


*Rol van de anesthesisten in het oplossen
van de COVID-crisis en standpunt over de
vaccinatievolgorde: standpunten van de BSAR-APSAR*

René Heylen

Inhoud

- 
1. De beroepsvereniging en de vaccinatieprioriteiten medewerkers intensieve zorgen
 2. De rol van anesthesie bij de bestaffing van de ICU-overflow



Is everybody there?
Can you see me?





Association professionnelle belge des
médecins spécialistes en anesthésie et réanimation
Belgische beroepsvereniging van
artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie

Avenue de la Couronne 20 Kroonlaan - Bruxelles 1050 Brussel - info@ybs-gbs.org

Brussel, 14 december 2020

Aan de heer Frank Vandenbroucke
Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid
Wetstraat 23
info@vandenbroucke.fed.be

Aan Dr. Dirk Ramaekers
Vaccinatiecoördinator
Jessaziekenhuis
Salvatorstraat 20
3500 Hasselt
Dirk.ramaekers@jessazh.be

Betreft: Vaccinaties Covid-19 – volgorde van inenting

Geachte heer de minister
Geachte collega Ramaekers

Wij betrachten allen een maximale veiligheid te bekomen voor de allerzwaksten in onze maatschappij, dus zeker de meest kwetsbare hoogbejaarden.

Wij vernemen in de pers dat in fase 1A de zorgverleners gevaccineerd worden nadat de bewoners van de woonzorgcentra gevaccineerd zullen zijn.

Wij zijn van oordeel dat alle zorgverleners die daadwerkelijk betrokken zijn bij de behandeling van Covid-patiënten best tegelijkertijd met de zorgverleners in de woonzorgcentra zouden moeten gevaccineerd worden.

Met alle zorgverleners die Covid behandelen bedoelen we o.a. in de eerstelijns verpleegkundigen en huisartsen en in de ziekenhuizen intensivisten, urgentieartsen, anesthesisten, Covid-afdelingartsen, de verpleegkundigen van die afdelingen, niet te vergeten het personeel dat instaat voor de reiniging van deze behandelingslokalen, enz.

Wij kunnen dus niet akkoord gaan met de volgorde van inenting en dit op basis van de volgende overwegingen:

Op de eerste plaats: de continuïteit van zorgen moet verder verzekerd worden en het is onaanvaardbaar dat bij een eventuele nieuwe golf de noodzakelijke zorgverstrekkers niet voorhanden zijn omdat ze zelf ziek zouden worden. Een tekort dreigt omdat nu reeds velen met verhoogd risico hun verantwoordelijkheid nemen om actief covid patiënten te verzorgen.

Op de tweede plaats dient het risico op nosocomiale infecties met Covid, dus patiënten die in het ziekenhuis de ziekte krijgen van hun zorgverstrekkers, zoveel als mogelijk voorkomen te worden.

Als beroepsvereniging wensen wij daarenboven te onderstrepen dat de catastrofe met de overcrowding van intensieve zorgenbedden met het inrichten van bijkomende intensieve zorgenbedden in de meeste ziekenhuizen opgelost werd door verpleegkundigen en anesthesiologen van het operatiekwartier vanuit hun vertrouwde comfortzone te detacheren naar de permanenties op de nieuw ingerichte intensieve zorgafdelingen.

Wij herhalen dat wij hier in de meest moeilijke omstandigheden en ten koste van eigen risico's onze verantwoordelijkheid genomen hebben.

Wij zijn dus van mening dat alle gezondheidswerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van deze patiënten niet na, maar samen met de gezondheidswerkers werkzaam in woonzorgcentra moeten gevaccineerd worden in eerstelijns.

Voor het overige bevestigen wij u onze steun wat betreft de noodzaak voor algemene vaccinatie en dringen wij aan op een zo snel mogelijke aanvang van de vaccinatie, zoals overigens in de UK en de VS reeds gebeurd is.

Wij danken u dan ook voor de aandacht die u aan onderhavig schrijven zult verlenen.

Met de meeste hoogachting

Namens de beroepsvereniging Anesthesie-Reanimatie

Dr. S. Carlier
Voorzitter

Dr. G. Bergiers
secretaris

Dr. E. Deflandre
ondervoorzitter

Dr. E. Slock
Ondervoorzitter

Dr. J. Mulier

Dr. R. Heylen

Prof. Dr. M. Van de Velde

Dr. D. Himpe

Dr. G. Bejjani



Association professionnelle belge des
médecins spécialistes en anesthésie et réanimation
Belgische beroepsvereniging van
artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie

Avenue de la Couronne 20 Kroonlaan - Bruxelles 1050 Brussel - info@vbs-gbs.org

Bruxelles, 14 décembre 2020

A l'att.de M. Frank Vandebroucke
Ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique
Rue de la Loi 23
1000 Bruxelles
info@vandenbroucke.fed.be

A l'att. du Dr Dirk Ramaekers
Coordinateur Vaccination
Jessa ziekenhuis
Salvatorstraat 20
3500 Hasselt
Dirk.ramaekers@jessazh.be

Concerne: Vaccins COVID-19 – ordre de priorité des vaccinations

Cher Monsieur le Ministre,
Cher Docteur et Collègue Ramaekers,

Nous nous efforçons tous d'assurer la sécurité du plus grand nombre, en particulier des plus vulnérables, et certainement des aînés les plus fragiles.

La presse nous apprend qu'en phase 1A, les dispensateurs de soins seront vaccinés après les résidents des maisons de repos et de soins.

Nous estimons que tous les dispensateurs de soins étroitement impliqués dans le traitement des patients atteints de la COVID-19 devraient être vaccinés en même temps que les dispensateurs de soins des maisons de repos et de soins.

Il s'agit donc de l'ensemble des dispensateurs de soins œuvrant contre la pandémie de COVID-19, à savoir : en première ligne, les infirmiers et les généralistes ; et dans les hôpitaux, les intensivistes, les urgentistes, les anesthésistes, les infirmiers de ces services, sans oublier le personnel chargé de l'assainissement des locaux où les soins sont dispensés etc.

Aussi, nous ne pouvons approuver l'ordre de priorité des vaccinations, sur la base des arguments suivants:

Premièrement : la continuité des soins doit être assurée et il est inacceptable que dans l'éventualité d'une nouvelle vague, les dispensateurs de soins ne puissent pas être disponibles parce qu'eux-mêmes seraient tombés malades. Une pénurie de personnel risque d'apparaître parce qu'aujourd'hui, nombreux sont ceux qui exercent leurs fonctions en prenant des risques considérables afin de pouvoir soigner activement les patients atteints de la COVID-19.

Deuxièmement : il faut prévenir autant que faire se peut le risque d'infections nosocomiales liées à la COVID-19, autrement dit, il faut éviter que les dispensateurs de soins ne transmettent la COVID-19 aux patients hospitalisés.

En tant qu'union professionnelle, nous souhaitons en outre souligner que la catastrophe d'un surpeuplement aux soins intensifs a été évitée grâce à l'ouverture de lits supplémentaires aux soins intensifs dans la plupart des hôpitaux : cela n'aurait pas été possible sans les infirmiers et les anesthésiologistes du quartier opératoire qui ont quitté leur zone de confort habituelle pour être détachés à la permanence des services de soins intensifs nouvellement aménagés.

Nous rappelons qu'en ces conditions extrêmes, nous avons assumé nos responsabilités en nous exposant nous-mêmes à des risques.

Nous estimons donc que tous les professionnels de la santé directement impliqués dans l'administration de soins aux patients atteints de la COVID-19 devraient être vaccinés en première ligne, non pas après, mais en même temps que leurs collègues actifs en maison de repos et de soins.

Par ailleurs, nous marquons de nouveau notre soutien pour la généralisation des vaccins sur l'ensemble du territoire, et nous soulignons qu'il est urgent de commencer à vacciner dès à présent, comme au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis.

Nous vous remercions pour l'attention que vous avez consacrée à cette lettre.

Meilleures salutations,

Au nom de l'Association professionnelle d'Anesthésie et Réanimation

Dr S. Carlier
Président

Dr G. Bergiers
Secrétaire

Dr E. Deflandre
Vice-président

Dr. E. Slock
Vice-présidente

Dr J. Mulier

Dr R. Heylen

Prof. Dr M. Van de Velde

Dr D. Himpe

Dr G. Bejjani



VACCINATIESTRATEGIE

Anesthesisten willen dat personeel ziekenhuizen ook eerst gevaccineerd wordt

GENK

De beslissing om alleen de bewoners van woonzorgcentra eerst te vaccineren is een verkeerde strategie, vindt de Belgische beroepsvereniging voor anesthesisten. Volgens de artsenkoepel moet het ziekenhuispersoneel ook in deze eerste fase in-

huispersoneel ook in deze eerste fase ingeënt worden en niet pas later. “Om te voorkomen dat ziekenhuizen in lockdown moeten bij een virusuitbraak onder het zorgpersoneel zoals dat vorige week in Geel is gebeurd.”

Roel Damiaans

[LEES OOK. Vaccinatiestrategie van België: dit is er beslist](#)

In de officiële vaccinatiestrategie voor België staat het zwart op wit. De bewoners en het personeel van woonzorgcentra worden eerst gevaccineerd, gevolgd door collectieve zorginstellingen, met inbegrip van de vrijwilligers. Pas daarna komen de zorgprofessionals in ziekenhuizen of die in de eerste lijn staan aan de beurt. Dat zijn alle personen die een hoog risico op besmetting lopen door nauw contact met Covid-patiënten in het kader van hun beroepsactiviteit: verpleegkundigen, artsen en onderhoudspersoneel op Covid-afdelingen, maar ook huisartsen of thuisverpleging.

Zorg bewaken

De Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie (BSAR) vindt dat een foute beslissing. “Iedereen – ook wij – heeft sympathie voor de allerzwaksten in de woonzorgcentra. We willen geen polemiek opstarten over wie eerst gevaccineerd moet worden. Wij zijn wel bekommerd over hoe we ons gezondheidssysteem zo goed mogelijk kunnen bewaken en beveiligen. Dat onze bekommernis

personeel moest het ziekenhuis in Geel noodgedwongen in een gedeeltelijke lockdown. Eén ziekenhuis kunnen we nog opvangen, maar wat als dat gebeurt in meerdere ziekenhuizen in dezelfde regio? Dan hebben we een groot probleem”, zegt René Heylen, medisch coördinator kritieke diensten van het ZOL en oud-voorzitter en huidig bestuurslid van de BSAR.

[LEES OOK. Ziekenhuis Geel voert opnamebeperking in door personeelsuitval](#)

Brief

Een tweede reden waarom het verstandig zou zijn om het ziekenhuispersoneel ook al in de eerste fase te vaccineren, zijn de zogenaamde nosocomiale besmettingen. “Het is een feit dat patiënten die voor een andere behandeling in het ziekenhuis aanwezig zijn, besmet worden door bijvoorbeeld zorgpersoneel, andere patiënten of bezoekers. Die risico’s moeten absoluut tot een minimum herleid worden. Als u mij dwingt een keuze te maken, dan kies ik ervoor om toch eerst de mensen te vaccineren die al maanden de Covid-patiënten verzorgen en dat de komende tijd ook nog moeten doen.”

De BSAR heeft vorige week maandag zijn bezorgdheden al per brief geuit aan federaal minister van Volksgezondheid Frank Vandebroucke en vaccinatiecoördinator professor Dirk Ramaekers. “Tot op heden hebben we daarop geen antwoord ontvangen, zelfs geen ontvangstbevestiging. Onze vereniging telt 2.600 leden in België en is daarmee veel groter dan andere

ben we daarop geen antwoord ontvangen, zelfs geen ontvangstbevestiging. Onze vereniging telt 2.600 leden in België en is daarmee veel groter dan andere verenigingen die in het debat wel aan het woord komen. Het zijn onze artsen die mee de meest kritieke patiënten verzorgen, zij staan aan de frontlinie in de strijd tegen het virus. Het verwondert mij dat er geen enkele aandacht aan ons schrijven wordt gegeven”, zegt Heylen.

Reactie minister

Op vraag van deze krant reageert woordvoerder Jan Van Eycken van minister Vandebroucke wel: “Met de eerste leveringen van het Pfizer-vaccin worden zoals voorzien de bewoners van onze rust- en verzorgingshuizen gevaccineerd omdat bij deze groep het hoogste risico bestaat op gezondheidsschade en overlijden. Vervolgens vaccineren we ook het personeel in onze rusthuizen dat instaat voor de zorg aan de bewoners. Zo proberen we veiligheid te bieden aan de meest kwetsbaren in onze samenleving. Nadien volgt het personeel van onze ziekenhuizen waar ook de anesthesisten deel van uitmaken. De volgorde waarin we de verschillende doelgroepen vaccineren, wordt samen beslist door de ministers van Volksgezondheid. Ze doen dit op basis van de laatste wetenschappelijke kennis en de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad en het Comité Bioethiek.”

Nieuwsuitzending VTM - 23-12-2020



Natuurrecht:

Onderscheid tussen moraal en moralisme

- Definitie moralisme:

Het oneigenlijk laten primeren van de abstracte regels van de ethiek zonder rekening te houden met de eigen wetmatigheden van de basiswetenschappen die de feiten determineren.

(bv: economie, psychologie, sociologie, geneeskunde...)

Prof. U. Dhondt, cursus natuurrecht KU Leuven, faculteit Wijsbegeerte

Toepassing:

- De leden van deze ethische commissie hebben geen praktijkervaring met de organisatie van de geneeskunde en de ziekenhuizen, men gaat uit van feitelijk onjuiste premissen:

 bv: opnameselectie intensieve zorgen

- Hoogbejaarde patiënten met veel bijkomende frailties komen zeer zelden in aanmerking voor opname op een dienst intensieve zorgen.
- Deze upgrading van therapie geeft immers in de meeste gevallen na zorgvuldige evaluatie geen meerkansen op overleving, zeker niet van kwaliteitsvolle overleving.

Ethische commissie komt met richtlijn voor alle artsen

Advies UZ Gent: zwaksten niet op intensieve

Het UZ Gent adviseert in een interne richtlijn zijn artsen over de opname van zwakke patiënten op intensieve zorg: de meest verzwakten worden niet meer opgenomen, of ze nu besmet zijn met Covid-19 of niet.

CATHY GALLE

Hoe bepaal je, indien nodig, welke patiënt je nog kan behandelen en welke niet? De ethische commissie van het UZ Leuven adviseerde vorige week al om voor de patiënten met de beste levenskansen te kiezen. Het UZ Gent heeft dat advies nu in een concrete richtlijn voor al zijn artsen gezeten.

nog opgenomen op intensieve zorg, ongeacht de aandoening waarmee ze binnenkomen.

De tussensklasse zeg maar, mensen die zeer kwetsbaar zijn, veel achterliggende problematieken hebben, hulp nodig hebben bij het huishouden of hulp bij het wassen en aankleden, zullen geval per geval worden bekeken. "Hierbij zullen we kijken naar de reversibiliteit van de reden voor opname, die samenhangt met de duur waarvoor de patiënt beademd moet worden", stelt professor Dominique Beroit, hoofd intensieve zorg van het UZ Gent. "Iemand uit die groep die binnekomt met vocht in de longen bijvoorbeeld, en enkele dagen beademd moet worden, zal geholpen wor-

paciteit geen oversterfte induceren bij patiënten met een grote kans op jarenlange overleving."

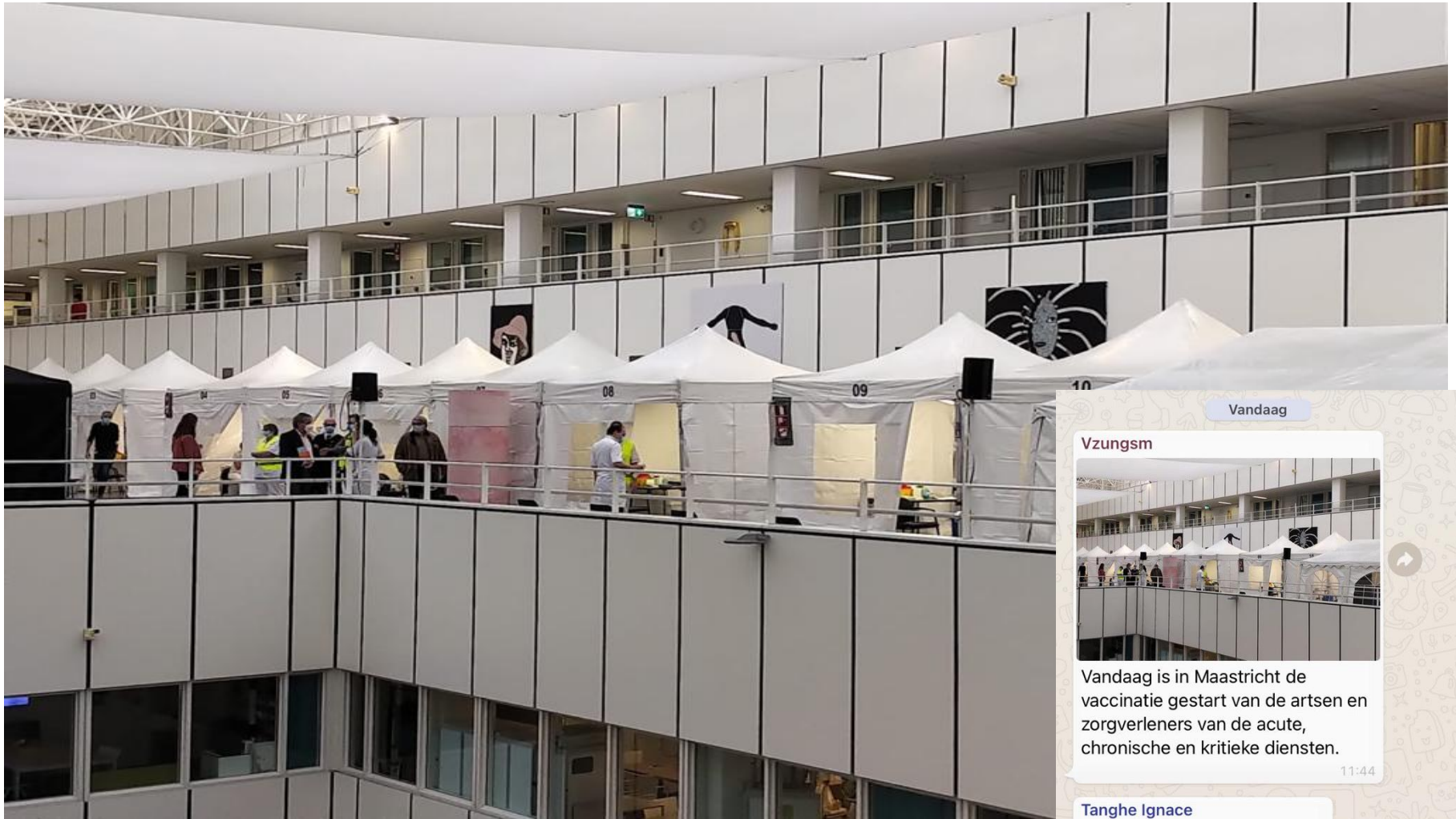
Patiënten die niet meer toegelaten worden op intensieve zorg worden uiteraard niet aan hun lot overgelaten. Beroit: "Veel van die patiënten worden nu al in een woon-zorgcentrum. De bedoeling is dat hen daar de best mogelijke comfortzorg of palliatieve zorg aangeboden wordt. Vanuit het UZ willen we dat ook ondersteunen, door geriateren te sturen die in de woon-zorgcentra mee de beslissing kunnen maken."

GEVOELIG

Ook in andere UZ's wordt momenteel een gelijk-

Afspelen geluidsband radio 2 – 23 december
2020 – 07:00 uur 's morgens

Woensdag 06-01-2021



Vandaag

Vzungsm



Vandaag is in Maastricht de vaccinatie gestart van de artsen en zorgverleners van de acute, chronische en kritieke diensten.

11:44

Tanghe Ignace

Dat is pas daadkracht !

12:05

Vzungsm

Van 06h00 tot 24h00 in tien "tentjes"

12:13



Association professionnelle belge des
médecins spécialistes en anesthésie et réanimation

Belgische beroepsvereniging van
artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie

Avenue de la Couronne 20 Kroonlaan - Bruxelles 1050 Brussel - info@vbs-gbs.org

Brussel, 7.01.2021

Geachte collega,

Hieronder vindt u het persbericht dat de BSAR vanmiddag heeft verstuurd:

De argumenten die men aanvoert om de huidige vaccinatiëprioriteit te verdedigen zijn medisch wetenschappelijke niet correct:

Eerste argument: *"De vaccinatië van zorgbehoevende hoogbejaarden in woonzorgcentra vermindert de belasting op de intensieve zorgafdelingen." Dit is onjuist, en wel om drie redenen:*

- 1. De bewoners van woonzorgcentra worden doorgaans niet opgenomen op intensieve zorgen voor beademing.*
- 2. Een prioritaire vaccinatië van deze bewoners betekent geen snelle winst voor het zorgsysteem, ook niet indien daardoor gewone ziekenhuisopnames vermeden kunnen worden. De belangrijkste bekommernis is immers de robuustheid van het gezondheidssysteem als geheel. Indien er een derde golf komt en de dam breekt door bij het niet-gevaccineerde zorgpersoneel van de ziekenhuizen, dan zal het snelle gewin snel irrelevant blijken in vergelijking met de catastrofe die dan zal ontstaan.*
- 3. Bewoners van woonzorgcentra moeten ook in het ziekenhuis terecht kunnen voor andere zorg, los van COVID-19 en los van een eventuele derde golf. Ook hiervoor zijn zorgverleners nodig die klaarstaan in het ziekenhuis en waarvan we ons niet kunnen veroorloven dat ze massaal uitvallen door COVID-19 (zoals in Bergamo is gebeurd in de eerste golf).*

Tweede argument: *"We zijn niet zeker dat gevaccineerde personen niet meer besmettelijk kunnen zijn." Dit argument kan ook al evenmin aanvaard worden voor volgende reden*

- 1. In de geneeskunde moet men niet streven naar absolute zekerheid, vast staat wel dat er een hoge graad aan waarschijnlijkheid bestaat dat gevaccineerde personen veel minder besmettelijk zullen zijn dan niet-gevaccineerde personen. De virale lading van een gevaccineerde persoon die besmet raakt is hoogstwaarschijnlijk veel lager dan bij een niet gevaccineerde persoon, zoals Prof. H. Snoeck van de Columbia University meermaals bevestigd heeft.*

De argumenten die men aanvoert om de huidige vaccinatieprioriteit te verdedigen zijn medisch wetenschappelijke niet correct:

Eerste argument: "De vaccinatie van zorgbehoevende hoogbejaarden in woonzorgcentra vermindert de belasting op de intensieve zorgafdelingen." Dit is onjuist, en wel om drie redenen:

1. De bewoners van woonzorgcentra worden doorgaans niet opgenomen op intensieve zorgen voor beademing.
2. Een prioritaire vaccinatie van deze bewoners betekent geen snelle winst voor het zorgsysteem, ook niet indien daardoor gewone ziekenhuisopnames vermeden kunnen worden. De belangrijkste bekommernis is immers de robuustheid van het gezondheidssysteem als geheel. Indien er een derde golf komt en de dam breekt door bij het niet-gevaccineerde zorgpersoneel van de ziekenhuizen, dan zal het snelle gewin snel irrelevant blijken in vergelijking met de catastrofe die dan zal ontstaan.
3. Bewoners van woonzorgcentra moeten ook in het ziekenhuis terecht kunnen voor andere zorg, los van COVID-19 en los van een eventuele derde golf. Ook hiervoor zijn zorgverleners nodig die klaarstaan in het ziekenhuis en waarvan we ons niet kunnen veroorloven dat ze massaal uitvallen door COVID-19 (zoals in Bergamo is gebeurd in de eerste golf).

Tweede argument: "We zijn niet zeker dat gevaccineerde personen niet meer besmettelijk kunnen zijn." Dit argument kan ook al evenmin aanvaard worden voor volgende reden

1. In de geneeskunde moet men niet streven naar absolute zekerheid, vast staat wel dat er een hoge graad aan waarschijnlijkheid bestaat dat gevaccineerde personen veel minder besmettelijk zullen zijn dan niet-gevaccineerde personen. De virale lading van een gevaccineerde persoon die besmet raakt is hoogstwaarschijnlijk veel lager dan bij een niet gevaccineerde persoon, zoals Prof. H. Snoeck van de Columbia University meermaals bevestigd heeft.
2. De reden waarom de hele wereld vaccineert is precies om circulatie van het virus te doen stoppen, door immuniteit op te wekken, zodat de kans dat het virus van de ene persoon overgebracht wordt op de andere veel kleiner wordt.

Derde argument: "de vertragingen in de vaccinaties worden veroorzaakt door de ingewikkeldheid en de hoog-techniciteit van het Pfizervaccin".

Dit is uiteraard nonsens. Het transport van Pfizer naar de ziekenhuizen dient inderdaad gekoeld te worden op ULT (ultra low temperature). Maar eens de vaccins in het ziekenhuis aangekomen zijn, kunnen zij eenvoudig ontdoren worden in een koelkast en zijn ze 5 dagen houdbaar. Pas net voor toediening worden ze verdund voor het aantal te vaccineren personen, en dienen ze binnen de 6 uur toegediend te worden. Dit is dus helemaal geen ingewikkelde procedure, en verantwoordt op geen enkele manier het tijdverlies.

Het bestuurscomité van de BSAR,

Dr. S. CARLIER Voorzitter	Dr. E. DEFLANDRE, PhD Ondervoorzitter	Dr. E. SLOCK Ondervoorzitter
Dr. G. BERGIERS Secretaris	Dr. G. BEJANI Penningmeester	Dr. R. HEYLEN, PhD Raadgever
Dr. D. HIMPE, PhD Raadgever	Dr. J.-P. MULIER, PhD Raadgever	Prof. Dr. M. VAN DE VELDE, PhD Raadgever

De argumenten die men aanvoert om de huidige vaccinatieprioriteit te verdedigen kunnen de toets van de medisch wetenschappelijke kritiek niet doorstaan:

Op de eerste plaats beweert men dat de vaccinatie van zorgbehoevende hoogbejaarden in woonzorgcentra de belasting en de influx op de intensieve zorgafdeling zou verminderen.

Dit is een zwak argument om meerdere redenen:

- Op de eerste plaats worden de bewoners van de woonzorgcentra in de regel niet opgenomen op een dienst intensieve zorgen voor beademing en betekenen dus geen bijkomende belasting van deze diensten.
- Op de tweede plaats stelt men dat het risico bij deze personen zeer hoog is en dat een eerste vaccinatie dus een snelle winst zou betekenen. Dit argument moet gerelativeerd worden in een bredere context: de belangrijkste bekommernis in deze waardenhiërarchie is de robuustheid van het gezondheidssysteem. Indien een derde golf er komt en de dam zou doorbreken in de ziekenhuizen, dan zal het snel gewin snel irrelevant worden in vergelijking met de catastrofe die dan kan ontstaan. De robuustheid van het gezondheidssysteem tijdens een eventuele derde golf is o.i. veel belangrijker en essentiëler dan een zogenaamd 'snelle winst' op korte termijn.
- Bewoners van WZC moeten ook in het ziekenhuis terecht kunnen voor andere gezondheidsproblemen, los van COVID-19 en los van een eventuele 3^{de} golf. Ook hiervoor zijn zorgverleners nodig die klaarstaan in het ziekenhuis, en waarvan we ons niet kunnen veroorloven dat ze afwezig zijn door COVID-19. Men vergeet dus in deze argumentatie de reguliere zorg, die reeds zwaar onder druk staat. Door de vaccinatie prioritair op te starten in de ziekenhuizen kan men deze reguliere zorg, ook voor WZC bewoners, vrijwaren. Bijkomend argument: het aantal woonzorgcentra bewoners die de infectie heeft doorgemaakt en immuniteit heeft opgebouwd is aanzienlijk. De vraag stelt zich of het wel efficiënt en aangewezen is om hoogbejaarden prioritair te vaccineren die reeds antistoffen hebben? Gezien het tekort aan vaccins in de komende maanden lijkt het zinvol om seronegatieven eerst te vaccineren. Indien men dan toch zou discussiëren in termen van onzekerheid, dan stelt zich hier bijkomend nog de vraag of vaccinatie van patiënten die reeds antistoffen hebben niet zou kunnen aanleiding geven tot een hoger aantal neveneffecten.

Een tweede argument dat zeker niet doorweegt in de discussie is de stelling dat men wetenschappelijk gesproken niet zeker is of gevaccineerde personen nog besmettelijk kunnen zijn.

Dit argument verwondert mij ten zeerste: In de geneeskunde moet men nooit streven naar absolute zekerheid, men kan enkel en alleen stellen dat met een hoge graad aan waarschijnlijkheid gevaccineerde personen veel minder besmettelijk zullen zijn dan niet-gevaccineerde: zoals professor Hans-Willem Snoeck stelde tijdens de uitzending is de virale lading van een gevaccineerd persoon die besmet wordt veel lager dan bij besmette patiënt zonder immuniteit. Daarenboven is er na vaccinatie alleszins een snellere klaring van het virus na een eventuele herinfectie, dus zelfs de hypothetische tijd van besmettelijkheid wordt in belangrijke mate gereduceerd.

Dit argument is des te meer verwonderlijk: de reden waarom de hele wereld vaccineert is juist om circulatie van het virus te doen stoppen, door immuniteit op te wekken, zodat de kans dat het virus van de ene persoon overgebracht wordt op de andere klein wordt. 'Experten' die dan publiek durven te opperen dat er geen bewijs is dat gevaccineerde personen niet meer besmettelijk kunnen zijn als argument in de discussie rond de vaccinatievolgorde, spelen met vuur. Deze boodschap is ronduit gevaarlijk aangezien dit het draagvlak voor vaccinatie bij het brede publiek kan ondermijnen.

Een laatste argument dat wij recent horen als excuus voor de onaanvaardbare vertragingen inzake de vaccinatie is de zogenaamde 'ingewikkeldheid en hoog-techniciteit' van het Pfizervaccin. Dit is eigenlijk ook echte nonsens: inderdaad het transport van Pfizer naar de ziekenhuizen dient gekoeld op ULT (ultra low temperature) te gebeuren.

Eens de vaccins in het ziekenhuis aangekomen zijn, kunnen zij eenvoudig ontvoren worden in een koelkast en zijn ze 5 dagen houdbaar. Pas net voor toediening worden ze verdund voor het aantal te vaccineren personen, en dienen ze binnen de 6 uur toegediend te worden. Dit is helemaal geen ingewikkelde procedure, en dit argument verantwoordt geen enkel extra tijdverlies.

René Heylen

VBS-vereniging anesthesisten weerlegt stuk voor stuk argumenten vaccinatievolgorde

07 januari 2021 door Belga en P.S. 2



De ongeveer 6.000 à 8.000 verpleegkundigen op intensieve zorg van de ziekenhuizen moeten zo snel mogelijk gevaccineerd worden. Dat zegt de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie (VBS). "Dat kan gemakkelijk op één dag." De zogenaamd wetenschappelijke argumenten van de huidige inentingsvolgorde maken de anesthesiologen met de grond gelijk.

Het VBS, dat ongeveer 3.000 Belgische anesthesisten vertegenwoordigt, vindt de huidige vaccinatiestrategie medisch-wetenschappelijk gezien de foute keuze. "Het argument dat de vaccinatie van zorgbehoevende hoogbejaarden in woonzorgcentra de belasting op de intensieve zorg vermindert, klopt niet", zegt woordvoerder Dr. René Heylen, hoofd anesthesiologie en kritieke diensten in Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk. "De bewoners van woonzorgcentra worden doorgaans niet opgenomen op intensieve voor ademing, dat is slechts een klein percentage."

Anesthesisten willen eerst vaccinatie voor verpleegkundigen op intensieve zorg

De ongeveer 6.000 à 8.000 verpleegkundigen op intensieve zorg van de ziekenhuizen moeten zo snel mogelijk gevaccineerd worden. Dat zegt de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie (VBS) donderdag in een persbericht. 'Dat kan gemakkelijk op één dag.'

VBS, dat ongeveer 3.000 Belgische anesthesisten vertegenwoordigt, vindt de huidige vaccinatiestrategie medisch-wetenschappelijk gezien de foute keuze. 'Het argument dat de vaccinatie van zorgbehoevende hoogbejaarden in woonzorgcentra de belasting op de intensieve zorg vermindert, klopt niet', zegt woordvoerder Dr. René Heylen, hoofd anesthesiologie en kritieke diensten in Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk. 'De bewoners van woonzorgcentra worden doorgaans niet opgenomen op intensieve voor beademing, dat is slechts een klein percentage.'

Door eerst de verpleegkundigen en daarna het zorgpersoneel van de diensten die het vaakst met coronapatiënten in contact komen te vaccineren, zullen volgens VBS veel besmettingen worden voorkomen.

Heylen verwijst naar Nederland als voorbeeld voor ons land. 'Daar is de overheid, mede door de steun van de ziekenhuisverenigingen, afgestapt van het idee om eerst de woonzorgcentra te vaccineren en zijn ze begonnen met de ziekenhuizen', legt hij uit.



Er is een fikse corona-uitbraak in het AZ Sint-Dimpna van Geel. Niet dringende hospitalisaties worden uitgesteld. — © RR

Ziekenhuis voert opnamestop in na corona-uitbraak bij personeel

Geel - Door een grote corona-uitbraak bij het personeel voert het ziekenhuis van Geel een tijdelijke opnamestop voor enkele hospitalisatiediensten in. Ook de capaciteit van het ziekenhuis wordt teruggedrongen. Alle patiënten en medewerkers worden de komende dagen getest op het coronavirus.

Bart Van den Langenbergh, Marc Leysen

Vandaag om 15:33



Ziekenhuis Geel © Peter Vanderveken

Grote corona-uitbraak onder personeel: ziekenhuis Geel voert opnamestop in

GEEL Het ziekenhuis in Geel kampt met een grote corona-uitbraak onder het personeel. Het ziekenhuis moet de capaciteit noodgedwongen afbouwen en een opnamestop invoeren voor enkele hospitalisatiediensten. “De komende dagen worden alle patiënten en medewerkers getest op Covid”, zegt CEO Jan Flament.

AZ Sint-Lucas gaat minstens tien dagen op slot, Covid-afdeling ligt vol

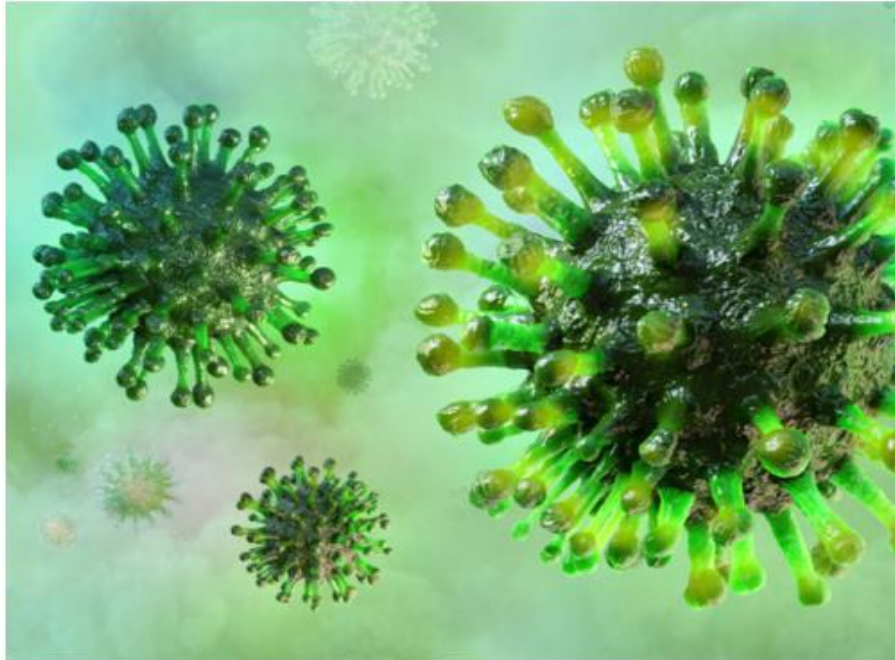
BRUGGE Het AZ Sint-Lucas in Brugge laat minstens tot en met zondag 3 januari 2021 geen bezoek meer toe. Het is een preventieve maatregel om een opflakking van het coronavirus de baas te kunnen. De Covid-afdeling ligt vol.

Covid-uitbraak op vier niet-Covid-afdelingen in UZ Leuven

Op vier niet-COVID-afdelingen in UZ Leuven zijn enkele besmettingen met het coronavirus bij het personeel en patiënten vastgesteld. Nieuwe patiënten die normaal gezien op die afdelingen behandeld zouden worden, worden tijdelijk verplaatst naar andere afdelingen. Het ziekenhuis benadrukt dat het elke patiënt nog steeds alle mogelijke zorg kan aanbieden.

Ziekenhuis Geel: tijdelijke opnamestop in enkele diensten door corona

© 20 december 2020



Door een corona-uitbraak en andere ziekten bij het personeel plus vakantieregeling ziet het ziekenhuis Geel zich genoodzaakt om de activiteiten in enkele diensten tot minstens 27 december uit te stellen of naar andere ziekenhuizen te verwijzen. Het gaat om geplande chirurgische ingrepen met bed, nieuwe niet-dringende hospitalisaties cardiologie, oncologie en revalidatie en geplande colono's & gastro's. Nog andere activiteiten worden beperkt.

De oorsprong van de personeelsbesmettingen ontstond extern wegens de verschillende besmettingshaarden in de omgeving. Gelijktijdig ziet het Ziekenhuis Geel zich geconfronteerd met een toegenomen werkdruk door opnieuw stijgende covid-opnames in het ziekenhuis.

Covid-testing

Morgen start Ziekenhuis Geel ondersteund door het UZA en de stad Geel met een covid-testing van alle patiënten en medewerkers van het ziekenhuis. Reden is een aanzienlijke toename van

het aantal besmettingen bij personeelsleden. Door snel en uitgebreid te testen en een tijdelijke opname-beperking voor bepaalde afdelingen kan de verdere verspreiding van het coronavirus voorkomen worden en komt de veiligheid van de patiënten niet in gevaar.

Afschalen

Ondanks preventieve maatregelen en het strikt toepassen en opvolgen van alle overheids- en wetenschappelijke richtlijnen, ziet Ziekenhuis Geel zich door een aanzienlijke personeelsuitval genoodzaakt om een tijdelijke opnamebeperking in te voeren voor enkele hospitalisatiediensten en de ziekenhuiscapaciteit af te schalen.

Bijkomend voorziet het Ziekenhuis Geel, ondersteund door stad Geel en het UZA (onder leiding van prof. Hans), in een covid-testing van alle patiënten en medewerkers van het ziekenhuis. Dit zal doorgaan in het begin van de week van 21 december en herhaald worden na 5 dagen.

De reden van deze testing is dat de personeelsuitval wordt veroorzaakt door een combinatie van de vakantieperiode, reguliere ziekte onder het personeel maar vooral ook door een aanzienlijke toename in personeelsleden besmet met het covid-virus.

De oorsprong van de personeelsbesmettingen ontstond extern gezien de verschillende besmettingshaarden in de omgeving. Gelijktijdig ziet het Ziekenhuis Geel zich geconfronteerd met een toegenomen werkdruk ten gevolge van opnieuw stijgende COVID-opnames in het ziekenhuis.

Patiëntveiligheid

De directie van het ziekenhuis heeft ingeschat dat op deze manier de patiëntveiligheid op sommige verpleegafdelingen onvoldoende kan gewaarborgd worden en heeft voor deze diensten een tijdelijke opname-beperking ingevoerd in samenspraak met de behandelende artsen, de Vlaamse en Federale gezondheidsinspecteurs en de partner-ziekenhuizen van het Ziekenhuis Netwerk Kempen. Dit impliceert een verlenging van de maatregelen die woensdag 16 december (preventief) reeds van kracht werden.

Activiteiten uitgesteld tot en met 27 december of naar andere ziekenhuizen verwezen

Meer concreet worden volgende activiteiten alvast tot en met 27 december uitgesteld of in samenspraak met andere ziekenhuizen elders gerealiseerd:

- Geplande chirurgische ingrepen die een bed voor de patiënt noodzakelijk maken
- Nieuwe niet-dringende hospitalisaties cardiologie, oncologie en revalidatie
- Geplande colono's & gastro's

Beperkte activiteiten

Volgende activiteiten gaan door maar worden aanzienlijk beperkt in capaciteit en zijn enkel beschikbaar voor dringende en noodzakelijke zorg bij patiënten waarbij het niet veilig is om ze te transfereren naar een ander ziekenhuis:

Tijdelijke opnamebeperking voor niet-dringende zorg en maximale testing patiënten en personeel

19/12/2020

Ondanks preventieve maatregelen evenals het strikt toepassen en opvolgen van alle overheids- en wetenschappelijke richtlijnen, ziet Ziekenhuis Geel zich door een aanzienlijke personeelsuitval genoodzaakt om een tijdelijke opnamebeperking in te voeren voor enkele hospitalisatiediensten en de ziekenhuiscapaciteit af te schalen. Bijkomend voorziet het Ziekenhuis Geel, ondersteund door stad Geel en het UZA (onder leiding van prof. Hans), in een covid-testing van alle patiënten en medewerkers van het ziekenhuis. Dit zal doorgaan in het begin van de week van 21 december en herhaald worden na 5 dagen.

De reden van deze testing is omdat de personeelsuitval wordt veroorzaakt door een combinatie van de vakantieperiode, reguliere ziekte onder het personeel maar vooral ook door een aanzienlijke toename in personeelsleden besmet met het COVID-virus.

De oorsprong van de personeelsbesmettingen ontstond extern gezien de verschillende besmettingshaarden in de omgeving. Gelijkijdig ziet het Ziekenhuis Geel zich geconfronteerd met een toegenomen werkdruk ten gevolge van opnieuw stijgende COVID-opnames in het ziekenhuis.

De directie van het ziekenhuis heeft ingeschat dat op deze manier de patiëntveiligheid op sommige verpleegafdelingen onvoldoende kan gewaarborgd worden en heeft voor deze diensten een tijdelijke opname-beperking ingevoerd in samenspraak met de behandelende artsen, de Vlaamse en Federale gezondheidsinspecteurs en de partner-ziekenhuizen van het Ziekenhuis Netwerk Kempen. Dit impliceert een verlenging van de maatregelen die woensdag 16 december (preventief) reeds van kracht werden.

Activiteiten uitgesteld tot en met 27 december of naar andere ziekenhuizen verwezen

Meer concreet worden volgende activiteiten alvast tot en met 27 december uitgesteld of in samenspraak met andere ziekenhuizen elders gerealiseerd:

- Geplande chirurgische ingrepen die een bed voor de patiënt noodzakelijk
- Nieuwe niet-dringende hospitalisaties cardiologie, oncologie en revalidatie
- Geplande colono's & gastro's

Beperkte activiteiten

Volgende activiteiten gaan door maar worden aanzienlijk beperkt in capaciteit en zijn enkel beschikbaar voor dringende en noodzakelijke zorg bij patiënten waarbij het niet veilig is om ze te transfereren naar een ander ziekenhuis:

- Hospitalisatie geriatrie
- Hospitalisatie revalidatie
- Hospitalisatie cardiologie
- Hospitalisatie chirurgie
- Hospitalisatie oncologie

Activiteiten die doorgaan

Dit wil zeggen dat volgende activiteiten nog steeds (soms in beperkte mate) doorgaan:

- Alle dringende en noodzakelijke ingrepen (incl dringende gastro-enterologische onderzoeken)
- Spoedgevallendienst en intensieve zorg
- Verpleegeenheid materniteit, bevallingen en pediatrie
- Raadplegingen
- Technische onderzoeken (radiologie, nucleaire geneeskunde en labo)
- Noodzakelijke revalidatie, pijnbehandeling en kanker-therapie (incl daghospitalisatie)
- Covid-zorg

Ziekenhuis Geel contacteert patiënten indien hun geplande activiteit niet kan doorgaan. **Patiënten hoeven ons niet zelf te contacteren.**

Artsen begrijpen niet dat rusthuisbewoners eerst vaccin krijgen: “Nu zijn ze plots wél prioritair?”

08/01/2021 om 11:31 door Laurence Torck



Themabeeld (FOTO: SHUTTERSTOCK)

Artsen vinden dat 85-plussers niet als eersten zouden moeten worden gevaccineerd. Wel het zorgpersoneel, de artsen en de 45- tot 70-jarigen die tot de risicogroep behoren. Dat blijkt uit een enquête van Medische Wereld, waar 1.000 artsen en specialisten aan deelnamen. “Woon-zorgcentra zijn al volledig geïsoleerd en die mensen zijn niet eens diegenen die de druk in de ziekenhuizen veroorzaken”, zegt voorzitter Ben De Brucker.

Een op de drie artsen geeft in de enquête - die van 14 december 2020 tot 7 januari 2021 liep - aan zich vaak onveilig te voelen tijdens het werk. En dus vinden ze dat een aanpassing van de vaccinatiestrategie ...



Archiefbeeld. Zorgverleners op de corona-afdeling in het UZ gent. © Wannes Nimmigeers

Artsen roepen op om zorgverleners prioritair te vaccineren, maar waarom kiest België eigenlijk eerst voor de rusthuisbewoners?

In twee open brieven hekelen groepen artsen dinsdag dat zorgverleners niet als eerste worden gevaccineerd. Tijdens de eerste persconferentie van het Crisiscentrum van 2021 reageerde viroloog Steven Van Gucht op de brieven. Waarom kiest ons land ervoor om eerst de rusthuisbewoners te vaccineren en pas daarna de zorgverleners, terwijl sommige buurlanden net het omgekeerde hebben beslist? Daar heeft het effect van "slechts een klein beetje virus" in het opstartende vaccinatieverhaal alles mee te maken, legde hij uit.



Die aanpak garandeert niet alleen een betere zorg voor mensen die zwaar ziek zijn door Covid-19, maar ook voor het behoud van de zorg voor patiënten met andere ernstige aandoeningen

-Artsen in open brief

"Die aanpak garandeert niet alleen een betere zorg voor mensen die zwaar ziek zijn door Covid-19, maar ook voor het behoud van de zorg voor patiënten met andere ernstige aandoeningen", klinkt het. De artsen stellen voor om het voorbeeld van [Frankrijk en Nederland](#) te volgen, waar de volgorde van de vaccinaties herbekeken is om zorgverleners prioritair te vaccineren.

Grote bezorgdheid


In de andere open brief aan beleidsmakers en ministers vragen arts-infectioloog Stefaan Vandecasteele, die ook coronacoördinator is in het AZ Sint-Jan in Brugge, en twee collega's eveneens om het zorgpersoneel meteen mee te vaccineren.

"We stellen deze vraag niet als kritiek op het beleid, maar uit een grote bezorgdheid voor alle personeel uit de zorgsector en ons gezondheidssysteem op zich", klinkt het in de open brief die gepubliceerd werd op VRT NWS.



WHO wil dat Europa sneller vaccineert uit vrees voor impact virusvarianten

Europa moet de vaccinatiecampagne tegen covid-19 opvoeren en eensgezind aan hetzelfde zeel trekken. Dat vindt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Ze is ongerust over de impact die nieuwe virusvarianten kunnen hebben op de vaccins.



Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines

INTERIM GUIDANCE
16 NOVEMBER 2020



unicef 
for every child



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9597 & 9611

Vaccinatiestrategie tegen COVID-19 in België

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on risk groups in the context of vaccination against Covid-19 for the Belgian population.

This report aims at providing policy-makers with specific recommendations on risk groups, priority groups and an estimation of the number of vaccines needed if a vaccine against Covid-19 becomes available.

Versie gevalideerd op het College van
1 juli 2020¹

Aangepaste versie van
7 juli 2020

Annex (briefadvies nr. 9611) toegevoegd op
7 oktober 2020

I INLEIDING EN PROBLEMATIEK

De ontwikkeling van een vaccin tegen COVID-19 evolueert snel. Enkele kandidaat-vaccins worden reeds klinisch geëvalueerd en vele bevinden zich in de preklinische fase.

Op 8 juni 2020 startte de klinische ontwikkeling van de volgende vaccins:
<https://www.raps.org/news-and-articles/news-articles/2020/3/covid-19-vaccine-tracker>

België neemt deel aan een gezamenlijke EU-aankoop van een vaccin tegen COVID-19 om de toegang ertoe te verzekeren. Om te bepalen hoeveel doses er nodig zijn, worden alle lidstaten gevraagd hun doelpopulatie voor vaccinatie te definiëren.

Op 6 en 21 mei 2020 ontving de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een verzoek van Dr. Paul Pardon, de voorzitter van de *Risk Management Group* (RMG), om de prioriteitsgroepen en het aantal benodigde doses voor vaccinatie tegen COVID-19 te bepalen.

In dit advies worden aanbevelingen gedaan omtrent de risicogroepen en wordt een schatting gemaakt van het aantal benodigde doses wanneer er een vaccin beschikbaar zal zijn.

¹ De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

II AANBEVELINGEN

De HGR beveelt aan om op basis van de beschikbare gegevens en statistieken prioriteit te geven aan de volgende groepen voor vaccinatie tegen COVID-19:

- **Alle werknemers in de gezondheidssector** om hun gezondheid en een functionerende gezondheidszorg veilig te stellen tijdens een mogelijke volgende COVID-19-golf of -pandemie;
- **Iedereen boven de 65 jaar;**
- Patiënten tussen 45 en 65 jaar met de volgende comorbiditeiten die het risico lopen om ernstige COVID-19 te ontwikkelen: **obesitas, diabetes, hypertensie, chronische cardiovasculaire, long-, nier- en leverziekten en hematologische maligniteiten tot 5 jaar na de diagnose en alle recente solide kankers (of recente kankerbehandelingen).**

Een verdere prioritering binnen de bovengenoemde groepen kan worden overwogen als er slechts een beperkte hoeveelheid vaccin beschikbaar zou zijn.

Deze aanbeveling kan worden gewijzigd op basis van nieuwe gegevens en informatie over de immunogeniciteit van de op dat moment beschikbare soort(en) vaccin. Zo zullen we bijvoorbeeld de gegevens over zwangere vrouwen, andere immuungecompromitteerde patiënten en de impact van de sociaaleconomische en etnische achtergrond verder volgen.

Bovendien zal het effect en de noodzaak van vaccinatie tegen COVID-19 om een uitbraak te beheersen worden geëvalueerd wanneer er meer informatie beschikbaar zal zijn over het nieuwe vaccin of de nieuwe vaccins.

Naar schatting maken in België ongeveer 4 000 000 personen deel uit van de risico- en prioriteitsgroepen voor vaccinatie tegen COVID-19 (hoofdstuk 4.4). We kunnen ervan uitgaan dat minstens 20 en 30% van de prioritaire en risicogroepen de vaccinatie zal weigeren (hoofdstuk 4.5).

Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms²

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Coronavirus infections*/immunology	Coronavirus	Coronavirus	Coronavirus	Coronavirus
	Covid-19	COVID-19	Covid-19	Covid-19
	Vaccination	Vaccinatie	Vaccination	Impfung
Pandemics*	Comorbidity	Comorbiditeit	Comorbidité	Komorbidität
	Risk group	Risicogroep	Groupe à risque	Risikogruppe
	Prevention	Preventie	Prévention	Prävention
Viral vaccines/administration & dosage	Priority group	Prioritaire groep	Groupe prioritaire	Prioritätengruppe
	Humans	Mensen	Humains	Menschen

MeSH (Medical Subject Headings) is de thesaurus van de NLM (National Library of Medicine) met gecontroleerde trefwoorden die worden gebruikt voor het indexeren van artikelen voor PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

² De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-terminen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

Persbericht

Grote Artsen Enquête


Donderdag 7/1/2021

Medische Wereld heeft tussen 14 december 2020 en 7 januari 2021 een grootschalige enquête gedaan bij 1000 artsen. Dit heeft enkele verrassende resultaten opgeleverd. Hieronder kan u de resultaten en bespreking terugvinden. Alsook een voorstel tot dringende aanpassing van de vaccinatiestrategie.

- AUB bescherm eerst uw soldaten (zorgpersoneel) om verder te kunnen vechten in de strijd tegen het coronavirus. Elke oorlog (wat ook de reden is) ga je u manschappen als eerste beschermen, zij staan in de vuurlinie. In Nederland snappen ze dit en is het zorgpersoneel als eerste aan de beurt.

- **Er moet een switch komen van de vaccinatiestrategie;**
 - EERST zorgpersoneel in ziekenhuizen, WZC en huisartsen
 - Dan de risicogroep tussen 45 jaar tot 65 jaar en alle 65 plussers (wie thuis woont en nog vele contacten kan hebben) → meeste levensjaren te winnen.
 - Essentiele beroepen
 - De bewoners van WZC
 - De niet-risicogroep tussen 45 jaar en 65 jaar
 - Rest van bevolking

Ziekenhuizen: 'Ons personeel moet sneller worden gevaccineerd'

 Plaats een reactie

Ziekenhuispersoneel moet sneller worden gevaccineerd dan nu is voorzien. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) dringen daarop aan bij het kabinet. 'De situatie in ziekenhuizen en umc's dreigt onhoudbaar te worden als langer dan nodig moet worden gewacht op vaccinatie', stellen de twee organisaties.

NVZ en NFU wijzen op het toenemende ziekteverzuim onder het ziekenhuispersoneel. Ze vinden dat ook huisartsen hoger op de prioriteitenlijst moeten komen.

'De NVZ en NFU vinden het onbegrijpelijk dat de Gezondheidsraad en het kabinet geen voorrang geven aan diegenen die het hardst nodig zijn om patiënten te verzorgen en de samenleving zo snel mogelijk terug naar normaal te brengen: ziekenhuisprofessionals en huisartsen.'

Volgens de organisaties is ook 'de samenleving als geheel gebaat bij een snellere vaccinatie van deze professionals'. Bij besluiten over het verzwaren of verlichten van de lockdown speelt de druk op de zorg in ziekenhuizen immers een grote rol. 'Vermindering van ziekteverzuim bij ziekenhuismedewerkers is essentieel om de capaciteit op peil te houden', aldus NVZ en NFU.

De noodkreet komt op de zelfde dag al de beslissing om voorlopig de planbare, reguliere zorg te staken in verband met de oplopende druk op de zorg door grote aantallen covidopnames en hoog ziekteverzuim onder personeel.

De strategie van het kabinet is om eerst zorgpersoneel van verpleeghuizen te vaccineren, om de kwetsbare bewoners te beschermen. Daarna volgen medewerkers uit de gehandicaptenzorg en de thuiszorg. Daarnaast wil het kabinet dat zo snel mogelijk wordt gestart met het inenten van bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

Volgens de huidige plannen zijn pas daarna de overige zorgmedewerkers die in direct contact staan met coronapatiënten aan de beurt. Tegelijkertijd wil de overheid dan ouderen en chronisch zieken laten vaccineren. De grote bulk van gezonde, relatief jonge mensen krijgt de inenting als laatste.

De Europese Commissie keurde maandag het eerste coronavaccin goed voor gebruik in de EU: dat van Pfizer en BioNTech. De eerste levering, waarmee op 8 januari de vaccinaties beginnen, bevat ongeveer een half miljoen dosissen. Voor het einde van het eerste kwartaal van 2021 moet dat zijn opgelopen tot bijna 2,5 miljoen. Voor een effectieve bescherming zijn twee injecties per persoon nodig.

artsen dinsdag dat zorgverleners niet als eerste worden gevaccineerd. Tijdens de eerste persconferentie van het Crisiscentrum van 2021 reageerde viroloog Steven Van Gucht op de brieven. Waarom kiest ons land ervoor om eerst de rusthuisbewoners te vaccineren en pas daarna de zorgverleners, terwijl sommige buurlanden net het omgekeerde hebben beslist? Daar heeft het effect van “slechts een klein beetje virus” in het opstartende vaccinatieverhaal alles mee te maken, legde hij uit.

gericht aan minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke, komt van Elie Cogan, vice-decaan van het Erasmusziekenhuis. Hij krijgt veel bijval, niet alleen van zijn collega's, maar ook van experts als epidemioloog Yves Coppieters (ULB) en infectioloog Leila Belkhir (ULB). Ook de Académie royale de médecine de Belgique (ARMB), de Franstalige tegenhanger van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, steunt het initiatief.

In de frontlinie

De ondertekenaars wijzen de minister van Volksgezondheid erop dat zij in de frontlinie van de tweede coronagolf staan. Ze vrezen voor een derde golf binnen enkele weken en voor de mutaties van het virus. Ze verwijzen ook naar de Wereldgezondheidsorganisatie, die aanraadt om bij de vaccinatie prioriteit te geven aan de zorgverleners met een gemiddeld en hoog risico om besmet te geraken met het coronavirus.

Persbericht 11-02-2020



In het ZOL zijn vandaag nog maar 650 van de ruim 4.000 medewerkers gevaccineerd. — © Boumediene Belbachir

Frustratie bij ziekenhuizen: "Man in de straat sneller ingeënt dan ziekenhuispersoneel"

Genk - Volgens het vaccinatieplan zouden eind februari alle ziekenhuismedewerkers gevaccineerd zijn. Maar door problemen bij vaccinproducent Moderna is tegen dan maar een fractie van het personeel ingeënt. "Dit zorgt voor veel frustratie bij onze medewerkers", zegt Erwin Bormans, algemeen directeur van het ZOL in Genk.



Home



Regio



Mijn Belang



Sport



Menu

De Standaard

Meest recent Binnenland Coronacrisis Amerikaanse verkiezing

gisteren - 10:14

Anesthesisten willen eerst vaccinatie voor verpleegkundigen op intensieve zorg

De ongeveer 6.000 à 8.000 verpleegkundigen op intensieve zorg van de ziekenhuizen moeten zo snel mogelijk gevaccineerd worden. Dat zegt de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie (VBS) donderdag in een persbericht. 'Dat kan gemakkelijk op één dag.'

VBS, dat ongeveer 3.000 Belgische anesthesisten vertegenwoordigt, vindt de huidige vaccinatiestrategie medisch-wetenschappelijk gezien de foute keuze. 'Het argument dat de vaccinatie van zorgbehoevende hoogbejaarden in woonzorgcentra de belasting op de intensieve zorg vermindert, klopt niet', zegt woordvoerder Dr. René Heylen, hoofd anesthesiologie en kritieke diensten in Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk. 'De bewoners van woonzorgcentra worden doorgaans niet opgenomen op intensieve voor beademing, dat is slechts een klein percentage.'

Door eerst de verpleegkundigen en daarna het zorgpersoneel van de diensten die het vaakst met coronapatiënten in contact komen te vaccineren, zullen volgens VBS veel besmettingen worden voorkomen.

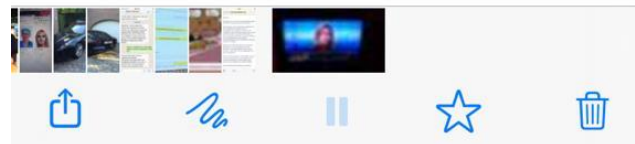
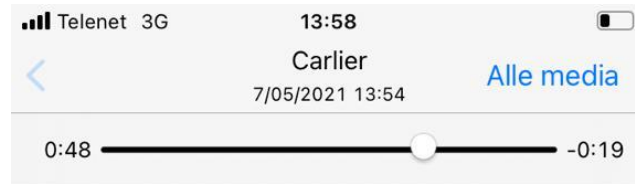
Heylen verwijst naar Nederland als voorbeeld voor ons land. 'Daar is de overheid, mede door de steun van de ziekenhuisverenigingen, afgestapt van het idee om eerst de woonzorgcentra te vaccineren en zijn ze begonnen met de ziekenhuizen', legt hij uit.

gisteren - 17:46

Conclusies – deel I:

- Onze bevolking heeft heel veel geluk gehad: indien de nieuwe mutaties enkele maanden vroeger zouden ontstaan zijn, dan dreigde er chaos in de ziekenhuizen.
- De beslissingen van de overheid waren loutere politieke beslissingen die men heeft trachten te onderbouwen met onterechte moralistische beschouwingen, in tegenstrijd met de organisatie van de kritieke diensten.

Afspelen filmpje *Het Journaal*



Inhoud

1. De beroepsvereniging en de vaccinatieprioriteiten medewerkers intensieve zorgen

→ 2. De rol van anesthesie bij de bestaffing van de ICU-overflow

CORONACRISIS

Volksgesondheid onderzoekt waarom Sint-Truiden de zwaarst getroffen regio van het land is in de coronacrisis. **In het Truiense Sint-Trudo Ziekenhuis stierven al zes coronapatiënten, alle tien de intensivecabedden zijn volzet.** De ziekenhuizen van Hasselt, Tongeren en Tienen schieten Sint-Trudo ter hulp.



In Sint-Trudo, nochtans een van de kleinere ziekenhuizen van Limburg, staat de trieste balans van het aantal coronadoden al op zes. In het ziekenhuis liggen ook 37 patiënten met een coronabesmetting, van wie er tien op intensive verblijven. foto: nasa/usa

Sint-Truiden is zwaarst getroffen regio van het land

STERFTECIJFERS
SINT-TRUIDEN
Koen Struoka

Op de kaart van Sciensano, het federale onderzoekscentrum van Volksgesondheid, is het duidelijk. Op het

ziekenhuizen van Limburg, staat de trieste balans van het aantal coronadoden al op zes. Gisteren stierf in Sint-Trudo opnieuw een coronapatiënt. Sint-Trudo telt niet alleen veel coronadoden - reus van de regio in Limburg -, in het ziekenhuis liggen ook 37 patiënten met een coronabesmetting, van wie er tien op intensive verblijven. Ter vergelijking: het ZOL in Genk, een van de twee grootste ziekenhuizen in Limburg, telt nu 54 besmetten", zegt Miet Driesen. Sint-Trudo is dat ook het eerste ziekenhuis in onze provincie dat de hulp van andere ziekenhuizen moet aanspreken om de crisis het hoofd te bieden. "Na overleg met de federale gezondheidsinspectie en de omliggende ziekenhuizen is er beslist om stabiele patiënten te vervoeren naar de intensive afdelingen van het Jessa Ziekenhuis in Hasselt, az Vesalius in Tongeren en het Middelheim Zieken-

lichtpunt voor onze medewerkers is ook dat we ondertussen al vijf coronapatiënten terug naar huis hebben kunnen sturen."

Geen hotspots

Volksgesondheid onderzoekt ondertussen waarom het Sint-Truiden de zwaarst getroffen regio is in de coronacrisis. "De federale overheid kijkt samen met het Sint-Trudo Ziekenhuis en de stad of er potentiële besmettingshaarden in Sint-Truiden gedetecteerd kunnen worden", zegt burgemeester van Sint-Truiden Veerle Hoeren (CD&V), die momenteel trouwens zelf in quarantaine zit omdat haar vriend een coronabesmetting heeft opgelopen. "Op dit moment zijn er nog geen echte hotspots qua besmetting gevonden in Sint-Truiden, in tegenstelling tot andere zwaar getroffen regio's waar dat wel het geval is. We moeten daar op dit moment dus niet concluderen dat de besmettingen via verschillende wegen de Truenaars hebben getroffen", zegt Hoeren. "Voor de rest hebben we in Sint-Truiden samen met de Li-

mers dat nogal inwoners van plussers zijn, teld het aantal 65-Limburg op 19

"Op dit moment zijn er nog geen hotspots besmetting in Sint-Truiden"
Veerle Hoeren, burgemeester

voor de Limburgse Turken
#EvdeKal

voor de Limburgse Marokkanen
#بقاو فالدار

voor de Limburgse Italianen
#Tuttiacasa

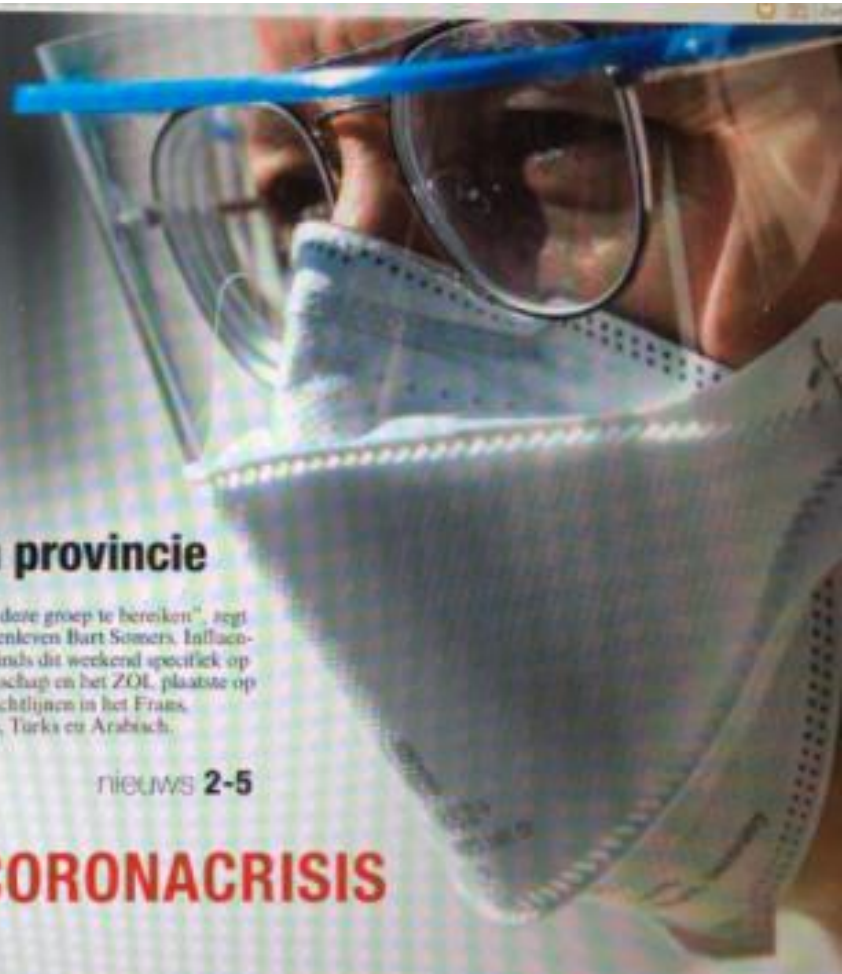
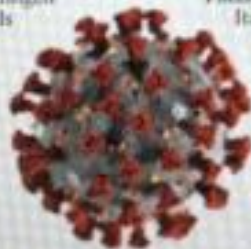
Limburg is zwaarst getroffen provincie

#Blijftinwkat, Limburgers. Dat is meer dan ooit duidelijk, nu uit de nieuwste cijfers van Sciensano blijkt dat Limburg de zwaarst getroffen provincie van Vlaanderen is. Zaterdag kwamen er nog 100 nieuwe besmettingen bij, het aantal doden staat inmiddels op 11. Drie nieuwe slachtoffers stierven afgelopen weekend in het Sint-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden, waar de balans al op vijf coronadoden staat. In het Gentse ZOL, blijkt inmiddels meer dan de helft van de coronapatiënten van Turkse origine te zijn. "Daarom doen we extra

inspanningen om deze groep te bereiken", zegt minister van Samenleven Bart Somers. Influencers richten zich sinds dit weekend specifiek op de Turkse gemeenschap en het ZOL, plaatste op Facebook richtlijnen in het Frans, Italiaans, Turks en Arabisch.

nieuws 2-5

CORONACRISIS





Zoeken
Foto: W
beademings-
toestellen
ingezet moeten
worden bij
coronapatiën-
ten.

FOTO KAREL
HEMERLUCKX

ZOL geeft snelcursus voor intensieve zorgen

**ZORGPERSONEEL
GENK**

Sanne Deferme

In het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk krijgen 220 verpleegkundigen een snelcursus om ingeschakeld te worden op de afdeling intensieve zorgen. "Ze leren onder andere hoe de beademings-toestellen werken en hoe ze zich correct moeten kleden."

tijd voor de gespecialiseerde procedures."

Beademingstoestellen

In de snelcursus wordt onder meer aandacht besteed aan de werking van beademingstoestellen. "Die werken hier toch nog een beetje anders dan in de operatiezalen", zegt Vander Laenen. "Ze leren ook hoe ze bijvoorbeeld medicatie op een veilige manier kunnen verwisselen. De medicatie die we toedienen bij coronapa-

schermingskledij. "Daarbij is het vooral belangrijk dat men niet in aanraking komt met de besmette buitenkant van de kledij."

Na de opleiding kunnen de verpleegkundigen ingeschakeld worden op intensieve zorgen zodra er nood aan is. "Op dinsdag en woensdag hebben we er al 64 op geleid, waarvan er nu twaalf ingezet zijn op intensieve zorgen", zegt Vandormael. Op dit moment heeft het ZOL 29 bedden voor patiënten met Covid-19 op intensie

Gezondheid

Maag- en darmspecialist Jochen Nijs over zijn nieuwe 'carrière' als Covid-19-arts en verpleger

'Ik ben geen held. Ik doe gewoon mijn job'

Gastro-enteroloog Jochen Nijs houdt zich normaal gezien bezig met maag en darmen, maar sinds 16 maart is hij ook Covid-19-arts. 'Ik zag mensen via een tablet afscheid nemen van hun familielid. Daar ben je even niet goed van.'

Als, ook bij u een bibelboek op de achtergrond, dat heb ik de laatste tijd al vaak gezien tijdens videochats", zegt Jochen Nijs terwijl zijn blik bijgaat door het scherm. Hij zit in zijn kantoor. "Ik heb helaas geen stoffere boeken om mee uit te pakken. Hopelijk is dat niet erg." Dikwijls is het een zeer droger besef. Een klassiek besef van een beschikbare plek, maar ook er niet te zien achter zijn rug. Met als voorbeeld van zijn schijnbare diepte het feit dat de kast naast hem, en zijn zoon die even later grinnend naast hem de reporter met wie zijn vader aan het spreken is. Jochen Nijs is gastro-enteroloog in ziekenhuis Sint-Trudo in Sint-Truiden. Sinds 16 maart is hij ook Covid-19-arts. Algemeen zwaar maakt hij zich op Twitter los over de grote drukte in de glaswolk. Van het eerst terugkijken op de voorste vloer, zegt hij dit: "Je bent als arts op een voorbeeld, maar dat we weten zouden moeten...".

Wanneer de helft van onze beelden worden ingenomen door coronapatiënten. Nadat op 16 maart het reusplan voor de distributie van zorgtoelagen en de ene halve eeuw georganiseerd hadden, zijn nu enkele dagen te wachten in een rugsteek bij de distributie. Ik zie twee zeg. "Wat zijn we aan het doen? Is dit wel nodig?" Enkele dagen later brak de hel los.

Zeker in het begin werd Landberg erg hard getroffen. De patiënten stroomden toe, vooral in Sint-Trudo. In geen tijd lag de IC al helemaal vol. Op zondag 23 maart werd dat ook beslist om sommige patiënten naar andere ziekenhuizen te brengen. In een van de verhuurambulanzen met dokter Nijs. De beelden van die rit zal hij niet snel vergeten. "Vooraan twee ambulanciers met een PFF3-masker en een helm. Twee meter naast mij een verpleegkundige van de spoedkern, ook helemaal ingekapt. Tussen ons in een doordiepe patiënt. Het was precies een schoneffectie. De rit is dit het strakke normaal geworden."



20 procent van toekomstige arts-specialisten overweegt opleiding stop te zetten: "Zij houden mee ziekenhuizen recht"

Bijna 2 op de 10 arts-specialisten in opleiding overwegen hun opleiding stop te zetten. Dat blijkt uit een bevraging van de Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding (VASO) over de impact van

Afspelen filmpje de afspraak



De Afspraak 23/04/2021

Anesthesisten die geen erkenning hebben in intensieve zorgen hebben op nieuw gecreëerde IZ afdelingen een mortaliteit die 6% hoger ligt ondanks een beperkte bijscholing



Wetenschappelijke basis

The Lancet Regional Health - Europe 2 (2021) 100019



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

The Lancet Regional Health - Europe

journal homepage: www.elsevier.com/lanep



Research paper

The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium

Fabio Silvio Taccone^{a,1,*}, Nina Van Goethem^{b,1,*}, Robby De Pauw^b, Xavier Wittebole^c, Koen Blot^b, Herman Van Oyen^{b,d}, Tinne Lernout^b, Marion Montourcy^b, Geert Meyfroidt^{e,#}, Dominique Van Beckhoven^{b,#}, on behalf of the Belgian Society of Intensive Care Medicine and the Belgian Collaborative Group on COVID-19 Hospital Surveillance

^a Department of Intensive Care, Erasme Hospital, Université Libre de Bruxelles (ULB), Brussels, Belgium

^b Department of Epidemiology and Public Health, Sciensano, Brussels, Belgium

^c Department of Intensive Care, Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCLouvain, Brussels, Belgium

^d Department of Public Health and Primary Care, University of Gent, Gent, Belgium

^e Department of Intensive Care Medicine, University of Leuven, Leuven, Belgium

ICU overflow

positively associated with in-hospital mortality (Supplemental Figure 3; $p = 0.002$). Nevertheless, the significant association disappeared for both variables when taking into account the individual hospital as a random effect in the model (Supplemental Figure 3). The only organizational characteristic, which was independently associated with in-hospital mortality, was ICU overflow (OR 1.42 [1.03–1.95]). The adjusted probability of in-hospital mortality was 21% in the absence of ICU overflow, while it rises to 27% when ICU overflow is present, holding all other variables constant (Fig. 3). There was a significant variation in hospital mortality of COVID-19 patients admitted to ICU

ICU overflow definitie

“ICU overflow”, defined as the dynamic ratio between the number of occupied ICU beds by confirmed and suspected COVID-19 patients divided by the number of recognized ICU beds reserved for COVID-19 patients (i.e. 60% of the total number of recognized ICU beds). ICU overflow was calculated for each patient over an average of 8 days, the median length of stay in ICU (among all ICU patients including patients transferred out), starting from the date of ICU admission of the patient. ICU overflow was categorized as “present” (i.e. ratio ≥ 1.0) or “absent” (i.e. ratio < 1.0). The number of occupied ICU beds by confirmed and suspected COVID-19 patients at a given day in a given hospital was derived from the hospital Surge Capacity survey data collection [\[10\]](#).

Link met anesthesie ?

- Geen beschrijving van de **bestaffing** van de nieuw gecreëerde bedden noch van de bestaande
 - Verpleegkundige bestaffing?
 - Medische bestaffing? Specialisatie? Assistenten?
- **Opname criteria voor ICU** niet uniform
 - Welke patiënten op extra-bedden?
 - Soms HFNC op gewone verpleegafdeling soms op ICU

Conclusies – deel II:

Standpunten BSAR-AP SAR

- Ziekenhuizen en de anesthesisten in het bijzonder die in de eerste COVID-golf overspoeld werden én keihard gewerkt hebben
- Worden nu beticht van slechte kwaliteit van zorgen
- Op basis van klinisch slecht gevalideerde data van de overheid
- Vooroordeel bias bij de auteurs?
- Datacollectie en herkomst? Missing data? Definities? Validatiegegevens?
- Confounding factors, correlatie maar geen oorzakelijk verband



Research paper

Evolution of outcomes for patients hospitalised during the first 9 months of the SARS-CoV-2 pandemic in France: A retrospective national surveillance data analysis

Noémie Lefrancq^{a,b}, Juliette Paireau^{a,c}, Nathanaël Hozé^a, Noémie Courtejoie^d, Yazdan Yazdanpanah^{e,f}, Lila Bouadma^{e,g}, Pierre-Yves Boëlle^h, Fanny Chereau^c, Henrik Salje^{a,b,i,*}, Simon Cauchemez^{a,1,*}

^a Mathematical Modelling of Infectious Diseases Unit, Institut Pasteur, UMR2000, CNRS, Paris, France

^b Department of Genetics, University of Cambridge, Cambridge, UK

^c Santé Publique France, French National Public Health Agency, Saint-Maurice, France

^d DREES, Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, France

^e Université de Paris, INSERM UMR 1137 IAME, Paris, France

^f Department of Infectious Diseases, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Bichat-Claude-Bernard University Hospital, Paris, France

^g Medical and Infectious Diseases Intensive Care Unit, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Bichat-Claude-Bernard University Hospital, Paris, France

^h Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Sorbonne Université, INSERM, Paris, France

ARTICLE INFO

Article history:

Received 18 January 2021

Revised 1 March 2021

Accepted 11 March 2021

Available online xxx

ABSTRACT

Background: As SARS-CoV-2 continues to spread, a thorough characterisation of healthcare needs and patient outcomes, and how they have changed over time, is essential to inform planning.

Methods: We developed a probabilistic framework to analyse detailed patient trajectories from 198,846 hospitalisations in France during the first nine months of the pandemic. Our model accounts for the varying age- and sex- distribution of patients, and explore changes in outcome probabilities as well as length of stay.

Findings: We found that there were marked changes in the age and sex of hospitalisations over the study period. In particular, the proportion of hospitalised individuals that were >80y varied between 27% and 48% over the course of the epidemic, and was lowest during the inter-peak period. The probability of hospitalised patients entering ICU dropped from 0.25 (0.24–0.26) to 0.13 (0.12–0.14) over the four first months as case numbers fell, before rising to 0.19 (0.19–0.20) during the second wave. The probability of death followed a similar trajectory, falling from 0.25 (0.24–0.26) to 0.10 (0.09–0.11) after the first wave before increasing again during the second wave to 0.19 (0.18–0.19). Overall, we find both the probability of death and the probability of entering ICU were significantly correlated with COVID-19 ICU occupancy.

Interpretation: There are large scale trends in patients outcomes by age, sex and over time. These need to be considered in ongoing healthcare planning efforts.

Funding: INCEPTION.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

1. Introduction

The rapid nature of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) spread placed unprecedented strain on healthcare facilities around the world. Many countries enforced

restrictions to avoid their healthcare system from being overwhelmed [1,2]. Accurate projections of healthcare needs can help plan the pressure on the healthcare system, try to prevent them from reaching capacity and ensure they are well equipped to deal with increasing demand [3–5]. We thus need a robust understanding of pathways patients take at hospital, including the duration of hospital stays and need for intensive care treatment, and how this changed over the course of the pandemic. The mass of patient data gathered in countries that have experienced large pandemic waves can provide invaluable insight on these parameters. This is the case of France, which has experienced two large epidemic peaks in the nine-month period since the virus was first detected in the country.

* Corresponding author at: Department of Genetics, University of Cambridge, Cambridge, UK

** Corresponding author at: Mathematical Modelling of Infectious Diseases Unit, Institut Pasteur, UMR2000, CNRS, Paris, France

E-mail addresses: hs743@cam.ac.uk (H. Salje), simon.cauchemez@pasteur.fr (S. Cauchemez).

¹ These authors contributed equally to this work.



SANITARY CAT-CORONAVIRUS

Rifirrafe between an anesthesiologist from Bellvitge and an intensivist from Vall d'Hebron



DRAFTING

06/15/2020 5:52 PM

Barcelona, Jun 15 (EFE) .- The management of the Vall d'Hebron Hospital has distanced itself from the opinion of the coordinator of the critical unit of this center, Jesús Martínez, who attributed the leadership in the fight against covid to the intensivists in response to an



Implication of the Anaesthesiology and Resuscitation Services in the SARS-CoV-2 pandemic. A real, cost-effective solution to an unprecedented health crisis¹

Implicación en Cataluña de los Servicios de Anestesiología y Reanimación en la pandemia por SARS-CoV-2. Una solución real coste-efectiva para una crisis sanitaria sin precedentes

To the Editor,

The SARS-CoV-2 coronavirus pandemic has tested the capacity of the entire healthcare system to the limit. This is particularly true of critical care units, which have had to double or triple their capacity to cater for demand. Post anaesthesia care units and other units in the surgical suite have played a fundamental role in preventing the collapse of critical care units. These units, which include certain Reanimation units, Post Anaesthesia Care Units (PACU) and operating rooms managed by the Anaesthesiology and Reanimation Service, are overlooked by hospital management and health services because they are not part of the critical care bed management system in many hospitals, even though they have all the intensive care units resources recommended by anaesthesiology scientific societies.¹

The transition in recent years from acute care hospitals to institutions aimed primarily at surgical patients has made Anaesthesiology and Resuscitation Services one of the largest hospital departments. A crisis such as the current pandemic inevitably involves suspending a large proportion of elective surgeries, and this has freed up expert personnel such as qualified anaesthesiologists and allowed them to be reassigned to critical care units.²

At the beginning of the pandemic, the Catalan Society of Anaesthesiology, Reanimation and Pain Therapy (SCARTD) contacted the service managers in Catalan hospitals to ask how many care units they had available. Once the stage of surgery cut-backs had been reached, a 12-item online survey was designed to evaluate the real participation of personnel from the Anaesthesiology Services. The questionnaire was sent to all the heads of Anaesthesiology and Reanim-

ation Services in tertiary, secondary and regional public and private hospitals in Catalonia. A total of 41 completed questionnaires were received between 30 April and 6 May 2020.

The main conclusions that can be drawn from this survey are as follows: (1) The hospitals polled had, in aggregate, 796 critical care beds officially available before the COVID-19 pandemic. Of these, 199 (25%) were administratively assigned to the Anaesthesiology Services of these hospitals. (2) During the COVID-19 pandemic, the number of beds assigned to critical patients increased from 796 to 1674 (210%), of which 729 (43% of the total) were managed and staffed by Anaesthesiology Services. This is an increase of over 350% compared to the number of pre-pandemic beds available (from 199 to 729 critical beds). (3) All the hospitals polled reported that a large number of anaesthesiologists have been involved in the care of critical COVID-19 patients. In 53.7% of hospitals, anaesthesiologists have been in charge of the medical care of critical patients, and in the remaining hospitals anaesthesiologists have formed part of multidisciplinary teams. (4) To take on these responsibilities, members of the Anaesthesiology Services have had to change their work schedules and have been responsible for airway management in COVID-19 patients. (5) A total of 732 anaesthesiologists, 67% of the entire staff of anaesthesiologists, were assigned to the direct care of COVID-19 patients. The remaining 33% were assigned to urgent and/or non-deferrable surgery, with occasional contact with COVID-19 patients.

The survey shows that successful management of future health crises will depend on the availability of clinical structures that can be effectively and efficiently adapted to care needs arising at any given moment. Another key component is qualified personnel, such as anaesthesiologists, who have the technical know-how and clinical expertise required to care for critically ill patients.³ It is essential to factor in the beds and staff available in the Surgical Suite when the need arises to increase the capacity of critical care units. Including these multipurpose spaces attended by anaesthesiologists in bed management systems would allow hospitals to maintain their quality of care and would provide a cost-effective solution to the problem of increased demand in future crises, such as COVID-19 or other pandemics, mass casualty incidents, etc.

Annex 1. Study authors and signatories

¹Board of the Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor (SCARTD)

¹ Rosa Ma Villalonga Vadedell. Chair

¹ Xavier Sala Blanch. Vice-chair

¹ Jaume Roig Solé. Secretary

¹ Xavier Garcia Eroles. Treasurer

¹ Carles Morros Viñoles. Member

¹ Ricard Valero Castell. Member

¹ Marc Bausili Ribera. Member in charge of Internet

¹ Ana Pedregosa Sanz. Member in charge of education

¹ Please cite this article as: Villalonga Vadedell RM, Sala Blanch X, Roig Solé J, Garcia Eroles X, Morros Viñoles C, Valero Castell R, et al. Implicación en Cataluña de los Servicios de Anestesiología y Reanimación en la pandemia por SARS-CoV-2. Una solución real coste-efectiva para una crisis sanitaria sin precedentes. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2021;68:114-116.

¹ Gerard Sergi Angeles Flite. Member in charge of residents.

² Head of Service, ³ Head of Anaesthesiology and Reanimation Critical Care Unit in Catalonia, and ⁴ Member of the SCARTD critical care division

² Santiago Abreu Paradell. Head of Service. Hospital d'Igualada.

^{2,4} Ramon Adalia Bartolomé. Head for critical care H. del Mar - Parc de Salut Mar.

² Astrid Álvarez Pérez. Head of Service. Hospital Universitario Sagrat Cor.

² Núria Amigó Bonet. Head of Service. Pius Hospital de Valls.

² Rosa Asbert Sagasti. Head of Service. Hospital Universitario Mútua Terrassa.

² Francesca Barbal Badia. Head of Service. Hospital Sant Rafael.

⁴ Albert Carramiñana Domínguez. Critical Care Unit Hospital Clínic.

² Javier Maillan Bello. Hospital Universitario Quirón Dexeus.

² Susana Manrique Muñoz. Head of Service. Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

² Graciela Martínez Palli. Head of Service. Hospital Clínic.

² Lluís Martínez Jérez. Head of Service. Hospital Municipal Badalona.

² Josep Masdeu Castellví. Head of Service. Hospital Moisès Broggi.

² Jordi Mercadal Mercadal. Critical Care Unit Hospital Clínic.

² Antonio Montero Matamala. Head of Service. Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

² Onet Morales Torres. Head of Service. Hospital de Palamós.

² Ma Lluïsa Moret Ferron. Head of Service. Hospital Plató.

² Enrique Moret Ruiz. Head of Service. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

² Lluís Muñoz Falcón. Head of Service. Hospital Sant Joan



Coronablog | Paus vraagt vaccins te delen met arme landen

Volg hier alle recente ontwikkelingen over de coronacrisis.

Vandaag om 12:41 Binnenland