

Dank aan de zorgverleners

1000 x dank aan de zorgverleners voor al hun inspanningen, vooral in deze moeilijke tijd!

Al meer dan een jaar leven we in een situatie die onze manier van leven radicaal veranderd heeft. De COVID-19-crisis is een ongekende gezondheids crisis die zowel qua duur, als qua omvang uitzonderlijk is. Ze beïnvloedt radicaal het dagelijkse werk van de verpleegkundigen en andere zorgverleners.

Sinds het begin van de pandemie zitten de zorgverleners in de vuurlinie en geven ze het beste van zichzelf. Ze staan steeds paraat om de patiënten te helpen. Ondanks hun zware werkdruk proberen de verpleegkundigen dagelijks de patiënten met warme zorg te omringen. Of het nu thuis, in het ziekenhuis of in een woonzorgcentrum is, de verpleegkundigen staan garant voor kwaliteit en betekenen een geruststellende aanwezigheid aan onze ouders, vrienden, familieleden, zieken of voor zij die niet langer voor zichzelf kunnen zorgen.

Het uitvoeren van de taken tijdens een pandemie, achter een plexiglas of met een masker en beschermende kledij, is een hele uitdaging. De zorgverleners hebben hun medeleven en zorg voor hun patiënten nog moeten verhogen.

We hebben allemaal ons aandeel in het beschermen van onze omgeving en in het verminderen van de druk op ziekenhuizen. Om de pandemie in te dammen, moeten we in gedachten houden dat we de basisregels (een goede handhygiëne, het dragen van een masker, het respecteren van afstandsregels ...) moeten blijven respecteren, want onze ziekenhuizen staan al lang op de rand van verzadiging. Voorzichtigheid blijft dus ook in de komende maanden nog de boodschap!

Houd vol! Zorg voor jezelf! Immers, de gezondheid van iedereen hangt ervan af.

Annick Poncé

directeur-generaal ad interim

Een “bovenmenselijke prestatie”

Interview met Marcel Van der Auwera



Marcel Van der Auwera is het diensthoofd dringende hulpverlening (DGH), bevoegd voor de individuele en collectieve hulpverlening, medisch en psychosociaal, planmatig en curatief, vanaf de oproep 112 tot aan de deuren van de spoedgavendienst.

Op 23 april 2021 kon je hem tijdens de [persconferentie "coronavirus"](#), die de stand van zaken opmaakte van de pandemie in België, aan het werk zien. Het gaat om een collega van ons. Marcel Van der Auwera volgt de situatie in de ziekenhuizen op van minuut tot minuut. Die dag schetste hij, ondersteund door talrijke grafieken, de precaire situatie. De afdelingen intensieve zorgen stonden sinds maart opnieuw onder druk. “Er zijn ziekenhuizen die momenteel geen vrije bedden op intensieve zorgen meer hebben. Het ontbreekt aan personeel om de capaciteit te verhogen. De afgelopen 6 maanden heeft het personeel op intensieve zorgen aan 110% gewerkt. Sinds meer dan een maand presteren ze zelfs aan 130%. Hoe lang kunnen we dit nog van onze zorgprofessionals vragen?”. Een prestatie die hij als “bovenmenselijk” omschreef. Gelukkig is het tij inmiddels gekeerd en neemt de epidemie gas terug. Op onze uitnodiging en iets minder gebukt onder de druk, nam hij de tijd om een paar vragen te beantwoorden.

Wat was de grootste moeilijkheid waarmee u geconfronteerd werd sinds het begin van de coronacrisis? Welke aanpak heeft u gehanteerd bij het zoeken naar een oplossing?

De constante zoektocht naar het ideale evenwicht tussen COVID en non-COVID-zorg, rekening houdend met de werkdruk en belasting van dit alles op het personeel binnen onze ziekenhuizen en binnen de pre-hospitaalzorg. De dialoog met de verschillende partners levend houden is de meest pertinente weg naar het vinden van een oplossing geweest.

Wat is uw rol binnen het comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC)?

Samen met Erika Vlieghe en Pedro Facon heb ik aan de wieg gestaan van het [HTSC](#).

Sinds Pedro Facon commissaris is geworden, heb ik het voorzitterschap van het HTSC op mij genomen.

Wat is de opdracht van het comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC)?

Het HTSC staat in voor het monitoren van het aantal en de aard van de COVID-19-patiënten in de algemene en universitaire ziekenhuizen. Daarvoor is het absoluut noodzakelijk dat alle algemene en universitaire ziekenhuizen dagelijks voor 11u hun gegevens ingeven via Sciensano en in het platform ICMS.

Daarnaast worden binnen het HTSC issues besproken inzake capaciteit, instroom, doorstroom en uitstroom waarmee de ziekenhuizen worden geconfronteerd. De ziekenhuiskoepels zijn het single point of contact om deze issues te verzamelen bij hun geaffilieerde ziekenhuizen en om deze issues aan te kaarten tijdens het dagelijkse comité.

Ten slotte is het de taak van het comité om beslissingen voor te stellen om de uitvoering van het Hospital and transport surge capacity-plan te verzekeren.

Binnen dit Comité werden een aantal [principes en acties](#) uitgewerkt met betrekking tot het medisch transport dat een kritieke randvoorwaarde is voor een goede werking van het Surge Capacity Plan voor de ziekenhuissector.

Hebben er zich tijdens de derde golf transfers tussen ziekenhuizen voorgedaan en hoe zijn deze verlopen ?

Er zijn tijdens de 3^{de} golf, van 1 maart tot en met 15 mei, 1112 transfers gerealiseerd.

Gezien de zeer hoge druk op de ziekenhuizen was het vinden van geschikte beschikbare plaatsen niet altijd een eenvoudige opdracht.

Wat is de grootste les die u geleerd hebt van deze coronacrisis?

Dat samenwerken nog altijd mogelijk is over de grenzen heen:

- ziekenhuiskoepels samen
- federaal met gefedereerde entiteiten

- federale overheidsdiensten samen
- internationaal

Vóór de coronacrisis steeg het budget voor dringende geneeskundige hulpverlening (DGH) van 25 naar 72 miljoen euro per jaar. Zijn deze middelen vandaag, gezien de huidige crisis, voldoende?

Vandaag is ons toelagebudget net geen 77 miljoen euro.

We weten dat er net geen 700.000 interventies per jaar zijn: dit kan dus ongeveer 42 miljoen euro aan facturatie-inkomsten genereren.

Dit is samen dus goed voor een werkingsbudget van ongeveer 119 miljoen euro.

Een berekening van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening heeft enkele jaren geleden berekend dat het minimale jaarlijkse werkingsbudget voor de DGH 145 miljoen euro zou belopen.

Zonder rekening te houden met de stijgende kosten, ook COVID-gerelateerd, kunnen we dus eenvoudig stellen dat er alsnog een structurele onderfinanciering bestaat van minstens 26 miljoen euro per jaar.

Een andere uitdaging die ziekenhuizen te wachten staat, is de vorming van de ziekenhuisnetwerken. Zullen er gevolgen zijn voor de organisatie van de DGH?

Vandaag beschikken quasi alle ziekenhuizen waar een spoedgevallendienst te vinden is over alle mogelijke specialiteiten. De prioritaire keuze voor de DGH is dan ook het dichtstbijzijnde ziekenhuis te vinden. Bij de creatie van de ziekenhuisnetwerken zullen we zeker meer rekening moeten gaan houden met het aspect 'adequate zorg' en dat afwegen tegen de 'dichtstbijzijnde'.

Meer info:

- [Comite-hospital-transport-surge-capacity-htsc](#)
- [Pv's van de IMC](#)

Bedankt aan Marcel voor dit interview!

Transfers tussen ziekenhuizen

Enkele cijfers

7461 is het maximum aantal gehospitaliseerde patiënten op 3/11/2020.

1.474 is het maximum aantal gehospitaliseerde patiënten op de intensive care op 9/11/2020.

1 tot 2 derde van de patiënten die op de intensive care zijn opgenomen, is beademd en geïntubeerd.

680 is het aantal ziekenhuistransfers tijdens de eerste golf.

1862 is het aantal ziekenhuistransfers tijdens de tweede golf.

1474 is het aantal ziekenhuistransfers tijdens de derde golf.

Interview met Divina Claes en Pascal Rosière, beide Gezondheidsinspecteur



opdracht ...

Divina Claes is 30 jaar en sinds 1 september begonnen als federaal gezondheidsinspecteur voor de cluster Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant. Van opleiding is ze psycholoog. In september 2020 had ze ons verteld: “Als federaal gezondheidsinspecteur zal er ongetwijfeld een wereld voor me opengaan, ik kijk er dan ook heel hard naar uit om iedereen op het terrein te mogen ontmoeten en de verschillende uitdagingen aan te gaan.” En dan kwam de tweede golf van de coronacrisis... Gezien de zeer hoge druk op de ziekenhuizen was het vinden van geschikte beschikbare plaatsen niet altijd een eenvoudige



Pascal Rosière werkt al jaren in de gezondheidssector. Hij is federaal gezondheidsinspecteur in Brussel sinds het begin van de coronacrisis.

Kruisgesprek.

Wat houdt de functie van een gezondheidsinspecteur in?

Pascal Rosière: De federale gezondheidsinspecteur treedt op plaatselijk niveau op als vertegenwoordiger van de federale dienst voor volksgezondheid bij dringende medische hulpverlening. Hij is de gesprekspartner van de gouverneur, de burgemeesters, de gezondheidswerkers en de burgers.

Pascal, welke rol hebt u gespeeld tijdens de crisis?

Pascal Rosière: Tijdens deze crisis was ik met twee collega's (de ene voor Vlaanderen, de andere voor Wallonië) betrokken bij het HTSC-comité om de verschillende partners in de federale en regionale departementen te informeren over de situatie in Brussel. Wij moesten ook, samen met de bevoegde centrale en regionale actoren, het concept van de testcentra, de organisatie van de stroom van ziekenhuistransporten, de organisatie van de toename in ziekenhuizen, het beheer van de transfers tussen ziekenhuizen, de verhoging van de capaciteit van de dringende geneeskundige hulpverlening en tegelijkertijd de keten van desinfectie van de voertuigen tot stand brengen, het bijstaan van lokale en regionale autoriteiten bij de uitvoering van specifieke gezondheidsmaatregelen, het evalueren van verzoeken om bijstand zoals die van woonzorgcentra of andere organisaties die federale bijstand nodig hebben, het beheren van de capaciteit van mortuaria, het uitleggen van gezondheidsmaatregelen aan gemeentelijke overheden, enz. maar ook om de dagelijkse uitzonderlijke situaties zoals branden te blijven beheren.

Divina, wat was uw rol bij de transfers?

Divina Claes: Tijdens de tweede golf was ik eigenlijk nog maar pas in dienst. Door de grote vraag naar transfers werd dit een fulltimebezigheid en op een bepaald moment zelfs meer dan fulltime. COVID stopt niet na de werkuren of tijdens het weekend. Wanneer er onvoldoende plaats was in een ziekenhuis, werd ik gecontacteerd met de vraag naar een transfer. Binnen mijn cluster (Antwerpen, Vlaams-Brabant, Limburg) zocht ik naar een geschikte plaats voor de patiënt, rekening houdend met de toestand in het betreffende ziekenhuis, netwerk en provincie en uiteraard ook met de toestand van de patiënt en de transportmogelijkheden (per ziekenwagen of per helikopter). Vervolgens was het cruciaal dat de betrokken artsen van het sturende en het ontvangende ziekenhuis met elkaar in contact kwamen om een vlotte overdracht te verzekeren.

Waren we voorbereid op zoveel transfers? Waren er al precedents voor zoveel transfers? Had een andere epidemie al eens zoveel transfers met zich meegebracht?

Divina Claes: Of er precedents waren, kan ik niet zeggen. Ik ben op deze job begonnen begin september, net voor de tweede COVID-golf in ons land. Wel waren er reeds procedures uitgewerkt met de buurlanden die transfers mogelijk maken, zij het op minder grote schaal. Het feit dat die samenwerking er reeds was, zal ongetwijfeld een bijdrage geleverd hebben voor de transfers naar het buitenland.

In eigen land zijn er ook reeds bestaande procedures die het mogelijk maken patiënten te transfereren naar andere ziekenhuizen. Vaak gaat het dan over meer gespecialiseerde ziekenhuizen voor bepaalde pathologieën (bv. brandwonden), of binnen het ziekenhuisnetwerk. Na de eerste golf zijn er lessen getrokken. Eén daarvan was de transportstrategie om zo betere hulpverlening te kunnen verzekeren. Dit heeft duidelijk een effect gehad.

Pascal Rosière: Overdrachten tussen ziekenhuizen bestaan al heel lang. Deze crisis heeft ze echter op een ongekend hoog niveau gebracht, waardoor coördinatie op federaal niveau nodig is om de patiënt in de meest geschikte intensive care-unit voor de behandeling op te nemen. Voor een oefening van deze omvang was de hulp nodig van het PECC (Patient Evacuation Coordination Centre) van defensie, die normaal gezien dergelijke

overbrengingen in militaire conflictzones organiseert, temeer daar een deel van de overbrengingen onze grenzen overschreed. Er werden ook helikopters ingezet.

Op welk moment werd er beslist om een patiënt naar een ander ziekenhuis te transfereren? Wie wordt op welk moment getransfereerd?

Divina Claes: Dat hangt heel sterk af van het betrokken ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen hebben een groot aantal intensieve bedden, anderen veel minder. Wanneer een bepaald percentage van de bedden bezet was, werd er aangeraden om te transfereren. Kort door de bocht: als er geen plaats meer is dus. Toch kan dat niet altijd. De patiënt moet ook nog stabiel genoeg zijn om op transport te kunnen. Verder werden ziekenhuizen (of ziekenhuisnetwerken in een later stadium) aangeraden 1 IZ-bed vrij te houden voor 's nachts, wanneer de toestand van een patiënt mogelijks verslechterd en van een gewone COVID-afdeling plots naar een intensieve afdeling moet gaan. Ook dat was niet altijd haalbaar. Op een bepaald moment zorgde UZ Leuven Gasthuisberg voor een reservebed 's nachts voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Sommige patiënten hebben ook meer zorg nodig dan in het ziekenhuis van oorsprong geboden kan worden. Patiënten die dialyse nodig hebben en COVID-positief waren bijvoorbeeld. Uit de eerste golf bleek ook dat het sneller opstarten van ECMO-behandelingen zijn voordelen had. Veel patiënten werden in de tweede en derde golf getransfereerd voor ECMO (Extra corporel Membran Oxygenation).

Pascal Rosière: Voor Brussel hebben transfers de ziekenhuizen in staat gesteld de behandeling van nieuw opgenomen patiënten voort te zetten. Zonder hen hadden we op het hoogtepunt van de crisis meer dan twee keer zoveel bedden op de intensive care moeten hebben.

Worden de transfers georganiseerd tussen ziekenhuizen die deel uitmaken van een ziekenhuisnetwerk?

Divina Claes: Ziekenhuizen behoren tot een netwerk om elkaar te ondersteunen waar nodig. Er hebben dan ook zeer veel transfers plaatsgevonden binnen deze ziekenhuisnetwerken. Aangezien binnen een netwerk reeds een samenwerking is opgebouwd, waren deze contacten gekend en werden transfers onderling georganiseerd zonder tussenkomst van de gezondheidsinspectie. Behalve wanneer een bepaald ziekenhuis bijvoorbeeld met een outbreak kampte, kwamen we uiteraard wel tussen om zo optimaal mogelijk het hoofd te bieden aan de situatie.

Wie beslist over het ziekenhuis van bestemming bij overplaatsing naar een ander ziekenhuis? Heeft u de mogelijkheid om rekening te houden met de kilometers die de familie zal moeten afleggen om de patiënt te bezoeken?

Divina Claes: Initieel werd daar zeker rekening mee gehouden. Net zoals met de moedertaal van de patiënt en diens familie. Jammer genoeg werd dit steeds minder mogelijk naarmate we vorderden naar de piek van de golf: elk ziekenhuis kampte met een toestroom van patiënten. Op zo'n moment is het aan mij, als gezondheidsinspecteur, om de beslissing te nemen. Ik heb een overzicht van alle ziekenhuizen binnen mijn cluster en op basis van de capaciteit die de ziekenhuizen dagelijks moesten ingeven, maakte ik een keuze van waar een patiënt naartoe gebracht zou worden. Uiteraard zeggen cijfers niet alles. Er kan op dat moment ook een plotse outbreak zijn in het ziekenhuis. Daarom was er steeds overleg met de hoofdarts alvorens de transfer in gang gezet werd.

Zowel in de tweede, maar zeker in de derde golf, werden we ondersteund door het PECC

(Defensie). De gezondheidsinspecteurs van de verschillende clusters hebben immers enkel een beeld van hun eigen cluster. Wij maakten een prioriteitenlijst voor onze eigen cluster op en het PECC had een algemener beeld waardoor hij kon bepalen welke cluster als eerste patiënten zou overnemen.

In de mate van het mogelijke hebben we geprobeerd om patiënten die aan de beterhand waren, zo snel mogelijk terug dichterbij hun familie te krijgen. Maar op de piekmomenten tijdens een COVID-golf is dat zeker niet evident.

Is er een speciaal fonds wat de transfers betreft? Kan je hier meer over vertellen?

Divina Claes: Ik weet dat er een speciale regeling is getroffen rond de transfers. Aangezien deze interhospitaal transfers vaak over langere afstand waren (over verschillende provincies heen en soms zelfs per helikopter), zou het kostenplaatje hiervan al snel hoog kunnen oplopen. Ook voor de ziekenhuizen was dit niet evident. Voor sommige transporten is een medisch team noodzakelijk, wat betekent dat dit team ook voor langere tijd niet in het ziekenhuis aanwezig kan zijn om andere patiënten te helpen. Verder werden ook extra middelen ingezet. Onder andere het Rode Kruis en Defensie hebben extra personeel en middelen ingezet om aan de grote vraag van transfers te kunnen voldoen. Omdat uit de eerste golf de lessen getrokken werden toch in te zetten op een transportstrategie, moest hier uiteraard ook een kostenplaatje aan vasthangen.

Pascal Rosière: De kosten van de interhospitaal transfers in het kader van COVID-19 werden gedekt door de FOD VVVL.

Divina, hoe bent u emotioneel omgegaan met de klachten die families eventueel uitten?

Divina Claes: Als gezondheidsinspecteur stond ik iets verder van de familie af. Ik denk dat voornamelijk de artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen hiermee geconfronteerd werden. Al besef ik zeer goed dat het voor de families niet evident is om een transfer toe te staan. Er zullen ongetwijfeld zeer veel emoties mee gepaard gaan. Toch probeerde ik steeds in mijn achterhoofd te houden dat een transfer noodzakelijk was en net voor meer overlevingskansen zou zorgen.

Pascal, wat vind je boeiend aan je job, zelfs in tijden van crisis?

Pascal Rosière: Het is een gevarieerde baan waarin zowel strategische als zuiver operationele aspecten aan bod komen. De dagen zijn gevarieerd en de agenda's worden regelmatig gewijzigd.

Divina, je begon in september 2020, net vóór de tweede golf. Hoe heb je dat aangepakt? Welke middelen hebben u geholpen om aan de crisissituatie het hoofd te bieden?

Divina Claes: Ik was inderdaad net drie weken bezig vooraleer de tweede COVID-golf startte. Ik was een onbekende voor velen, maar op een goede twee à drie weken tijd kende ik het gros van de partners ... en zij mij! Hoe heb ik dat aangepakt? Moeilijk te zeggen, gewoon gedaan. Als ik aan iets begin, doe ik het graag goed! Ik ben in het diepe gesprongen en heb geprobeerd boven te blijven. Niet altijd even gemakkelijk, maar het voordeel dat ik had, was dat ik nog maar net begonnen was en dus misschien niet goed wist aan wat ik me kon verwachten. Gewoon gedaan dus.

Eerlijk, het is best al wel een zwaar jaar geweest voor me. COVID heeft voor mij persoonlijk twee kanten. Enerzijds heeft het ervoor gezorgd dat ik zeer weinig begeleiding heb

gekregen in mijn nieuwe job en er dus zelf mijn weg in moest vinden. Hiermee wil ik mijn collega's niet met de vinger wijzen. Zij waren op dat moment namelijk al meer dan een half jaar onophoudelijk bezig. Ik kijk enorm hard naar hen op en heb al superveel van hen geleerd! Anderzijds is er ook een positieve kant voor mij. Op een maand tijd heb ik heel veel partners leren kennen, waar ik anders meerdere jaren voor nodig gehad zou hebben. Partners die ik ook graag even in de bloemetjes wil zetten, want iedereen heeft echt al enorm hard gewerkt de afgelopen 16 maanden en steeds kreeg ik vriendelijke mensen aan de lijn die allen hetzelfde doel hadden: een zo goed mogelijke hulpverlening voorzien voor de patiënten en hun familie.

Ik moet eerlijk toegeven dat die tweede golf als een waas voor me was. Dag en nacht vervaagden in elkaar en ook weekends kon ik niet meer onderscheiden van weekdays. Het is bij momenten behoorlijk zwaar geweest, maar ik kan eerlijk zeggen dat ik trots ben om deel uit te maken van de schakel.

Welke lessen kunnen we uit de crisis trekken?

Pascal Rosière: Wanneer we constructief blijven en ons richten op het welzijn van de burger, is het altijd mogelijk bevredigende oplossingen te vinden, ook al moeten we er soms veel energie in steken. Ik heb in mijn team geweldige persoonlijkheden ontdekt, die bereidwillig zijn en altijd aanwezig zijn wanneer dat nodig is.

Hoe verliep de samenwerking met Defensie?

Pascal Rosière: De medische dienst van Defensie heeft buitengewoon werk verricht. Het was een genoegen om op hun medewerking te kunnen rekenen. Op ons verzoek hebben zij bijstand verleend in rusthuizen, gemeenschappen, ziekenhuizen en medische transfers (tijdens de eerste golf). Tijdens een piek in de ziekenhuizen, leenden ze ons een tiental beademingstoestellen. Zij voerden tests uit in de rusthuizen. Zij zetten een vaccinatiecentrum op en ondersteunden onze DGH-ambulances. De civiele bescherming heeft ontsmettingen en cohorteringen uitgevoerd in de rusthuizen. Wij danken hen allen.

Bedankt aan Divina Claes en Pascal Rosière voor dit interview!