



## **Hoorzitting bijzondere commissie “belast met het onderzoek naar de aanpak van de COVID-19-epidemie door België” – Kamer van Volksvertegenwoordigers**

**29 januari 2021**

***Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder & Marc Geboers, directeur algemene ziekenhuizen***

### **Inleiding**

Het afgelopen jaar beleefde de hele samenleving een bijzondere tijd. De zorg stond nooit zo onder druk. De coronacrisis had een zware impact op het persoonlijk leven van iedereen, voor de zorg was het bijwijken een zeer stevige stretchoefening. Het was bovendien een wake-up call: we verkenden de grenzen van wat we kunnen beheersen en controleren. De overgrote meerderheid onder ons achtte een jaar geleden een wereldpandemie van deze proporties als een onrealistisch scenario.

Er zijn al veel evaluaties gemaakt over de aanpak van de coronacrisis in ons land. Daarin was vaak heel scherpe kritiek te horen; ook Zorgnet-Icuro formuleerde soms stevige kanttekeningen en stelde kritische vragen. Laat ons echter ook voor ogen houden zowat alles in het beheersen van deze crisis nieuw was, voor iedereen. Ervaring ontbrak, vaak was het een beetje try and error. Tegelijk zagen we bij iedereen een ongelooflijke drive om het goed te doen.

De spanningsvelden waren legio. Het beleid moest voortdurend afwegingen maken tussen fysieke gezondheid en psychisch welbevinden, tussen strenge maatregelen en het draaiende houden van de economie, tussen de drang naar autonomie en vrijheid en het collectief belang. De noodzaak om snel te handelen stond soms een grondige ethische reflectie in de weg. Maar de maatregelen waren noodzakelijk om onze gezondheidszorg niet te doen instorten; bij momenten was de implosie niet veraf.

De crisis leerde ons ook het enorme belang van het menselijk kapitaal in de zorg. Nooit bleek zo duidelijk dat zorg in de eerste plaats mensenwerk is, alle technologische vooruitgang ten spijt. Het vermogen van de zorg om de crisis de baas te kunnen was uiteindelijk vooral begrensd door de beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleid personeel.

### **Ziekenhuizen en de HTSC**

De ziekenhuizen hadden noodplannen voorbereid om op allerlei soorten van calamiteiten te kunnen reageren, ook voor de verspreiding van infecties. In het verleden werden plannen opgemaakt om het hoofd te bieden aan bv. de Mexicaanse griep, SARS, Ebola... Deze pandemie was echter van zo'n grote omvang dat de noodzakelijke maatregelen de theoretische en praktische voorbereidingen ver overtroffen. Alle componenten van deze pandemie waren wel beschreven in de noodplannen maar de schaal overtrof elke voorstelling die men zich ooit van een dergelijke gebeurtenis had gemaakt.

Het is duidelijk dat uit deze bijzondere crisis heel wat lessen te trekken zijn. Zowel de individuele ziekenhuizen, de koepelorganisatie als de overheid maakten een evaluatie van de crisis (bv. de KCE-studie over het functioneren van de HTSC). Die evaluaties leverden heel wat nuttige informatie over welke aspecten meer aandacht verdienen. Het verdere verloop van de pandemie in de tweede golf en tot op vandaag, toont aan dat er zich voortdurend nieuwe uitdagingen stellen die nieuwe collectieve oplossingen vragen. Flexibiliteit en leiderschap zijn hierbij essentiële voorwaarden.

De globale aanpak door de ziekenhuizen moet als positief bestempeld worden. Er was een grote flexibiliteit om de nodige maatregelen te nemen, ook al was de druk bijzonder groot. Het stopzetten van alle reguliere activiteit zette bijkomende stress op de ziekenhuizen. In het begin was er bijvoorbeeld veel onduidelijkheid over de financiële tegemoetkoming voor de kosten eigen aan deze pandemie, de gederfde inkomsten; ook de relatie met de artsen stond onder druk. Relatief snel werden er ook afspraken gemaakt met de andere sectoren, vooral met de ouderenzorg, om ondersteuning te geven.

De ziekenhuiskoepels waren vanaf het begin nadrukkelijk betrokken bij de aanpak van de pandemie. De deelname aan de HTSC was daarin cruciaal. Dat was zeker tijdens de eerste golf de centrale draaischijf voor informatie over het verloop van de pandemie en de noden op het veld. De lijnen met de ziekenhuizen waren zowel via de koepels als via de federale gezondheidsinspecteurs heel kort. De ziekenhuizen ervaarden vaak onduidelijkheid in de aanbevelingen en de te hanteren regels. Maar er werd vanuit verschillende hoeken initiatief genomen om dat zoveel mogelijk te ondersteunen. Zorgnet Icuuro organiseerden bijvoorbeeld minstens één keer per week een vergadering met alle ziekenhuizen om de stand van zaken door te nemen, de temperatuur te voelen op het terrein, informatie te verstrekken en toelichting te geven bij richtlijnen.

Het tekort aan persoonlijk beschermingsmateriaal tijdens de eerste golf was zeker het meest prangende probleem. De medewerkers in de frontlijn voelden zich onveilig in de aanpak van een virale pandemie waarvan de exacte omvang en gevolgen onduidelijk waren. Zij werden immers geconfronteerd met de potentieel meest besmettelijke patiënten met risico voor zichzelf en hun familieleden. Het totale gebrek aan transparantie over de beschikbaarheid van de middelen leidde in deze fase tot creatieve oplossingen die niet altijd afdoende waren en soms zelfs ronduit gevaarlijk waren.

Het is belangrijk om aan te stippen dat “en cours de route” tijdens zowel de eerste als de tweede golf er snel lessen werden getrokken en bijsturing werden gedaan. De beschikbare cijfers werden bijvoorbeeld op meerdere momenten verder bewerkt om een betere kijk te kunnen krijgen en de maatregelen te kunnen verfijnen. In de tweede golf kon op die manier een meer gelaagde aanpak toegepast worden waarbij niet alle electieve activiteit in de ziekenhuizen diende gestopt te worden, ook al was de druk op de ziekenhuizen veel groter dan in de eerste golf (meer covid-patiënten).

Er is, behalve via de HTSC, vanuit Zorgnet Icuuro geen contact geweest met buitenlandse instellingen.

Vanaf eind februari, begin maart 2020 was het duidelijk dat België/Vlaanderen niet zou gespaard blijven van deze pandemie. De beelden die ons bereikten vanuit China, Italië, Spanje waren alarmerend en het aantal geregistreerde gevallen nam geleidelijk toe aan een snel tempo. Er is dan ook zeer snel, vanaf deze periode, positief ingegaan op de uitnodiging van de overheid om hier een crisiscel rond uit te bouwen. In dit gezamenlijk overleg, dagelijks geïnstalleerd vanaf de eerste week van maart, werd de aanpak naar de ziekenhuizen toe besproken en gecommuniceerd. Het grote kantelpunt was de beslissing om electieve activiteit in de ziekenhuizen volledig te stoppen op vrijdag 13 maart. Vanuit Zorgnet Icuuro hebben we op die dag ook uitvoerig gecommuniceerd met de ziekenhuizen. Ook over het gehanteerde schema tot opbouw van de capaciteit aan intensieve

bedden, opvang op COVID-afdelingen en de te hanteren triage- en teststrategie tot aan de voordeur van de ziekenhuizen werd hier gecommuniceerd. In de tweede golf werd die aanpak verder verfijnd en meer gelaagd.

In de opvang van de Covid-patiënten in de ziekenhuizen was voldoende capaciteit op intensieve zorg de hoofdprioriteit. Beelden uit Italië waar bij onvoldoende capaciteit werkelijk vreselijke toestanden ontstonden, wilde men vermijden. Aanvankelijk was de impact op de woonzorgcentra niet helemaal duidelijk. Zij kampten ook met een tekort aan beschermingsmiddelen. De prioriteit lag echter volledig bij de ziekenhuizen om de nodige opvang te kunnen blijven verzekeren. De impact op de woonzorgcentra is in die eerste fase zeker onderschat geweest.

De opbouw van de triagecentra werd in Vlaanderen vergemakkelijkt door de organisatie van de eerste lijn in Vlaanderen en de binding tussen ziekenhuizen en die eerste lijn. De toevloed van patiënten zowel in de huisartsconsultaties, huisartswachtposten en spoedgevallendiensten, kon door deze gezamenlijke inspanning beter gekanaliseerd worden. Ook de noodzakelijke toegang voor niet-COVID pathologie op de spoed diende gegarandeerd te worden in een alternatief circuit.

Tijdens de eerste golf waren er heel veel vragen en uitspraken over de besmettelijkheid van het virus en de manier waarop het zich in zorginstellingen zou kunnen verspreiden. Veel van die vragen bleven onbeantwoord door onvoldoende evidentie. De nadruk bleef liggen op het blijven hanteren van de nodige basismaatregelen en het cohorteren van de Covid-patiënten. Afzondering, isolatie en cohortering waren op dat moment terecht de belangrijkste principes.

We stelden vast dat er op allerlei fora behoorlijk wat fake news circuleerde. Het ontcrachten van die berichten kostte behoorlijk wat tijd en energie, onder meer omdat dat fake news de genomen en aanbevolen maatregelen voortdurend doorkruiste en op de helling leek te zetten.

Elementen zoals de rol die ventilatiesystemen spelen in de mogelijke verspreiding in een ziekenhuis of woonzorgcentrum moet zeker verder bestudeerd worden.

De eerste golf heeft heel duidelijk aangetoond dat de kennis over de aanpak van infectieziekten in de woonzorgcentra moet aangescherpt worden. Er is hier al een aanzet toe gegeven maar dit dient structureel verder uitgebouwd en verankerd te worden. In ziekenhuizen werden opleidingen gegeven om maximaal gebruik te kunnen maken van de voorzorgsmaatregelen zowel qua materiaal als qua procedures en technieken.

We stellen vast dat in de tweede golf de problematiek van de beschermingsmiddelen zich nauwelijks heeft herhaald. De stock in de ziekenhuizen en woonzorgcentra hebben toegelaten om zonder problemen met deze beschermingsmiddelen, de tweede golf door te komen. De aangelegde voorraden zullen leidend moeten zijn in het voorspellen van de toekomstige behoefte. De verantwoordelijkheid ligt hier zowel bij een stock in de instellingen als op overheidsniveau om, waar nodig, bij te springen.

Het tekort aan zuurstoftoediening in de woonzorgcentra was het meest prominente operationele probleem in de sector, en dit met belangrijke implicaties. Het grootste probleem hier was om een exact zicht te krijgen op de beschikbare toestellen en die te matchen met de toenemende nood die zich tijdens de maand april manifesteerde. Finaal is hier wel een oplossing voor gevonden. Maar de woonzorgcentra waren toen al over de piek. In de tweede golf werden we hier niet meer mee geconfronteerd.

De tekorten aan beschermingsmateriaal, testmateriaal enz. bij het begin van de pandemie waren schrijnend. Er was een tekort aan transparantie over wat er precies gebeurde. De markt was totaal

ontregeld en de zoektocht naar middelen verliep op een chaotische en niet-gecontroleerde manier. De participatie aan de werkgroep van minister De Backer gaf meer transparantie aan de koepels, die de informatie aan de voorzieningen konden doorgeven. De splitsing tussen federale bevoegdheden en regionale bevoegdheden maakten het quasi onmogelijk om een volledig zicht te krijgen op de totale problematiek. Later in de crisis werd die behoefte aan informatie beter gekanaliseerd maar op het toppunt van de crisis was dit een majeur probleem.

De commandolijnen waren niet altijd duidelijk. De verschillende stations die moesten gepasseerd worden om bepaalde beslissingen te nemen, werkten vaak vertragend. Ook hier kan een meer transparante structuur de snelheid van beslissingen en de implementatie ten goede komen.

Zorgnet-Icuro heeft van bij het begin van de pandemie de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de woonzorgcentra beklemtoond. Tijdens de wekelijkse overlegmomenten werd aangedrongen op solidariteit, bv. qua delen van beschermingsmiddelen, ondersteuning door ziekenhuishygiënist en z. Vanzelfsprekend diende iedereen zijn prioriteiten te stellen waardoor de ondersteuning misschien pas echt ten volle tot ontplooiing kon komen toen de situatie in de ziekenhuizen stabiliseerde.

Er werden vrij vroeg richtlijnen voor een goed beleid bij oudere patiënten opgesteld. Deze richtlijnen werden ingegeven door de snelle toename aan patiënten in de ziekenhuizen en op de intensieve diensten. Het was een leidraad die bij een verdere oncontroleerbare groei kon worden gehanteerd. De vraag naar interpretatie van deze leidraad is meerdere keren in de schoot van de HTSC aan bod gekomen. Het resultaat was duidelijk en helder: dit is geen leidraad om patiënten die het nodig hebben om gehospitaliseerd te worden, de toegang tot het ziekenhuis te ontfangen. Wel werden in veel instellingen majeure en ethisch moeilijke afwegingen gemaakt of het nog zinvol was om patiënten vanuit een woonzorgcentrum te transfereren naar het ziekenhuis, rekening houdend met de wens van de patiënt/familie en de prognose van de patiënt. Er was vaak een razendsnelle achteruitgang van de algemene toestand van de patiënt waardoor een eventuele transfer niet meer relevant was.

De opschaling van de capaciteit in de ziekenhuizen werd opgestart begin maart. Vooral de inrichting van "nieuwe bijkomende" ICU-bedden was hierbij belangrijk. In principe ging men uit dat beschikbare capaciteit elders in het ziekenhuis (OK, recovery..) hiervoor zou worden gebruikt. Sommige ziekenhuizen kochten extra materiaal aan om deze episode door te komen. We willen hier ook wijzen op de bijzondere marktwerking waarbij heel wat zaken werden aangeboden die niet waargemaakt zijn.

De uitbouw naar een grotere capaciteit, vooral van intensieve bedden, doet de vraag rijzen hoe men hier in de toekomst dient mee om te gaan. Het gaat over dure infrastructuur, vooral wat betreft de nodige omkadering door hoog gekwalificeerd personeel. Een oplossing dient gezocht te worden om op een of andere manier een "surge capacity" achter de hand te houden. Er dient grondig gezocht te worden naar de meest praktische manier om dit optimaal te organiseren.

In de eerste periode van de eerste golf, na het stoppen van de electieve activiteit, hebben de ziekenhuizen zeker geworsteld met de manier waarop men met het personeel diende om te gaan, niet in het minst omdat de duur van de crisis niet in te schatten was. Gezien de enorme werkbelasting werd heel veel intern personeel elders ingezet, ook de artsen (bv. ondersteuning op spoed, triagecentra, covid-afdelingen enz.). Desalniettemin waren er personeelsleden die niet elders konden worden ingezet. Sommige personeelsleden hebben ondersteuning geboden in de woonzorgcentra.

De disseminatie van de wetenschappelijke inzichten gebeurde heel snel. Zeker onder intensivisten was er een zeer intense uitwisseling van ervaringen. Er verschenen heel snel heel wat artikels over vermeende of echte goede effecten. Die informatie leed echter onder een voldoende kritische evaluatie waardoor ook in de wetenschappelijke literatuur vaak zaken dienden te worden teruggetrokken of gecorrigeerd.

Het spreiden van patiënten werd tijdens de eerste golf als een “last resort” beschouwd. Tijdens de tweede golf werd dit meer systematisch aangepakt maar was er vanuit ziekenhuizen soms weerstand om transfers naar elders te organiseren. Het gebruik van de omliggende netwerkziekenhuizen was hierbij een hulp, maar gezien de vaak regionale opstoten was dat niet altijd haalbaar. De spreiding in de tweede golf heeft er in ieder geval toe geleid dat bijna overal een deel van de electieve activiteit is kunnen behouden blijven.

Wat betreft de beschermingsmiddelen kunnen we post-factum alleen vaststellen dat het beleid het gebruik van mondmaskers anders had moeten aanpakken. Er waren inderdaad richtlijnen om het gebruik te beperken. We zouden nu op een heel andere manier tewerk gaan maar dat neemt niet weg dat we op dat ogenblik ook met een tekort werden geconfronteerd en dat de markt totaal verstoord was. Dat de maskers op dat moment voorbehouden werden voor de gezondheidswerkers, is zelfs achteraf bekeken, niet geheel onlogisch. Maar een bredere verspreiding, zeker in de woonzorgcentra, was wenselijk.

In de eerste golf was er ook onvoldoende testmateriaal. Ook hier werden prioriteiten gesteld om de schaarse middelen optimaal in te zetten. Zowel het materiaal als de capaciteit om de testen te verwerken waren in het begin bottle-necks. De samenwerking op veel plaatsen tussen ziekenhuizen en eerste lijn hebben zeker de beschikbaarheid van de spoeddiensten mee ondersteund.

Het gebruik van de schakelzorgcentra is eerder beperkt gebleven. De reden hiervoor is het onduidelijk profiel van de patiënten die hiervoor in aanmerking komen. Op zich was het idee positief, namelijk die mensen ontslaan uit het ziekenhuis die medisch niet langer in het ziekenhuis moeten zijn maar die nog omkadering nodig hebben. Maar blijkbaar is deze groep niet altijd duidelijk af te lijnen of ging het om minder mensen dan aanvankelijk werd ingeschat.

De opstart van de gegevensverzameling is vrij snel kunnen verlopen. De noodzakelijke parameters werden begin maart omschreven en de ziekenhuizen werden gevraagd om die via twee wegen aan te reiken: de ICMS registratie en de Sciensano-registratie. Aanvankelijk moesten enkele ziekenhuizen worden aangemaand om hun gegevens in te voeren, maar al snel liep dit behoorlijk goed. De betrouwbare cijfergegevens vormden de basis voor de strategie. Gaandeweg is de statistische verwerking met een aantal afgeleide parameters ingevoerd die ook ondersteunend waren voor het nemen van beleidsbeslissingen naar de ziekenhuizen toe. Sciensano bleef ook de bron van informatie voor diverse Covid-richtlijnen.

Door de deelname van de regio's aan het HTSC waren de communicatielijnen van het beleid naar de ziekenhuizen zeer kort en eenduidig. Waar misverstanden ontstonden, konden die snel uitgeklaard worden in de schoot van het HTSC. De aanpak van de situatie in de woonzorgcentra werd gevoerd vanuit de regio's en hier was de lijn niet altijd helemaal duidelijk. Dit gaf aanleiding tot wrijving en slechte communicatie op sommige momenten. Ook de evolutie naar een meer gestructureerde aanpak in de Task Force in Vlaanderen heeft meer duidelijkheid gegeven. Er was vanaf dat moment ook meer inzicht in de cijfers in de collectiviteiten, materiaal, zuurstof... en ook een gecentraliseerde aansturing van de richtlijnen en beleidslijnen, bv. rond het bezoek.

Al vrij vroeg in de eerste golf werd vanuit de federale overheid de toezegging gedaan om een financiële tegemoetkoming te organiseren ten belope van 1 miljard euro. Enige tijd later, toen

duidelijk werd dat dit onvoldoende zou zijn om de financiële impact van de pandemie op de ziekenhuizen te compenseren, werd hier een tweede schijf van 1 miljard euro aan toegevoegd. Dit heeft de cashflow van de ziekenhuizen zeker mee ondersteund. Maar het is duidelijk dat dit niet alle verloren inkomsten uit de verminderde tot afwezige activiteit zal compenseren. En dat terwijl de financiële situatie van de ziekenhuizen in normale omstandigheden al behoorlijk precair is. We denken hierbij aan de compensatie van niet aangerekende supplementen, inkomsten uit niet-klinische ziekenhuisactiviteiten (zoals bv. de parking). Ook de mate waarin de compensatie voorwaardelijk is gemaakt van bv. de evolutie van de supplementenregeling en de financiële afspraken met de artsen, is voor ziekenhuizen nog steeds een moeilijk item. De compensatie van effectief gederfde inkomsten laten hangen van een reeds enige tijd aanslepende discussie over financiële items die weliswaar belangrijk zijn, maar in se niet gerelateerd zijn aan de crisis, lijkt niet logisch. Overigens werd beslist (terecht) om in de COVID-periode de aanrekening van supplementen te supprimeren. We hebben voorlopig nog geen zicht op wat dit finaal voor de ziekenhuizen gaat betekenen. We verwachten wel dat dit voor de meerderheid van de instellingen een negatief effect zal hebben op hun resultaat in 2020.

We zien een grote vermoeidheid en een zware impact op de mentale weerbaarheid van de medewerkers. Dit is tijdens de crisisperiode nauwgezet opgevolgd via de enquête “De Zorgsamenbarometer”. De weerslag op de arbeidsvreugde is immens. De onderfinanciering heeft, zowel in de ziekenhuizen als in de woonzorgcentra, een duidelijke impact op de bestaafsnormen. De daadwerkelijke nood aan omkadering van bv. COVID-patiënten ligt veel hoger dan bij de gemiddelde patiënt op intensieve zorg.

### **Beleidsaanbevelingen**

Zorgnet-Icuro roept het beleid op om na de coronacrisis niet terug te keren naar *business as usual*. We schuiven vijf grote beleidsaanbevelingen naar voor:

1. Investeer in een solidair zorgsysteem
2. Maak werk van een realistisch en goed HR-beleid voor de zorg- en welzijnssectoren en een flexibele arbeidsorganisatie
3. Betrek en responsabiliseer de stakeholders
4. Zorg voor heldere communicatie gebaseerd op wat we weten
5. Reorganiseer de staatsstructuur

### **Extra toelichting op de vragen gesteld tijdens de parlementaire hoorzitting van 29 januari 2021**

#### *Verschillen tussen de diensten intensieve zorg*

De richtlijnen over opname van COVID-19 patiënten op intensieve zorg kunnen tussen de ziekenhuizen verschillen. Dat hangt samen met de technische mogelijkheden van de dienst intensieve zorg in het desbetreffende ziekenhuis, de aanwezigheid van andere types van observatie op (semi)-intensieve diensten, de beschikbaarheid van permanentie door anesthesisten/intensivisten en/of internisten. Dit wordt ook duidelijk in het beeld van het aantal beademde patiënten. In de eerste golf werd vastgesteld dat het aantal niet-beademde patiënten erg kan verschillen. Dat is duidelijk gerelateerd aan de mogelijkheden inzake monitoring op niet ICU-diensten. Dit hoeft niet per definitie gerelateerd te zijn aan de mortaliteit van de patiënten. Dit is een bijzonder moeilijk te interpreteren parameter omdat de case-mix van de COVID-patiënten op intensieve zorg per ziekenhuis erg kan verschillen. Sommige ziekenhuizen brengen de meest zieke patiënten samen en

kunnen dus een hogere mortaliteit hebben in vergelijking met ziekenhuizen die vooral observatie op intensieve zorg doen van minder ernstige gevallen. De enige echt zekere conclusie die we kunnen maken - uit onderzoek van prof. G. Meyfroidt – is dat de mortaliteit van COVID-19 patiënten op bijgecreëerde bedden ICU hoger ligt dan op erkende ICU-bedden. Dat heeft deels te maken met de bestaffing van de bijkomende ICU-bedden. De ligduur van de COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen kan uiteenlopend zijn, maar is ook gerelateerd aan de wisselende case-mix van die patiënten. Begin april deden we hierover een bevraging die dat aantoonde, maar ook dat er grote verschillen kunnen zijn binnen het ziekenhuis zelf.

### *Artsen in opleiding*

Artsen in opleiding werden tijdens de pandemie mee ingeschakeld om de continuïteit, permanentie en klinische opvolging van de opgenomen COVID-19 patiënten mee te verzorgen. In de financiële tegemoetkoming die vanuit de FRZV en RIZIV ter compensatie werd voorzien, is er een gemarkeerd deel dat speciaal toegekend wordt aan de prestaties die door hen in dit kader geleverd zijn.

### *Doorverwijzingen*

In het spreidingsplan werd een geleidelijke opschaling doorgevoerd. In eerste instantie werden doorverwijzingen gedaan naar de ziekenhuizen in de onmiddellijke omgeving, vaak gekoppeld aan de structuur van de netwerken. Vervolgens werd getransfereerd naar ziekenhuizen in dezelfde provincie of net over de grenzen van de provincie. In de tweede golf zijn er bijvoorbeeld heel wat patiënten getransfereerd vanuit Brussel of Luik naar Vlaams-Brabant en Limburg. In uitzonderlijke omstandigheden werd een transfer over een grotere afstand doorgevoerd. Wij hebben bijvoorbeeld weet van een patiënt-transfer tussen Limburg en West-Vlaanderen op basis van goede persoonlijke contacten. De medische begeleiding berust op de bestaande afspraken waarbij een minimale aanvaardbare tijd wordt gebruikt voor deze transfer om het systeem van de dringende hulpverlening en de betrokken artsen tot een minimum te beperken. Defensie heeft ook dergelijke transfers voor zijn rekening genomen. Heel uitzonderlijk was er een vraag om dit transport via helikopter te laten verlopen. Dit werd dan in overleg met de federale gezondheidsinspecteur praktisch geregeld.

### *Financiering*

De FOD Volksgezondheid deed, op initiatief van de FRZV, een bevraging naar de reële meerkosten die de crisis met zich meebracht. Het ging daarbij om alle mogelijke kostenposten: beschermingsmateriaal, aanpassingen infrastructuur, opleiding personeel... De resultaten geven duidelijkheid over de behoefte aan extra financiële middelen ten gevolge van de crisis t.o.v. de “structurele onderfinanciering”.

### *Ventilatiesystemen*

De vraag naar de impact van ventilatiesystemen in de verspreiding van het virus in collectiviteiten is niet bestudeerd op zo’n manier dat er conclusies kunnen worden uitgetrokken. De meningen hierover lopen uiteen. In elk geval heeft Sciensano op een bepaald moment tijdens de eerste golf verklaard dat dit geen rol van betekenis speelt in de verspreiding van het virus. Dit aspect kan best verder onderzocht worden indien op basis van casuïstiek toch het vermoeden zou rijzen dat ventilatiesystemen een rol kunnen spelen. Tegelijk werd ook steeds benadrukt dat een goede ventilatie van binnenruimtes aanbevolen is.

### *Sneltesten*

Het gebruik van sneltesten in de ziekenhuizen is zeer beperkt gebleven. De overheid stond lange tijd zeer kritisch tegenover het gebruik van sneltesten. Ook in de Vlaamse woonzorgcentra werd het gebruik hiervan zeer lang (tot vrij recent) officieel ontraden, wegens onvoldoende betrouwbaarheid, behalve bij symptomatische personen. Er zijn wel meldingen geweest van instellingen die op eigen initiatief aankopen gedaan hebben. In de Task Force Testing van de Vlaamse Overheid is dit altijd zeer kritisch en eerder negatief benaderd geweest.

#### *Leveringen en stock van beschermingsmateriaal*

Tijdens de eerste golf is er een mix geweest in de ziekenhuizen van eigen aankopen van beschermingsmiddelen (waar dit mogelijk was) en leveringen vanuit de door de federale overheid aangekochte beschermingsmiddelen. Die werden geleverd via een push-systeem. De kwaliteit van deze leveringen werd niet altijd als voldoende ervaren. Vanaf het einde van de eerste golf is men gestart met de opbouw van een eigen stock enerzijds (zodra de markt dit toeliet) en de opbouw van een strategische stock op federaal en Vlaams niveau. De woonzorgcentra kunnen tot op heden beroep doen op leveringen vanuit deze Vlaamse stock. Het vooropgestelde doel dat aan de ziekenhuizen werd voorgesteld, is een interne strategische stock die drie maanden kan overbruggen tijdens een acute episode van de pandemie. Het is niet duidelijk op welke manier België zich hier verhoudt tot de ons omringende landen. Ons is niet bekend of er hierover gegevens beschikbaar zijn. De strategische stock van de Vlaamse overheid wordt tweewekelijks aan de sector toegelicht samen met de voorziene leveringsschema's van beschermingsmiddelen.

#### *Afschaling reguliere zorg*

De reguliere zorg werd tijdens de eerste golf radicaal on hold gezet. Enkel de behandeling van urgenties en (levens)noodzakelijke interventies waren mogelijk. Uit een eigen studie van Zorgnet-Icuro blijkt dat onder meer de oncologische zorg quasi onverminderd werd voortgezet. Tijdens de tweede golf was er een geleidelijke afbouw met de focus op het uitstellen van die interventies die niet onmiddellijk noodzakelijk zijn. De niet-chirurgische daghospitalisatie en de consultaties werden gedurende de hele tweede golf voortgezet. Onze cijfers tonen dat er minder terugval in activiteit te noteren viel dan tijdens de eerste golf. Ook het RIZIV volgt dit op basis van de facturatie op. Wellicht is er een nog meer verfijnd systeem mogelijk. De tweede golf ging in ieder geval gepaard met minder opmerkingen over uitstel van essentiële zorg of slechte opvolging van bijvoorbeeld chronische pathologie.

#### *Noodplannen*

Na de eerste golf stelde de HTSC de expliciete vraag naar de actualisatie van de ziekenhuisnoodplannen. Uit de bevraging van Zorgnet-Icuro naar "lessons identified" stellen we vast dat de meeste ziekenhuizen met hun crisiscel in de periode tussen de eerste en tweede golf kritisch naar hun noodplannen gekeken hebben en bijgestuurd waar nodig.

#### *Zuurstofconcentratoren*

De problematiek van het gebrek aan zuurstofcapaciteit in de woonzorgcentra werd door Zorgnet-Icuro gedetecteerd voor dit probleem concreet aan de oppervlakte kwam. Er werd vooraf al contact opgenomen met de woonzorgcentra zelf en de leveranciers van deze toestellen (zuurstofconcentratoren). Beide partijen waren op dat ogenblik zeer terughoudend in het geven van informatie over hun beschikbare capaciteit. Op het ogenblik van de crisis is dit met meer aandrang bevraagd geweest. De vaststelling was, zoals toen in een quote werd gezegd "er is genoeg zuurstof voor de sector, maar het is niet correct verdeeld". De toestellen waren onderhevig aan een



hamstergedrag door de woonzorgcentra, die er zeker van wilden zijn om – indien nodig – in hun eigen noden te kunnen voorzien. De taskforce Shortages van minister De Backer bestudeerde allerlei pistes om dit probleem het hoofd te bieden. Dankzij een samenwerking tussen het FAGG, de apothekersvereniging, de koepels en BeMedTech werd half april finaal een oplossing gevonden. Er werd door de Vlaamse overheid een wekelijkse bevraging opgestart in de woonzorgcentra om zowel de behoefte als de beschikbaarheid te evalueren en te matchen. Er werd door de federale overheid een quotum van 2500 bijkomende zuurstofconcentratoren aangekocht. Er zijn nadien geen tekorten meer vastgesteld, ook niet tot tijdens de tweede golf.

#### *Afschaling op netwerk- en provinciaal niveau*

In de afbouwfasen van de tweede golf werd ervoor gekozen om de afschaling (een lagere fase van crisisbeheer) in de ziekenhuizen te laten gebeuren op netwerk- en provinciaal niveau. Dit om geen interne concurrentie tussen de ziekenhuizen te creëren en met de spreiding van opnames over de ziekenhuizen een gelijklopende relance te creëren. Dit had als neveneffect dat ziekenhuizen waar de bezetting van de bedden door de COVID-19 patiënten sneller daalde, er ook meer kans was op ongebruikte bedden. Wanneer individuele ziekenhuizen op die manier dreigden om een globale daling van niveau te hypothekeren, werd de mogelijkheid van spreiding tussen de ziekenhuizen besproken. Dit principe van onderlinge billijkheid tussen de ziekenhuizen heeft grosso modo wel goed gewerkt. Maar het is een systeem dat zeker in de toekomst nog kan bijgestuurd en verfijnd worden. De HTSC moet nog verder bekijken hoe dit best gebeurt.

#### *Samenwerking ziekenhuizen - woonzorgcentra*

Zorgnet-Icuro drong al heel vroeg in de eerste golf aan op solidariteit tussen de ziekenhuizen en de woonzorgcentra. Er was minstens eenmaal per week een overleg met alle algemene ziekenhuizen waar alle lopende problemen werden besproken. Gezien de schrijnende tekorten aan materiaal in de woonzorgcentra drongen we steeds aan op solidarisering van de beschikbare beschermingsmiddelen. Ook de ondersteuning naar kennis, specifieke inzichten betreffende hygiënemaatregelen, ondersteunende site-visites, ter beschikking stellen van personeel, werden hier aangekaart. Dit werd ondersteund met concrete voorbeelden van good practices zoals bv. in de regio van Tienen. Nog concreter werd ook bepleit dat bij transfer van een patiënt vanuit het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum het noodzakelijke beschermingsmateriaal zou worden meegegeven. Dit werd door de Vlaamse overheid overgenomen als richtlijn in het ontslagbeleid van patiënten uit het ziekenhuis.

#### *Gebruik beschermingsmiddelen*

Een bevraging toont aan dat er tussen de ziekenhuizen opvallende verschillen zijn in het gebruik van beschermingsmiddelen zoals mondklappers, handschoenen, beschermerschorten enz. Een echte objectieve reden kon hiervoor niet gevonden worden. Wellicht hangt dit samen met de gehanteerde richtlijnen in de individuele ziekenhuizen. Dit is tot op heden nog niet verder onderzocht geweest.