

COMMISSION SPECIALE  
CHARGE D'EXAMINER LA  
GESTION DE L'EPIDEMIE DE  
COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

LUNDI 28 JUIN 2021

Après-midi

BIJZONDERE COMMISSIE  
BELAST MET HET ONDERZOEK  
NAAR DE AANPAK VAN DE  
COVID-19-EPIDEMIE DOOR  
BELGIË

van

MAANDAG 28 JUNI 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.06 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.

La réunion publique de la commission est ouverte à 14 h 06 et présidée par Mme Kathleen Depoorter.

**Les hospitalisations et la mortalité liées au Covid-19: audition de M. Marcel Van der Auwera, chef de service Direction générale Soins de santé, SPF Santé public.**

**De COVID-19-gerelateerde ziekenhuisopnames en mortaliteit: hoorzitting met de heer Marcel Van der Auwera, diensthoofd Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid.**

De **voorzitster**: Goedemiddag collega's, mijnheer Van der Auwera, we zijn hier samen om de cijfers van de ziekenhuizen door te nemen. Ik geef u meteen het woord, mijnheer Van der Auwera.

**Marcel Van der Auwera** : Ik heb de eer en het genoegen om u cijfers te geven en daar duiding rond te brengen, maar ik heb de waarheid niet in pacht. Ik kan nu al zeggen dat ik op een aantal vragen geen antwoord kan formuleren, omdat het niet altijd eenvoudig is om op individueel niveau te zeggen waarom iemand overleden is of niet overleden is aan een ziekte. Ik kom duiding geven bij cijfers, die niet altijd even makkelijk te duiden zijn, omdat wij ook nog in grote mate veel vraagtekens plaatsen bij wat we zien en wat er de afgelopen maanden gebeurd is.

Ik sta er vooreerst op het volledige zorgpersoneel, niet alleen in de ziekenhuizen, maar ook in de woon-zorgcentra en de thuissituaties, te danken. Zij hebben het immers heel moeilijk gehad. Achter mortaliteitscijfers schuilt natuurlijk veel meer dan alleen maar cijfers. Voor familie en nabestaanden is iemand verliezen een zeer moeilijke en pijnlijke situatie en ook voor onze zorgverleners is een

patiënt verliezen vaak heel moeilijk. Daarom zijn het hier niet enkel cijfers; onze verpleegkundigen, zorgkundigen, logistieke helpers en artsen hebben de voorbije maanden het uiterste van zichzelf gegeven en hebben spijtig genoeg ook heel veel van hun patiënten zien vertrekken.

Bij de algemene cijfers is er het verschil tussen *surge* en *surveillance*. De surgecijfers zijn de dagelijkse ruwe cijfers van het aantal mensen opgenomen in het ziekenhuis, het aantal gehospitaliseerden, het aantal mensen aanwezig op intensieve zorg, het aantal mensen aan een beademingstoestel. Dat zijn cijfers zonder duiding, zonder enige vorm van achtergrond. Dat is dus zuiver cijfermateriaal. Het koninklijk besluit van 30 april 2020 maakt dat het geven van die cijfers dagelijks verplicht is. Ziekenhuizen worden geacht elke dag opnieuw die cijfers op te leveren. Zeven dagen op zeven worden die opgeleverd.

De surveillancegegevens zijn het resultaat van een vrijwillig door de ziekenhuizen in te vullen vragenlijst die Sciensano aanbiedt; de ziekenhuizen zijn daartoe niet verplicht.

Er is geen wettelijke basis om dat af te dwingen. Er wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om te rapporteren binnen de twee weken na opname van een patiënt en binnen de twee weken na ontslag van een patiënt. Surveillance gebeurt dus aan de hand van twee vragenlijsten, een bij opname en een bij ontslag. Het feit dat de surveillancegegevens niet verplicht zijn, maakt dat we in tegenstelling met de surgegegevens niet 100% van de patiënten epidemiologisch in beeld kunnen brengen en dan nog niet op het moment van de opname, maar pas twee weken later en na verwerking van de epidemiologische cijfers door Sciensano. Zo hebben wij voor de periode die ik u vandaag zal voorstellen, zijnde 15 maart 2020 tot 15 juli 2021, in de surgegegevens, dus de zuiver

mathematische gegevens, net iets meer dan 78.000 patiënten, nieuwe opnames in het ziekenhuis geregistreerd. Terwijl er in dezelfde periode bij Sciensano slechts 56.000 vragenlijsten werden geregistreerd. Er is daar sowieso een verlies aan gegevens, een verlies aan data.

Er zijn ook vragen naar de nieuwe opnames op intensieve zorg. Bij de surgegegevens, die we dagelijks opvragen, zijn we pas in maart 2021 de specifieke vraag beginnen te stellen naar het aantal nieuwe opnames op intensieve zorg. Voor die datum baseerden we ons enkel en alleen op het aantal nieuwe hospitalisaties, algemeen in het ziekenhuis. Wij hadden dus geen zicht op het aantal patiënten dat gehospitaliseerd werd en dat ook doorstroomde naar intensieve zorg. Wij zijn die gegevens extra beginnen op te vragen bij de ziekenhuizen in maart 2021, omdat er tijdens de derde golf een zeer opmerkelijk fenomeen werd geregistreerd: de cijfers van intensieve zorg stegen in de derde golf sneller dan de klassieke hospitalisatiecijfers.

Om daarop vat trachten te krijgen en te begrijpen wat er aan de hand was, hebben wij dat nieuwe item aan de surgevragenlijst toegevoegd. Sinds 25 april zijn wij dus de nieuwe opnames op intensieve zorg beginnen te registreren, maar in de periode van 15 maart tot 15 juni, die wij vandaag bespreken, heb ik dus maar 3.200 nieuwe opnames op intensieve zorg, terwijl – hier is het net omgekeerd – in de surveillancegegevens voor 7.250 patiënten gegevens beschikbaar zijn. Het cijfer van de 7.249 patiënten slaat natuurlijk wel op de volledige periode van bijna anderhalf jaar, terwijl maart 2021 tot juni 2021 maar drie maanden betreft.

Een ander belangrijk gegeven, ten slotte, is dat volgens de dagelijkse mathematische cijfers van het Hospital & Transport Surge Capacity Comité 14.455 overlijdens te betreuren zijn, terwijl er volgens de surveillancedata maar 10.190 vragenlijsten zijn waarbij de uitkomst van de hospitalisatie een overlijden bleek te zijn. Ik dien iedereen dus attent te maken op het gevaar van de surveillancegegevens. Wij hebben weliswaar 56.000 van de 78.000 opnames, maar wij hebben maar twee derde – 10.000 van de 15.000 – van de overlijdens in de surveillancegegevens, vandaar moeten wij zeer voorzichtig zijn met het interpreteren van louter en alleen surveillancegegevens, zonder dat zij heel duidelijk worden gekaderd of zonder dat wij er vraagtekens bij plaatsen. Wij kunnen ze niet als 100 % betrouwbaar beschouwen.

Vooraleer wij naar het aantal hospitalisaties kijken, neem ik toch ook nog heel even de tijd om de

landkaart van België in beeld te brengen voor het aantal *confirmed cases*. Als wij het aantal bevestigde covidpatiënten per 100.000 inwoners afzetten op een provinciale kaart, dan zien wij dat voornamelijk de Franstalige provincies het hardst getroffen werden, met Namen als koploper.

Le Hainaut et Liège suivent la province de Namur. Puis, la province de Luxembourg et Bruxelles ont été atteints pendant cette crise - du 15 mars 2020 au 15 juin 2021 - en comptabilisant le plus grand nombre de patients covid confirmés par habitant. Je vais me servir de cette carte au fur et à mesure de mon exposé. En effet, la géographie et le nombre de cas confirmés peuvent expliquer les choses, mais aussi susciter pas mal de questions. Je vais aussi vous en poser, parce que je ne dispose pas de toutes les réponses aux questions que nous nous posons en ce moment.

Passons donc aux chiffres des hospitalisations et des admissions en soins intensifs. Si nous regardons le nombre de patients admis pour cause de covid dans nos hôpitaux, à nouveau par 100 000 habitants, nous constatons que la tache en rouge foncé de Namur n'apparaît plus. Bien qu'elle comptât un grand nombre de cas confirmés, celui des hospitalisations pour cause de covid y est plus bas. Par contre, Bruxelles et le Hainaut sont en rouge. Cela signifie que, durant toute la crise - première, deuxième et troisième vagues -, ces deux provinces ont été touchées le plus fortement.

Je vais immédiatement donner un petit mot d'explication à propos des deux provinces de Brabant. Dans nos chiffres, nous faussons structurellement le Brabant wallon. En voici la raison: un des sites hospitaliers de cette province est enregistré sous son numéro d'agrément dont l'adresse administrative est Bruxelles, car il travaille en association avec un hôpital bruxellois. C'est pourquoi le nombre d'hospitalisations en Brabant wallon et celui des patients en soins intensifs dans la même zone sont faussés de manière structurelle. Pour ma part, je ne peux pas distinguer les patients hospitalisés sous ce numéro d'agrément à Bruxelles et en Brabant wallon.

Het verhaal Vlaams-Brabant is een beetje een ander verhaal, maar daar moeten we kijken naar Brussel. Brussel kleurt oranje, Vlaams-Brabant groen, maar de realiteit op het terrein toont ons dat heel wat bewoners van de Vlaamse rand rond Brussel zich ook wel keren naar ziekenhuizen in het Brusselse. Dus de hospitalisatiecijfers in het Brusselse worden zwaarder belast omdat een deel van de bevolking van Vlaams-Brabant ook naar Brusselse ziekenhuizen gaat om zich te laten hospitaliseren. Ik denk bijvoorbeeld aan de regio

Overijse, waar de helft van de mensen richting Leuven gaat en de andere helft richting Brussel. Of Ruisbroek, waar de keuze is tussen Halle en Brussel. Heel wat bewoners in de Vlaamse Rand rond Brussel kijken effectief wel naar Brusselse ziekenhuizen als zij gehospitaliseerd moeten worden. Vandaar dat zowel de provincie Vlaams-Brabant als de provincie Waals-Brabant telkens een zeer gunstig beeld geven. Er wordt echter structureel bijgeteld, hetzij door de aantrekkingskracht van de grotere ziekenhuizen in het Brusselse of omdat het erkenningsnummer van patiënten ook in Brussel gelegen is.

Ik kom nu tot het aantal gehospitaliseerde patiënten. Niet elke patiënt blijft even lang in het ziekenhuis. Het aantal effectief opgenomen patiënten op een bepaalde dag in een ziekenhuis kan verschillend zijn van de instroom op die dag. Wat betreft het aantal patiënten, gemiddeld genomen per dag aanwezig in de ziekenhuizen, merken we dat plots ook de provincie West-Vlaanderen oranje en zelfs donker oranje begint te kleuren. Henegouwen en Luik kleuren ook oranje en roodoranje en Brussel kleurt rood.

Ik heb hiervoor een mogelijke verklaring, maar opnieuw, neem die verklaring niet voor honderd procent waarheid. Wij proberen te interpreteren en dat is dus niet eenvoudig, omdat we niet alle patiëntendossiers tot in de details kennen en ook niet van alle patiënten de gegevens voor 100 % kennen.

Een mogelijke verklaring waarom West-Vlaanderen voor de vorige cijfers groen en voor deze cijfers oranje kleurt, kan het profiel van de patiënten zijn: een oudere bevolking die potentieel net iets langer in het ziekenhuis moet blijven, waardoor het aantal gehospitaliseerden op een bepaald moment net iets hoger is dan het aantal nieuwe hospitalisaties op dat moment. De cijfers voor de nieuwe hospitalisaties waren dus groen, maar die voor de aanwezigheid in het ziekenhuis kleuren in deze provincie oranje.

De provincies die rood kleuren, Henegouwen, Brussel en Luik, zijn ons niet onbekend. Tijdens de eerste golf van de crisis was er een enorme impact in Limburg. Tijdens de tweede golf herinneren we ons waarschijnlijk allemaal de beelden uit Luik, maar toch ook wel de tweede lockdown in Antwerpen. De provincie die altijd onder de radar is gebleven, is Henegouwen, maar daar kom ik zo dadelijk nog wel op terug.

À présent, si nous regardons cette même carte mais en visualisant le nombre de patients en soins intensifs, on voit qu'il est nettement élevé à Bruxelles. Précisons que la plate-forme de lits

hospitaliers est très grande à Bruxelles et qu'à nouveau, on a l'attrait du Brabant flamand et du Brabant wallon qui, de par les faits, se voient attribuer un nombre de patients peut-être bien hospitalisés en Brabant wallon mais comptabilisés à Bruxelles. On voit que pour l'entièreté de la crise, pour les trois vagues du 15 mars 2020 au 15 juin 2021, effectivement Liège, Namur et le Hainaut sont aussi colorés en orange, et le Hainaut en orange foncé, voire en rouge.

Om een beeld te geven van welke patiënten gehospitaliseerd worden, en om dat te kunnen interpreteren, hebben wij een aantal gegevens geselecteerd die ons pertinent leken om ze met u te delen. Deze gegevens hebben potentieel een invloed op de ligduur, maar zij hebben potentieel ook een invloed op de mortaliteit van deze patiënten.

La première variable que nous avons mise dans cette présentation en *slides* est l'âge des patients. Quel était l'âge des patients quand ceux-ci ont été hospitalisés pendant la crise covid? Vous voyez que la tranche d'âge du patient moyen - si on peut parler de patient moyen -, se situe pour 50 % entre 70 et 72 ans.

Dat zien wij op de BoxBot. Die BoxBot geeft effectief weer dat de meest gehospitaliseerde patiënten zich in de leeftijdsgroep 70-72 jaar bevonden.

Wanneer wij die gegevens proberen op te delen volgens provincie, en kijken of er verschillen zijn, zien wij het volgende.

Je fais ici référence au *slide* précédent pour la province de Flandre occidentale. Nous avons vu qu'en une fois, cette province devenait orange quand on regardait le nombre de patients hospitalisés. Ceci pourrait être une explication; l'âge moyen du patient en Flandre occidentale était plus élevé que l'âge moyen dans les autres provinces.

Daartegenover staat dat de leeftijd in Brussel merkelijk lager ligt bij hospitalisatie dan in de andere provincies.

Nogmaals, wij hier werken met surveillancegegevens waarbij wij niet voor de volle 100 % over de patiëntendata beschikken. Er werden mogelijk data niet gerapporteerd om redenen die ons onbekend zijn, omdat een uitkomst niet goed was, of omdat het patiëntenprofiel minder geschikt was, of minder aandacht kreeg om gerapporteerd te worden.

Maar wat de leeftijd betreft, zien wij een vrij

homogene verspreiding van de leeftijden over de provincies heen, met twee uitzonderingen: West-Vlaanderen, waar de patiënten net iets ouder zijn, en Brussel, waar de patiënten net iets jonger zijn dan in de rest van het land.

Ik kom nu tot de herkomst uit de woon-zorgcentra. De cijfers uit de woon-zorgcentra komen vooral uit de eerste golf. Wij weten dat wij toen heel sterke aanduidingen gehad hebben over bewoners van woon-zorgcentra. Er waren toen grote uitbraken en veel hospitalisaties. Wel, al bij al valt het aandeel van die patiënten nogal mee. Opnieuw, dit zijn surveillancegegevens, dus met de nodige voorzichtigheid te interpreteren.

Pour l'entièreté de la crise, nous voyons que, pendant les trois vagues, de 10 à environ 13,5 % des patients hospitalisés venaient de maisons de repos. En province de Luxembourg, ce pourcentage est un peu plus élevé. En province de Hainaut, il est effectivement aussi un tout petit peu plus élevé que dans les autres provinces. Mais à nouveau, le profil du patient, comme dans le profil des âges, le pourcentage de patients venant de maisons de repos n'est pas tellement différent de province en province.

Pourquoi avons-nous décidé de vous montrer cet élément aujourd'hui? Parce que nous pensons qu'une population fragilisée (résidents de maisons de repos) pourrait influencer le nombre de décès et, par conséquent, le chiffre de la mortalité dans nos hôpitaux.

L'admission en soins intensifs. Je reviens sur le fait que, en Brabant wallon, de façon structurelle, on ne compte pas un certain nombre d'hospitalisations ni en hospitalisation normale, ni en soins intensifs, parce que ces patients se retrouvent sous un numéro d'agrément bruxellois. Le fait d'avoir un peu moins d'admissions en soins intensifs en Brabant wallon peut, peut-être, être dû à ce fait-là, mais je ne peux pas le confirmer avec certitude.

Nous voyons que l'admission en soins intensifs se situe entre 14 et 16-16,5 % de la population hospitalisée, et que ce nombre d'admissions en soins intensifs est quasi partout dans cette même tranche. On voit, mis à part le Brabant wallon,

Met uitzondering van Waals-Brabant en West-Vlaanderen, waar het aantal toch een klein beetje lager ligt dan in de rest van het land, is het profiel van de patiënten die op intensieve zorgen terecht komen en het percentage van hun aandeel in het totaal aantal gehospitaliseerden, overal vrij gelijklopend zijn. Wij zien daar geen grote verschillen, of toch geen significante verschillen,

die ons naar verder onderzoek zouden sturen.

Ik kom bij de lengte van het verblijf in het ziekenhuis. Wij hebben al aangegeven dat een oudere bevolking mogelijk iets langer in het ziekenhuis moet verblijven. Wel, als wij naar de lengte van het verblijf kijken, blijkt dat 8 tot 9 dagen gemiddeld te zijn. Opnieuw, dit zijn surveillancegegevens. Mogelijk missen wij een aantal gegevens van patiënten die veel langer in het ziekenhuis gelegen hebben of die veel korter in het ziekenhuis gelegen hebben. Ik kan daarover geen 100 % zekerheid geven, maar in de gegevens die wij hebben, zien wij dat de meeste van die patiënten effectief een gelijkaardig traject vertonen, en dat er geen grote uitschuivers zijn wat de ligdagduur betreft. Die is vergelijkbaar van provincie tot provincie.

Eerlijkheidshalve moeten wij hier toegeven dat wij voor de provincie Luik de gegevens over de ligdagduur op intensieve zorgen niet hebben kunnen meenemen omdat het aantal vragenlijsten dat verkeerd werd ingevuld, ervoor gezorgd heeft dat de gegevens voor de provincie Luik uit de analyse werden geweerd.

On voit donc que le temps d'hospitalisation, qui est le premier petit carré vert clair, est d'environ 8 à 9 jours. Si un patient se voit admis aux soins intensifs, là, le nombre de jours d'admission devient plus important, car le nombre d'admissions en soins intensifs, qui est le carré vert foncé, est déjà de 8 à 9 jours. Les patients admis en soins intensifs ont une durée de séjour en hôpital de 16 à 17 jours.

Het grote verschil in de ligdagduur tussen patiënten is te vinden bij die patiënten die op intensieve zorg zijn opgenomen. Daar is de ligdagduur ongeveer het dubbele van een normale ligdagduur, maar u moet rekening houden met het feit dat deze patiënten ernstiger ziek waren en dat de helft van de opnametijd op intensieve zorg is geweest.

Voor de sterftecijfers verwijs ik naar de grafiek met de sterftecijfers doorheen de tijd - eerste golf, tweede golf, derde golf - en per provincie.

Vous pouvez constater que la mortalité suit le cours de cette pandémie et des trois vagues. Quand le nombre de patients augmente, le nombre de cas fatals augmente aussi.

Het aantal overlijdens neemt toe als er meer mensen besmet worden. Meer besmettingen betekent meer mensen die gehospitaliseerd worden en meer gehospitaliseerden betekent meer overlijdens ten gevolge van COVID-19. We zien dat doorheen de eerste, de tweede en de derde

golf. We zien ook hier dat er tussen de tweede en de derde golf niet echt een dalmoment is geweest. We zijn van de tweede golf overgegaan naar de derde golf zonder onze basislijn, onze nullijn terug te vinden.

On voit que les chiffres des décès sont différents d'une province à l'autre, mais qu'ils suivent la courbe des trois vagues.

Si on sort quatre provinces de ce graphique, cela rend celui-ci un peu mieux lisible. Pourquoi ai-je choisi ces quatre provinces? Parce que cela me semble pertinent. Il y a, premièrement, le Hainaut qui est représenté en bleu clair et qui est la province où on a enregistré le plus grand nombre de décès lors de la première, de la deuxième et de la troisième vague. Mais au vu du nombre de patients confirmés atteints du covid et du nombre d'hospitalisations, dans les slides précédents, le Hainaut était à chaque fois en orange foncé ou en rouge. Donc, le fait que plus de décès aient été enregistrés dans cette province est notamment dû au plus grand nombre de cas confirmés dans cette province.

De tweede provincie waarnaar ik heb gekeken, is de provincie Luik. We weten dat de provincie Luik een heel pijnlijk moment heeft gekend tijdens de tweede golf, toen er een tekort aan bedden dreigde. op een bepaald moment moesten we evacueren naar Duitsland. De provincie Luik werd tijdens de eerste golf zwaar getroffen, is tijdens de tweede golf net iets hoger gegaan, wat het aantal overlijdens betreft, en is gelukkig gespaard gebleven tijdens de derde golf.

Pendant la troisième vague, il y a eu moins de cas de mortalité en province de Liège que pendant les deux premières vagues, mais le nombre de patients était également moins "aigu" au cours de cette vague. Cela peut expliquer le fait qu'on y ait enregistré moins de décès.

Ik heb de provincie Antwerpen er ook bijgenomen. We zien de tweede lockdown in Antwerpen ook in de cijfers. Er waren daar tijdens de eerste en tweede golf vrij veel overlijdens, maar gelukkig waren er ook daar veel minder in de derde golf. We volgen in onze mortaliteitscijfers het beetje het verhaal van deze pandemie en van de algemene besmetting binnen de bevolking.

De provincie Limburg vertoonde tijdens de eerste golf een hoge piek, maar is tijdens de tweede en derde golf gelukkig gespaard gebleven. Omdat het gemiddelde aantal overlijdens doorheen de volledige pandemie fluctueerde en het grote aantal overlijdens tijdens de eerste golf uitgevlakt werd tijdens de tweede en de derde golf, is de provincie

Limburg op dat vlak niet in een oranje of rode zone terechtgekomen.

Il est donc important de regarder la charge du nombre de patients en termes de mortalité, de contextualiser les chiffres par province, selon ce qui s'y passait à ce moment-là.

Je voudrais ajouter un dernier élément très important que vous devrez également prendre en compte dans votre analyse. À partir de la deuxième vague, nous avons, par le biais du Comité, influencé ces chiffres. Grâce à l'étude réalisée par Sciensano, après la première vague, nous savions qu'une grande charge hospitalière de patients covid influençait de façon négative la mortalité dans ces hôpitaux. À partir de la deuxième vague, nous avons donc essayé de mieux distribuer les patients.

Vanaf de tweede golf zijn wij de patiënten beginnen te verspreiden. Door die patiënten te verspreiden, hebben wij getracht om de druk in de individuele ziekenhuizen zo laag mogelijk te houden. We hebben dus een aantal patiënten verplaatst waardoor we de cijfers hebben 'gemanipuleerd'. Manipuleren is niet het juiste woord. Ik zou zeggen dat we toch een invloed gehad op deze cijfers hebben gehad. Het aantal gehospitaliseerden, het aantal patiënten op intensieve zorgen, werd niet alleen beïnvloed door het aantal patiënten in de buurt van de ziekenhuizen, het werd ook beïnvloed door het aantal patiënten dat wij van het ene ziekenhuis naar het andere, van de ene provincie naar de andere, hebben getransporteerd.

Ook daar was er een impact. Ook daar tonen nieuwe analyses van Sciensano nu aan dat het transporteren van patiënten ook een zeer gevaarlijk element is. Ik weet dat sommige leden van deze commissie ervaring als arts of als gezondheidszorgbeoefenaar hebben. Mensen die in het ziekenhuis hebben gewerkt, weten dat het transporteren van een patiënt, zelfs binnen een ziekenhuis van intensieve zorgen naar een scanner voor een onderzoek bijvoorbeeld, een zeer gevaarlijke situatie is. Wij gaan niet graag met een patiënt van intensieve zorgen op stap. Dat is risicovol. Toch hebben wij een aantal patiënten verplaatst om de druk in de ziekenhuizen te verminderen, omdat we wisten dat, als de druk te groot wordt, dat ook nadelig voor de patiënten is. Achteraf zien wij in de cijfers bij de patiënten die werden getransfereerd ook hoge mortaliteitscijfers. Is alleen het transport daar de oorzaak van? Dat kan ik hier niet beantwoorden. Waarschijnlijk heeft de gezondheidstoestand van die patiënten algemeen daar ook toe bijgedragen. Ook daarmee moeten we rekening houden bij het lezen van deze grafieken. We hebben de grafieken ook beïnvloed

door in te grijpen, door de patiëntenstromen naar betere uitkomsten te proberen duwen. Zo hebben we deze grafieken mogelijk beïnvloed.

Si on regarde le nombre de décès par province, nous voyons effectivement que la province du Hainaut a été lourdement touchée tant en première qu'en deuxième et troisième vagues, ainsi que Bruxelles. Si nous regardons les chiffres des patients hospitalisés actuellement en Belgique, le Hainaut, Namur et Bruxelles étaient toujours un peu en retrait. Là où les hôpitaux se vidaient plutôt vite ces derniers jours et semaines, Namur, le Hainaut et Bruxelles allaient moins vite.

Het is een vaststelling dat Henegouwen en Brussel toch wel heel zwaar door deze crisis werden getroffen, door deze pandemie. De cijfers van het aantal overlijdens in deze provincies tonen dit spijtig genoeg ook aan.

We kijken dan naar het percentage van de overlijdens van de patiënten. Dan zien we dat ongeveer 18 % tot 20 % van de patiënten die worden gehospitaliseerd overlijden. Dit cijfer is enorm. Dit cijfer doet pijn. Dit cijfer doet niet alleen pijn aan de families. Het doet ook pijn aan de hele zorgsector om te weten dat een op de vijf patiënten die worden opgenomen onze ziekenhuizen niet levend zullen verlaten. Dat is een verschrikkelijk cijfer.

Het cijfer wordt nog erger als we kijken naar de mensen die op intensieve zorgen terechtkomen. Daar zien we dat een op drie tot 42 % of 43 % van de mensen die op intensieve zorgen terechtkomen ten gevolge van covid de intensieve zorgen niet levend zullen verlaten.

We kijken dan naar de patiënten die ook nog mechanische ventilatie nodig hebben gehad. Dat zijn patiënten die op een bepaald moment zodanig verzwakt waren dat ze niet meer zelfstandig konden ademen met ondersteuning van hoge zuurstofdebieten en andere, waardoor zij moesten worden beademd en mechanische ventilatie nodig hadden. Bij die patiënten sterft bijna de helft of meer dan de helft.

Ce sont des chiffres qui font mal, qui sont extrêmement durs pour chacun de nous. Je ne vais pas dire que c'est du jamais vu, il y a d'autres pathologies où on sait que la survie d'un patient est moindre, qu'un patient a moins de chances avec ce type de pathologie. Mais dans cette pandémie, on ne parle pas d'une pathologie qui arrive une fois toutes les X semaines ou mois ou années. On parle ici d'une pathologie qu'on vit depuis dix-huit mois. Depuis dix-huit mois, nous voyons chaque jour des patients qui meurent à l'hôpital. Pas parce qu'ils

n'ont pas reçu les bons soins, parce que nous n'avons pas réussi à les sauver.

De percentages per provincie zijn daar iets of wat gewijzigd. We zien bijvoorbeeld dat het percentage van de overlijdens in West-Vlaanderen en in Namen net iets hoger liggen. Heeft dit te maken met de leeftijd van de patiënten? Het zou kunnen. Ik weet het niet. Ik kan dat niet met 100 % zekerheid zeggen. Men zou dat dossier per dossier moeten nakijken om te weten welke therapieën die mensen hebben gekregen. Dat is zeer complex. Dat is multifactorieel. De therapieën, de medicatie, de algemene toestand van de patiënt, maken dat we deze cijfers, hoe hard ze ook zijn, niet zo maar naar buiten mogen brengen als de mortaliteitscijfers. Hier moet uitleg bij worden gegeven.

Ik zei het ook al in het begin van mijn betoog. Als een patiënt in een ziekenhuis overlijdt en de nabestaanden vragen aan de geneesheer hoe het komt dat die persoon is overleden, dan is het zelfs voor die ene patiënt, met een grondige kennis van het dossier, eventueel zelfs autopsie, niet altijd mogelijk om te verklaren waarom iemand overlijdt.

Hier hebben we te maken met vele duizenden overlijdens, waar ik niet alle details van alle dossiers ken. Wij hebben ook niet alle details van alle overledenen in surveillance kunnen capteren. Het is dus heel moeilijk om dossier per dossier, ziekenhuis naast ziekenhuis, provincie naast provincie, met elkaar te vergelijken.

Si on regarde au niveau hospitalier, le pourcentage de décès dans cet hôpital... Si on en arrive à faire un benchmarking entre hôpitaux, ce serait le boxplot que vous verriez. Dans 50 % de nos hôpitaux, 15 à 21 % des patients atteints du covid sont décédés. Il y en a qui dépassent les 30%. Si vous me demandez quels sont les hôpitaux qui dépassent 30 %, je ne peux pas vous donner un profil. Il y en a des petits et il y en a des grands.

Er is een ziekenhuis waar meer dan 1.560 covidpatiënten werden opgenomen. Dat ziekenhuis is dus zwaar getroffen qua aantallen, maar heeft ook een grote expertise kunnen opbouwen. Niettemin is daar meer dan 30 % van de covidpatiënten overleden. Andere ziekenhuizen hebben 'slechts' – een heel gevaarlijk woord hier – 151 hospitalisaties gehad. Ondanks die heel lage druk zien wij dat ook daar meer dan 30 % van de patiënten overlijdt.

Speelt *overcrowding* een rol? Ja. Als wij onze ziekenhuizen laten verzuipen en niet bijstaan en patiënten niet herverdelen, hebben wij uit de analyse van de eerste golf geleerd dat zulks

nadelig is en dat het mortaliteitspercentage stijgt.

Ik heb het daarnet echter ook al aangehaald. Zijn transfers dan de heilige graal en de oplossing om dat percentage te laten dalen? Neen, dat is spijtig genoeg niet het geval. Bij het transfereren nemen wij immers een risico voor de patiënt. De keuze van de patiënt, het voor transport vatbaar maken van de patiënt, het omkaderen van de transfer, het goed ontvangen van de transfer en de patiënt naar de juiste instelling transfereren, laten ons mogelijk toe uit de crisis te leren en hebben toegelaten dat wij mogelijk de mortaliteitspercentages hebben getracht naar beneden te brengen, waarin wij echter niet volledig zijn geslaagd.

Zijn het de provincies waar het virus het zwaarste heeft toegeslagen in de algemene bevolking die ook de ziekenhuizen kennen met de hoogste mortaliteitspercentages? Dat klopt deels. Henegouwen komt hier opnieuw naar voren. Henegouwen is echter gedurende de hele crisis al heel zwaar belast geweest. Er zijn ziekenhuizen in Namen die cijfers boven 30 % halen. Er zijn echter ook dergelijke ziekenhuizen in Luik, hoewel wij hebben gezien dat de derde golf daar niet zo spectaculair was. Niettemin zijn er ook ziekenhuizen in Luik waar het mortaliteitspercentage boven 30 % uitstijgt.

Oost-Vlaanderen is hier nog niet besproken, omdat die provincie altijd in een groene of gele regio te vinden is. Ook in die provincie kunnen wij evenwel ziekenhuizen identificeren waar meer dan 30 % van de gehospitaliseerde covidpatiënten is overleden.

Heeft het zin ze bij naam te noemen? Ik meen van niet, omdat we niet weten waarom die patiënten daar zijn overleden. Zijn ze overleden omdat ze niet meer levensvatbaar waren bij opname? Zijn ze overleden omdat het ziekenhuis niet klaar was om een dergelijk zware pathologie op te nemen? Zijn ze overleden omdat ze niet of net omdat ze wel getransfereerd werden of omdat de betreffende ziekenhuizen patiënten van andere provincies hebben opgevangen die al in een zodanig slechte toestand waren dat ze in die ziekenhuizen zijn overleden?

Dat zijn een heleboel vragen, die wij ons ook stellen en waarop ik vandaag geen antwoord kan geven. Wij hebben immers de detailanalyse van die dossiers niet en kunnen die ziekenhuizen ook niet voor 100 % analyseren.

D'un autre côté, il y a aussi des hôpitaux qui se retrouvent en dessous de 5 % de mortalité. Ces hôpitaux nous intéressent aussi parce que si un hôpital réussit à avoir très peu de patients qui

décèdent, il faut qu'il y ait quelque chose de spécial. On les a analysés et je dois vous dire que les gens qui se retrouvent en dessous de 5 % dans les chiffres ont un peu triché. Ils ne nous ont pas communiqué des faux nombres mais un de ces deux hôpitaux fait du cohortage.

In een van de ziekenhuizen in Oost-Vlaanderen worden de covidpatiënten in afspraak binnen het netwerk niet in het ziekenhuis zelf opgenomen, maar gecohorteerd op een andere site, dus in een ander ziekenhuis met een ander erkenningsnummer. Als alle covidpatiënten van het ene ziekenhuis naar een andere site worden gebracht, kunnen ze in dat ene ziekenhuis niet doodgaan en dan zijn er daar dus goede mortaliteitscijfers. Hetzelfde geldt voor een aantal revalidatieziekenhuizen waar erkende ziekenhuisbedden staan. Omdat zij erkende ziekenhuisbedden hebben in hun instelling, worden zij ook geacht dagelijks ons de cijfers aangaande covid mee te delen. Zij hebben ook covidpatiënten gehad, maar als een covidpatiënt verslechtert in een revalidatieziekenhuis, wordt die patiënt getransfereerd naar een acuut of universitair ziekenhuis. Dan gaat de patiënt ook niet dood in de eigen instelling. De instellingen die het heel goed gedaan hebben, zijn spijtig genoeg instellingen die het in de cijfers mathematisch vrij goed doen, maar feitelijk eigenlijk niet betrokken zouden mogen worden in de analyse, omdat het geen echte acute ziekenhuizen zijn.

We hebben de provincies tegenover elkaar uitgezet. Henegouwen heeft het gedurende de hele pandemie heel moeilijk gehad, Brussel ook. Kan geografie echter alles verklaren?

J'ai fait l'exercice de trouver trois villes où il y a deux hôpitaux. Je me suis demandé quel est le pourcentage de mortalité dans ces institutions. Si l'élément géographique était l'élément clé, les pourcentages dans ces hôpitaux devraient être quasiment à la même hauteur. On en trouve. On en trouve où un hôpital est à 15,6 % et l'hôpital dans la même ville est à 16,7. La différence est quasi nulle. Dans d'autres villes ou Régions, on trouve des grandes différences: entre 9 et 14 %, voire 18 et 31 %. Même la géographie endéans une même région n'explique pas tout. Un hôpital va peut-être avoir une population plus fragilisée qu'un autre hôpital, même s'ils ne sont qu'à quelques centaines de mètres l'un de l'autre.

Vergelijkingen maken zonder over alle details te beschikken, is heel gevaarlijk en heel pijnlijk. Ik geef nogmaals aan dat de surveillancegegevens niet volledig zijn. Zij vragen een multivariantenanalyse. Sciensano probeert ons die te geven, maar ook het Comité zelf heeft nog heel

veel vragen waar het geen antwoord op weet. Wij moeten daar echter wel mee aan de slag, met de lessen die wij geleerd hebben uit de eerste, tweede en derde golf, om ons voor te bereiden, hopelijk niet op een vierde golf, maar op de volgende pandemie. Wij weten dat overdrukke in een ziekenhuis gevaarlijk is voor de patiënten en dat transfers organiseren ook niet altijd even gunstig is. Wij zullen dus een gulden middenweg moeten zoeken tussen het vermijden van overdrukke en het toch voldoende transfereren en nemen van risico's.

Wat ik uit deze pandemie echter vooral heb meegenomen, is dat het een zeer oneerlijke strijd is geweest. Een op vijf van de gehospitaliseerde patiënten is overleden. Een op twee van de geïntubeerde patiënten is overleden. Daar hebben wij niet voor gekozen, daar heeft niemand voor gekozen. Het is een zeer oneerlijke strijd geweest voor de ziekenhuizen. Zij hebben hun best gedaan en doen dat vandaag nog altijd, maar wij hebben heel veel verloren.

Ik kom ten slotte bij mijn laatste slide. Ik stelde mij bij de analyse op een bepaald moment de vraag of de mortaliteit in de universitaire ziekenhuizen een stuk groter was, omdat zij de zwaarste gevallen hadden gekregen, maar daar is niet echt een significant verschil. De universitaire ziekenhuizen doen het net ietsje beter dan de algemene ziekenhuizen, maar de algemene ziekenhuizen met een universitair karakter, waar ook stagemeesters en zo aanwezig zijn, doen het niet zoveel beter dan de gewone algemene ziekenhuizen. Ook daar hebben wij ons de vraag gesteld wat er is gebeurd en hoe wij beter kunnen doen tijdens een volgende pandemie of een volgende golf. Ik leer hieruit gewoon dat wij de universitaire ziekenhuizen echt wel nodig hebben en dat wij ze niet moeten overbelasten, want als men veel patiënten naar universitaire ziekenhuizen stuurt omdat het percentage daar net iets beter is, kan daar *overcrowding* veroorzaken, waardoor zij hun tertiaire functie niet meer kunnen uitoefenen.

Ook daar moeten we zeer waakzaam blijven en zeer voorzichtig te werk gaan. We moeten de vinger goed aan de pols houden.

**Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer Van der Auwera, de cijfers zijn zeer pijnlijk. De gemiddelde mortaliteit kenden we eigenlijk al, uit de studie die Sciensano na de eerste golf heeft uitgebracht. Naar aanleiding daarvan ben ik meer vragen gaan stellen, om daar meer inzicht in te krijgen. Ik had van bepaalde ziekenhuizen immers gehoord dat er een zekere spreiding zat in de overlijdenscijfers en in de verblijfsduur.

Over de verblijfsduur hebben we eigenlijk heel

weinig cijfers gekregen. U bent begonnen met allerlei cijfers per provincie, onder andere over de ziekenhuisbezetting. Ik meen echter dat we daar dieper op moeten ingaan. U gaf aan dat men de opnames op intensieve zorgen pas in maart 2021 is gaan navragen. Dat is laat en ik kan dat ook niet helemaal rijmen met de manier waarop de forfaits voor covidpatiënten worden bepaald. De ziekenhuizen moeten immers doorgeven hoeveel dagen de patiënten werden opgenomen, hetzij met covid, hetzij beademd of op intensieve zorg. Het is allemaal niet min en ik onderschat de impact op de ziekenhuizen zeker niet. Die cijfers zouden er moeten zijn en ik vraag mij af waarom daarover niet meer details bekend zijn. Kan u daar wat meer duiding over geven?

U hebt verder aangegeven welke gegevens verplicht moesten worden doorgegeven en welke op vrijwillige basis, het onderscheid tussen *surge* en surveillance. Weet men ook waarom sommige ziekenhuizen niet deelnamen aan die vrijwillige dataverzameling? Weet men om welk type ziekenhuis het daarbij gaat en welke redenen zij opgeven?

Het aantal covidgevallen was relatief gezien aanzienlijk hoger in Wallonië en Brussel, dat werd ook duidelijk op uw kaartje. Kent men de oorzaak daarvan? Hoe komt het dat daar meer covidgevallen waren?

De spreiding qua mortaliteit over de verschillende ziekenhuizen was zeer opvallend. Het is jammer dat men niet is doorgegaan op het niveau van de ziekenhuizen. Hoe relevant is het immers om enkel cijfers per provincie te geven, zonder een precies zicht op de spreiding binnen de provincie? Zoals u zelf aangaf zijn er nochtans behoorlijke verschillen. In één stad bestond er bijvoorbeeld een heel groot verschil tussen de ziekenhuizen. Ik mis dus informatie op ziekenhuisniveau. Dat zal zeer gevoelig liggen, maar het is onze plicht om dat nader te onderzoeken. We moeten alles uit de beschikbare cijfers halen, dat zijn we de generatie die na ons komt verplicht, aangezien die eventueel een volgende pandemie te lijf zal moeten gaan.

In de grafieken die u toonde, zagen we dat Henegouwen er elke keer weer uitsprong qua pieken. U gaf aan dat men in de tweede golf patiënten begon te verplaatsen, om de bezetting te verdelen over de verschillende ziekenhuizen. Desondanks bleef die piek echter hoog, veel hoger dan in de andere provincies. Ik kan mij voorstellen dat niet alles verklaard kan worden, maar hoe zit het dan met de spreiding over de ziekenhuizen binnen de provincie?

Ook de mortaliteit bij de beademde patiënten



vertoonde een grote spreiding. Dat zijn zaken die voor mijn part echt nader moeten worden bekeken. U gaf aan dat het zeer moeilijk is om te achterhalen waarom bepaalde individuen overleden zijn. Op individueel niveau zal dat zeker moeilijk zijn, aangezien elke persoon anders is. Het is geen exacte wetenschap als men dat wil gaan bepalen. Het is echter belangrijk om de tendensen te detecteren, dat moet onze taak zijn. We moeten er dus alles uithalen wat erin zit en ik mis hier opnieuw input op het niveau van de ziekenhuizen.

Samengevat meen ik dat deze bijzondere commissie nog een stuk verder moet gaan met die cijfers. Het moet onze taak zijn om er alles uit te halen wat erin zit. Ik dank u alvast voor deze stap want we hebben weer heel wat geleerd.

**Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, gelet op de woonplaats van mijn collega Hennuy, kan ik mij voorstellen dat zij veel vragen heeft. Daarom zal ik nu mijn twee vragen stellen en geef ik daarna, met uw goedvinden, het woord door aan collega Hennuy.

Mijnheer Van der Auwera, bedankt voor uw gegevens, ook om ze sereen te brengen. U hebt ons een inkijk gegeven in wat jullie allemaal verzameld hebben.

Met het oog op onze taken in deze bijzondere commissie, heb ik voor u de vraag wat wij er nu wel al uit kunnen leren. Ik begrijp dat nog niet alle gegevens voorliggen, dat jullie onderzoek nog niet helemaal gedaan is. Ik hoor u al een eerste les trekken, met name het vinden van een gulden middenweg tussen de overdruk in de ziekenhuizen en het vermijden van transfers. Beide zaken hebben zoveel met elkaar te maken dat dit wel een heel moeilijke gulden middenweg is.

Een andere vraag die bij mij opkomt is in welke mate het nog meer verplicht kan worden om gegevens aan jullie door te geven. U zegt dat een aantal gegevens u vrijwillig werden bezorgd, maar dat jullie daaruit niet de lessen kunnen trekken zoals gewenst, omdat jullie aanvoelen en ook zien dat die gegevens niet volledig zijn. Het antwoord komt volgens mij weer op de gulden middenweg uit. De ziekenhuizen hebben hun handen meer dan vol gehad, zij werden overspoeld. Net op dat moment vragen wij als overheid nog meer van hun tijd omdat we heel veel gegevens opvragen, terwijl die tijd beter aan zorg kan worden besteed. De gulden middenweg ligt in het antwoord op de vraag waar de draagkracht van de ziekenhuizen ligt om ons nog meer in staat te stellen verplichte gegevens op te vragen. Meten is weten, dat voel ik als geen ander. Kunt u ons meer concrete gegevens bezorgen? Hoe kunnen wij dit

formuleren in een concrete aanbeveling, zodat de ziekenhuizen zich nog beter kunnen voorbereiden, of opdat we een betere gulden middenweg vinden in het opvragen van gegevens?

Mijn laatste vraag stel ik ook met de aanbevelingen in het vooruitzicht. Op basis van wat we nu weten, wat zijn uw eerste aanbevelingen voor onze commissie voor als er zich een volgende pandemie aandient?

**Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur Van der Auwera, je vous remercie pour votre présentation. Venant du Hainaut, je suis évidemment interpellée. Même si les chiffres sont connus, il n'est clairement jamais agréable de les rappeler.

Ma question a déjà été posée par les collègues. L'état des lieux relève plutôt du constat. Nous ne sommes pas encore au niveau de l'analyse. Je pensais recevoir aujourd'hui un peu plus d'éléments sur les raisons pour lesquelles le Hainaut était plus touché en termes de personnes contaminées et de décès. Il y a évidemment une corrélation. Comment se fait-il que le Hainaut, Namur et Bruxelles ont été plus touchés en termes de déterminants de la santé, de déterminants sociaux, de qualité de l'air? Qu'est-il prévu par Sciensano et le SPF Santé publique comme analyse complémentaire? Quels trajets d'étude seront-ils poursuivis pour aller beaucoup plus loin dans ces analyses et ne pas en rester au niveau du constat?

Par ailleurs, je me joins aux questions liées aux recommandations pour la commission covid, puisqu'elles nous concernent directement.

**Patrick Prévot** (PS): Monsieur Van der Auwera, je vous remercie pour cet exposé. On sent évidemment qu'on marche un peu sur des œufs avec les données communiquées aujourd'hui. J'entends tantôt certains collègues déplorer le fait qu'on n'ait pas de données hôpital par hôpital mais plutôt par province. On a déjà eu ce débat la semaine dernière et la semaine d'avant au niveau de cette commission. On connaît les difficultés. On a bien compris votre prudence lors de la communication de ces chiffres. La difficulté peut également être une tentation de vouloir faire un classement entre hôpitaux pour essayer de cibler tantôt les bons hôpitaux des mauvais. Mais on sait que la vérité est beaucoup plus complexe et que certaines mortalités sont parfois liées à des transferts, à toute une série de choses qui nous avaient d'ailleurs déjà été expliquées lors d'une précédente rencontre avec Sciensano.

Je vous remercie pour l'instantané de la situation

et les chiffres que vous avez eu la gentillesse de nous communiquer. Pour certains collègues, on constate que ce n'est pas suffisant. Ce qui m'intéresse aussi c'est de savoir comment on fonctionnera à l'avenir. On doit se faire une idée sur la base des chiffres que vous nous avez présentés. En ce qui vous concerne, pensez-vous que les données que vous nous communiquez aujourd'hui sont suffisantes pour nous permettre d'avoir une analyse fine de la situation?

On a vu que c'était très compliqué dans certaines provinces, singulièrement dans la mienne, le Hainaut. Les chiffres qui nous sont communiqués nous permettent-ils de faire une vraie corrélation et d'avoir de vraies conclusions? À l'avenir, en cas de pareille pandémie, faudrait-il pouvoir disposer d'autres données chiffrées? Si oui, lesquelles? C'est aussi très important à savoir. Qu'est-ce qui pourrait nous permettre d'avoir accès à toute une série d'autres données, notamment celles hôpital par hôpital, moyennant toutes les prudences et précautions d'usage, sans tomber dans la démagogie ou la tentation de vouloir faire des classements entre hôpitaux? Très concrètement, quelles seraient, selon vous, les données qu'il serait indispensable d'avoir, qu'on n'a peut-être pas aujourd'hui mais sur lesquelles il faudrait travailler et auxquelles on pourrait avoir accès en cas d'une éventuelle pandémie future ou autres? On ne l'espère évidemment pas mais c'est pour moi intéressant au-delà de certaines analyses qui peuvent avoir d'autres fins que celle de trouver la réponse à nos questions.

Je vous remercie pour votre présentation. Énormément de questions ont été posées par les collègues. Mon message vise à savoir ce que l'on peut améliorer à l'avenir – c'est vraiment ce qui m'intéresse – surtout au regard des recommandations qui devront être les nôtres.

De **voorzitster**: Van de Vlaams Belangfractie vraagt niemand het woord. Voor MR is niemand aanwezig.

**Nawal Farih** (CD&V): Mijnheer Van der Auwera, vooreerst wil ik u bedanken voor uw uiteenzetting. Wij hebben inderdaad enkele harde cijfers gehoord. Er zijn al heel wat vragen gesteld, maar ik heb nog een heel concrete vraag.

Wij hebben al vaker gehoord dat wij de cijfers niet kunnen pinpointen op bepaalde factoren die aan een patiënt vasthangen. Aan de hand van de cijfers weten wij niet welk type patiënt erachter zit. De minimale klinische gegevens moeten wel zesmaandelijks geregistreerd worden bij de federale overheid. Voldoen die gegevens vandaag dan niet? Moeten wij die verruimen, zodat we toch

iets meer informatie hebben, zodat we toch bepaalde patiëntencategorieën kunnen maken, van mild tot zeer *severe*, zodat we aan de hand van die categorieën een idee hebben van de kwaliteit van de zorg? Vandaag is het wat moeilijk om op ziekenhuisniveau te beoordelen of de kwaliteit van de zorg goed genoeg was als we niet weten welke patiënttypes er achter die cijfers zitten. De ziekenhuizen moeten vandaag reeds minimale klinische gegevens bezorgen aan de overheid, om een goed zicht te krijgen op de patiënten. Moeten wij daarvan eventueel een realtimeplatform maken, zodat we niet zes maanden achterop lopen vooraleer we kunnen bijsturen waar nodig, zeker in tijden van crisis?

**Sofie Merckx** (PVDA-PTB): À mon tour, je voudrais vous remercier pour la présentation des chiffres. En premier lieu, nous avons bien sûr une pensée émue pour les soignants, mais aussi pour les personnes décédées. Moi aussi, je suis de la région de Charleroi et les chiffres font réellement froid dans le dos.

J'en viens à mes questions. Vous avez expliqué que dans le *surge* au niveau obligatoire, par rapport à la surveillance volontaire, vous n'aviez enregistré qu'à partir du 15 mars les personnes admises en soins intensifs. Dans la première diapositive, c'était moins du côté obligatoire. Mais je pense que nous avons quand même des chiffres concernant le nombre de personnes admises en soins intensifs bien avant le 15 mars 2021. D'où venaient ces chiffres alors?

Deuxième question: un fossé est créé par environ 20 000 hospitalisations qui se perdent entre l'obligation, le *surge* et la surveillance, si j'ai bien comptabilisé. Avez-vous une idée d'où viennent ces chiffres manquants? Sont-ils plus présents dans certaines provinces, dans certains hôpitaux?

Vous avez présenté des chiffres globaux de mortalité sur l'ensemble de la période. Je me demande s'il y a une différence de mortalité entre la première, la deuxième et la troisième vague. C'est vrai, vous avez montré les pics, mais je peux constater qu'il n'y avait pas de différence. Je suis médecin généraliste et ce qui me revenait des hôpitaux ou ce que l'on voyait parfois dans les médias, c'est le sentiment que lors de la première vague, les médecins étaient presque sans aucune ressource pour accueillir les malades; on n'avait pas de protocole. Alors que durant les deuxième et troisième vagues, on donnait par exemple beaucoup de cortisone dont l'efficacité était prouvée; on devait recourir moins rapidement à la ventilation. Mais en même temps, lors de la deuxième vague, il y a eu des variants plus virulents. Y a-t-il une explication à cette mortalité

qui ne baisse pas? Avez-vous vu une différence de mortalité entre les différentes vagues?

Vous avez essayé de trouver des explications aux différences entre les provinces. Dans la province de Namur, par exemple, on constate un taux élevé de personnes infectées par le covid, mais en comparaison, un taux plus bas de mortalité ou de personnes hospitalisées et décédées à l'hôpital. Quand compare avec la province de Hainaut, on sait que la situation socioéconomique dans les deux provinces est fort différente. C'est la même chose pour la région de Bruxelles où on connaît aussi la situation socioéconomique plus faible de la population. Avez-vous trouvé là aussi une explication éventuelle au taux plus haut de mortalité?

Au niveau des patients, avez-vous l'intention de chercher dans les données qui vont peut-être suivre, des facteurs explicatifs? Des études sont-elles en cours pour des données de mortalité plus hautes? Cela signifie de ne pas seulement regarder du côté du soignant - l'hôpital dans lequel il se trouve, les manipulations médicales qu'il aurait faites au patient - mais aussi de regarder les caractéristiques intrinsèques du patient. À ce sujet également, avez-vous examiné le statut socioéconomique ou le lieu de travail? Je pense à ce type de données.

En ce qui concerne les leçons pour l'avenir, je comprends que vous cherchiez encore. Vous avez dit que, d'un côté, il fallait éviter un engorgement des hôpitaux mais que, d'un autre côté, il fallait aussi éviter des transferts de patients en phase aiguë, ce qui est source de mortalité. Vous avez parlé de certains hôpitaux qui ont cohorté. Dans ma région en tout cas, au niveau du CHU de Charleroi, par exemple, il y avait un site dédié au covid et on essayait de garder l'autre site propre - celui où il y avait entre autres beaucoup de gériatrie. Le cohortage est-il une bonne pratique et faut-il en tirer un enseignement? En ce sens, dans l'hypothèse d'une prochaine vague, ne devrions-nous pas dédier plus d'hôpitaux uniquement au covid? On peut écrire l'expérience, on peut peut-être aussi la communiquer aux patients. Dans certains pays asiatiques, à un certain moment, on a complètement scindé: il y avait des hôpitaux où se rendre si on avait de la fièvre et d'autres hôpitaux transféraient les patients ailleurs s'ils étaient diagnostiqués covid.

La **présidente**: Madame Gilson vient de nous rejoindre. Y a-t-il des questions du groupe MR? (*Non*)

**Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer Van der Auwera, van harte bedankt voor uw

interessante en heldere uiteenzetting. Die wordt enorm gewaardeerd door onze fractie. Ik vraag mij nog steeds af waarom Sciensano dat 14 dagen geleden niet had kunnen doen, maar daar kunt u niets aan doen. Het is mijn slecht karakter, wat mij dat doet zeggen.

Een op vijf patiënten of de helft bij complexere gevallen die een ziekenhuis niet levend verlaat, dat zijn cijfers waar we stil van worden. Ik denk dat we daar allemaal stil van zijn geworden en ik had de indruk dat u er zelf ook nog stil van wordt. Mijn respect voor het medische personeel en voor het ziekenpersoneel in het algemeen is vandaag nog groter geworden.

We kunnen een aantal lessen leren. Ten eerste, zoals u zelf al hebt aangegeven, moeten we overdruchte in een ziekenhuis absoluut vermijden. Overdruchte betekent immers meer sterfgevallen. Een tweede les die we hieruit moeten trekken, is dat hier opnieuw wordt bewezen wat de circulatie van het virus in de samenleving betekent en dat we dat moeten beperken. Hoe hoger de circulatie, hoe hoger de druk op de zorg, met meer vermijdbare overlijdens tot gevolg. Een derde zaak die ik hieruit leer, is dat de cijfers heel weinig zeggen over de kwaliteit van ziekenhuizen, maar wel over de context waarin die ziekenhuizen zich bevonden. Tot daar een paar algemene beschouwingen na uw uiteenzetting.

Ik heb nog vier vragen. Ten eerste, zal er nu nog onderzoek volgen naar de impact van individuele comorbiditeit naar leeftijd? Ik denk dan bijvoorbeeld aan de relatie met obesitas bij min 50-jarigen, obesitas bij 51- tot 70-jarigen en obesitas bij 70-plussers. Wordt die relatie nog onderzocht?

Een tweede vraag gaat in dezelfde richting. Wordt de impact van een comorbiditeit of combo, indien ik dat zo mag noemen, bijvoorbeeld ex-kankerpatiënten met obesitas en astma, ook nog onderzocht op basis van de cijfers of stopt het hier?

De volgende vraag is denkelijk gevoeliger. Is een vergelijking op het vlak van overlevingskansen tussen opgenomen rusthuisbewoners en andere patiënten per provincie of per ziekenhuis, gematcht aan comorbiditeit en leeftijd, mogelijk? Ik kan mij inbeelden dat die cijfers – ze hoeven hier niet te worden uitgelegd – rusthuizen interessante informatie kunnen bieden over de manier waarop men de volgende keer met een en ander moet omgaan. Welke type bewoners moet absoluut zo snel mogelijk naar een ziekenhuis worden gestuurd? Bij welk type bewoners is het zinvoller om ze in een goede palliatieve setting in het woon-zorgcentrum te houden? Ik kan mij voorstellen dat een woon-zorgcentrum wel iets heeft aan

dergelijke relaties die kunnen worden gelegd.

Tot slot, ik heb nog een vraag, puur omdat de kranten de voorbije week vol staan met artikels over PFOS. Zal worden onderzocht wat bijvoorbeeld het wonen in een meer vervuild gebied, met luchtverontreiniging of met zware stoffen in de bodem betekent voor de ernst van de ziekte?

Dat waren mijn vragen. Ik dank u nogmaals heel hard en heb het grootste respect voor de heel delicate manier waarop u de cijfers hebt gepresenteerd.

**Catherine Fonck** (cdH): Monsieur Van der Auwera, je vous remercie pour votre présentation.

Si vous me le permettez, je poserai quelques questions et ferai quelques commentaires. Les chiffres relatifs à la mortalité élevée sont connus. Dans les services de soins intensifs, la mortalité pour les patients ventilés et sous ECMO est pire encore. Vous n'avez pas du tout abordé cet élément dans votre exposé.

Nous disposons déjà de données, que ce soit en matière de littérature scientifique internationale ou au niveau des données belges, qui sont largement connues par rapport à la relation entre la mortalité et toute une série de facteurs de comorbidité: immunodépression, pathologies cardiovasculaires et respiratoires, obésité, diabète. Je ne vais pas les citer tous.

Par rapport aux chiffres des différentes provinces et sur la base des données relatives aux déterminants de santé des patients en fonction de ces différentes provinces, il est important de tenir compte des paramètres des patients.

Pour ce qui concerne le Brabant wallon, vous avez considéré que la situation était faussée, notamment parce qu'un hôpital a le même numéro d'agrément que Bruxelles. Selon moi, il y a une autre réalité: un nombre non négligeable de patients du Brabant wallon sont pris en charge par des hôpitaux bruxellois, à l'image d'ailleurs de ce qui se passe dans le Brabant flamand. Connaissant le terrain, je pense qu'il faut prendre cet élément en considération.

Je voudrais aller un peu plus loin, raison pour laquelle j'ai une série de questions. S'agissant de la mortalité dans les hôpitaux, avons-nous le différentiel de mortalité entre les différentes vagues? Avons-nous un différentiel de mortalité dans les soins intensifs entre les différentes vagues?

J'ai pris note du paramètre géographique, qui m'interpelle. Vous avez mentionné la mortalité des patients dans trois villes; pour l'une d'elles, c'est certainement non significatif contrairement aux deux autres qui sont probablement significatives. Le troisième exemple que vous avez donné est particulièrement interpellant. J'imagine que l'analyse ne s'est pas arrêtée là. Avons-nous un différentiel aussi important en lits de médecine interne et en lits de soins intensifs?

Par ailleurs, a-t-on vérifié si l'hôpital enregistrant une mortalité nettement plus élevée n'avait pas malheureusement développé des clusters dans des services de patients très fragiles – notamment immunodéprimés – ou dialysés. Vous avez cité des villes hennuyères. Je ne connais pas celles qui correspondent aux exemples que vous avez mentionnés. En revanche, je sais que plusieurs hôpitaux ont enregistré des clusters de patients dialysés et ont affronté une véritable hécatombe, ainsi que l'a décrit largement la littérature internationale. Une analyse en a-t-elle été tirée ou est-elle en cours? Si ce n'est pas le cas, va-t-on en lancer une relativement à ces chiffres particulièrement préoccupants.

À côté de ces paramètres, et notamment des facteurs de risque et de comorbidité, nous devons nous interroger sur les critères d'organisation et de prise en charge des patients. Là aussi me viennent quelques questions. Vous avez indiqué les taux de mortalité dans les hôpitaux universitaires, les hôpitaux généraux à caractère universitaire et les hôpitaux généraux. Pourrions-nous obtenir la même ventilation pour la mortalité dans les soins intensifs? La différence entre les trois catégories hospitalières est-elle significative? Nous savons que les hôpitaux universitaires comptent énormément de référencements, notamment pour les prises en charge ECMO, qui concernent des patients plus lourds et pour lesquels le pronostic est malheureusement pire.

En outre, a-t-on comparé la mortalité chez les patients installés dans des lits "officiels" en soins intensifs avec celle des patients installés dans des lits de soins intensifs tout récemment créés, c'est-à-dire issus des salles de réveil des quartiers opératoires? Autrement dit, la mortalité diffère-t-elle en fonction du type de lits de soins intensifs?

A-t-on regardé le ratio infirmiers-patients? Autrement dit, a-t-on examiné si la mortalité variait en fonction du nombre de patients pris en charge par infirmier ou du nombre d'infirmiers par patient, en tout cas en soins intensifs? Même chose pour les infirmiers spécialisés en soins intensifs. En termes de prise en charge au niveau des lits de

soins intensifs créés pour le covid, il y avait vraisemblablement un faible nombre d'infirmiers avec une expertise en soins intensifs. C'est ce qui apparaît dans l'étude des données belges de Tacon et consorts publiée dans *The Lancet*, avec des paramètres organisationnels au niveau des hôpitaux, au niveau du type de lits de soins intensifs (lits officiels ou lits nouvellement créés), les débordements que vous avez évoqués, le profil des infirmiers, la formation des infirmiers spécialisés qui ont malheureusement entraîné un taux de mortalité supérieur.

Je vous ai bien entendu quand vous avez évoqué la très forte pression existant dans les hôpitaux. Il s'agit ici d'un paramètre négatif pour les patients. Il est vrai que le transfert peut être dangereux. Mais vous n'avez, à aucun moment, évoqué le paramètre des lits de soins intensifs agréés et des lits nouvellement créés pour prendre en charge les patients, ainsi que la dimension du personnel et du personnel qualifié. Vous n'avez pas dit si le nombre de lits en soins intensifs était suffisant alors qu'il s'agit pourtant d'un paramètre majeur en termes d'évolution et de pronostic du patient. Je voudrais donc vous entendre sur ces différents points et que vous me disiez où en est l'analyse.

J'ose espérer que vous pourrez me fournir des données, même ultérieurement si c'est impossible aujourd'hui, afin de pouvoir aller un peu plus loin que la publication de Tacon et consorts. J'imagine que, durant ces derniers mois, des données supplémentaires ont pu être récoltées, permettant de pousser l'analyse un peu plus loin.

**Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer Van der Auwera, u zegt dat de specifieke vraag inzake de ICU-bedden pas in de derde golf werd gesteld. U geeft daar ook een uitleg aan.

De vraag die ik mij dan stel, is de volgende. Zeker in de tweede golf werd er gecommuniceerd dat een aantal maatregelen genomen werd om de druk op de hospitalen te verminderen en om de ICU-bedden vrij te houden voor andere zeer belangrijke ingrepen. Hoe komt het dan dat er in die tweede golf niet naar gevraagd is? Is er na de eerste golf een evaluatie gebeurd van de rapportering?

Een aantal collega's heeft er al naar verwezen, wij moeten voor onze aanbevelingen zoeken naar een rapportering die efficiënt is, en die ook haalbaar is voor de ziekenhuizen. Werd in de zomer van vorig jaar een evaluatie gemaakt? Is er een debriefing gebeurd tussen de eerste en de tweede golf? Hoe komt het dat die specifieke vraag inzake de ICU-bedden niet meegenomen is bij het begin van de tweede golf maar wel bij de derde golf, wat effectief een vooruitgang was.

Ook opmerkelijk vind ik dat er tussen de tweede en de derde golf een knik is in de mortaliteitscijfers in Henegouwen. Dat was in februari. Op dat ogenblik toonden alle andere provincies een daling van de mortaliteit. Werd er toen niet getransfereerd? Heeft men toen de transfers van patiënten stopgezet? Was het louter een probleem inzake patiënten uit Henegouwen? Hoe kwam dat?

Het is een bijzondere vaststelling dat de curves niet echt diep genoeg gegaan zijn na de tweede golf, waardoor wij doden bleven hebben. Wij zien echter dat de cijfers in alle provincies dalen en dat Henegouwen als enige provincie omhoog blijft gaan.

De vraag over de communautaire kant van het verhaal blijft mij toch verwonderen. Het coronavirus zal absoluut niet stoppen aan de taalgrens. Dat kan niet. Maar toch stellen wij een groot verschil vast. Wij hebben vastgesteld dat er een verschil in testing was tussen Vlaanderen en Wallonië. Zou het kunnen dat de belasting van de ziekenhuizen toch ook wel te maken heeft met het feit dat door het minder testen de patiënten al in een veel verder gevorderd stadium van de ziekte in de ziekenhuizen aankwamen?

Wij zien wel dat het aantal ligdagen vrij gemiddeld is, maar ik wil graag weten of u ook onderzocht hebt hoeveel patiënten bijna rechtstreeks naar de ICU zijn overgebracht in de verschillende provincies? Ik heb, zeker in de tweede golf, van een aantal intensivisten gehoord dat de patiënten die binnenkwamen zo ziek waren dat zij geen tussenzorg meer nodig hadden maar meteen naar de intensive care moesten gaan, met - u hebt het gezegd - een veel hogere kans op mortaliteit als gevolg.

Collega Jiroflée heeft even verwezen naar de woon-zorgcentra en de omgang met de patiënten uit de woon-zorgcentra. Wat mij opvalt is de hoge hospitalisatiegraad in West-Vlaanderen op een bepaald moment maar een mindere bezetting van de intensive care. Kan dat te maken hebben met de manier waarop men omging met de DNR-code? Heeft men dit onderzocht? Van bepaalde ziekenhuizen heb ik toch heel duidelijk de getuigenis gehoord dat men inzake oudere patiënten met een comorbiditeit met de familie een gesprek had over de overlevingskans van hun ouder. Is dat een standaardprotocol geweest? Is het onderzocht of daar in elk ziekenhuis op dezelfde manier mee omgegaan is?

**Marcel Van der Auwera :** Dank u wel. Laat mij starten met de vraag waarom in maart 2021 de in en out ICU toegevoegd is. We hadden de bezetting

op intensieve zorgen. Die gegevens van bezetting zijn bekend vanaf de eerste golf. We hebben altijd geweten hoe erg die bezetting was en of we effectief in bepaalde ziekenhuizen in die bijkomende bedden patiënten aan het hospitaliseren waren, ja dan nee. Die cijfers hebben we altijd gehad. Het is pas in de derde golf, als we die decalage gezien hebben van de snelle stijging van intensieve zorgen, en de tragere stijging van het aantal hospitalisaties, dat wij ons de vraag gesteld hebben wat de in- en de uitstroom op intensieve zorgen eigenlijk was?

Het is waar dat wij van de ligduur heel weinig gegevens hebben. Ik kan u die gegevens vandaag ook niet geven, omdat die ligduur natuurlijk ook uit die surveillancegegevens komt. We stelden vast dat er iets gebeurde op intensieve zorgen maar we begrepen niet wat. We hebben dan twee steekproeven gedaan. Maar het is hier ook aangehaald: we kunnen niet telkens opnieuw een ziekenhuis gaan belasten met nog eens een extra vragenlijst en een extra steekproef. Die steekproeven hebben ons op dat moment eigenlijk niet zoveel bijgeleerd. Iedereen vertelde ons dat de ligduur langer werd. Als we een steekproef deden, konden we er dat niet uithalen.

De enige manier, voor ons, om de vinger aan de pols te houden, is dat wij bijkomend twee variabelen opvragen, met name hoeveel nieuwe patiënten er op intensieve zorg zijn binnengekomen en hoeveel patiënten de intensieve zorg hebben verlaten. Daarmee krijgen we een idee van de doorlooptijd, de in- en uitstroom in die eenheid. Die gegevens hebben wij nooit vroeger opgevraagd omdat wij, ten onrechte, dachten dat de algemene bezettingsgraad ons voldoende inzicht zou geven over de toestand in de afdelingen intensieve zorg.

Ik ga nu even over naar de cohortering. Ik probeer het verhaal zo coherent mogelijk te houden. Alle vragen komen samen en zijn eigenlijk niet zo divergent, ze zijn juist heel convergent. In het begin van de crisis, februari en maart 2020, waren wij allemaal heel naïef. Ik herinner mij de eerste vergadering, met Erika Vlieghe, waarin wij een plan op tafel hebben gelegd, uitgaande van onze SARS-referentieziekenhuizen. De patiënten die zich met covid in de ziekenhuizen zouden aandienen, meenden wij in de SARS-ziekenhuizen te kunnen samenbrengen. We dachten dat we met de SARS-ziekenhuizen al heel ver stonden. Heel snel bleek dat dit veel te naïef was, want al snel zagen we in dat we er met de SARS-ziekenhuizen niet zouden komen. Wij hebben dan ook heel snel geschakeld door een plan uit te rollen waarin alle ziekenhuizen betrokken werden. Het element alle ziekenhuizen, alle afdelingen intensieve zorg, zal ik straks

opnieuw opnemen bij de bespreking van de lessen die ik hieruit trek en waaraan wij in de toekomst willen werken. Wij hebben het plan uitgerold naar alle ziekenhuizen, maar wij zijn de crisis ingestapt zonder enige vorm van registratie, zonder te weten op welke kant wij moesten sturen. Wij waren blind aan het sturen. Aangezien wij over gegevens moesten beschikken, begonnen wij gegevens op te vragen. Sciensano heeft ons daarin als partner, als koerier van data, geholpen.

Op 30 april 2020 is het koninklijk besluit genomen waardoor een aantal gegevens werden verplicht en andere gegevens niet werden verplicht, net omwille van die registratiedruk. Ziekenhuizen hadden het heel druk. Als mijn partner, kinderen of een van mijn ouders in het ziekenhuis zouden toekomen, zou ik ook liever hebben dat ze naar hen zouden kijken en niet naar een papieren dossier om streepjes te zetten. De registratiedruk is heel hoog. We willen de meeste zorg toch wel aan de patiënten gunnen. Het was dus ook daar een kwestie van het vinden van een middenweg. We hebben de dagelijks verplichte vragenlijst zo breed mogelijk getrokken om een houvast te vormen voor ons, maar zo veel mogelijk beperkt om de ziekenhuizen niet extra te belasten. Is dit de juiste weg? Is dit de weg die we moeten blijven volgen? Nee. Ik kom daar straks op terug wanneer ik het heb over waar we dan wel naartoe moeten gaan.

Weten we bij de vraag naar financiering wat we aan het financieren zijn? Mevrouw Gijbels stelde die vraag. Er werd gevraagd of de minimale klinische gegevens, of MKG, wel nuttig zijn. Zowel voor prestatie en financiering, als voor MKG komen de gegevens veel te laat om een crisis te kunnen beheersen. Ik bedank het team Audit Ziekenhuizen. Dat team is transversaal in de FOD Volksgezondheid, RIZIV en het FAGG actief. Dat team heeft voor het Comité Hospital & Transport Surge Capacity, HTSC, de eerste en tweede golf geanalyseerd. Zij baseren zich gedeeltelijk ook op gegevens uit honoraria en gegevens die het RIZIV heeft kunnen registreren. Die gegevens komen pas maanden later. De MKG komen twee keer per jaar. Binnen anderhalf jaar zullen we die geanalyseerd hebben. Wij kunnen geen anderhalf jaar of twee weken wachten. De surveillancegegevens bestaan uit een vragenlijst twee weken na opname. Binnen twee weken ben ik niks meer met de gegevens van de patiënten die vandaag in die bedden liggen. Ik wil een beeld krijgen op wat er vandaag in de bedden ligt in de ziekenhuizen. Dan zijn de MKG, surveillancegegevens en andere gegevens zeer waardevol om achteraf diepgaand onderzoek te doen. Dat moeten we ook doen. Die surveillancegegevens moeten verder worden onderzocht. De comorbiditeit moet verder worden uitgeplozen. We moeten bekijken waarom de

mortaliteit doorheen de golven is gewijzigd. Tijdens de eerste golf werden mensen heel snel geïntubeerd en geventileerd. Daardoor werden hun longen echter kapotgemaakt.

Zo werden zij eigenlijk ten dode opgeschreven. De medici hebben daaruit geleerd, zij hebben andere technieken toegepast en andere medicatie gebruikt, waardoor mensen in de tweede en derde golf minder snel aan de ventilator werden gehangen. Zo werd mogelijks een aantal mensenlevens gered.

De gegevens die wij nodig hebben en die u mij vraagt, heb ik vandaag ook niet. Wij zijn aan het uitkijken om dat te verbeteren, om realtime gegevens te kunnen verkrijgen die GDPR-gewijs in orde zijn, waarbij de privacy van de patiënten dus niet wordt geschonden. Zo zouden wij toch heel snel – dat moet niet op de minuut correct te zijn, maar dagelijks of twee keer per dag – een aantal gegevens kunnen krijgen. Het diensthoofd van de dienst Data en Beleidsinformatie is heel concrete stappen aan het zetten om zo'n stroom te kunnen opzetten.

Er heeft een aantal projecten gelopen. Wij gaan het warm water dus niet opnieuw uitvinden. Wij kijken naar een van de projecten die vandaag al bestaan en waarbij er van intensieve zorg realtime gegevens kunnen stromen en waarbij verschillende afdelingen intensieve zorg elkaar bekijken en benchmarken. Wij willen ook naar die flow van gegevens kunnen kijken en wij zijn er mee bezig om die gegevens te kunnen krijgen, want die gegevens zijn natuurlijk GDPR-gevoelig en zijn niet zomaar opvraagbaar. Wij moeten in de toekomst – niet alleen wat betreft intensieve zorg – rechtstreeks een beeld kunnen krijgen van welke patiënten er in onze ziekenhuizen liggen, wat de ernstgraad van die patiënten is en waar die patiënten naartoe gaan. Als wij ze moeten transfereren, dan moet dat naar de juiste plaats gebeuren.

Data zijn hierbij heel belangrijk. Wij missen heel veel cijfers. Ik kan vandaag niet de juiste ligduur geven. In de tabellen die u krijgt, zult u zien dat de ligduur opgenomen is, maar als een gemiddelde. Meer dan dat heb ik vandaag ook niet. Meer dan dat kan ik u vandaag niet geven. Het is dus duidelijk dat wij dat dieper moeten analyseren.

Ik kan vandaag geen lijst geven van de onderzoeken die Sciensano heeft lopen of zeggen welk onderzoek zij eventueel nog bijkomend zouden willen gaan voeren. De middelen zijn niet onbeperkt. Ik weet echter dat de gegevens van de ziekenhuizen van zeer nabij gevolgd worden door het team dat de surveillance bekijkt. Ze laten dat

dus niet liggen, het wordt van zeer nabij gevolgd. We mogen er zeker van zijn dat dit nog resultaten zal opleveren. Ook wij hebben nog heel wat vragen die we beantwoord willen zien en we kijken daarvoor zeker ook naar Sciensano.

Ik ben wetenschappelijk gevormd en wetenschap is voor mij belangrijk, maar ik ben in deze crisis voornamelijk crisisbeheerder geweest. Als crisisbeheerder kan ik het jammer genoeg niet altijd wetenschappelijk aanpakken, ik kan immers geen weken en maanden wachten op gegevens. Wij hebben dus gestuurd, soms op basis van onvolledige gegevens, en op bepaalde momenten moesten we bijsturen. We zijn niet beschroomd om dat toe te geven. In de verschillende schrijvens die ons comité aan de ziekenhuizen heeft gericht hebben wij bijgestuurd.

Dat brengt mij bij de vraag over de bijgezette bedden.

Rajouter des lits supplémentaires dans des quartiers opératoires, dans des salles de réveil a été un mauvais choix parce que, comme Mme Fonck nous l'a déjà dit, ce n'est pas un lit qui va guérir notre patient. Ce n'est pas une infrastructure qui guérit notre patient, c'est tout ce qu'il y a autour de cette infrastructure: les gens autour du lit, les infirmiers les soignants, les médecins. Pendant la première vague, on était très fier parce qu'on avait créé 1 000 lits complémentaires en soins intensifs.

Que signifiaient ces 1 000 lits? Je me souviens d'une réunion avec les médecins chefs et les intensivistes où l'on me disait: "3 000 lits en soins intensifs, il ne faut pas se leurrer, il ne faut pas croire que ce sont des lits en soins intensifs". Au fur et à mesure, on s'est effectivement dit que le nombre n'était pas ce que l'on voulait atteindre. C'est la qualité qu'on voulait atteindre. Au fur et à mesure que se succédaient la deuxième vague et la troisième vague, nous avons demandé aux hôpitaux non pas de nous lister ni de nous donner le nombre de lits disponibles, mais de considérer qu'un lit était disponible sous la seule condition qu'il y avait et le personnel encadrant pour ce lit et du personnel qualifié. En effet, l'étude de la première vague nous a clairement démontré que ce n'est pas le lit qui sauve mais bien les gens autour du lit qui sauvent le patient.

U zult merken dat het aantal bijgezette bedden dat wij gecreëerd hebben, sterk is afgenomen tijdens de tweede en de derde golf. Tijdens de derde golf hebben wij het voorziene aantal bij te creëren bedden in het *surge capacity plan* niet meer gehaald. De ziekenhuizen zijn namelijk in de loop van het verhaal op dezelfde filosofische lijn gaan

staan als wij. Ze gaven een bed dus slechts op als beschikbaar als ze effectief over de juiste omkadering beschikten om de patiënt kwaliteitsvol op te kunnen vangen.

Ni pendant la deuxième ni pendant la troisième vague, nous n'avons pu obtenir à nouveau 3 000 lits en soins intensifs. Non! Nous n'avons plus jamais atteint ce nombre de lits qui était clairement un nombre virtuel. Un lit virtuel ne m'aide pas moi non plus parce que je peux trouver des lits vides, ce n'est pas un problème, mais il faut effectivement les encadrer.

De opvolging van de bedden is een heel belangrijk element. Het rechtstreeks toegang hebben *end-to-end* tot de gegevens over wie in die bedden liggen, is een belangrijk gegeven. Wij zijn daarop aan het werken. Wij hopen in de toekomst daaruit enig kader te kunnen creëren en enige lessen uit te kunnen trekken, zodat we niet alleen minimale klinische gegevens (MKG) zes maanden na opname en epidemiologische vragenlijsten twee weken na opname ter beschikking hebben, maar effectief een constante flow krijgen tussen ziekenhuizen en het beheer van een potentieel volgende pandemie of crisis, teneinde alle gegevens in een operationeel beheer te kunnen omtoveren.

Il faut aussi se dire qu'aujourd'hui, dans cette pandémie, le problème concernait les lits en soins intensifs mais que peut-être, lors d'une prochaine crise, le *bottleneck* sera différent. Dans cette éventualité, il nous faudra peut-être plus de capacité en salle d'opération. Là aussi, quand on va travailler pour avoir un flux de données qui permettent une gestion opérationnelle d'une crise et de la capacité hospitalière en Belgique, il faudra en plus de ce système avoir une flexibilité afin d'agir vite et de cibler rapidement les données nécessaires à ce moment-là.

Gegevens meten is weten. Dat klopt, maar voor ons is snel meten ook van operationeel belang.

Alle elementen die uit nadere analyses komen, kunnen wij alleen maar toejuichen. Wij zullen daar immers zeker bij stilstaan, er de nodige lessen uit blijven trekken en blijven studeren op de cijfers en de resultaten. Zij zullen echter spijtig genoeg de patiënten die nu zijn overleden, niet kunnen terugbrengen.

Wij moeten dus effectief een zicht krijgen op een constante flow van operationele gegevens naast een flow van epidemiologische gegevens, wat dan analyse in de diepte toelaat van wat wij doen en van de elementen die wij observeren.

Outre notre plan de capacité, nous avons déjà adapté ce que l'on attendait des hôpitaux au fur et à mesure justement parce que nous avons réalisé que le côté organisationnel est aussi un élément qui fait partie de la gestion de crise. *Stuff, staff*, il ne s'agit pas que de cela. Il y a aussi tout ce qui est stratégie et système.

Je n'ai pas encore fait l'analyse des clusters hospitaliers et de leurs chiffres, je l'avoue, mais il est clair que chez Sciensano, des équipes se penchent justement sur ces clusters. Et tôt ou tard, les différentes équipes de Sciensano vont devoir croiser ce qu'elles ont trouvé au niveau des clusters, au niveau hospitalier, au niveau des maisons de repos et autres.

Zijn de transfers tussen de provincies stilgevallen? De grote machine is op een bepaald moment wel afgebouwd. Dat is een tweede element. Naast het element dat we gegevens nodig hebben, moeten we dagelijks verder durven na te denken over wat een medische dispatching in België zou kunnen betekenen.

We hebben de 112-centrales en binnen elk daarvan heb ik vandaag een medische directie die de dringende medische hulpverlening opvolgt. Die medische directies hebben wij meer dan dubbel of driedubbel ingezet tijdens de pandemie in het begeleiden van de zoektocht naar plaatsen voor patiënten op intensieve zorg, in het in contact brengen van ziekenhuizen met een teveel aan patiënten met ziekenhuizen waar er nog capaciteit was, en in het afspreken tussen intensivisten van welke patiënt naar waar kon worden getransfereerd.

We hebben daarbij de steun gekregen van onze collega's van de Medische Component van Defensie, die dankzij hun missies in het buitenland een aantal mensen hebben die getraind zijn in *patient evacuation*. Wij hebben tijdens deze pandemie verschillende keren een Patient Evacuation Coordination Centre opgezet, samen met de collega's van Defensie, omdat het aantal transfers per dag zo hoog werd.

Mogelijks moeten we daaruit lessen trekken en durven te stellen dat dat systeem mogelijks een permanent systeem moet worden, misschien niet in even grote getale als we nu hebben laten draaien; we moeten alleszins heel snel kunnen schakelen, transfers heel snel begeleiden en ziekenhuizen daarin bijstaan. Daar is heel veel tijd verloren gegaan. Artsen en verpleegkundigen hebben tijd die anders aan zorg had kunnen worden besteed, verspeeld in het zoeken naar bedden.



We hebben hun de hand gereikt om via ons systeem die tijd te kunnen compenseren doordat wij voor hen op zoek gingen, maar mogelijks hebben we daar nog onvoldoende geïnvesteerd, omdat er niet zo'n permanente structuur is om interhospitaaltransfers te regelen.

Op de vraag of mensen zich laattijdig hebben aangemeld en daardoor rechtstreeks naar intensieve zorg moeten, kan ik niet antwoorden. Ook dat element zal uit de analyse van Sciensano moeten blijken.

Hoe is het profiel van de patiënt doorheen de drie golven gewijzigd? Ik zal misschien iets zeggen wat heel pijnlijk is, maar mensen sterven maar een keer. De patiënten die tijdens de eerste golf zijn gestorven, zitten niet meer in de statistieken van de tweede golf, zij kunnen geen tweede keer doodgaan; door het feit dat die mensen gestorven zijn, gaat het profiel van de patiëntenpopulatie mogelijks wel wijzigen. Door een wijzigend profiel krijgt men ook een wijzigend aanmeldingspatroon.

Jonge mensen kunnen heel lang compenseren. Ze kunnen zich lang sterk houden. Een fragiele bejaarde heeft niet veel nodig om heel snel heel ziek te worden. Als jongere mensen in het ziekenhuis terechtkomen, vertonen ze meestal al een heel aantal andere metabole endocrinologische afwijkingen die veel moeilijker te recupereren zijn dan de fragiele bejaarde die met een klein stootje heel ziek is geworden. Ook dat moet nader worden onderzocht. De surveillancevragenlijst bevat vragen die zeker kunnen helpen om die analyse te doen, maar we wachten op die analyses om uitspraken ter zake te doen.

Ik kan alleen maar veronderstellingen maken en ik ga ervan uit dat er wijzigende profielen zijn, maar ik kan dat vandaag niet met zekerheid onderbouwen.

Ook de vragen over de impact van comorbiditeit in geval van woon-zorgbewoners, vervuiling in de omgeving moeten door de teams bij Sciensano op een dieper niveau worden onderzocht. Dan kunnen zij met de resultaten naar ons komen.

Die resultaten zullen mogelijks ook niet meer in mijn winkel passen. Waarom? Ik ben het diensthoofd voor dringende hulpverlening. Ik sta in voor het acute, de noodsituatie. Als zij ons analyses brengen waaruit blijkt dat milieuelementen ook een invloed hebben, dan ligt dat buiten mijn bevoegdheidsdomein. Het is wel belangrijk dat dat binnen onze structuren naar het juiste bureau wordt gebracht om dat verder op te volgen.

Er was ook een vraag over het organisatorisch aspect. Uit de lessen die ik getrokken heb, heb ik tot nu toe twee elementen aangehaald. Ten eerste, we moeten de gegevensstroom *end to end* geautomatiseerd kunnen opzetten in realtime, zodat het ziekenhuis zelf en het personeel van het ziekenhuis er geen negatieve gevolgen aan heeft en we tegelijkertijd snel gegevens binnen kunnen halen. Ten tweede, we moeten mogelijk richting het transfereren en het spreiden van de patiënten naar een degelijke omkadering gaan, dus naar een echte medische dispatching, die overkoepelend over de provinciale dispatchings kan werken, wat we nu ad hoc een paar keren georganiseerd hebben, maar mogelijk niet voldoende en onvoldoende om de ziekenhuizen volledig te ontlasten van die taken. Heel veel transfers werden door de ziekenhuizen zelf georganiseerd, ere wie ere toekomt. Wij hebben een aantal transfers begeleid, maar zeker niet alle transfers. Dus ziekenhuizen hebben daar zelf ook nog heel veel tijd en energie in gestoken.

Ten derde, ik weet vandaag niet wat een ECMO is. Ik weet vandaag niet wat een bed op intensieve zorg is. Dat kan vreemd lijken, maar een bed op intensieve zorg in een klein, regionaal ziekenhuis is niet het bed op intensieve zorg in een tertiaire instelling. De omkadering is anders, de specialiteit is anders. Dus we hebben intensieve zorg en we hebben intensieve zorg, en één is niet één in dezen. Tijdens deze crisis hebben we in België heel veel gebruik gemaakt van ECMO, maar wat is een ECMO? Is een dialysetoestel waar een zuurstofsaturator bijgeplaatst wordt, een ECMO? Volgens sommigen wel, volgens mij niet. Maar ook daar is nog heel veel werk in het ziekenhuislandschap en ik kijk misschien niet echt met een gerust gevoel maar wel met enige hoop naar de vorming van de netwerken.

Aujourd'hui, nous vivons dans un monde hospitalier où effectivement, on a transféré des patients de soins intensifs vers un autre service de soins intensifs sans bien réaliser si on augmentait le niveau de qualité de soins de ce patient en le transférant. Cela pour moi, ce n'est pas correct.

Het is niet correct ten opzichte van onze patiënten en ook niet ten opzichte van onze ziekenhuizen. Soms is het beter om patiënten van een overvolle afdeling weg te halen en te plaatsen in een afdeling waar het rustiger is, wat een heel goede zet kan zijn, maar in sommige gevallen wordt de patiënt mogelijk naar een instelling gebracht waar de adequate zorg voor die patiënt op dat moment niet aanwezig is. Dat weten wij vandaag niet, omdat alle intensieve bedden allemaal op dezelfde wijze worden gedefinieerd, en ik ken het verschil tussen

de intensieve bedden niet. De mensen die de patiëntenevacuaties mee gecoördineerd en geleid hebben, kennen dat verschil evenmin. Ziekenhuizen die een patiënt ver buiten hun eigen regio hebben getransfereerd, kennen de verschillen ook niet. Binnen het eigen netwerk, binnen de eigen regio, zullen de ziekenhuizen van elkaar wel weten welk type patiënt best naar welke instelling gestuurd wordt, gelet op de aanwezigheid van kennis en omkadering. In de crisis hebben wij soms heel ver getransfereerd, over provinciegrenzen heen. Wanneer een patiënt naar een niet-universitair ziekenhuis wordt overgebracht, dan is het voor het ziekenhuis vanwaar de patiënt vertrekt maar de vraag waar de patiënt toekomt. Daarin draagt het sturend ziekenhuis geen schuld, en ons systeem evenmin, want we weten het niet. We hebben er wel schuld aan als wij dat zouden verzwijgen en hier geen verbetering vragen.

Ik vraag hier effectief om het taboe te doorbreken, door te zeggen en te durven zeggen dat niet elk intensief bed een even intensief bed is. Niet elke spoedgevallendienst is een even urgente dienst. Inzake de ziekenhuizen leven wij vandaag in de IKEA-wereld, waarbij IKEA staat voor 'ik kan echt alles'. Dat moet eruit, want we kunnen niet alles overal. Wanneer ik of mijn partner of kind voor een bepaalde aandoening naar het ziekenhuis moet, dan zal ik keuzes maken en mogelijk niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Die keuze maken wij vandaag echter niet voor onze patiënten, omdat die gradatie vandaag niet bestaat. Elke spoeddienst en elke dienst intensieve zorg wordt als gelijk omschreven. Iedereen die zich geneesheer noemt en zich in staat acht om een ECMO-machine te plaatsen, mag die ECMO plaatsen.

Dit is dus mijn derde les. Wij moeten gegevens hebben. Wij moeten die gegevens op tijd hebben. Wij moeten durven stellen dat wij een degelijke medische omkadering nodig hebben, wanneer wij beginnen te transfereren tussen ziekenhuizen. Wij moeten echter ook weten waarheen wij transfereren. Er moet dus een duidelijke discussie komen over wat ziekenhuizen zijn, wat diensten binnen de ziekenhuizen zijn en welke diensten wij waar in welk netwerk vinden.

Ik weet desgevallend niet alleen in geval van een pandemie waar ik met mijn patiënten heen moet. Ik weet ook dat, indien straks ergens een zwaar ongeval gebeurt, niet de MUG-arts zal beslissen om de patiënt mee te nemen naar een bepaald ziekenhuis, maar dat het systeem zelf zal weten dat een bepaalde patiënt naar een bepaalde instelling moet.

De laatste les voor de toekomst is een les die ik aan mijn studenten ook meegeef. Ik doceer Public Health Emergency binnen de European Master in Disaster Medicine samen met professor Altintas van een van de universiteiten in Turkije. Wij geven hen twee elementen mee. Men moet kunnen jazz spelen.

L'esprit Titanic existe. Jouer le jazz veut dire qu'il faut planifier et avoir des outils. Il faut connaître ses outils et savoir ce que l'on peut faire avec les plans qu'on est en train d'élaborer actuellement et de réadapter. Le plan d'urgence hospitalier va être adapté. Il doit contenir un chapitre relatif à la pandémie. Il faut l'adapter. Il faut savoir ce que ce plan vaudra à ce moment-là et ce qu'on pourra en faire le cas échéant, mais il faut surtout savoir ce que l'on ne peut pas faire avec ce plan. Si on sait ce qu'on peut et ce qu'on ne peut pas faire avec les outils à notre disposition, à ce moment-là, on est expert de ses plans et expert de ses outils. Ce n'est que dans ce cas que l'on peut se permettre d'improviser. C'est cela le jazz. Un musicien qui joue du jazz connaît son instrument. Il adore son instrument et il va jouer de la musique. Ce ne sera pas une cacophonie.

Als wij onze plannen niet kennen van voor naar achter, als we ze niet liefhebben, niet onderhouden, dan zullen we een volgende pandemie niet aankunnen. We moeten onze plannen koesteren, net zoals de middelen die we van de burger krijgen. We moeten ze liefhebben en weten wat we er mee kunnen doen. Dan mag ieder van mijn mensen die op het terrein staat improviseren. Dan is improviseren geen negatief element meer, maar een uiting van hun expertise. Jazz spelen is dus een belangrijke les.

Wat de Titanic-gedachte betreft, zullen we nooit klaar zijn voor een volgende pandemie. Het plan is niet geschreven op waar we morgen mee geconfronteerd zullen worden, maar op opties die zich mogelijk zullen voordoen. Dit zal nooit 100 % passend zijn. Als iemand u in deze commissie of elders zegt dat er een plan is en alles in orde is, wees dan maar zeer wantrouwig.

Soyez très méfiants: quand on se dit que tout est en ordre parce qu'il y a un plan, c'est qu'on va aveuglément tout droit dans le mur! On ne sera jamais prêt. On se prépare à l'être! Le jour où vous m'entendrez dire que tout est prêt sera celui où vous devrez me mettre à la retraite ou me virer.

De Titanic kon niet zinken, maar hij is gezonken.

Met de gegevens moeten we verder. We moeten hier lessen uit trekken. Er zijn een aantal

belangrijke richtlijnen en elementen waaraan we naar mijn aanvoelen moeten werken, maar eens dat is gebeurd is het niet gedaan. We moeten onszelf elke dag opnieuw terug in vraag durven te stellen.

Ik kijk ook reikhalzend uit naar de volgende analyses van Sciensano. De analyse van Sciensano dat het transfereren een hogere mortaliteit met zich mee heeft gebracht was een slag in mijn gezicht, want dit leek net de oplossing om de overcrowding in de ziekenhuizen op te lossen. Neen, het was niet de gouden oplossing. Waarom niet? Misschien was de omkadering er niet, werd het transport niet professioneel georganiseerd, ik weet het nog niet waarom, maar het was niet de enige en juiste oplossing.

We moeten onszelf elke dag opnieuw in vraag durven te stellen. Dat is het enige wat we aan onze burgers kunnen en moeten beloven.

Je pense avoir fait le tour de toutes les questions, qui étaient quand même nombreuses.

De **voorzitster**: Dank u, mijnheer Van der Auwera. Zijn er bijkomende vragen of bemerkingen?

**Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u voor de bijkomende toelichtingen, mijnheer Van der Auwera. U zei daarnet dat wij nooit klaar zullen zijn voor een crisis als deze, maar het is wel duidelijk dat we meer voorbereid hadden kunnen zijn. Een van de zwakke punten is volgens mij inderdaad de dataverzameling. Het is voor elke crisis belangrijk dat we genoeg data hebben, er ook onmiddellijk toegang toe hebben en ze terdege analyseren. Dat was volgens mij een groot probleem.

U zegt dat de ligduur niet bekend is. Dat kan ik bijna niet vatten. Tegelijk zegt u wel over een gemiddeld gegeven te beschikken. Waarop is dat gemiddelde dan berekend? Er moet dan toch een bepaalde dataverzameling voor handen zijn, anders kan u toch geen gemiddelden weergeven? Wat is de spreiding van deze data? Hebben we daar een zicht op? Dat is volgens mij heel belangrijk.

U zegt dat u gestuurd heeft op onvolledige gegevens. Het is dapper van u om dat toe te geven. Maar we kunnen ook niet anders dan dit toe te geven, omdat het nu eenmaal zo is en het ook blijkt uit de feiten. Toch vind ik het redelijk pijnlijk, zeker als men weet welke gevolgen de maatregelen hebben gehad op de hele samenleving, als deze gestuurd zijn door onvolledige gegevens.

De grote taak is dus, volgens mij, om alvast de les te trekken uit deze crisis dat we werk moeten maken van een betere datacollectie.

U zegt dat de financiering en de minimale gegevens er wel zijn, maar dat ze veel te laat komen. Deze gegevens worden toch ergens geregistreerd, lokaal, in de ziekenhuizen? Zijn er ook inspanningen gedaan om de ziekenhuizen te ondersteunen om de gegevens sneller te kunnen ingeven? Dat zou toch een win-winsituatie opleveren? Dat helpt de ziekenhuizen omdat ze dan minder administratie hebben. Het helpt ons ook omdat we zo een beter zicht krijgen op de crisis.

Ik vraag me af of er een controle zal zijn op de gerapporteerde gegevens. Zal er per ziekenhuis een echte analyse gebruikt worden met betrekking tot de COVID-19-crisis? Als ik het hele betoog hoor, heb ik de indruk dat er vooral wordt geconcentreerd op patiëntenkenmerken. Dat zijn inderdaad belangrijke risicofactoren, maar de manier waarop ziekenhuizen georganiseerd zijn kan een belangrijke impact hebben gehad. Denk bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van een voorraad aan beschermingsmaterialen. Het ene ziekenhuis zal meer stock gehad hebben dan het andere. Dat kan alvast van invloed zijn.

Ook de toegepaste therapieën, de manier van beademing enzovoort moeten worden onderzocht. U geeft het ook zelf aan: de ene IZ is de andere niet. Dat is ook de reden waarom we echt tot op het bot moeten onderzoeken hoe alles is verlopen. We mogen geen taboes uit de weg gaan, zoals u zelf ook aangeeft.

Het verontrust me dat u zegt: "We zullen zien waar Sciensano nog zin in heeft om te onderzoeken en te rapporteren." Dat mag niet de bedoeling zijn. We moeten hier teams op inzetten die alles uitzoeken zodat er geen data onbenut blijven. We zijn dat echt verplicht aan wie na ons komt. Werk maken van realtime dataverzameling zal zeker een verbetering zijn. Ik hoop dat we dan tegelijk werk zullen maken van meer transparantie, meer actieve openbaarheid. Dat hebben we echt gemist in deze crisis.

Ten slotte wil ik terugkomen op de transfers. U legt daar zelf immers sterk de nadruk op. Het is jammer te vernemen dat de transfers een van de factoren zijn die tot een hogere mortaliteit hebben geleid. Ik denk dat het op bepaalde momenten echt niet anders kon. Zelf heb ik in de eerste golf van artsen opgevangen dat er heel laat om misschien zelfs niet is ingegaan op de vraag om helikoptertransport in te zetten. Dat lijkt misschien *overshooting* in een land dat niet zo heel groot is, maar als men van Limburg naar West-Vlaanderen moet rijden, kan men toch wel belangrijke uren uitsparen. Vooral kunnen de intensivisten die deze transporten

moeten begeleiden, sneller op de vloer zijn waar ze de patiënten die ter plaatse blijven, beter en langer kunnen helpen. Ik weet niet of in een volgend plan wordt opgenomen dat men toch zou kunnen overwegen om sneller helikoptertransport in te zetten.

**Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, op zich heb ik geen verdere aanvullingen. Ik dank de heer Van der Auwera voor het helikopterperspectief dat hij ons biedt. We moeten ons ervoor behoeden dat we in onze plannen een volgende coronacrisis willen voorbereiden. U geeft heel goed aan dat het mogelijk is dat we de volgende keer niet zo sterk op intensieve bedden moeten inzetten, maar op iets anders. Ik bedank u om in detail met ons de cijfers door te nemen en uw standpunt met ons te delen.

**Nathalie Gilson** (MR): Madame la présidente, je voudrais simplement remercier M. Van der Auwera pour tout ce qui nous a été communiqué et qui sera certainement très utile pour le travail de notre commission.

**Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ik heb nog enkele bijkomende vragen. Ik had naar het verschil gevraagd van ongeveer 20.000 patiënten die wel in de *surge* zitten maar niet in de surveillance. Heeft u er een idee van waar die ontbreken? Om welke regio gaat het? Was dat soms compleet verspreid?

Een andere vraag was of u linken hebt gevonden met het socio-economische profiel van de patiënten. U bent daar niet echt op ingegaan en stelt dat dit misschien eerder werk voor later is voor Sciensano. Moet ik het in dat kader zien? We kunnen momenteel bijvoorbeeld wel het gemiddelde inkomen in Henegouwen vergelijken met dat in Namen.

Verder heb ik gevraagd of het een goed idee is om in de toekomst te cohorteren. In de Aziatische landen heeft men dat immers gedaan, daar had men echte temperatuurziekenhuizen. Iemand met een verhoogde temperatuur werd dan niet in een niet-temperatuurziekenhuis opgenomen. Dat heeft natuurlijk ook te maken met de manier waarop men bijvoorbeeld de toegang tot de spoeddienst organiseert.

**Catherine Fonck** (cdH): Monsieur Van der Auwera, je vous remercie pour les données supplémentaires. Néanmoins, je me permettrai d'insister encore pour savoir si nous disposons des chiffres de la mortalité aux soins intensifs selon les types d'hôpitaux (universitaire, général ou général à caractère universitaire), car les mortalités que vous nous avez communiquées sont les moyennes

générales, c'est-à-dire les moyennes des lits USI confondues avec les unités de médecine interne pour la plupart.

Ensuite, concernant les lits USI créés, je reste étonnée par vos propos puisque, lors de la deuxième vague, on a encore poussé les murs des soins intensifs pour créer des lits. Auriez-vous calculé la moyenne nationale sur le nombre total des lits? Mais la réalité d'un hôpital à l'autre était extrêmement différente.

Je suis d'accord avec vous pour dire qu'un lit de soins intensifs n'est pas égal à un autre lit en soins intensifs. Disposons-nous de plus de données au sujet de l'encadrement par les soignants et plus particulièrement des infirmiers spécialisés? On sait qu'en Belgique, le ratio infirmiers/patients est de 2 à 3/1 entre les différents soins intensifs, ce qui ne dit rien sur le volet qualitatif de la formation et de la spécialisation. À ce sujet, disposons-nous de plus de données? Car nous avons un certain nombre de données issues de la première vague, mais depuis lors, le temps est passé. Aujourd'hui, quelles sont les données supplémentaires en notre possession? Quelles sont les données, pour la deuxième et troisième vague, relatives à la mortalité au niveau des lits en soins intensifs et ceux spécifiquement créés pour les soins intensifs? Car il y en a encore eu, malgré votre propos.

De **voorzitter**: Ik heb ook nog een aantal opmerkingen, mijnheer Van der Auwera. U had het over de ICU-bedden die bijgecreëerd waren. Volgens u was dat een fout. Nu zijn er een aantal buurlanden waar ze dat ook gedaan hebben en oordeelden dat dat een goede zaak was. Wat was dan het verschil tussen onze organisatie en die in andere landen?

Wat de passage betreft over ICU-bedden die niet altijd dezelfde bedden zijn, de spoeddienst die niet overal dezelfde spoeddienst is, dat is uiteraard zo. Maar ik meen dat het een absolute aanbeveling van deze commissie moet zijn om dat helemaal te onderzoeken: hoe komt dat, en hoe kunnen we dat beter doen? Want het kan niet dat een patiënt die naar de ICU wordt gebracht, denkt de beste zorg te krijgen, maar die eigenlijk niet krijgt. Ik vind het totaal onaanvaardbaar dat een patiënt die in een bepaald ziekenhuis terecht komt, de pech heeft om minder goede zorg te krijgen. Dat moeten we echt onderzoeken. Het is weliswaar dapper dat u het hier vernoemt, maar wat is uw aanbeveling, wat gaan we eraan doen? De ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen krijgen vorm, maar we zullen snel moeten handelen, want dat verdienen onze patiënten echt.

Ik heb het ook moeilijk met uw uitspraak "we

moeten jazz gaan spelen", want jazz is de enige muziek waarin iedere noot iedere avond anders kan klinken. En dat staat haaks op het vorige punt: de ICU-bedden moeten iedere avond, op ieder moment, dezelfde kwaliteit garanderen voor onze patiënten. Daar moeten we naar streven. In onze aanbevelingen zouden we een manier moeten vinden om die kwaliteitsgarantie te meten, weer te geven en te garanderen.

**Marcel Van der Auwera** : Mevrouw de voorzitter, eerst even over die 'jazz'. Jazz spelen is voor noodsituaties: het plan dat we vandaag schrijven, zal niet perfect passen bij de noodsituatie van morgen. Het is nogal wies dat ICU-bedden elke dag opnieuw dezelfde kwaliteit moeten bieden; dat mag niet wijzigen. Maar als ik morgen geconfronteerd word met een nieuwe noodsituatie – pandemie of andere noodsituatie – dan moet ik wel durven afwijken van het klassieke, en improviseren met de middelen die we hebben om tot de best mogelijke zorg voor de patiënten te komen. Daar gaan we jazz spelen; we gaan geen jazz spelen in de routine.

Met de routine bedoelen we net die stukken die de muzikant ook telkens opnieuw gaat verwerken in zijn muziek. Dat zijn de basisstukken. De basiskwaliteit, de basiszorg moet altijd gegarandeerd zijn. Dat zijn de middelen waaraan niet mag worden geraakt. Maar met deze basismiddelen kan men wel gaan improviseren.

Vandaar dat het jazz-spelen niet haaks staat op het bieden van kwaliteit. Dat gebeurt pas als we onze basisstukken durven afbreken of er niet zorgzaam mee omgaan. Dan speelt de muzikant immers een kakofonie, en spreken we niet meer van muziekstukken.

Pour ce qui est des lits supplémentaires, oui, on a encore poussé les murs. C'est vrai mais on les a poussés un peu moins que lors de la première vague. Si on est passé de 2 000 lits à 3 000 lits lors de la première vague, l'augmentation a été de 300 lits lors de la troisième vague. Au lieu d'en rajouter 1 000, on en a donc ajouté 200 à 300 lors de la troisième vague, ce qui est toujours beaucoup. Aujourd'hui, je n'en sais pas plus sur l'encadrement, mais j'ai fait confiance aux hôpitaux pour qu'ils ne me donnent que le nombre de lits qui étaient clairement encadrés et pouvaient accueillir un patient covid dans des conditions qualitatives.

Je ne dispose pas de la donnée relative à la différence entre la mortalité en milieu hospitalier et en soins intensifs. Celle-ci est recueillie par l'analyse de surveillance de Sciensano dans laquelle on peut voir si un patient est passé par les soins intensifs et s'il est décédé aux soins intensifs

ou après les soins intensifs. Je ne dispose pour l'instant pas de cette donnée. Je ne peux donc pas vous répondre.

Ik kom dan bij de verschillen tussen de surveillance en de *surge capacity*. Ziekenhuizen kunnen rapporteren of dat niet doen. Als u mij vraagt wie er rapporteert en wie niet, dan moet ik u het antwoord op die vraag schuldig blijven. Sciensano heeft geen lijst gemaakt van wie er gerapporteerd heeft en wie dat niet heeft gedaan. In de wandelgangen heb ik gehoord dat bepaalde ziekenhuizen helemaal niet rapporteren wat de vrijwillige rapportage betreft. Ik durf daar echter mijn hand niet voor in het vuur te steken. Er zijn ziekenhuizen die misschien alleen voor de patiënten van een bepaalde arts gerapporteerd hebben, omdat die rapportage belangrijk vond terwijl een andere arts die minder belangrijk vond. Dat zijn echter redenen die ik hier uitvind, ik weet het namelijk niet. Ik kan dus niet antwoorden op de vraag wie er rapporteert en wie dat niet doet. Ik weet met andere woorden niet wie de goede of de slechte leerlingen zijn.

Ik kan momenteel ook niet antwoorden op de vraag of socio-economische of socioculturele redenen een rol hebben gespeeld. Mogelijks is dat het geval. We gaan ervan uit dat mensen in precare leefomstandigheden dezelfde rechten hebben als elke andere burger, maar door hun precare omstandigheden durf ik daar mijn hand niet voor in het vuur te steken. Er zijn immers verschillen in onze maatschappij en we zien die jammer genoeg ook wat de toegang tot de gezondheidszorg betreft. We moeten die ongelijkheden actief bestrijden want ze mogen er niet zijn. Als we echter zeggen dat ze er niet zijn en dat we ze niet zullen terugvinden in de cijfers, dan draaien we onszelf een rad voor ogen.

Is cohortering de juiste oplossing? Dat is een eenvoudige vraag maar het antwoord is moeilijker. Als ik op microniveau naar één ziekenhuis kijk, dan is cohortering een goede oplossing omdat men de middelen efficiënter gaat inzetten.

Als het patiëntenaantal echter te laag wordt, wordt cohortering opnieuw minder efficiënt. Het is dan handiger en efficiënter om de patiënten dan in een isolatiekamer, in een eenpersoonskamer, te verzorgen. Cohortering is dus niet altijd de beste oplossing. Wij moeten dat situatie per situatie bekijken. In bepaalde netwerken heeft men cohortering gebruikt, in andere netwerken heeft men daar niet voor gekozen. De redenen kunnen multipel zijn. De efficiëntie van het systeem kan een reden zijn, de sociale context een andere. Als de site waar kan worden gecohorteerd, verwijderd is van de andere sites, betekent dat ook voor het bezoek, voor de familie, een lange

afstand. Er kan dus mogelijk worden beslist om al dan niet voor cohortering te kiezen om andere redenen dan zuiver de efficiëntie van het systeem. Cohortering kan dus – het is een element in onze toolbox – maar ik ga mij zeker niet uitspreken over de vraag of dat het heilige element is. Naast de efficiëntie moet ook naar andere elementen worden gekeken, zoals de afstand, de sociale omkadering en de personeelsomkadering van de extra bedden intensieve zorg die werden gecreëerd.

Là aussi, on a eu des soucis: du personnel avait été désigné pendant la première vague pour venir en aide dans les unités de soins intensifs et y soigner des patients covid-19. Il s'agissait peut-être bien d'infirmières et d'infirmiers spécialisés, mais ils n'avaient peut-être pas fait ce choix-là. Les infirmiers et infirmières spécialisés, on les trouve également en salle d'opération ou en salle de réveil, mais dans ces salles, il arrive de temps à autre qu'un patient meure.

Souvent, les patients ne meurent pas en salle d'opération ou en salle de réveil. Ils quittent la salle d'opération et vont en soins intensifs, où ils décèdent. Il n'y a donc pas que l'aspect qualitatif de la formation de ces gens-là, il y a également l'aspect du choix de cet infirmier ou cette infirmière, qui a choisi une unité où, effectivement, il ou elle est confronté(e) à du sang ou autres choses, mais beaucoup moins au décès de patients.

On a vu dans des hôpitaux des gens qui, de leur plein gré, se sont rués vers les soins intensifs pour venir en aide aux équipes de soins intensifs et qui, après la première vague, ont supplié leurs supérieurs de ne plus devoir y aller car ils ne voulaient plus être confrontés quotidiennement au décès de patients. Ici aussi, il y a un élément à prendre en considération: la formation et les compétences du personnel ne suffisent pas, il faut également des membres qui acceptent de le faire. C'est ce qui explique le moindre encadrement des lits de soins intensifs nouvellement créés que pendant la première vague.

De gegevens over de gemiddelde ligduur zullen wij ooit hebben. De gemiddelde ligduur en de ligduur vandaag hebben wij gekregen van Sciensano, die bedoelde gegevens uit de surveillancegegevens heeft kunnen halen. Ik moet bekennen dat ik niet weet welke *range* daarop zit. Ooit zullen wij ze heel exact kunnen kennen, omdat wij dan de gegevens zullen hebben van de facturatie van de ligdagprijzen. Op dat ogenblik zullen wij weten hoeveel tijd patiënten waar hebben gelegen. Dat is echter niet voor vandaag maar voor over een paar maanden, wanneer de facturen van de ziekenhuizen zijn opgemaakt, wanneer de

gegevens van die facturen zijn doorgegeven aan de mutualiteiten en het RIZIV en wanneer het auditteam met die gegevens aan de slag kan gaan. Ooit zullen wij dat dus weten, maar vandaag ben ik erg beperkt in mijn kennis en heb ik u gegeven wat ik zelf heb kunnen verkrijgen.

Mijn uitspraak of Sciensano daar nog zin in heeft, is misschien een verkeerde uitspraak van mij geweest. Ik bedoelde daarmee het volgende. Wij verminderen nu, ook voor Sciensano, de rapportagelast. Immers, alle personeel dat vandaag dagelijkse, wekelijkse of maandelijkse rapportage doet, werkt aan die rapportage en kan natuurlijk niet kwalitatief naar de gegevens kijken. Het kan geen nader onderzoek doen. Voor het feit dat die personeelsleden veel zin hebben, om heel veel te doen, steek ik wel mijn hand in het vuur. Zij willen heel veel onderzoek doen. Zij zitten op een schat aan gegevens, maar zij moeten echter de nodige tijd krijgen, om daaraan te werken.

Dat is wat ik bedoelde met mijn uitspraak dat wij nog zullen zien waar Sciensano nog zin in heeft. Wij kunnen de dagen van die personeelsleden ook geen 48 uur lang maken. Indien zij nog ergens een uur of twee uur vrij hebben, zullen zij in die gegevens duiken. Ik weet echter niet welke gegevens en welke analyses daar eerst uit zullen komen en waaruit eerst significante elementen zullen kunnen worden gehaald.

Het laatste element zijn de helikopters en de helikoptertransfers. Wij hebben daarop ingezet. Ik heb zelf een dossier ingediend bij de Inspectie Financiën om transport per helikopter te kunnen financieren, zonder dat die financiering ten koste van onze patiënten gaat. Een helikoptertransport – de Helden van de Lucht of uit de Lucht; ik weet niet hoe het tv-programma juist heette – doen wij niet zomaar.

We zijn geen cowboys. Spijtig genoeg zijn er heel wat mensen die daarin als cowboy willen handelen. Ik heb in mijn jongere jaren zelf de opleiding tot HEMS gevolgd. Men moet daarvoor een opleiding volgen. Het is niet aan elke geneesheer of verpleegkundige gegeven om met een patiënt in kritieke toestand in een toestel te kruipen dat veel lawaai maakt, dat helemaal niet comfortabel is en daarmee uw patiënt te transporteren.

Al is de transporttijd misschien wel korter, het risico dat wordt genomen, is daarom niet veel kleiner. Ik ben voor het inzetten van helikopters. In interhospitaaltransfers hebben die een plaats, maar niet ten koste van elk risico. Ook daar moeten we professionaliseren en durven stellen dat het echte HEMS-transport beperkt zal moeten worden tot een aantal teams die daarvoor opgeleid zijn.

Niet elk ziekenhuis zal een helikopter moeten aankopen, maar dat heeft zeker een plaats.

Wij willen voor elk van onze burgers natuurlijk de beste verzorging. Het was geen goede zaak om plots onze intensieve capaciteit met 50 % te vergroten, van 2.000 naar 3.000 bedden. Daar zijn we in de fout gegaan. Ik denk dat de realiteit van de derde golf de juiste is, dat we heel voorzichtig bijkomende capaciteit moeten creëren, maar dat we moeten kunnen garanderen dat de kwaliteit van zorg daar die evenaart van de kwaliteit van een normale intensieve zorg.

De **voorzitster**: Dank voor de bijkomende antwoorden. Vraagt nog iemand het woord? (*Nee*)

Dank u voor uw toelichting, mijnheer Van der Auwera.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.48 uur.*

*La réunion publique de commission est levée à 16 h 48.*