden tijdens een heropflakking, moet een adequaat antwoord kunnen krijgen. Voldoende recuperatietijd vermijdt het hypothekeren van de workforce voor de toekomst.

7

e) Task shifting:

In de crisissituatie gaven artsen en alle medewerkers blijk van een grote flexibiliteit. Artsen en verpleegkundigen werden ingezet op andere diensten en activiteiten. Snel herscholen is mogelijk en bevestigt het belang van goede basisvorming, maar uitzonderingssituaties zijn niet per definitie optimale situaties qua kwaliteit en efficiëntie.

De ervaren situaties hebben geen nood aan dringende reglementaire wijzigingen qua ‘scope of practice’ aangetoond. Elke task shifting wordt best eerst grondig geanalyseerd, eventueel aangevuld met pilootstudies.

Het verbreden van de competenties tot meer wetenschappelijke diploma’s voor de lab-testen onder supervisie van klinisch biologen, is een prioriteit.

⁵ Het belang van veiligheids garanties betreft niet enkel de eigen medewerkers. Externe firma’s die cruciaal onderhoud (bv aan een NMR of CT scan) in een ziekenhuis moeten verrichten, bleken terughoudend te zijn uit schrik voor hun eigen personeel.

f) Revalidatie van post-COVID patiënten:

Het gaat om revalidatie in de meest ruime zin, ook voor blijvende storende klachten die het heropnemen van de normale activiteiten bemoeilijken (bv blijvende hoofdpijn).

Het aanbod in de ziekenhuizen (revalidatie-artsen, fysische geneeskunde, pneumologie, neurologie, psychiatrie, psychologie, logopedie, diëtetiek, ergotherapie, kinesithérapie ...) is breed. Er kan onderzocht worden of voor bepaalde problemen specialisatie aangewezen is in enkele centra. Thuisrevalidatie maakt deel uit van het noodzakelijke aanbod. Daar is een belangrijke taak weggelegd voor de huisarts samen met andere zorgverstrekkers die hun plaats hebben in het revalidatieproces, zoals logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten, kinesitherapeuten,

g) Wenselijkheid van een gecoördineerde overheidsaanpak en vermijden van versnippering (geografisch, bevoegdheden van eerste lijn, tweede en derde lijn, collectieve woonvormen).

Recent werden nuttige maatregelen om voor de aanpak van de COVID-19 crisis te werken met meer multidisciplinaire en transparant samengestelde experten-commissies. Een nauw contact met buitenlandse experten en instanties is even nuttig, gezien de gepubliceerde internationale literatuur niet volstaat in deze snel evoluerende materie waar met heel diverse factoren moet worden rekening gehouden

Met de meeste hoogachting,

dr. Patrick Waterbley
ondervoorzitter-secretaris
Hoge Raad Artsen