

BLIKVANGER GEZONDHEIDSZORG

COVID-19
periode maart 2020 - oktober 2022

Editie 2023



Colofon

ONDERWERP

In deze publicatie werd er geopteerd om toe te spitsen op de opdrachten waar het directoraat-generaal Gezondheidszorg van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu actief bij betrokken was gedurende de pandemie. We geven een overzicht van de activiteiten en de initiatieven qua organisatie, financiering en kwaliteit waar onze dienst heeft aan bijgedragen.

REDACTIECOMITÉ

De leden van het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Dirk Ramaekers,
Galileelaan 5/2 – 1210 Brussel.

CONTACTGEGEVENS



federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Galileelaan 5/2 – 1210 Brussel
T. +32 (0)2 524 97 97 (contact center)

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:

www.gezondheid.belgie.be

Wettelijk depot: D/2022/2196/45

VOORWOORD 4

INLEIDING 5

ORGANISATIE 6

1. Overlegorganen en crisiscellen 6
2. Centra opgericht in functie van het beheersen van de COVID-19-pandemie 13
3. Online gezondheidsportaal mijngezondheid.be 17
4. Vrijwaren van capaciteit binnen de algemene en universitaire ziekenhuizen 18

ZORGACTIVITEIT 24

1. Epidemiologische cijfergegevens 24
2. Invloed van de pandemie op ziekenhuisverblijven in algemene en psychiatrische ziekenhuizen in 2020 37
3. Invloed van de pandemie op de dringende hulpverlening 40

FINANCIERING 44

1. Financiering aan ziekenhuizen en hun personeel 44
2. Financiering aan de triage- en afnamecentra 46
3. Financiering aan de schakelzorgcentra 47
4. Financiering voor psychosociale ondersteuning 47
5. Financiering aan ziekenwagendiensten 51

KWALITEIT 52

1. Ondersteuning psychosociaal welzijn 52
2. Belgische handleiding voor de medische regulatie 52
3. Verdeling van het beschermingsmateriaal aan gezondheidszorgbeoefenaars werkzaam in de ambulante sector 53
4. Verzekeren van verpleegkundige zorgen 56
5. Ondersteuning bij testen en vaccinatie door apothekers 56
6. Tijdelijke toename van het aantal laboratoriamedewerkers 57
7. Hospital Outbreak Support Team 58

VOORWOORD

Beste lezer,

Hierbij presenteer ik jullie een vernieuwde versie van de Blikvanger omtrent COVID-19. Hoewel we dit graag anders gezien hadden, blijft het virus nog steeds een impact hebben op ons leven. De koudere herfst- en wintermaanden zorgen opnieuw voor een opflakking van het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames.

Achter de schermen blijven onze diensten in de weer om de cijfers hieromtrent te monitoren en de ziekenhuizen en zorgverleners bij te staan bij de behandeling van de COVID-19-patiënten en de organisatie van de zorgverlening.

In deze editie hebben we er opnieuw voor gekozen om enkele activiteiten uit te lichten waar onze diensten binnen het directoraat-generaal Gezondheidszorg van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu nauw bij betrokken zijn. De elementen omtrent 'Organisatie', 'Activiteit', 'Financiering' en 'Kwaliteit' uit de vorige editie werden hernomen en van een update voorzien. Daarnaast werden in deze editie enkele epidemiologische cijfers toegevoegd waarbij de kenmerken van de COVID-19-patiënten die in 2020 werden opgenomen in het ziekenhuis worden weergegeven.

Ik wens jullie veel leesplezier,

Annick Poncé,

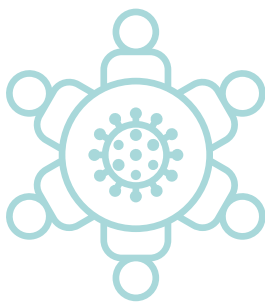
Directeur-generaal ad interim, DG Gezondheidszorg

INLEIDING

Het beheer van gezondheids crisissen maakt integraal deel uit van de basisopdrachten van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL). De FOD VVVL is verantwoordelijk voor de coördinatie en de uitvoering van het geïntegreerd beleid en beheer van gezondheids crisissen in samenwerking met de verschillende partners.

Wat betekent dit in het kader van de COVID-19-crisis?

- De FOD VVVL volgt de evolutie van de pandemie op de voet om de meest geschikte maatregelen te kunnen voorstellen ter ondersteuning van politieke beslissingen om de hele bevolking **te beschermen** en **de verspreiding** van het virus te stoppen of op zijn minst **te beperken**;
- Ze is verantwoordelijk voor **de organisatie en planning van de zorg** waartoe eveneens de psychosociale zorg en de dringende hulpverlening behoren;
- De FOD VVVL is verantwoordelijk voor de **gezondheidsinspectie van de schepen** en van bepaalde **vliegtuigen** komende uit risicogebieden;
- De FOD VVVL is verantwoordelijk voor **het logistieke en het medische aspect van de opvang van landgenoten die uit het buitenland terugkeren**;
- Ze heeft de taak om **de gezondheidszorgbeoefenaars te informeren** omtrent de risico's van het virus en de maatregelen die moeten worden genomen in geval van twijfel over de besmetting;
- Als openbare dienst heeft de FOD VVVL de plicht om **de burgers** zo goed mogelijk **te informeren**.



De acties hieromtrent werden allen uitgevoerd in samenwerking met de betrokken partnerorganisaties. In het huidige rapport opteren we om in te zoomen op acties waarbij het directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD VVVL actief betrokken was. De publicatie is opgedeeld in 4 hoofdstukken waarin we o.m. enkele van bovengenoemde taken verder uitlichten. In het hoofdstuk **'Organisatie'** wordt allereerst een overzicht weergegeven van de verschillende overlegorganen en crisiscellen die in het kader van de COVID-19-pandemie werden opgericht. Daarnaast wordt een omschrijving gegeven van enkele centra die opgericht werden in functie van het bestrijden van de COVID-19-crisis alsook over enkele

systemen, die werden ingezet om de burger te informeren omtrent COVID-19. In het hoofdstuk **'Zorgactiviteit'** wordt een overzicht gegeven van de acties die het comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) heeft ondernomen. Er worden ook enkele vaststellingen weergegeven omtrent de invloed van de pandemie op de dringende hulpverlening. In de hoofdstukken **'Financiering'** en **'Kwaliteit'** worden enkele initiatieven toegelicht die gedurende de pandemie werden genomen in het kader van deze onderwerpen.

ORGANISATIE

1. Overlegorganen en crisiscellen

Op 12 maart 2020 werd in België de federale fase van het crisisbeheer afgekondigd wat impliceert dat vanaf dat moment de COVID-19-pandemie op nationaal niveau werd beheerd. Er werden hiertoe verscheidene overlegorganen op nationaal niveau opgericht waar verschillende betrokken overheden en experts in vertegenwoordigd werden. In deze organen werden de verschillende maatregelen voorbereid en getroffen om de verspreiding van het virus in te perken.

1.1. Strategische en beleidsorganen

- De **Nationale Veiligheidsraad (NVR)** is een federaal orgaan dat in essentie uit de Eerste minister en de Vice-Eersteministers bestaat. Het orgaan werd in het kader van de crisis uitgebreid met de Ministers-Presidenten van de Gewesten en Gemeenschappen. Dit collegiaal orgaan nam bij de start van de pandemie de beleidsbeslissingen voor het beheer van de crisis.
- Het **Overlegcomité** is een comité waarin alle regeringen en hun minister-presidenten – op federaal, gemeenschaps- en gewestniveau – zetelen. Sinds de aanstelling van de regering De Croo (01/10/2020) worden hier de beslissingen aangaande de COVID-19-pandemie genomen.
- De **Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid** (zie verder).
- Het **Federaal Coördinatiecomité (COFECO)** wordt voorgezeten door het Nationaal Crisiscentrum en zorgt voor de voorbereiding van de beleidsbeslissingen van het Overlegcomité op strategisch niveau en voor de coördinatie van de uitvoering.
- Het **Regeringscommissariaat Corona** was o.m. verantwoordelijk voor de coördinatie van de communicatie tussen de federale overheid en de deelstaten betreffende het gezondheidsbeleid. Het commissariaat diende de relaties met experts en sociale partners te onderhouden. Daarnaast was het commissariaat bevoegd om voorstellen te formuleren omtrent het hervormen van de verschillende overlegstructuren en op deze manier de strijd tegen de crisis te vereenvoudigen. Het commissariaat diende ten slotte op een gestructureerde manier nieuwe inzichten te verwerven over het virus en waakte over de maatschappelijke, economische en sociale impact van de genomen maatregelen. Op deze wijze bood het commissariaat ondersteuning bij de beleidsbeslissingen en de uitvoering ervan. De opdracht van het commissariaat werd stopgezet op 8 april 2022.

1.2. Wetenschappelijke groepen

- De **Risk Assessment Group (RAG)** analyseert het risico voor de bevolking op basis van epidemiologische en wetenschappelijke gegevens. De groep wordt voorgezeten door Sciensano en bestaat uit experts van o.m. Sciensano, de federale en de regionale gezondheidsautoriteiten. Dit orgaan heeft sinds november 2020 de functie van Ceval (zie verder) overgenomen voor wat betreft de analyse van de epidemiologische risico's en heeft zijn adviezen tot 1 april voorgelegd aan het Regeringscommissariaat Corona.

- De **Risk Management Group (RMG)** neemt op basis van het advies van de RAG maatregelen om de volksgezondheid te beschermen. Deze groep wordt voorgezeten door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) en bestaat uit vertegenwoordigers van de gezondheidsautoriteiten, zowel van de federale staat als van de deelstaten. In de schoot hiervan is het Hospital Transport & Surge Capacity- comité en het Primary & Outpatient Care Capacity-comité ontstaan (zie verder).
- Het **Wetenschappelijk comité Coronavirus** geeft wetenschappelijk advies over de evolutie van het virus.
- De **'Evaluatiecel' (Ceval)** bestond uit verschillende experts die in een eerste fase de adviezen van het RAG, RMG en het wetenschappelijk comité bundelden. Op basis daarvan gaf de cel advies aan de autoriteiten aangaande de maatregelen met het oog op het stopzetten van de verspreiding van het COVID-19-virus. Eind augustus 2020 werd de samenstelling van Ceval uitgebreid met experts uit verscheidene sectoren en nam de cel de taak van de GEES (zie verder) over. Eind november 2020 werd de Evaluatiecel ontbonden. De functie van Ceval werd enerzijds overgeheveld naar de RAG en de FOD VVVL. Anderzijds werd beslist om voor punctuele adviesvragen of strategische beleidsvragen specifieke adviesgroepen samen te stellen gezien dit de bevoegdheid van de RAG overschrijdt.
- De **'Groep van Experts die belast is met de Exitstrategie' (GEES)** was een groep van 10 experts die de taak hadden om advies te leveren om het publieke en economische leven opnieuw op te starten na de eerste golf en om de verspreiding van het COVID-19-virus te stoppen. Deze groep werd ontbonden in augustus 2020.
- Het **'Expertencomité Beheersstrategie' of 'Groep van experts voor managementstrategie van COVID-19' (GEMS)** werd opgericht in december 2020 als opvolger van Ceval en GEES en geeft adviezen omtrent de maatregelen om de crisis te beheersen. Samen met het coronacommissariaat hebben zij hun activiteiten stopgezet sinds 8 april 2022.

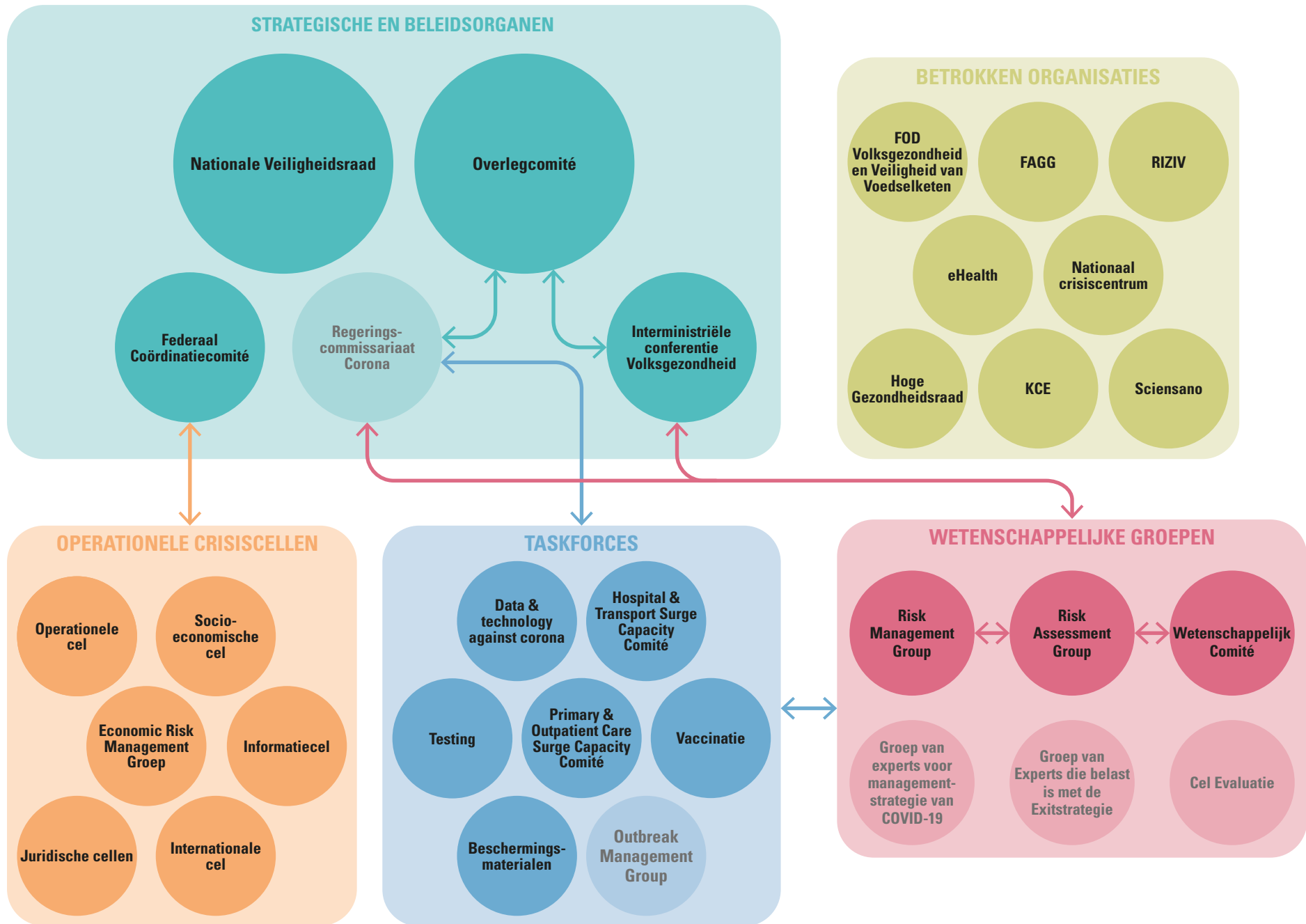
1.3. Operationele crisiscellen

Er werden verscheidene crisiscellen samengesteld om het crisisbeheer te operationaliseren:

- De **Operationele cel** wordt gecoördineerd door het Nationaal Crisiscentrum (NCCN). Deze cel zorgt voor de alarmering voor de opzet van de verschillende crisiscellen, bewaakt de operationaliteit van de werking en heeft eveneens als doelstelling om de informatiedoorstroom te bevorderen tussen de verschillende betrokken overheden.
- De **Socio-economische cel** brengt adviezen uit omtrent de socio-economische impact van de genomen of te nemen maatregelen.
- De **'Economic Risk Management Group' (ERMG)** is verantwoordelijk voor het beheer van de economische en macro-economische risico's in verband met de verspreiding van het COVID-19-virus in België.
- De **Informatiecel (INFOCEL)** wordt gezamenlijk voorgezeten door de FOD VVVL en het NCCN. Deze cel staat in voor een coherente communicatie aan de bevolking inzake de pandemie.
- De **Juridische cellen** zorgen voor het opstellen van de wettelijke teksten en antwoorden op talrijke juridische vragen die worden gesteld in het kader van dit complexe crisisbeheer.

- De **Internationale cel** organiseert een goede informatiestroom tussen de gelijkwaardige overheden inzake crisisbeheer binnen Europa.
- Verder werden talrijke **taskforces** opgericht omtrent specifieke thema's (o.a. omtrent testen, vaccinatie, persoonlijke beschermingsmaterialen, data (bv. data technology against corona) om de strijd tegen de pandemie aan te gaan.

OVERLEGORGANEN EN CRISISCELLEN



1.4. Overlegorganen in de kijker

In dit rapport opteren we ervoor om de werking van 4 overlegorganen wat verder uit te lichten:

HOSPITAL & TRANSPORT SURGE CAPACITY COMITÉ

Het Hospital & Transport Surge Capacity Comité (HTSC-comité) heeft enerzijds de opdracht het aantal en de aard van COVID-19-patiënten in de algemene en universitaire ziekenhuizen te monitoren. Anderzijds dient het comité problemen, inzake capaciteit en doorstroom van de patiënten in ziekenhuizen, te behandelen. Verder ziet het comité toe op de organisatie van (niet-)dringend vervoer voor patiënten. De leden van het comité formuleren omtrent bovenstaande onderwerpen adviezen aan de RMG. Het HTSC-comité werkte o.m. een faseringsplan uit om voldoende ziekenhuisbedden en middelen binnen de ziekenhuizen te voorzien voor patiënten met COVID-19. Het stelde verder een spreidingsplan op voor de patiënten en maakte analyses in het kader van het uitstellen van niet-essentiële zorg. De coördinatie van het comité wordt verzorgd door het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg van de FOD VVVL. Het comité legt de focus op een inter-federale samenwerking om een gestroomlijnde communicatie en aanpak te kunnen voorzien.

Het HTSC-comité zag in de lente van 2022 het aantal ziekenhuisopnames van COVID-19-patiënten op intensieve zorgen en verpleegafdelingen verder dalen. Het faserings- en spreidingsplan kon daarom worden afgebouwd. Het comité stelde vast dat de ziekenhuizen zich doorheen de pandemie hebben georganiseerd om COVID-19-patiënten te behandelen. Indien nodig zal tijdig worden geanticipeerd op problemen. De leden van het comité zijn van mening dat ziekenhuizen meer verantwoordelijkheid kunnen opnemen bij het organiseren van de COVID-19-zorg in hun instelling en binnen hun netwerk. Het ziekenhuis kan indien gewenst terugvallen op het faseringsplan opdat er steeds een voldoende bedden en middelen door hen ter beschikking worden gesteld voor COVID-19-patiënten.

Het comité heeft naast zijn opdracht om de opvolging van bezettingsgraad van COVID-19-patiënten binnen de algemene en universitaire ziekenhuizen te monitoren ook een aanvullende opdracht op zich genomen. Kort na de start van de oorlog in Oekraïne werd een Europees evacuatiemechanisme voor zorgbehoevende patiënten opgesteld. Gezien (i) de interfederale samenwerking, (ii) vertegenwoordiging van de ziekenhuizen door de koepels en (iii) contacten met beroepsverenigingen via een uitgebreid netwerk is het HTSC-comité het ideale platform om het aanbod aan zorg in kaart te brengen. Het zorgde ondertussen al voor een vlotte repatriatie en hospitalisatie van diverse Oekraïense patiënten.

Meer weten over het
HTSC-comité:

[overlegorganen.gezondheid.
belgie.be](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be)



PRIMARY & OUTPATIENT CARE SURGE CAPACITY COMITÉ

Het Primary & Outpatient Care Surge Capacity Comité (POCSC-comité) werd opgericht op vraag van de RMG ter aanvulling van de werkzaamheden van het HTSC-comité. Om de ziekenhuizen zo veel mogelijk te ontlasten, was een optimale organisatie van de eerstelijnszorg vereist. Het POCSC-comité buigt zich over de organisatie en de beschikbaarheid van zorg buiten het ziekenhuis en formuleert hierrond adviezen aan de RMG. De federale overheid, de verschillende regionale overheden en de vertegenwoordigers van de huisartsen vormen de basis van dit comité. Afhankelijk van de te bespreken onderwerpen worden vertegenwoordigers van de thuiszorg, ziekenhuizen, woonvoorzieningen of verenigingen die zich inzetten voor de meest kansarmen, bij de werkzaamheden betrokken. Het Comité moet er op toezien dat de eerstelijnszorg, de ziekenhuiszorg en de nieuwe vormen van zorg (bv. telemonitoring, triagecentra, ...) afgestemd en adequaat zijn.

In de afgelopen twee jaar werden er verschillende onderwerpen behandeld o.a.:

- de organisatie van testen in scholen en bedrijven;
- de vermindering van de hoge werkdruk bij huisartsen;
- de toelichting bij de financiering van de alternatieve centra (testdorpen);
- advies over de teststrategie om de eerstelijnszorg te ontlasten door bijvoorbeeld enkel symptomatische patiënten te testen.

OUTBREAK MANAGEMENT GROUP

Op vraag van de RMG werd op 23 maart 2020 de Outbreak Management Group (OMG) opgericht. Deze werkgroep formuleerde adviezen aangaande het omgaan met COVID-maatregelen en besmettingen in residentiële organisaties zoals woonzorgcentra, instellingen voor personen met een beperking, onthaalcentra voor migranten,...

De eerste doelstelling van deze werkgroep was om een gezamenlijke analyse te maken van de toestand in bovengenoemde instellingen op basis van de verschillende gegevens die beschikbaar waren bij de regionale overheden. Een tweede doelstelling was om de regionale overheden te ondersteunen in het uitwerken van de beslissingen die op de Nationale Veiligheidsraad of later het Overlegcomité werden genomen. Deze beslissingen dienden immers vertaald te worden naar de context van de residentiële instellingen en dan voornamelijk van de woonzorgcentra omdat deze het meest getroffen werden. In de OMG werden adviezen geformuleerd omtrent o.a. de volgende vragen: 'Hoe dient het beperkt beschikbare beschermingsmateriaal gebruikt te worden?', 'Hoe het beperkte aantal personeelsleden inzetten?', 'Waarom en op welke manier kan men één of meerdere personen isoleren van andere personen?', 'Op welke wijze kan een kwaliteitsvol leven bewaakt worden?', ... Deze adviezen hebben o.a. geleid tot het samenstellen van 'mobiele equipes' die bestaan uit gezondheidszorgbeoefenaars, die de residentiële instellingen bijstaan met raad en die zowel de sterke als de ontwikkelpunten van een organisatie aanduiden. Dit om hen te ondersteunen in de voorbereiding op nieuwe besmettingsgolven.

In oktober 2020 werd beslist om de OMG te ontbinden gezien de samenwerking ertoe leidde dat de regionale overheden zich autonoom en efficiënt konden organiseren om op vlak van de residentiële instellingen een antwoord te bieden aan de pandemie. De positieve samenwerking van de OMG leidde tot de opzet van een pilootproject genaamd het Hospital Outbreak Support Team (zie hoofdstuk 'Kwaliteit').

INTERMINISTERIËLE CONFERENTIE VOLKSGEZONDHEID

De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid is een overleg- en beslissingsorgaan met alle bevoegde ministers voor Volksgezondheid in ons land. De IMC heeft voornamelijk als doel het overleg en de samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten te garanderen en te bevorderen.

De IMC zette zijn coördinerende rol en de validatie van de maatregelen, die worden genomen in het kader van de gezondheid, onverminderd verder. Tijdens verscheidene overlegmomenten delen ze informatie en maken ze beslissingen omtrent de volgende onderwerpen:

- de evolutie van de pandemie en de stand van zaken van de vaccinatiecampagne;
- de strategie inzake het beheer van een pandemie (om een betere reactiviteit op een eventuele volgende crisis te kunnen garanderen);
- de uitwerking van een strategie op (middel)lange-termijn wat betreft testen en opsporen van besmettingen alsook isolatie en quarantainemaatregelen.

Meer weten over de werking
van de Interministeriële
Conferentie Volksgezondheid:

[overlegorganen.gezondheid.
belgie.be](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be)



2. Centra opgericht in functie van het beheersen van de COVID-19-pandemie

In het kader van de COVID-19-pandemie werden verschillende centra opgericht. Hieronder worden de triage- en afnamecentra besproken alsook de schakelzorgcentra.

2.1. Triage- en afnamecentra

De triage- en afnamecentra hebben een tweeledige functie^[1] :

- De **tragefunctie** heeft als doel te voorkomen dat spoeddiensten onnodig overstelpt worden én te voorkomen dat te veel - mogelijks besmette - patiënten zich op het spreekuur van de huisarts zouden aanmelden. Door het opzetten van de triagecentra beoogde men op deze manier het risico op de verspreiding van het COVID-19-virus te beperken. De patiënt wordt een eerste maal onderzocht door een arts, die bepaalt of een doorverwijzing naar de spoedgevallendienst noodzakelijk is of dat de patiënt thuis mag uitzieken, eventueel na een COVID-19-test. Deze functie wordt georganiseerd door de huisartsenkringen in nauwe samenwerking met de spoedgevallendiensten en kan onder bepaalde voorwaarden (tijdelijk) stopgezet worden wanneer de behoefte vermindert.
- De **afnamefunctie** werd aan de centra als tweede functie toegewezen om beter te kunnen voldoen aan de noden en de behoeften van de bevolkingsscreening. Het moet immers mogelijk zijn om de testvraag op te vangen voor elke persoon die voldoet aan de voor het testen gedefinieerde criteria. Dit zijn zowel symptomatische personen als asymptomatische personen die een hoog-risicocontact hadden. Omwille van de versoepeling van de maatregelen betreffende reizen naar het buitenland wordt aan centra gevraagd reizigers te testen.



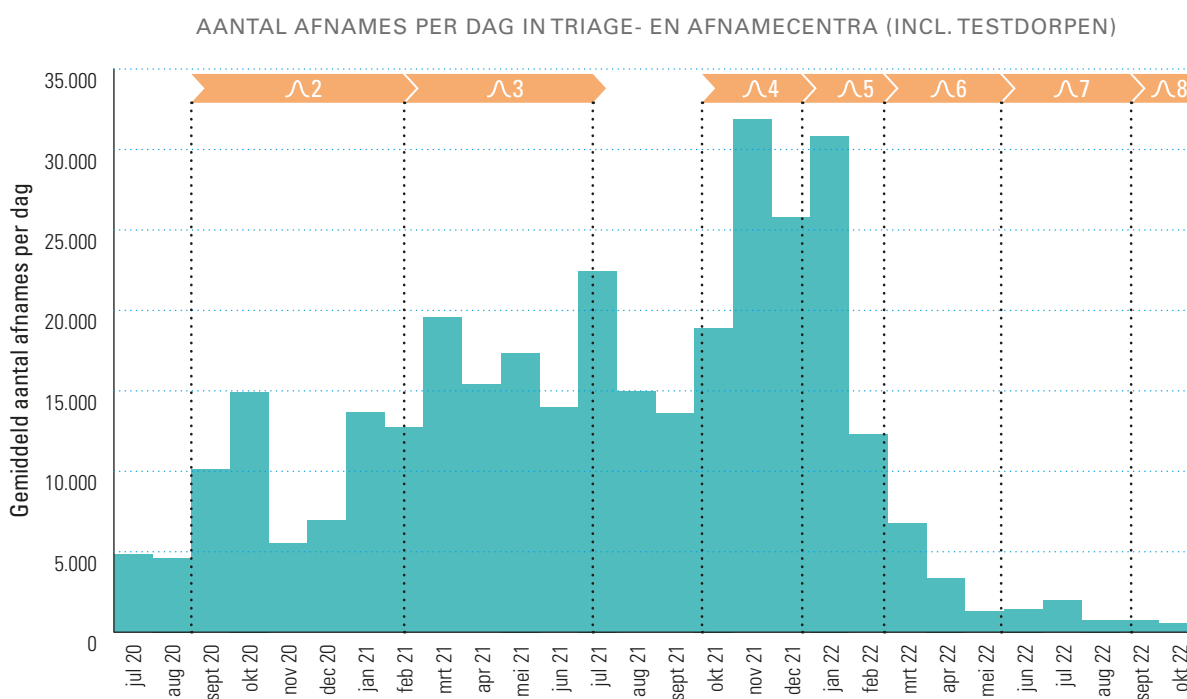
In België werden gedurende de pandemie **139 triage- en afnamecentra** opgericht en op **12 locaties** werd een **alternatief afnamecentrum of testdorp** opgezet^[2].

1 Bron: Koninklijk besluit van 13 mei 2020 nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

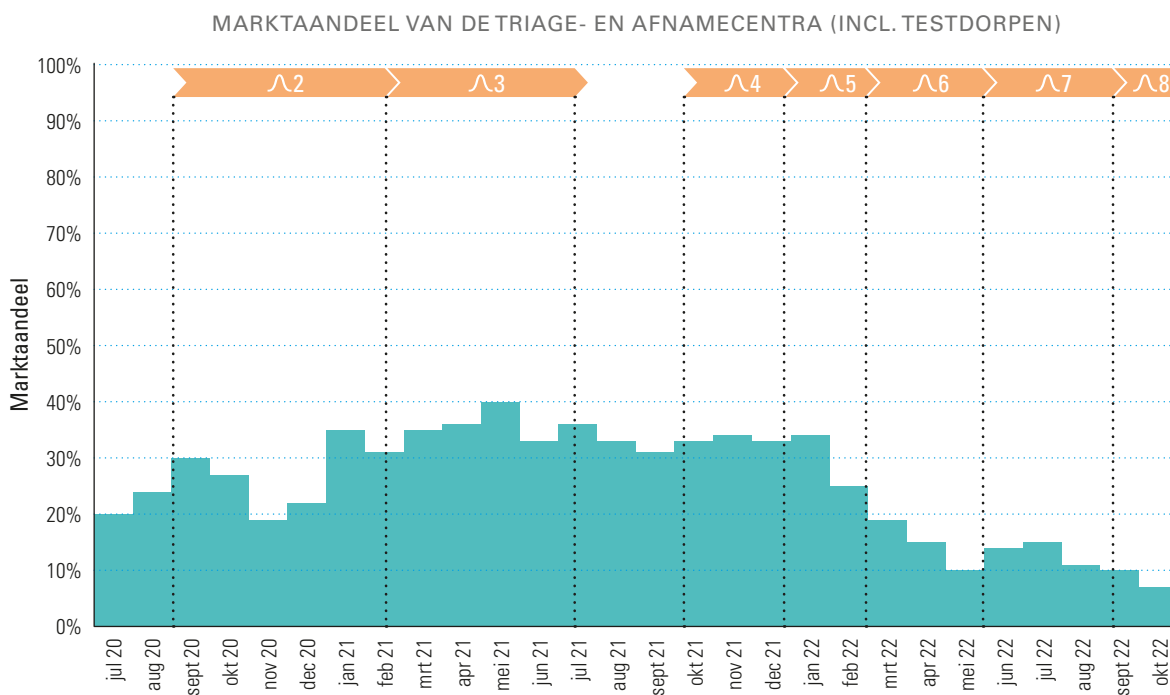
2 Bron: DG Gezondheidszorg, FOD VWL (31/10/2022)

Er wordt één centrum per 100.000 inwoners opgericht waarbij de medische coördinatie wordt toevertrouwd aan een huisartsenkring (d.i. een vereniging van vertegenwoordigers van huisartsen binnen een specifieke regio). De triagefunctie is gevestigd op één locatie maar de afnamefunctie kan op verschillende locaties worden georganiseerd om de toegankelijkheid van de afnamefunctie en de screening te vergroten.

Naarmate de epidemiologische situatie gunstiger werd, werd het aantal centra afgebouwd. De activiteit in de centra was het hoogst tussen november 2021 en januari 2022. In deze periode waren er ongeveer 100 centra actief, die gemiddeld 29.532 tests per dag uitvoerden. Dit komt overeen met een derde van alle uitgevoerde testen (34%) in deze periode. Tussen juli en oktober 2022 voerden in de 33 actieve centra gemiddeld 1.001 tests per dag uit. Dit betreft ongeveer 10% van alle in deze periode uitgevoerde testen.



Bovenstaande grafiek geeft het gemiddeld aantal testafnames per dag in de triage- en afnamecentra en de testdorpen weer. De meeste testen werden afgenomen tijdens golf 4 en golf 5. De reden hiervoor ligt in het feit dat de testcapaciteit op deze momenten maximaal was. Daarnaast was de Omikronvariant – die de overhand nam in golf 5 – erg besmettelijk. Hierdoor werden er meer mensen besmet met COVID-19 en werden er meer testen afgenomen. In tegenstelling tot in andere golven werden op deze momenten geen beperkingen opgelegd wat betreft welke personen getest werden. Zowel symptomatische personen als niet-symptomatische personen met een risicocontact werden systematisch getest. In golf 2 en 3 zien we eveneens een stijging van het aantal afgenomen testen. Daarnaast zien we een stijging in het aantal testafnames in de zomer van 2021 ten gevolge van de testen voor de reizigers. Sinds februari 2022 observeren we een sterke daling van het aantal afgenomen testen in test-centra.



Bovenstaande grafiek geeft het aandeel van testen in de triage- en afnamecentra weer t.o.v. het totaal aantal testen afgenomen in België. We zien dat dit aandeel varieert tussen 10% en 40%. Het gemiddelde marktaandeel voor de periode 29/7/2020 tot 31/10/2022 bedraagt 26%. Daarnaast stellen we vast dat het aandeel groter is op maandagen, zondagen en feestdagen. Veel mensen wachten immers tot na het weekend om hun dokter te raadplegen en krijgen bijgevolg op maandag een doorverwijzing voor een test. De reden voor een groter marktaandeel op zon- en feestdagen is omdat er op dat moment op andere plaatsen (zoals bv. bij de huisarts en ziekenhuizen) minder of niet getest wordt.

Meer weten over de locatie van de triage- en afnamecentra:

[doclr - Covid test](#)



Om aan de capaciteit van staalanalyse en testmateriaal te voldoen werd er een federaal platform opgericht naast het traditionele testcircuit, verricht in en door klinische laboratoria. Het federaal platform staat in voor het aanleveren van testmateriaal, het verzamelen en vervoeren van de uitgevoerde testen naar de laboratoria en het doorsturen van de testresultaten. In totaal maakten 63 van de 139 triage- en afnamecentra en alternatieve afnamecentra gebruik van dit platform. De overige centra werken samen met een laboratorium van een ziekenhuis of een privélabo. In dit geval zijn de laboratoria zelf verantwoordelijk voor het aanleveren van testmateriaal, het transport van de uitgevoerde tests en de doorstroom van de resultaten. Een centrum kan overschakelen naar het federaal platform indien het laboratorium de analyse van de testen niet meer binnen de vooropgestelde termijn kan afhandelen of als de vraag naar analyse de capaciteit van het laboratorium overschrijdt. Eenmaal een centrum is overgeschakeld naar het federaal platform, blijft deze samenwerking van toepassing zolang de capaciteit van de traditionele circuits wordt overschreden.

Meer weten over de huidige procedure over wanneer je je moet laten testen en waar dit kan gebeuren kan je terugvinden op

www.info-coronavirus.be



2.2. Schakelzorgcentra

Een schakelzorgcentrum vormde een 'schakel' (een tussenstap) tussen het ziekenhuis en opnieuw zelfstandig wonen³¹. Deze centra werden opgericht om voldoende capaciteit in de ziekenhuizen te kunnen vrijwaren. Schakelzorgcentra gaven ondersteuning aan patiënten waarbij COVID-19 werd gedetecteerd. De patiënten in deze centra:

- waren voordien opgenomen in het ziekenhuis;
- of werden voordien onderzocht in een triage- en afnamecentrum of een spoedgevallendienst waar beslist werd dat een opname in het ziekenhuis niet noodzakelijk was.

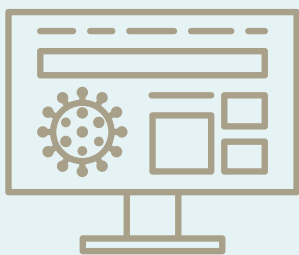
Bij deze patiënten werd echter ofwel vastgesteld dat zij zich bij hun terugkeer naar hun gewone leefsituatie niet konden houden aan de strikte regels van isolering, hygiëne en afstand houden van hoog-risicopersonen. Sommige patiënten hadden nog specifieke zorg nodig. Omwille van deze redenen konden ze opgenomen worden in een schakelzorgcentrum voor een verblijf tot drie weken. Daar konden ze herstellen en kregen ze de nodige verzorging en ondersteuning voor ze weer naar huis keerden.

De schakelzorgcentra werden bemand door (huis)artsen, verpleeg- en zorgkundigen, gefinancierd door het RIZIV. De deelstaten waren verantwoordelijk voor de nodige aanvullende ondersteuning. Daartoe hebben zij samenwerkingsverbanden ontwikkeld met de sociale diensten van de gemeenten of de dienst 'Maatschappelijk Werk' van verscheidene ziekenfondsen.

In de periode van 2 april 2020 t.e.m. 30 mei 2021 waren in totaal 18 schakelzorgcentra geopend. Deze 18 structuren ontvingen 605 patiënten (476 in Vlaanderen en 129 in Wallonië). De werking was verschillend qua duur van de opening van de centra alsook qua aantal patiënten. Sommige centra behandelden slechts 4 of 5 patiënten terwijl één structuur 123 patiënten ontving. De activiteit van de centra was geconcentreerd in twee perioden: van april tot mei 2020 en van november 2020 t.e.m. mei 2021.

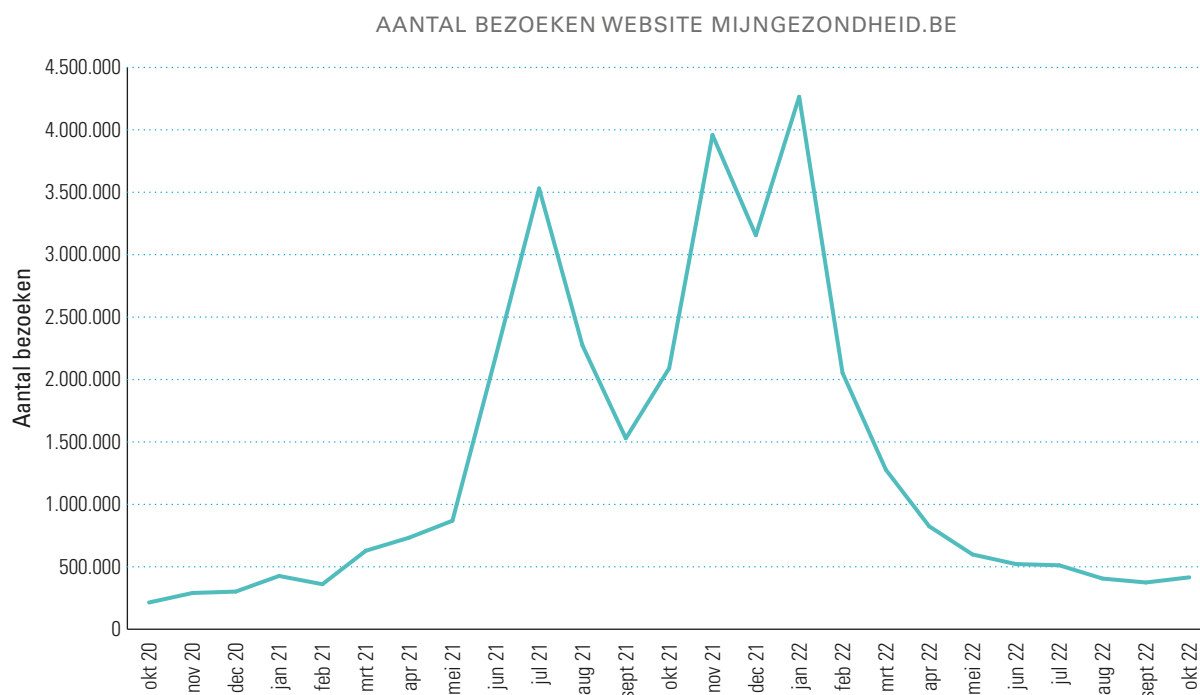
3 Bron: Koninklijk besluit van 13/05/2020 nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

3. Online gezondheidsportaal mijngezondheid.be



Sinds de lancering van de rubriek **COVID-19** op de website **mijngezondheid.be** werd de website **meer dan 33 miljoen keer** bezocht.

In onderstaande grafiek kunnen we enkele pieken in het bezoek van de website observeren. Deze pieken zijn enerzijds gerelateerd aan nieuwe functionaliteiten op de website zoals bijvoorbeeld het consulteren van de testresultaten, aanvragen van een PCR-test, opvragen van het EU-digitaal COVID-certificaat,... Anderzijds zijn deze pieken gerelateerd aan de COVID-19-golven.

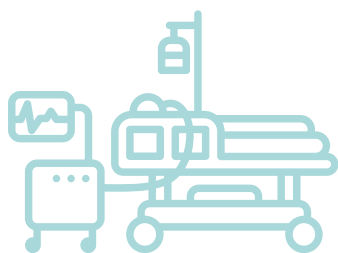


In januari 2022 steeg het aantal dagelijkse bezoekers gemiddeld naar ± 58.000 vergeleken met ± 7.000 dagelijkse bezoeken in januari 2021.

Enkele verbeteringen werden reeds geïntegreerd in de website:

- De rubrieken m.b.t. COVID-19 werden ingedeeld in 4 grote thema's opdat de informatie eenvoudig terug te vinden is:
 - Testen en resultaten
 - Quarantaine
 - Vaccinatie
 - EU Digitaal Covid-certificaten
- De rubriek met veelgestelde vragen werd verder van een update voorzien om beter te kunnen beantwoorden aan de noden van de burger.

4. Vrijwaren van capaciteit binnen de algemene en universitaire ziekenhuizen



Toen medio maart 2020 werd vastgesteld dat de toevloed van patiënten met COVID-19 naar ziekenhuizen exponentieel toenam, ondernam het HTSC-comité (zie eerder) actie door op regelmatige tijdstippen nationale richtlijnen aan de algemene en universitaire ziekenhuizen uit te vaardigen.

De algemene en universitaire ziekenhuizen werden opgeroepen om zich solidair op te stellen en hun verantwoordelijkheid te nemen om de nodige maatregelen te treffen om volgens hun capaciteit en expertise een maximaal aantal patiënten met een COVID-19-besmetting te kunnen behandelen. De ziekenhuizen werden verder gevraagd om binnen hun netwerk afspraken te maken om samen te werken om de toevloed van patiënten het hoofd te kunnen bieden.

Om een goede monitoring van de situatie in de Belgische ziekenhuizen te kunnen voorzien, was een dagelijks overzicht van de opnamecijfers nodig. De registratie van de opnamecijfers en de vrije capaciteit door de ziekenhuizen verliep via de daartoe voorziene applicaties van Sciensano en via het Incident & Crisis Management System-veiligheidsportaal. Aan de hand hiervan werden visuele, dynamische dashboards gecreëerd om de beleidsbeslissingen te ondersteunen.

4.1. Spreidingsplan

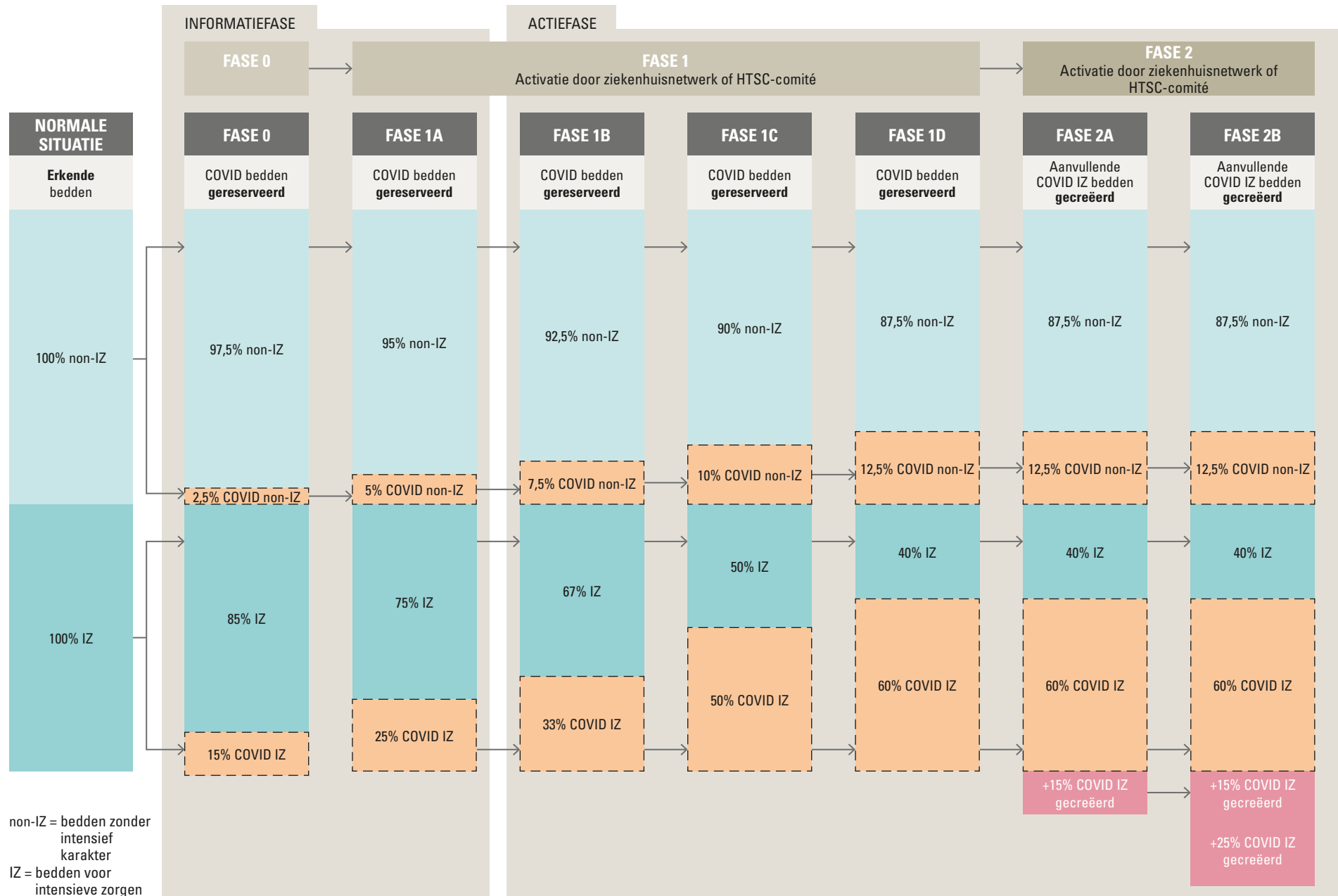
Het HTSC-comité werkte tijdens de eerste COVID-19-golf een spreidingsplan uit met als doel duidelijke richtlijnen aan de ziekenhuizen te geven opdat tijdens de volgende golven voldoende capaciteit in de ziekenhuizen gewaarborgd zou kunnen worden.

Het plan is opgedeeld in **2 grote fasen**:

1. Het ziekenhuis doet voor de opvang van COVID-19-patiënten met nood aan intensieve verzorging enkel beroep op het aantal bedden met intensief karakter dat reeds beschikbaar was in de periode voor de pandemie. Daarnaast worden bedden vrijgehouden op de gewone verpleegeenheden voor COVID-19-patiënten.
2. Het ziekenhuis dient aanvullende bedden met intensief karakter te creëren voor de behandeling van COVID-19-patiënten met nood aan intensieve verzorging en voldoende personeel hiervoor te voorzien. Daarnaast worden bedden vrijgehouden voor COVID-19-patiënten (meer dan in de eerste fase) op de andere diensten voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten.

Het spreidingsplan werd gedurende de pandemie meermaals geëvalueerd en herzien om te kunnen beantwoorden aan de behoeften in elke actuele situatie.

SPREIDINGSPLAN – VERSIE 31/08/2022



4.2. Afbouwen van niet-essentiële zorg

Midden maart 2020 werd – via het HTSC-comité – gecommuniceerd aan de ziekenhuizen dat alle niet-essentiële zorg diende geannuleerd te worden. Hierbij moest bijzondere aandacht geschonken worden aan ingrepen, die een impact hadden op de bedbezetting voor de functie 'Intensieve zorgen'.

Deze beslissing werd gemaakt omwille van verschillende redenen:

- Het ontlasten van de intensieve verzorgingseenheden;
- Het beschikbaar stellen van zorgverleners specifiek voor de zorg aan COVID-19-patiënten;
- Het optimaal inzetten van medische apparatuur;
- Het verminderen van het verbruik van beschermingsmaterialen waarvoor op dat moment schaarste was.

Vanzelfsprekend werd de dringende en noodzakelijke zorgverlening opgenomen zoals voorheen. Begin mei 2020 werd gecommuniceerd dat de heropstart van planbare, niet-dringende zorg gefaseerd en enkel onder strikte voorwaarden kon plaatsvinden. Hierbij diende elk ziekenhuis o.a. de capaciteit te behouden om de patiënten uit de 1ste golf te behandelen alsook paraat te blijven om patiënten uit de 2e golf te kunnen opvangen. Verder werden organisatorische maatregelen genomen om drukte te vermijden en fysieke afstand tussen patiënten te kunnen garanderen.

Deze opeenvolgende fasen voor heropstart werden geformuleerd:

- Heropstart van raadplegingen, thuishospitalisatie-activiteiten en de activiteiten van mobiele teams
- Heropstart van niet-chirurgische daghospitaal-activiteiten (bv. geriatrie, psychiatrie)
- Heropstart van chirurgische daghospitaal-activiteiten die geen gebruik maken van intensieve zorgen
- Heropstart van klassieke hospitalisaties die geen gebruik maken van intensieve zorgen
- Heropstart van activiteiten die gebruik maken van intensieve zorgen

Ter voorbereiding van de heropstart van de zorg werkte het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten een referentiekader uit omtrent de noodzaak en dringendheid van zorg dat een oriënterende functie kan hebben voor de arts.

Meer weten over dit referentiekader:

www.vbs-gbs.org

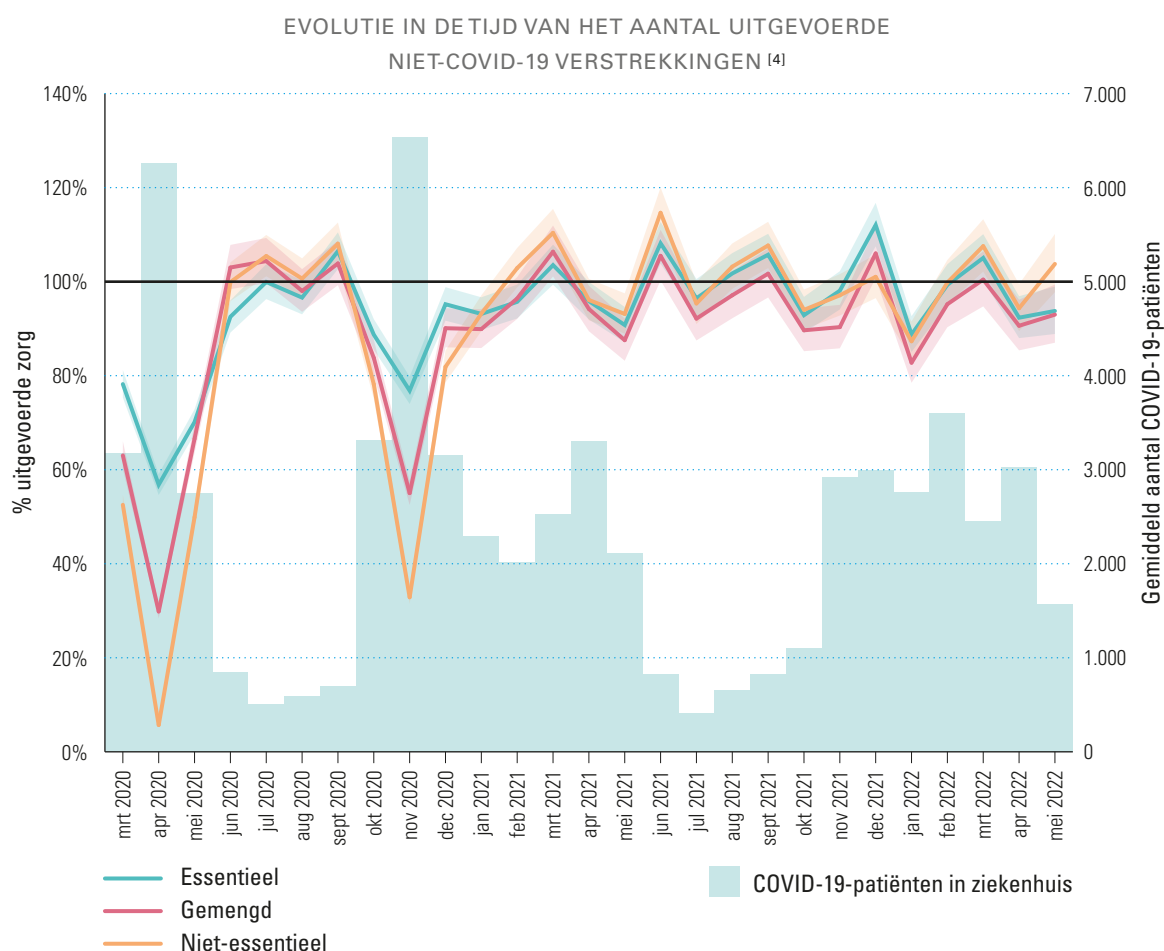


In de aanloop naar de tweede golf (najaar 2020) werden deze fasen in omgekeerde volgorde afgeschakeld. De noodzakelijke en dringende zorg kon zoals steeds plaatsvinden. Er werd eveneens getracht de niet-essentiële zorgen zoveel als mogelijk te laten doorgaan. Bij de derde golf (voorjaar 2021) was er opnieuw een noodzaak aan uitstel van niet-essentiële zorgen. In deze fase werd aan het management van het ziekenhuis gevraagd om naargelang de specifieke situatie in te schatten welke zorg al dan niet zou kunnen doorgaan. In de daaropvolgende golven werd nogmaals aan de

ziekenhuizen gevraagd om zich solidair op te stellen te stellen. Daarnaast dienden ze de gevraagde bedden capaciteit te voorzien. Indien het ziekenhuis aan deze voorwaarden voldeed, kon het ziekenhuis zelf bepalen welke activiteiten uitgesteld dienden te worden.

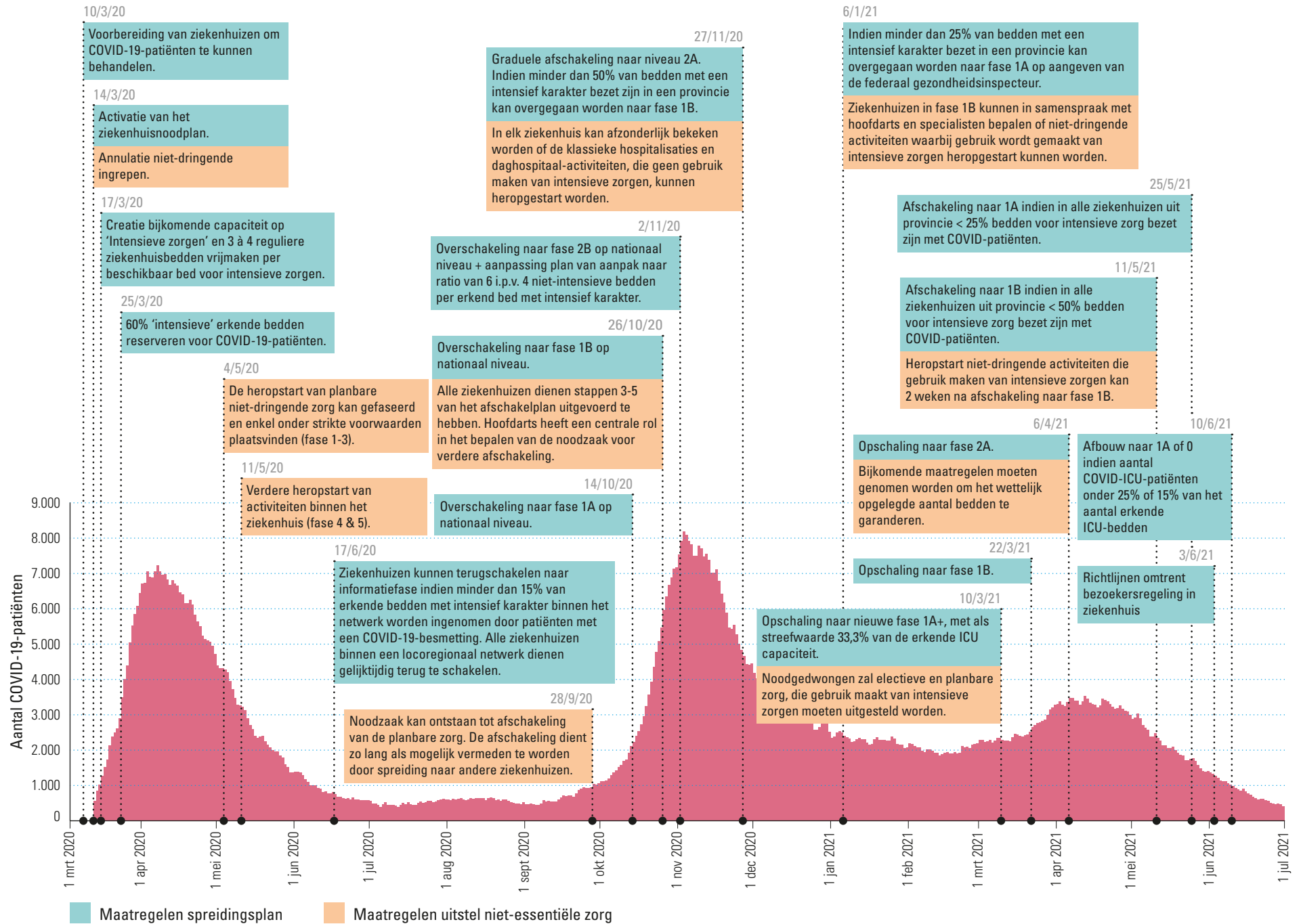
We merken tijdens de eerste golf – als gevolg van de maatregelen – een afbouw van 94% van de als niet-essentieel ingeschatte, heelkundige zorg. Daarnaast observeren we dat 57% van de essentiële, heelkundige zorg bleef doorgaan t.o.v. wat verwacht zou worden. In de tweede golf zien we een daling van 66% van de niet-essentiële heelkundige zorgen en een daling van 20% van de essentiële, heelkundige zorg. De daling van de uitvoering van de essentiële, heelkundige zorgen illustreert de impact van de COVID-19-pandemie alsook de terughoudendheid van patiënten om de nodige zorg te vragen.

In 2021 en 2022 observeren we een relatief beperkte terugval in verstrekkingen. De tussentijdse inhaalbewegingen zijn meer uitgesproken. Tijdens golf 3 in april/mei 2021 vielen de verstrekkingen terug tot maximaal 87,5 %. De terugval in niet-essentiële chirurgische verstrekkingen is hier voor het eerst vergelijkbaar of minder uitgesproken dan voor de essentiële en gemengde zorg. Tijdens golf 4 in november/december 2021 was de terugval het grootst bij de gemengde chirurgische verstrekkingen; ze vielen terug tot 89,7% van het normaal verwachte niveau. Dus een daling met 10,3%. Zowel in februari, maart, juni als september 2021 waren er enkele maanden met vrij forse inhaalbewegingen van vooral niet-essentiële chirurgische verstrekkingen tot 10 à 14,5 % boven de ramingen op basis van de activiteiten in pre-COVID-19 tijden (zwarte 100% lijn). We zien dat vooral de niet-essentiële chirurgische activiteiten de belangrijkste inhaalslag maken. Dit is echter niet wat we verwachten op basis van een medische prioritering. In december 2021 zien we wel dat de essentiële chirurgische verstrekkingen de grootste inhaalbeweging maken met 12%. Tussen golf 5 en 6 observeren we opnieuw dat de niet-essentiële verstrekkingen de grootste inhaalbeweging vertonen.

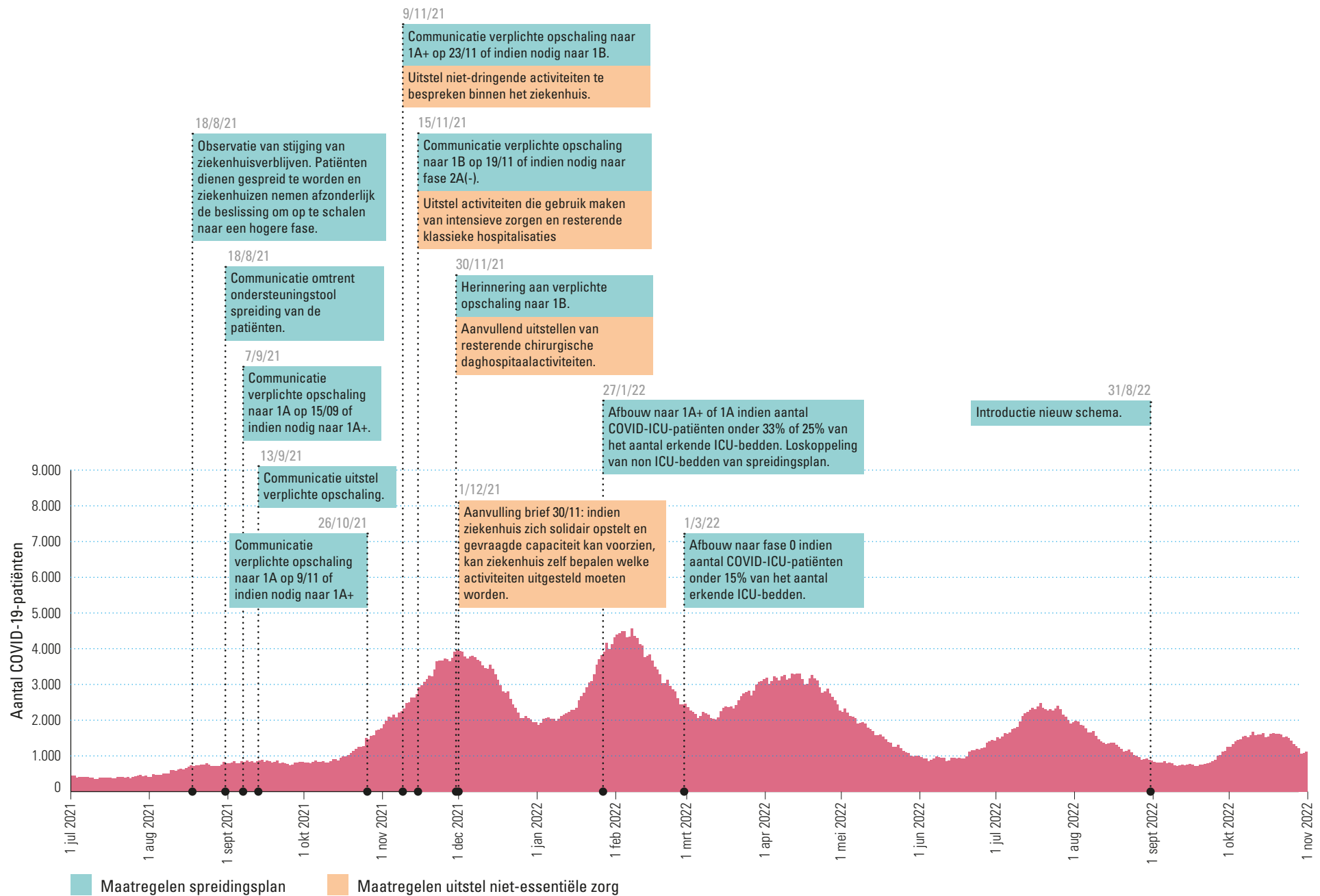


4 Bron: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/Covid5L2NL/Covid5L2NL.html>. De zwarte lijn geeft een geavanceerde raming van het verwachte aantal verstrekkingen weer op basis van de data van 2019. Er werd een indeling gemaakt volgens als niet-essentieel, gemengde en essentieel ingeschatte heelkundige verstrekkingen. In de gemengde categorie worden verstrekkingen opgenomen, die afhankelijk van de context, zowel essentieel als niet-essentieel kunnen zijn.

OVERZICHT MAATREGELEN SPREIDINGSPLAN EN UITSTEL NIET-ESSENTIËLE ZORG EN EVOLUTIE AANTAL COVID-PATIËNTEN



OVERZICHT MAATREGELEN SPREIDINGSPLAN EN UITSTEL NIET-ESSENTIËLE ZORG EN EVOLUTIE AANTAL COVID-PATIËNTEN

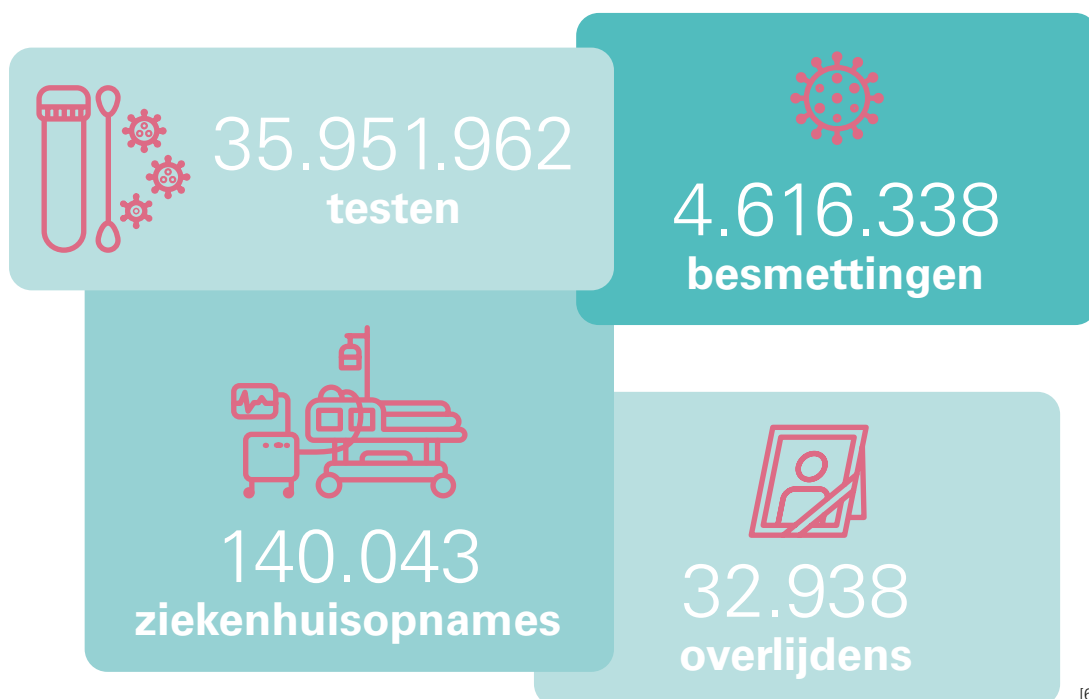


ZORGACTIVITEIT

In dit hoofdstuk worden enkele epidemiologische cijfergegevens gepresenteerd. Daarnaast wordt de impact van de pandemie op de ziekenhuisverblijven in algemene en psychiatrische ziekenhuizen én op de werking van de dringende hulpverlening bestudeerd. De gegevens worden bekeken aan de hand van de verschillende golven tijdens de pandemie. Hierbij kunnen we tot op heden acht golven onderscheiden^[5]:



1. Epidemiologische cijfergegevens



1.1. Aantal nieuwe besmettingen en aantal testen

In elke COVID-19-golf merken we een duidelijke piek in het aantal besmettingen en in de positiviteitsratio^[7].

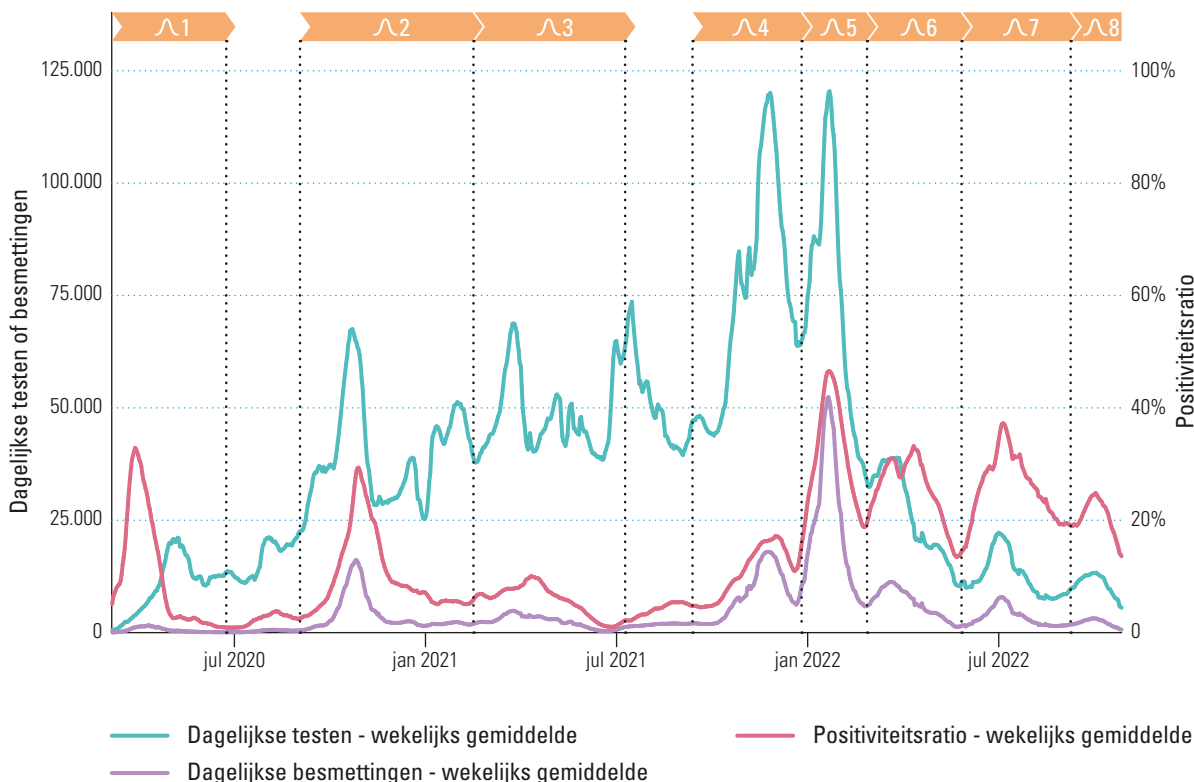
Het hoogst aantal vastgestelde besmettingen vond plaats in de vijfde golf met een piek van gemiddeld meer dan 50.000 besmettingen per dag.

5 Bron: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ_NL_final.pdf

6 Bron: Sciensano. Dit betreft data van het begin van de pandemie t.e.m. 31/10/2022.

7 Bron: Sciensano

DAGELIJKS AANTAL NIEUWE COVID-19-BESMETTINGEN EN AFGENOMEN TESTEN^[8]



Het aantal geteste personen vertoont sinds het begin van de pandemie een stijgende trend met een eerste piek van gemiddeld meer dan 65.000 testen per dag in de 2e golf. Dit is een verdriedubbeling van het aantal testen per dag t.o.v. de eerste golf. Toen werden minder testen afgenomen omdat de testcapaciteit op dat moment beperkt was. Hierdoor werden bijgevolg minder besmettingen vastgesteld. De test-strategie werd doorheen de pandemie meermaals gewijzigd. Dit had een invloed op het aantal afgenomen testen. Tussen 21/10/2020 en 22/11/2020 werden bijvoorbeeld enkel personen met symptomen getest en gebeurde er geen testafnames bij personen met een hoog-risico contact, vanaf 2/2/2021 werden ook kinderen ouder dan 6 jaar getest, ... Tijdens de vierde en vijfde golf werden was er een maximale testcapaciteit en werden gemiddeld 120.000 testen per dag afgenomen.



Hoogst aantal testen afgenomen in de vierde en vijfde golf met een piek van gemiddeld 120.000 testen per dag.

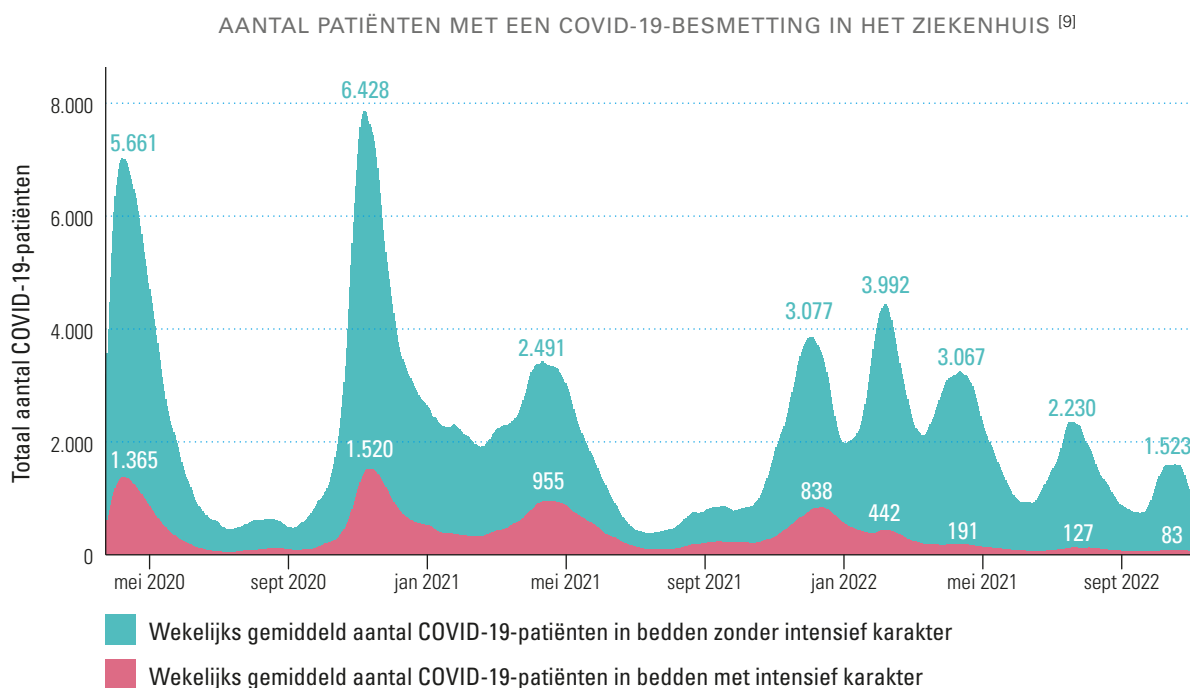
Na de vijfde golf observeren we een drastische daling in het aantal afgenomen testen.

8 De positiviteitsratio geeft het aantal positieve patiënten t.o.v. de totaal aantal geteste personen weer.

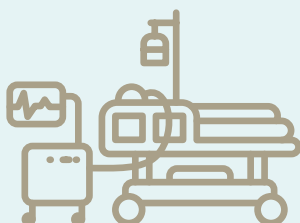
1.2. COVID-19-patiënten in algemene ziekenhuizen

AANTAL COVID-19-PATIËNTEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Het aantal ziekenhuisverblijven van COVID-19-patiënten was het hoogst tijdens de eerste en tweede golf. Tijdens de piek van de volgende golven werden er gemiddeld de helft minder patiënten opgenomen t.o.v. de tweede golf in bedden zonder intensief karakter en één derde minder patiënten op bedden met intensief karakter. Het aantal opnames in bedden voor intensieve zorgen liggen beduidend lager in de 5e golf. Er zijn verschillende factoren die invloed gehad hebben op het aantal ziekenhuisopnames: o.a. vaccinatie, meer kennis en ervaring in behandeling bij zorgverstrekkers waardoor er een kortere ligduur is, een andere mutatie van het virus, betere organisatie van de eerstelijnszorg,...

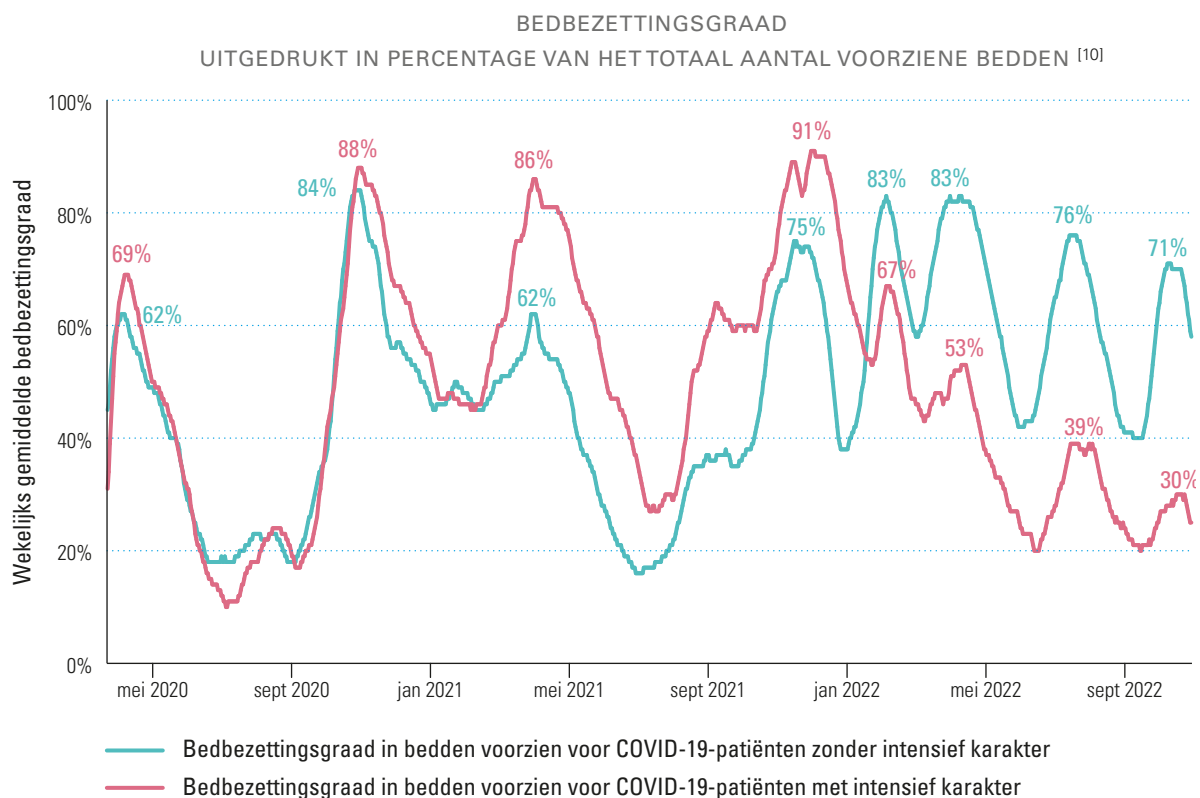


BEDBEZETTINGSGRAAD IN BEDDEN VOORZIEN VOOR COVID-19-PATIËNTEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN



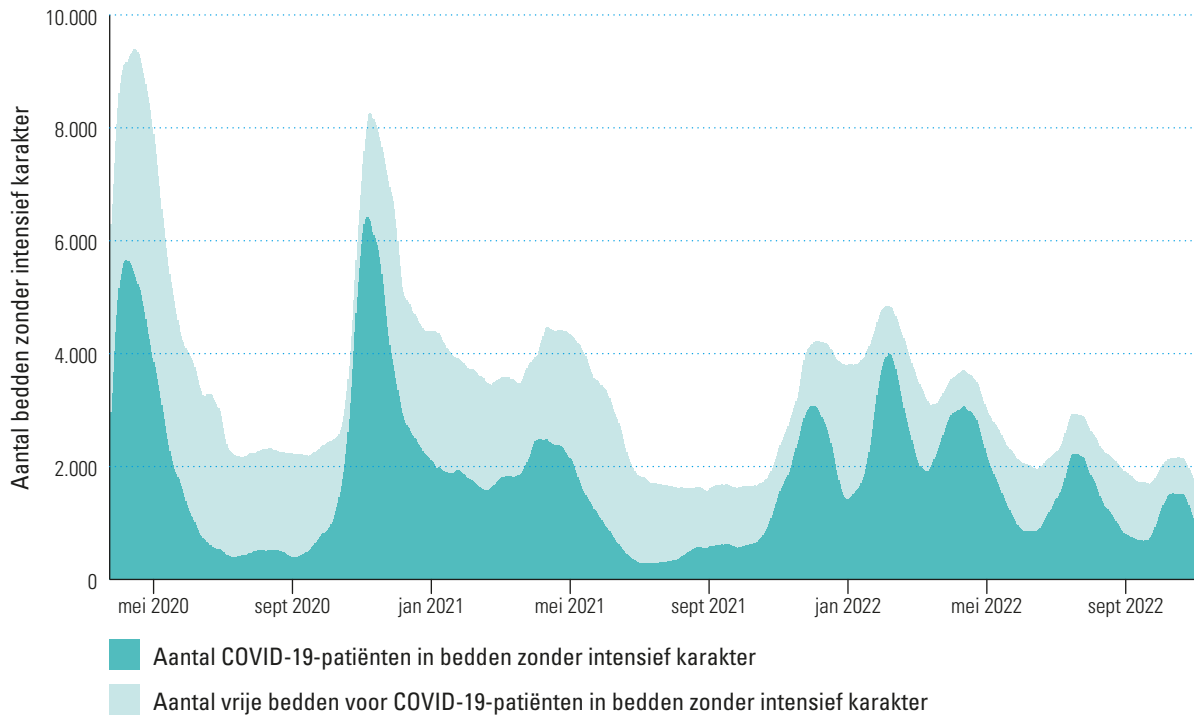
De **bedbezettingsgraad** was in de **tweede, derde en vierde golf** steeds **hoger dan 85%** in de bedden met intensief karakter voorbehouden voor COVID-19-patiënten.

Onderstaande grafiek geeft de bezettingsgraad van de voorziene bedden voor COVID-19-patiënten weer voor bedden met en zonder intensief karakter. Tijdens de piek van golf 1 en 2 is de bezettingsgraad voor beide soorten bedden respectievelijk rond de 65% en rond de 85%. Dit verandert in golf 3 en 4 waar de bezettingsgraad voor bedden met intensief karakter beduidend hoger ligt, tussen de 86% en 91%, dan deze voor bedden zonder intensief karakter. In golf 5 observeren we de omgekeerde situatie waar de bezettingsgraad voor bedden zonder intensief karakter met een piek van 83% hoger ligt dan deze voor bedden met een intensief karakter (piek van 67%). Deze tendens houdt aan in de daaropvolgende golven waarbij de piek in oktober 2022 zicht situeert op 71% voor bedden zonder intensief karakter en op 30% voor bedden met een intensief karakter.

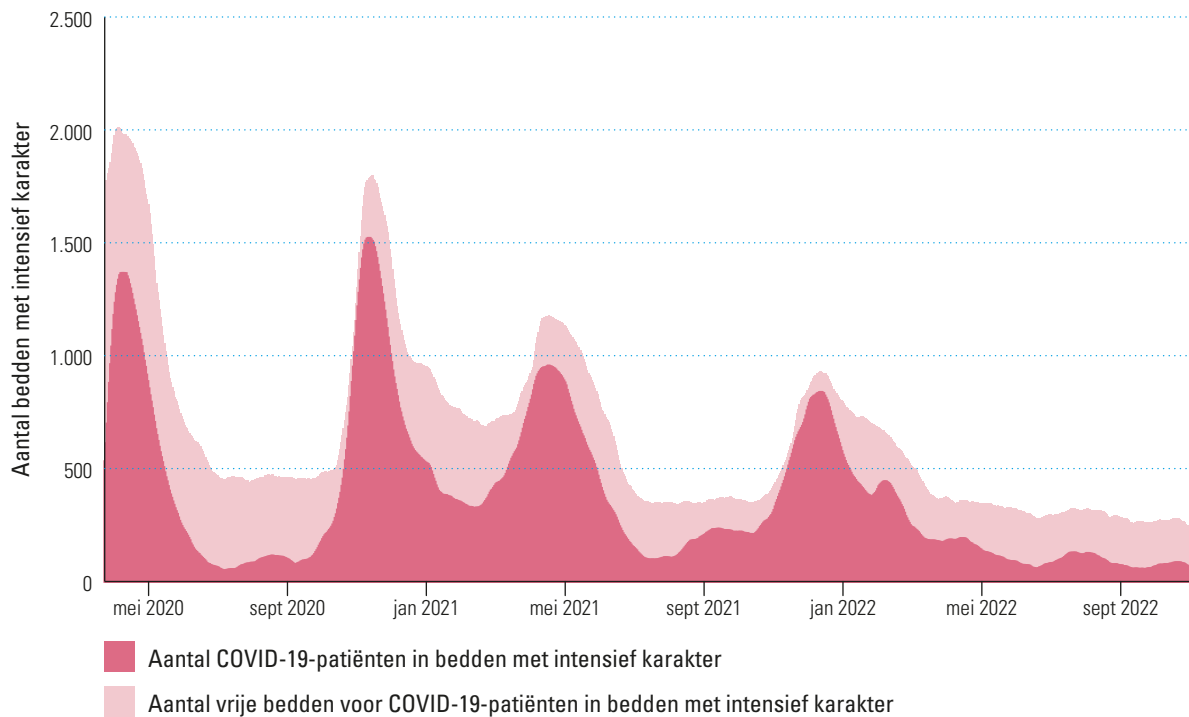


In onderstaande grafieken wordt het aantal beschikbare bedden met en zonder intensief karakter voor COVID-19-patiënten weergegeven alsook het aantal COVID-19-patiënten die werden opgenomen in het ziekenhuis. Hier kan men duidelijk observeren dat in de 1ste twee golven aanzienlijk meer bedden werden voorbehouden voor COVID-19-bedden dan in de daaropvolgende golven. Om deze cijfers beter te begrijpen is het belangrijk in rekening te nemen dat er vanuit de federale overheid een spreidingsplan opgesteld werd dat een systeem van afschakeling van bedden bepaalt (zie eerder). Dit model informeert de ziekenhuizen over het aantal bedden dat ze, gezien de situatie van dat moment, beschikbaar moesten stellen voor COVID-19-patiënten. Tijdens de eerste golf was dit model nog niet beschikbaar. Alle niet-essentiële zorg werd stilgelegd i.p.v. een gedeelte en de resterende bedden werden gereserveerd voor COVID-19-patiënten. Dit verklaart de lagere bezettingsgraad in deze periode. Het betreft de beginperiode van de pandemie waarbij er weinig kennis en ervaring omtrent het COVID-19-virus bestond en waar het virus in ons land en de omringende landen ernstig toesloeg. In de volgende golven werd getracht een evenwicht te zoeken tussen het uitvoeren van de reguliere zorgen alsook de toestroom van COVID-19-patiënten te kunnen opvangen. In de latere golven waren er bovendien minder bedden beschikbaar omwille van de uitval van personeel door o.m. de constante, hoge werkdruk en besmettingen.

AANTAL BEDDEN VOORZIEN VOOR COVID-19-PATIËNTEN
IN BEDDEN ZONDER INTENSIEF KARAKTER



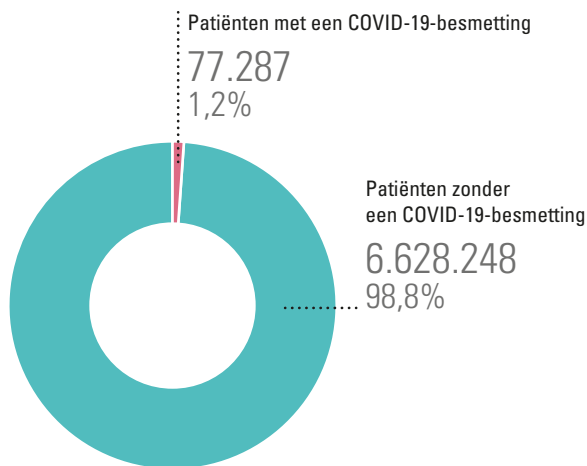
AANTAL BEDDEN VOORZIEN VOOR COVID-19-PATIËNTEN
IN BEDDEN MET INTENSIEF KARAKTER



PROFIEL VAN DE COVID-19-PATIËNT^[11]

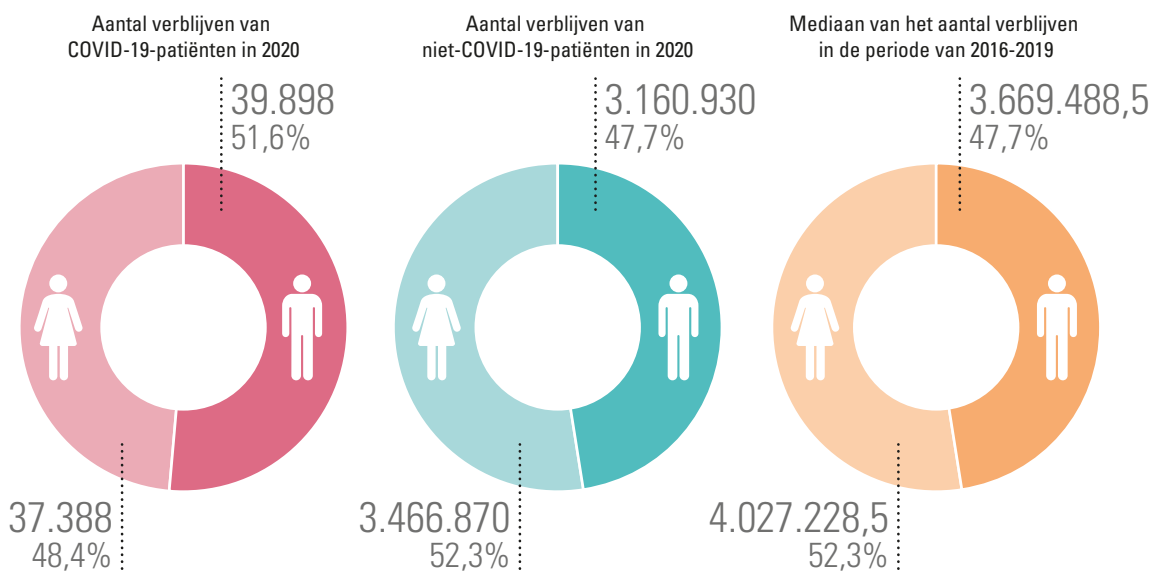
In 2020 bedroeg 1,2% van alle verblijven (d.i. klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie en ambulante contacten met de spoedgevallendienst een verblijf van een COVID-19-patiënt).

AANTAL VERBLIJVEN VAN PATIËNTEN MET EN ZONDER EEN COVID-19-BESMETTING IN 2020



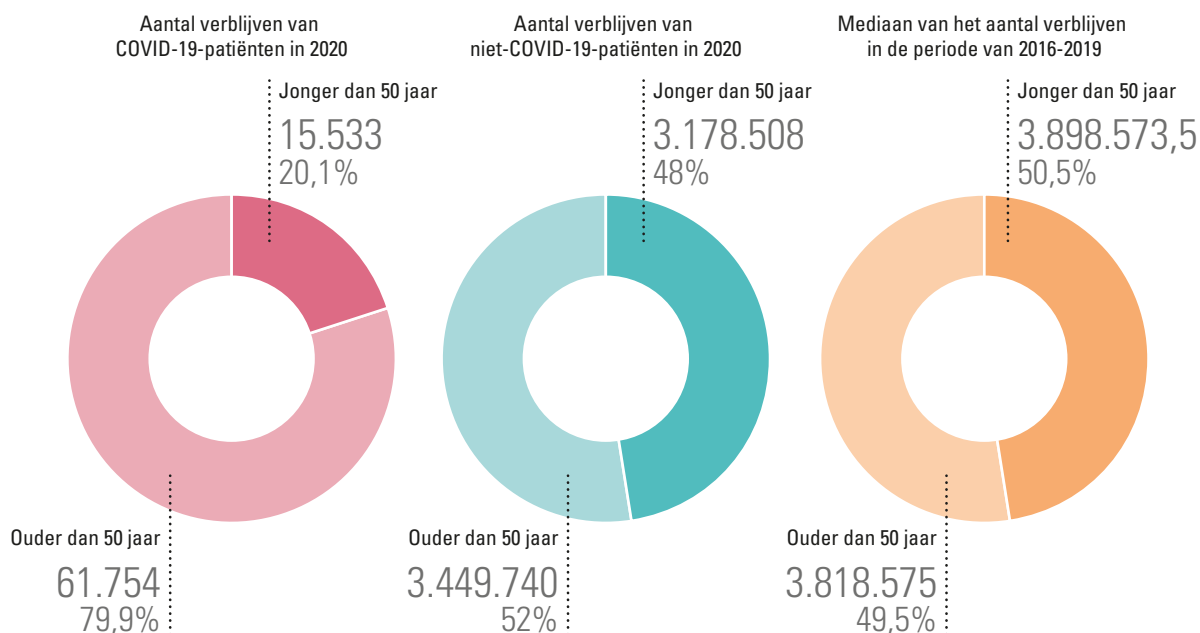
Leeftijd en geslacht

Wanneer men de karakteristieken van verblijven van COVID-19-patiënten vergelijkt met de verblijven van niet-COVID-19-patiënten in 2020 en de verblijven in de periode van 2016 t.e.m. 2019 stelt men vast dat het aantal gehospitaliseerde mannen en vrouwen gelijkaardig is.



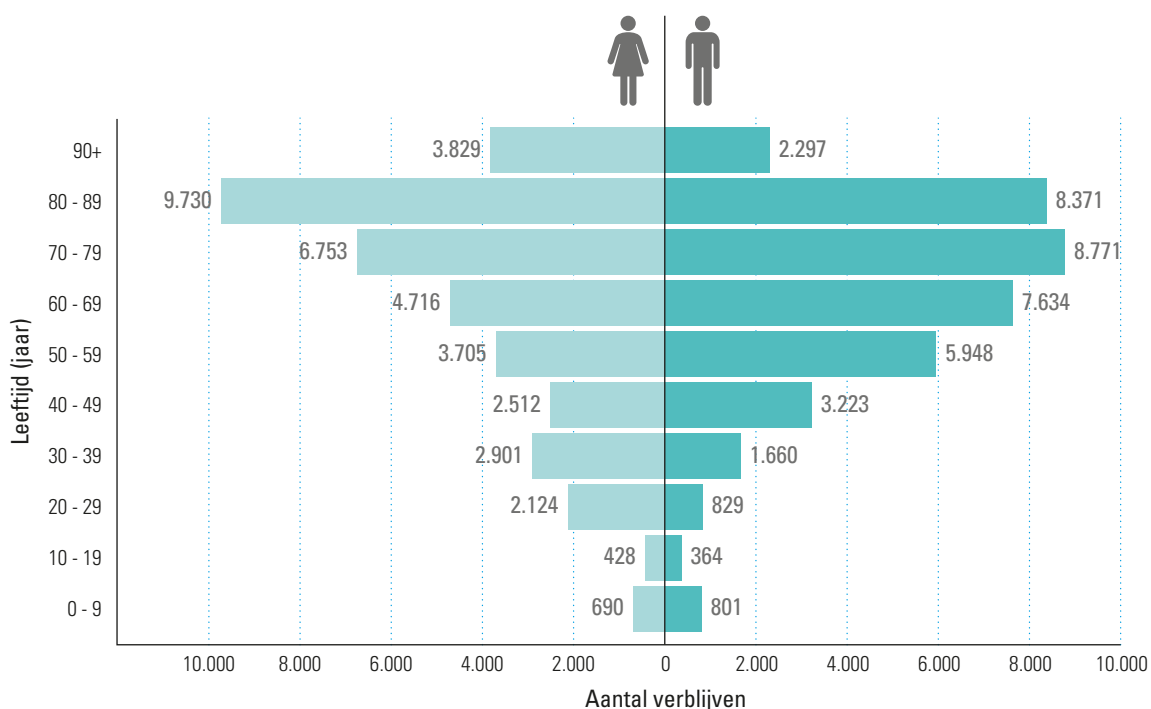
Daarnaast heeft 79,9% van de patiënten gehospitaliseerd met een COVID-19-besmetting in 2020 een leeftijd van 50 jaar of ouder. Dit staat in schril contrast met de leeftijd van patiënten zonder een COVID-19-besmetting in 2020 (52,0%) en met de leeftijd van patiënten in de periode van 2016 t.e.m. 2019 (49,5%).

11 Bron: MZG, Dienst Data- en beleidsinformatie, FOD VVWL. Op het moment van publicatie beschikken onze diensten slechts over gegevens van 2020 om een profiel van de COVID-patiënt in kaart te brengen. Alle patiënten waarbij een COVID-besmetting werd vastgesteld of vermoed worden meegenomen in de cijfers ongeacht de reden van opname. Het is verder mogelijk dat een patiënt die gedurende zijn ziekenhuisverblijf werd overgeplaatst naar een ander ziekenhuis tweemaal werd meegeteld in de cijfers.



In de leeftijdsgroepen van 40 tot 79 jaar worden in 2020 steeds meer mannen met een COVID-19-besmetting gehospitaliseerd dan vrouwen. We stellen daarnaast vast dat er meer vrouwen dan mannen worden gehospitaliseerd in de leeftijdsgroep van 20 tot 39 jaar alsook in de leeftijdsgroep vanaf 80 jaar. Het hoger aantal vrouwen in de eerste groep kan mogelijk deels verklaard worden door het feit dat dit de leeftijd is waarop vrouwen doorgaans zwanger worden. Een milde COVID-19-besmetting werd in dat geval mogelijk gedetecteerd wanneer de vrouw opgenomen werd omwille van haar bevalling¹². Anderzijds is het mogelijk dat deze vrouwen uit voorzorg werden opgenomen bij een COVID-19-besmetting tijdens een zwangerschap. In de tweede leeftijdsgroep vanaf 80 jaar is het hoger aantal gehospitaliseerde vrouwen te verklaren door het feit dat de vrouwelijke populatie talrijker is in deze leeftijdsgroep.

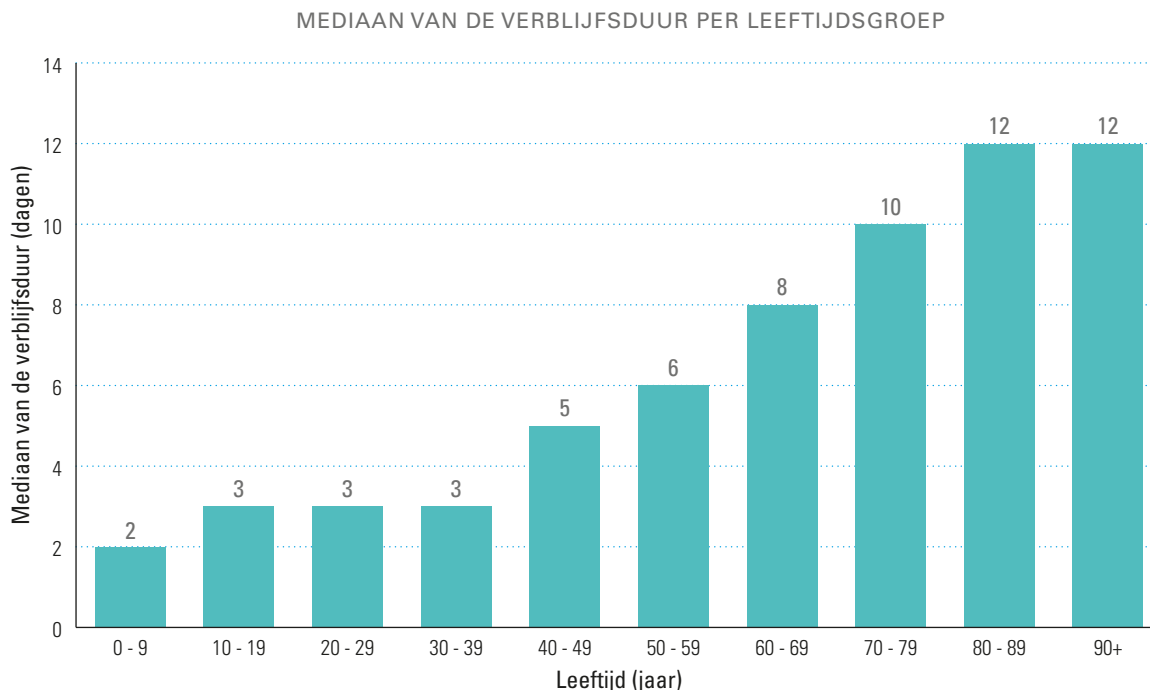
AANTAL VERBLIJVEN VAN COVID-19-PATIËNTEN PER GESLACHT EN LEEFTIJD IN 2020



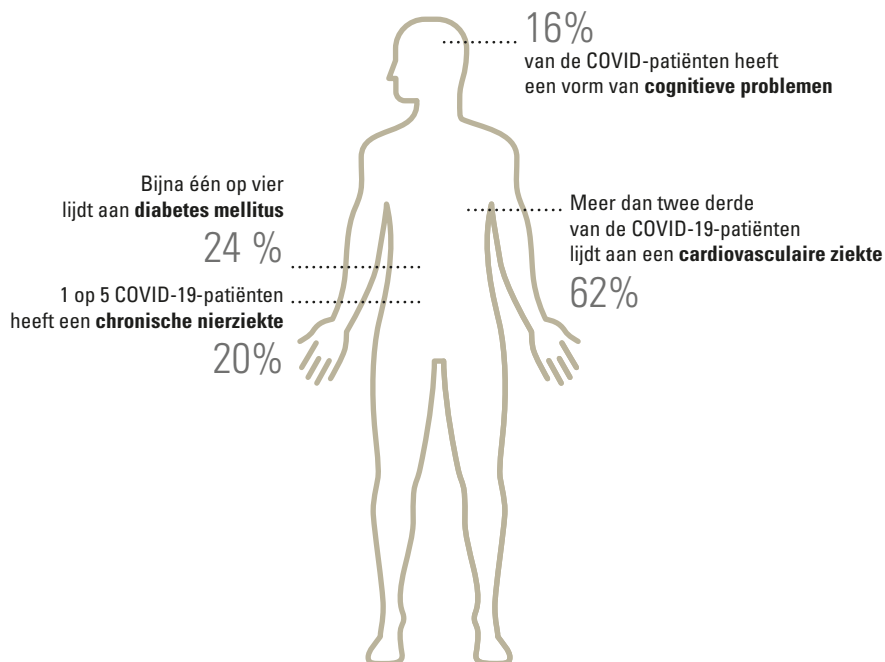
12 Men kan niet achterhalen of de persoon werd gehospitaliseerd omwille van een COVID-19-besmetting of een andere pathologie waarbij de COVID-19-besmetting enkel d.m.v. verplichte controle bij opname werd vastgesteld.

Verblijfsduur

De mediaan¹³⁾ van de verblijfsduur stijgt naargelang de leeftijd van de patiënt van 2 dagen bij 0 tot 9-jarigen naar 12 dagen bij personen van 80 jaar en ouder.



Comorbiditeit



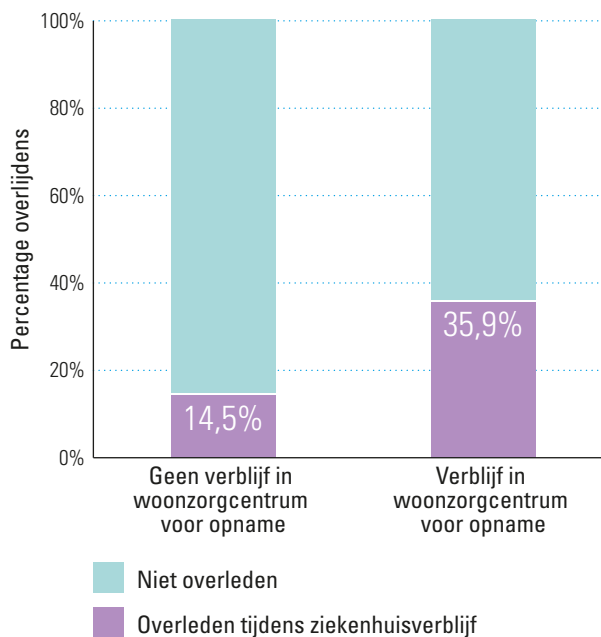
13 Er wordt voor geopteerd om de mediaan te tonen omdat deze statistiek minder beïnvloed wordt door extreme waarden dan het gemiddelde. De mediaan is de waarde die zich precies in het midden van een dataset bevindt als je de waarden van laag naar hoog plaatst. Het is een centrummaat die de laagste 50% van de waarden scheidt van de hoogste 50%.

Mortaliteit in algemene ziekenhuizen

17% van alle gehospitaliseerde patiënten waarbij een COVID-19-besmetting werd vastgesteld is overleden in het ziekenhuis in 2020.

Het percentage overlijdens ligt hoger wanneer men vanuit een woonzorgcentrum werd opgenomen in het ziekenhuis (35,9% t.o.v. 14,5%).

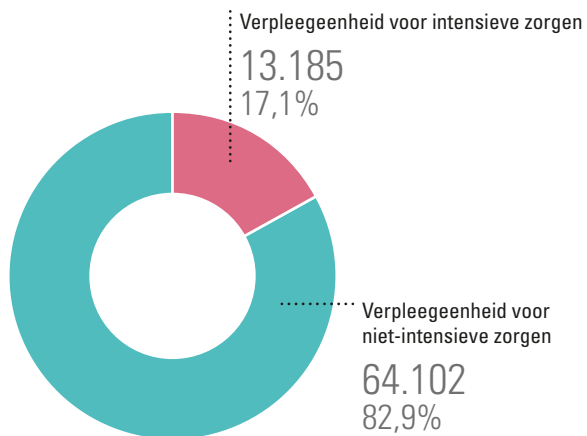
PERCENTAGE OVERLIJDENS IN HET ZIEKENHUIS NAARGELANG DE PATIËNT IN EEN WOONZORGCENTRUM VERBLEEF VOORAFGAAND AAN ZIEKENHUISVERBLIJF



PROFIEL VAN DE COVID 19 PATIËNT OP INTENSIEVE ZORGEN

In 2020 werden 17,1% van de patiënten met een COVID-19-besmetting die gehospitaliseerd werden, opgenomen in een dienst intensieve zorgen.

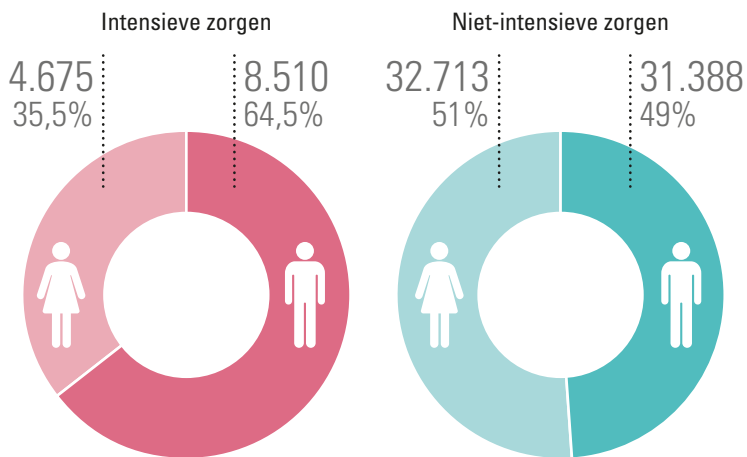
AANTAL VERBLIJVEN VAN COVID-19-PATIËNTEN OP (NIET)-INTENSIEVE ZORGEN



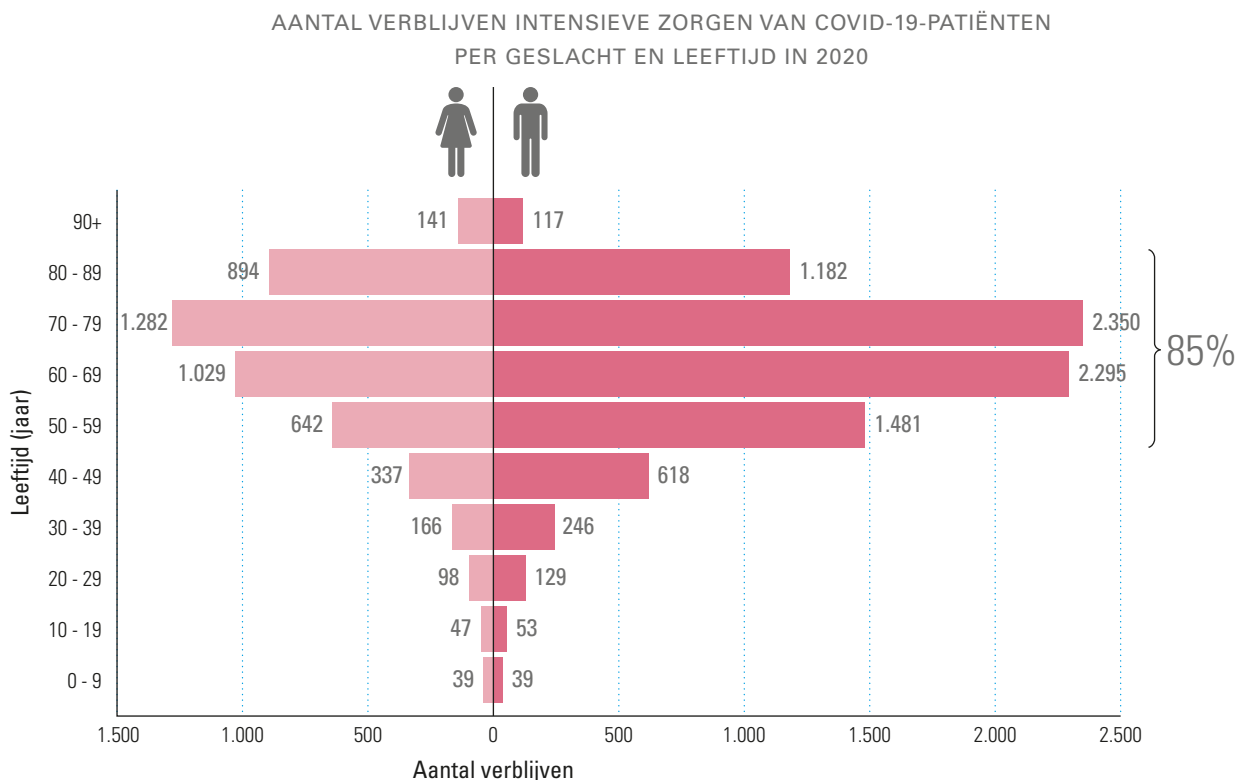
Leeftijd en geslacht

64,5% van alle patiënten met een COVID-19-besmetting, in intensieve zorgen was mannelijk.

PERCENTAGE VERBLIJVEN (NIET)-INTENSIEVE ZORGEN PER GESLACHT BIJ COVID-19-PATIËNTEN

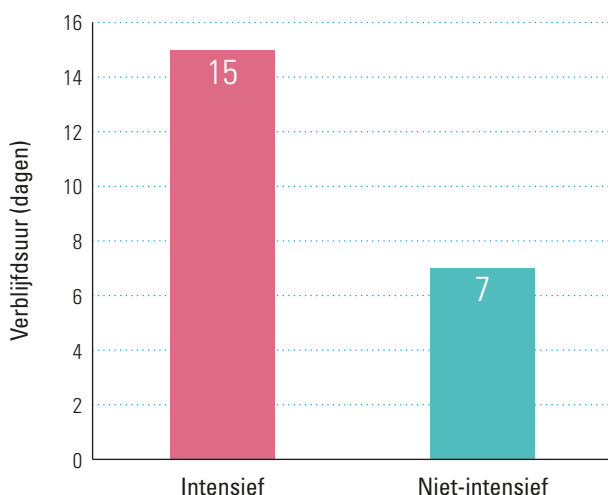


85% van alle verblijven van patiënten met een COVID-19-besmetting op een dienst intensieve zorgen betrof patiënten tussen de 50 en 89 jaar in 2020.



Verblijfsduur

MEDIAAN VAN DE VERBLIJFSDUUR
IN (NIET)-INTENSIEVE ZORGEN BIJ
COVID-19-PATIËNTEN

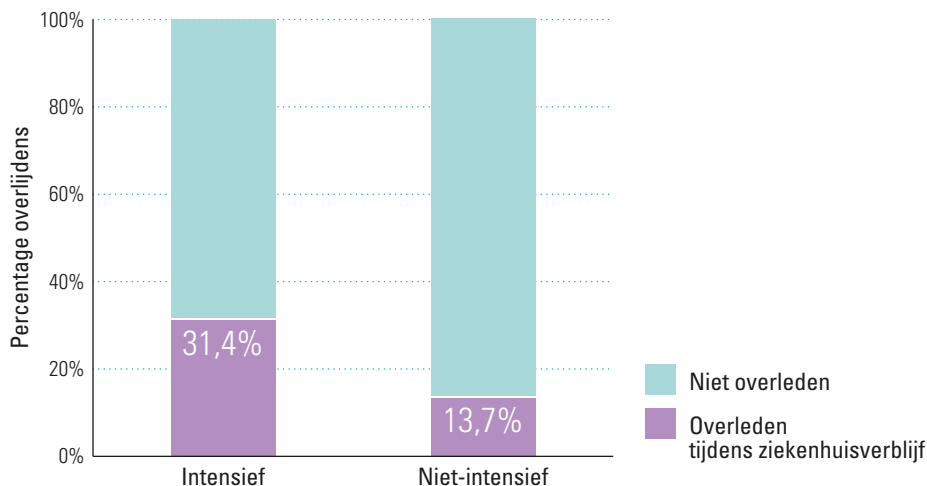


De mediaan van de totale verblijfsduur in het ziekenhuis in 2020 bedroeg 15 dagen indien de COVID-19-patiënt werd opgenomen op een afdeling voor intensieve zorgen. Voor patiënten die werden gehospitaliseerd op een reguliere verpleegeenheid, lag de mediaan voor de verblijfsduur op een week.

Mortaliteit in algemene ziekenhuizen

Eén derde van de COVID-19-patiënten die werden opgenomen in een afdeling voor intensieve zorgen overleed in het ziekenhuis in 2020. COVID-19-patiënten die niet op een afdeling voor intensieve zorgen terecht kwamen, overleden slechts in 13,7% van de gevallen.

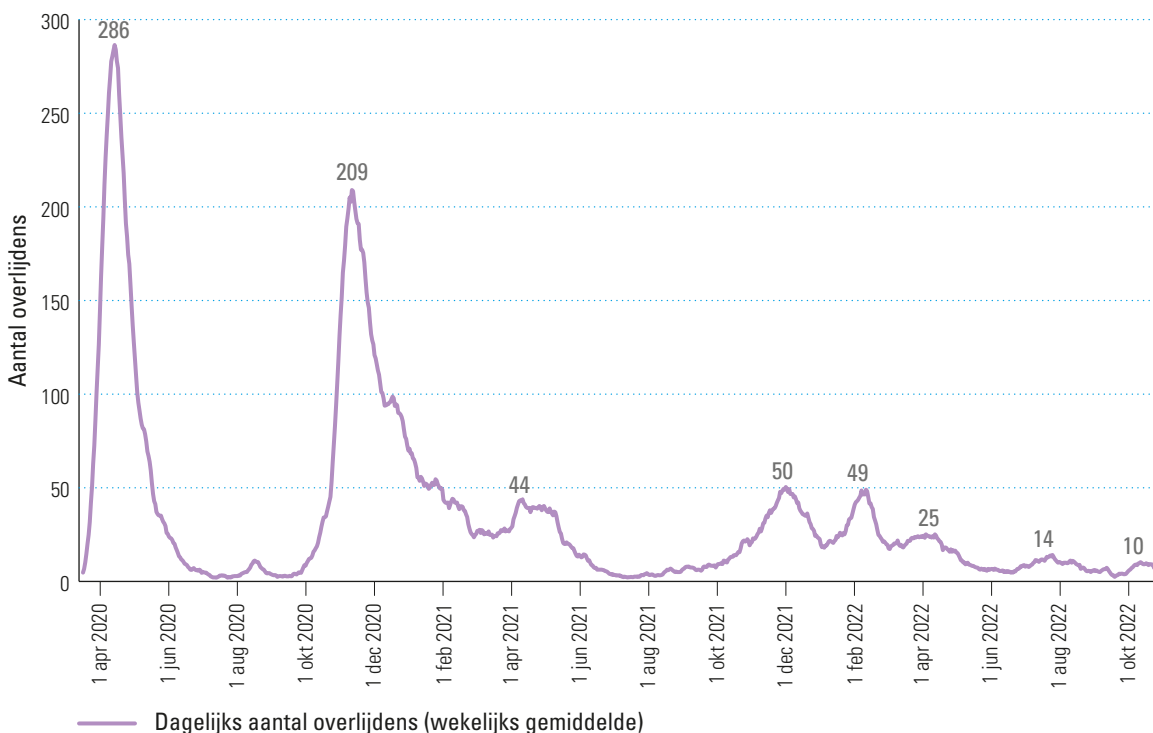
PERCENTAGE OVERLIJDENS BIJ COVID-19-PATIËNTEN IN (NIET)-INTENSIEVE ZORGEN



1.3. Totaal aantal overlijdens t.g.v. COVID-19

In de 1ste en 2e golf vonden er gemiddeld meer dan 200 overlijdens per dag plaats binnen en buiten het ziekenhuis. Dit aantal daalde aanzienlijk in de volgende golven, waar het gemiddeld aantal dagelijkse overlijdens schommelt rond 50 overlijdens in de vierde en de vijfde golf. Sinds mei 2022 schommelt het gemiddelde tussen 4 tot 14 overlijdens per dag.

DAGELIJKS AANTAL OVERLIJDENS TEN GEVOLGE VAN EEN COVID-19-BESMETTING⁽¹⁴⁾



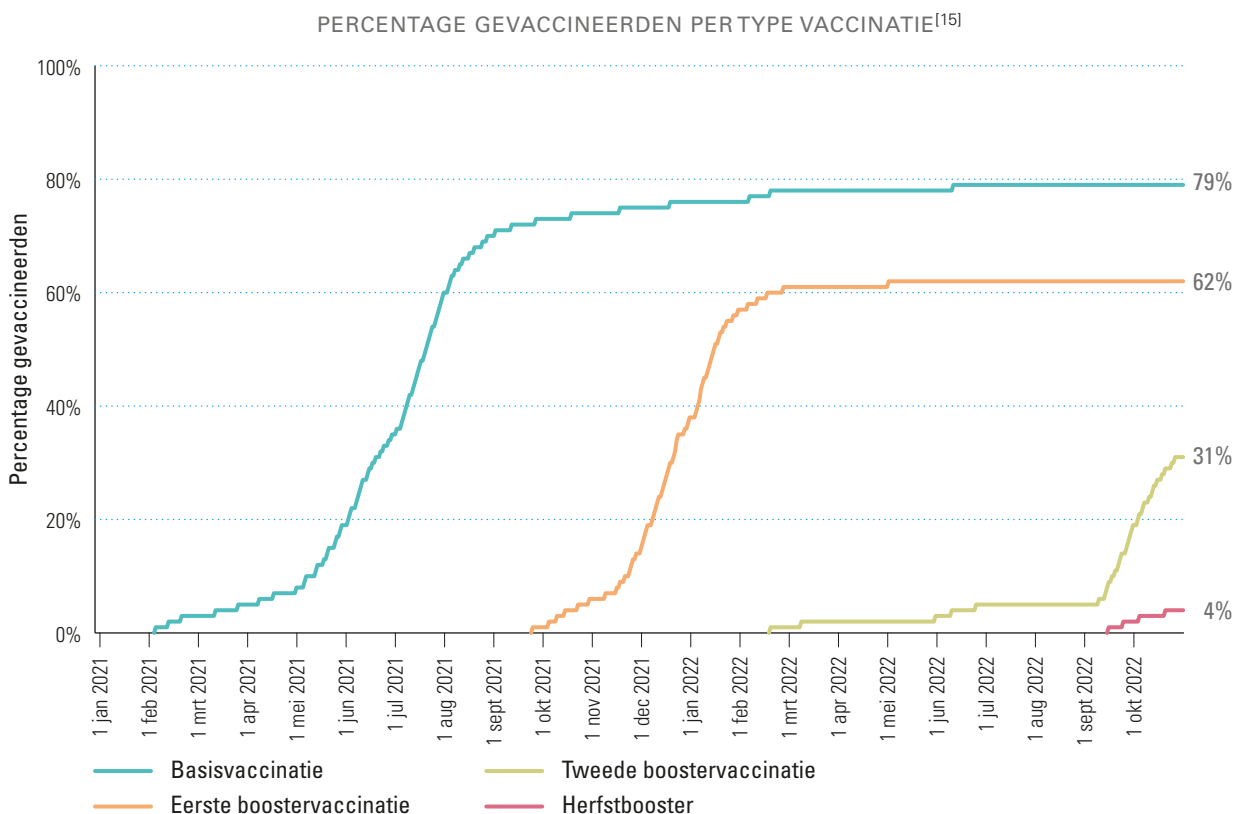
14 Bron : Sciensano

1.4. Vaccinatie

De vaccinatiecampagne werd opgedeeld in verschillende fasen:

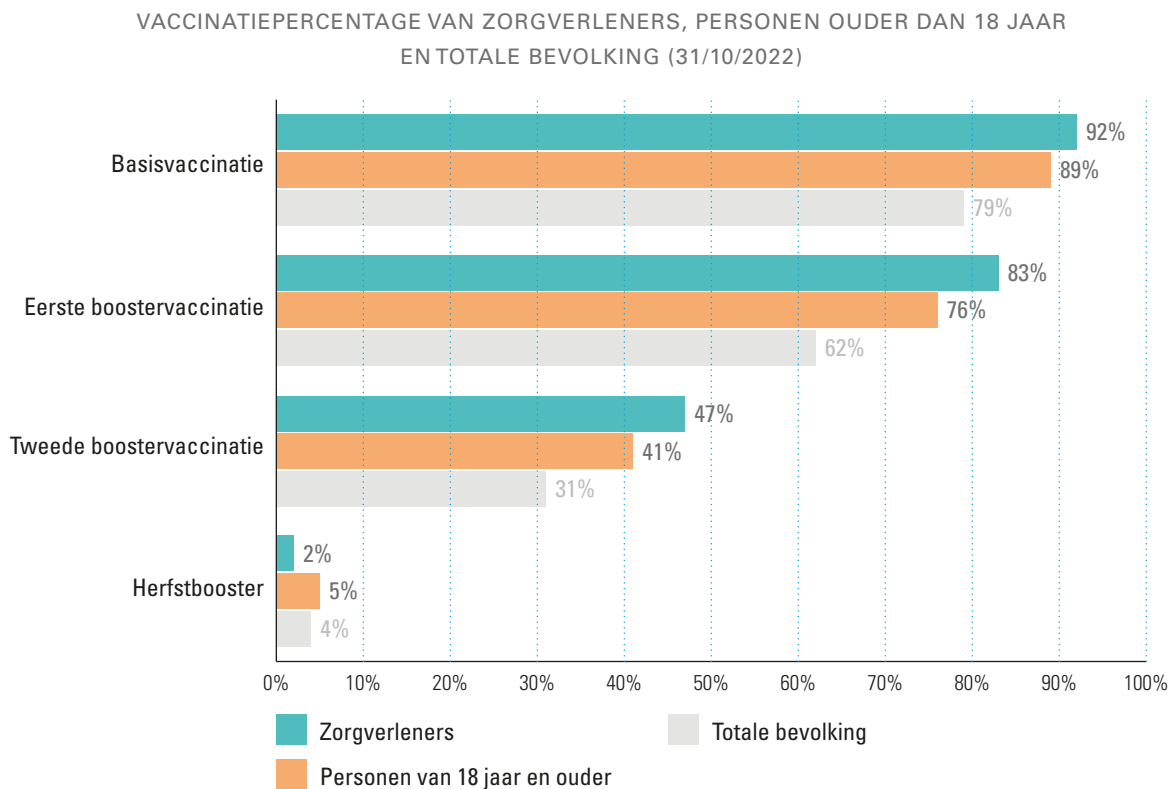
Begin januari 2021	Vaccinatie van respectievelijk de bewoners van de woonzorgcentra, het zorgpersoneel, personen ouder dan 65 jaar en risicopatiënten.
Juni 2021	Vaccinatie brede bevolking in eerste instantie voor personen van 18 jaar en ouder en nadien voor jongeren tussen 12 en 17 jaar.
September 2021	Boostercampagne voor personen met verzwakt immuunsysteem, bewoners van woonzorgcentra, personen van 65 jaar en ouder en zorgpersoneel.
December 2021	Boostervaccinatie voor de brede bevolking in 1ste instantie voor personen van 18 jaar en ouder en nadien voor jongeren tussen 12 en 17 jaar én mogelijkheid voor vaccinatie van 5 tot 11-jarigen.
Voorjaar 2022	Tweede boosterprik voor personen met een verzwakt immuunsysteem en bewoners van woonzorgcentra, personen van 80 jaar en ouder.
Najaar 2022	Herfstbooster waarvoor alle 50-plussers en personen met een verlaagde immuniteit actief zullen worden voor uitgenodigd. Jongere personen kunnen vaccinatie op vrijwillige basis verkrijgen.

In onderstaande grafiek werden de gegevens verzameld van alle gevaccineerde personen. Op 31 oktober 2022 had 79% van de totale Belgische bevolking een basisvaccinatie. Daarnaast had 62% een eerste boostervaccinatie verkregen, 31% een 2de boostervaccinatie en 4% een herfstbooster.



15 Bron: Sciensano

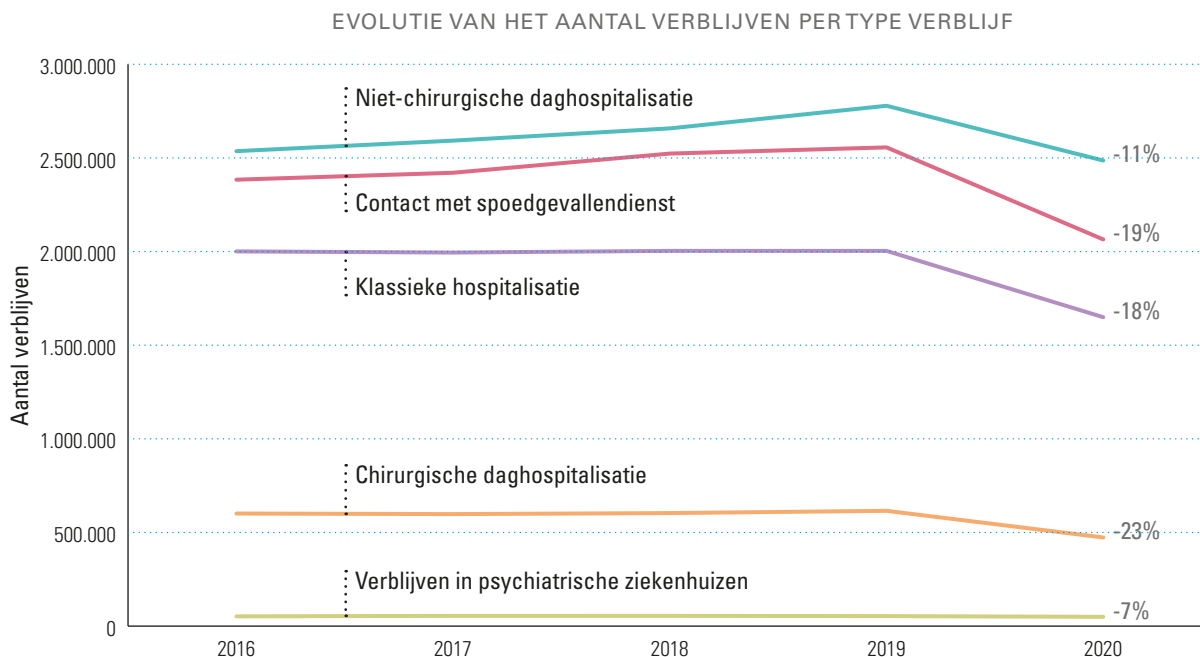
Hieronder maken we een vergelijking van het percentage gevaccineerde personen van 18 jaar en ouder en het percentage gevaccineerde gezondheidszorgwerkers op 31/10/2022. Hier observeren we dat het percentage personen dat een volledige basisvaccinatie toegediend kreeg gelijkaardig is. We stellen echter een grotere variatie vast bij het percentage personen die een eerste en tweede boosterprik verkregen. Hier zien we dat een groter percentage van de zorgverleners een boosterprik verkreeg. Vanaf de herfstbooster zien we echter de eerste maal dat de algemene bevolking meer koos om de boosterprik te verkrijgen dan de zorgverleners. Dit cijfer kan echter wel nog stijgen.



2. Invloed van de pandemie op ziekenhuisverblijven in algemene en psychiatrische ziekenhuizen in 2020

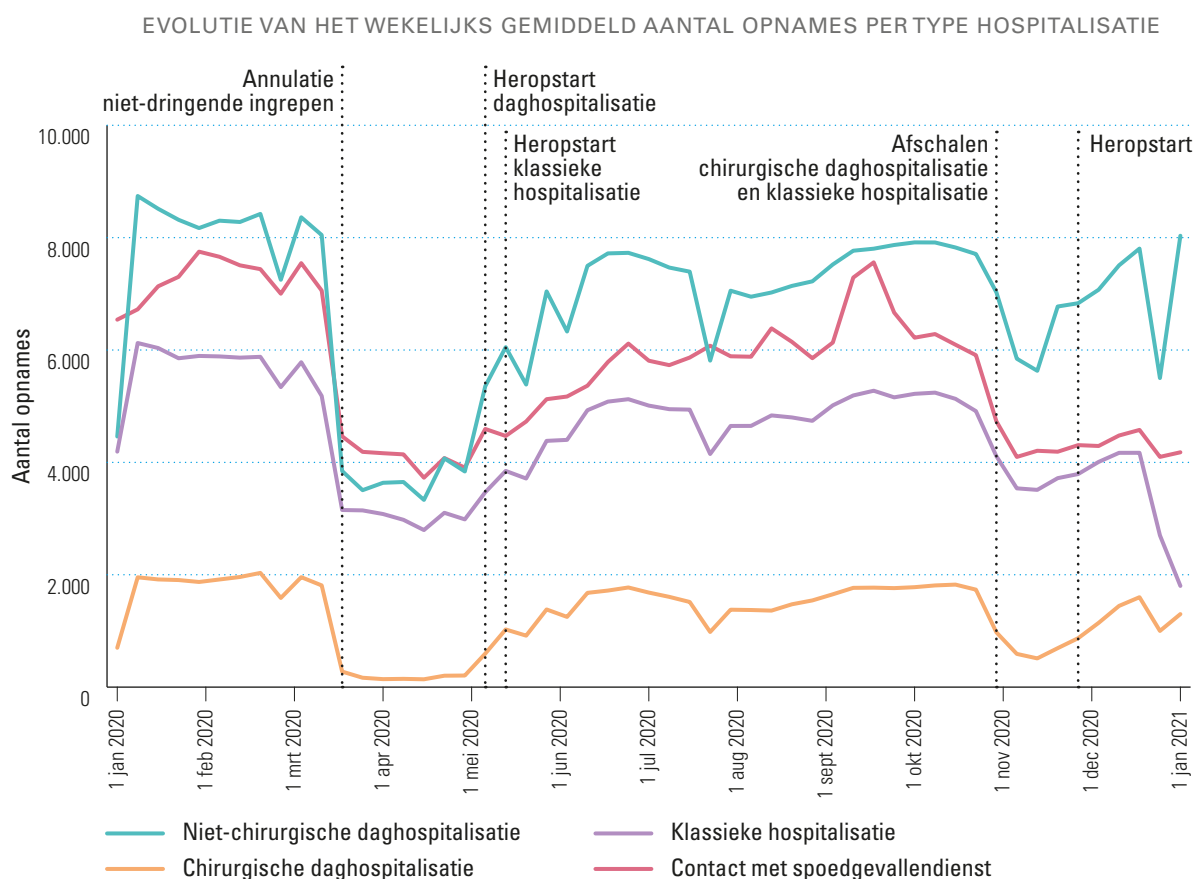
Het uitstel van niet-essentiële zorg en de behandeling van COVID-19-patiënten had een aanzienlijke invloed op de ziekenhuisactiviteit in 2020. We stellen vast dat het aantal verblijven daalde met 16% in algemene ziekenhuizen en met 7% in psychiatrische ziekenhuizen¹⁶. De grootste daling observeren we bij het aantal chirurgische daghospitalisaties, namelijk 23%. De sterke daling van het aantal ambulante contacten met de spoedgevallendienst zou onrechtstreeks het gevolg kunnen zijn van de genomen maatregelen in 2020. Voornamelijk tijdens de eerste golf werden nl. de sociale contacten erg beperkt, werd telewerk de norm en werd het werk in sommige sectoren volledig stopgezet. Hierdoor gebeurden er minder ongevallen wat een lager aantal contacten met de spoedgevallendienst tot gevolg had.

16 Bron: MZG en MPG, Dienst Data- en beleidsinformatie, FOD VVVL. Op het moment van publicatie beschikken onze diensten slechts over gegevens van 2020 betreffende alle verblijven (zowel COVID-19-gerelateerd als niet COVID-19-gerelateerd) in algemene en psychiatrische ziekenhuizen.



We zien zowel in maart als in november 2020 een duidelijk effect van de genomen maatregelen betreffende het uitstel van de niet-essentiële zorg. Het aantal verblijven daalt sterk voor alle type hospitalisaties. Bij de heropstart van daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie in mei 2020 observeren we dat het aantal verblijven onder het niveau blijft van het aantal verblijven in januari en februari 2020.

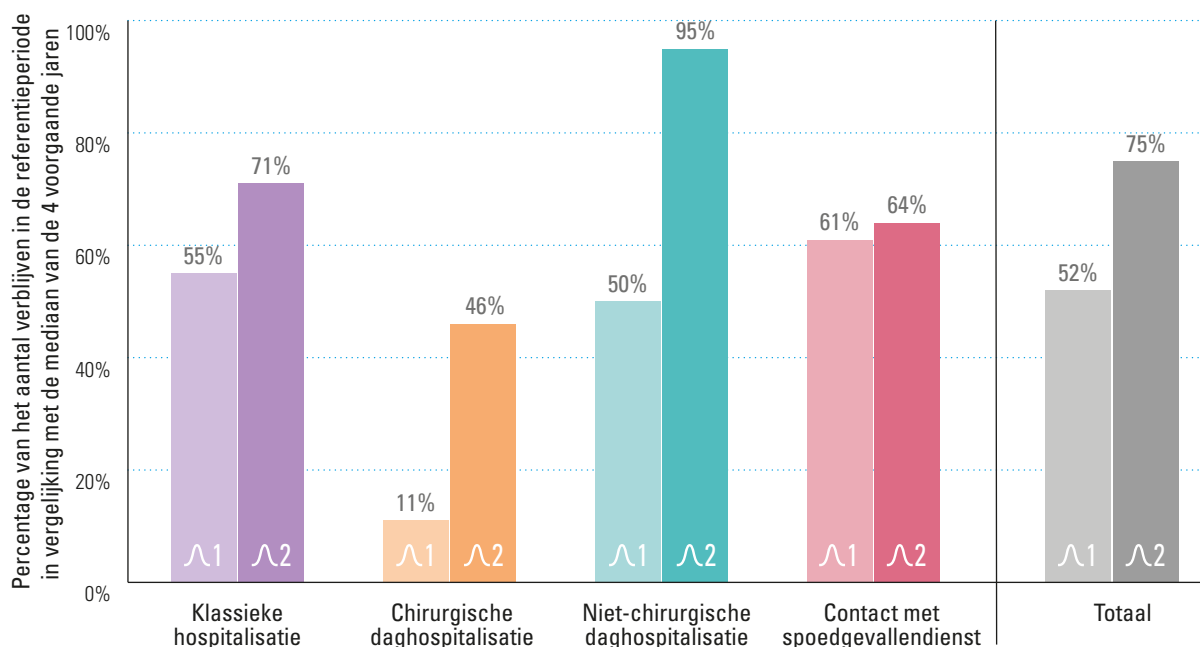
In november 2020 – wanneer de 2e COVID-19-golf toeslaat – stellen we opnieuw een grote vermindering van de activiteit vast ten gevolge van de genomen maatregelen. Hoewel dit op dat moment niet behoorde tot de genomen maatregelen, zien we eveneens een daling in de niet-chirurgische daghospitalisaties.



Tijdens de periode van 14/3/2020 tot 4/5/2020^[17] zagen we dat het totaal aantal ziekenhuisverblijven ongeveer gehalveerd werd in 2020 in vergelijking met de mediaan van het aantal verblijven in de jaren 2016 t.e.m. 2019. De grootste terugval zagen we in de chirurgische daghospitalisatie waar slechts 11% van de te verwachte verblijven plaatsvond. De klassieke hospitalisaties, de niet-chirurgische daghospitalisaties en de ambulante contacten via de spoedgevallendienst kenden een terugval tot respectievelijk 56%, 50% en 61% in vergelijking met de activiteit in de vier voorgaande jaren.

In de periode van 26/10/2020 tot 27/11/2020 vonden er 75% van de te verwachte verblijven plaats in vergelijking met de activiteit in de periode van 2016 t.e.m. 2019. Opnieuw observeren we de grootste terugval bij de chirurgische daghospitalisaties waarbij 46% van de te verwachte verblijven plaatsvond, gevolgd door de ambulante contacten met de spoedgevallendienst (64%), de klassieke hospitalisatie (71%) en de niet-chirurgische daghospitalisatie (95%).

PERCENTAGE VAN HET AANTAL VERBLIJVEN IN DE REFERENTIEPERIODE IN VERGELIJKING MET DE MEDIAAN VAN DE 4 VOORGAANDE JAREN PER TYPE HOSPITALISATIE ^[18]



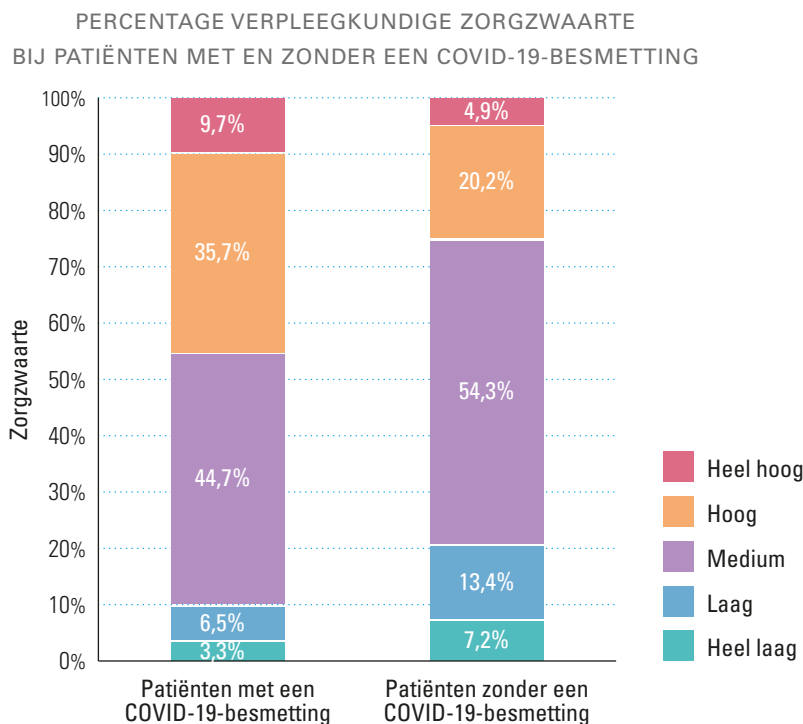
In de twee periodes waar de niet-essentiële zorgen werden uitgesteld betrof één derde van de hospitalisaties van niet-COVID-19-patiënten een contact voor chemo- of immuuntherapie (28%), 11% een verblijf in verband met een vorm van chronische pijn en 6% van de verblijven betrof een bevalling.

17 De gekozen referentieperiodes betreffen de periodes waarin via het HTSC-comité een uitstel van niet-essentiële zorg werd gevraagd. Deze periodes bakenen bijgevolg niet de volledige COVID-19-golf af. Omwille van de aard van de registratie kunnen deze cijfers niet weergegeven worden voor de evolutie van het aantal verblijven in PZ.

18 Voor verblijven in psychiatrische ziekenhuizen kan omwille van de wijze van registratie geen vergelijking gemaakt worden o.b.v. het aantal verblijven in de gekozen referentieperiodes. Omwille van deze reden zijn deze verblijven niet opgenomen in deze grafiek.

2.1. Invloed van de pandemie op de verpleegkundige zorgzwaarte

In onderstaande grafiek wordt een overzicht gegeven van de algemene verpleegkundige zorgzwaarte voor patiënten waarbij al dan niet een COVID-19-diagnose werd gesteld. De algemene zorgzwaarte geeft een beeld van de zorgnood van de patiënt. Dit wordt bepaald op basis van hoeveel verpleegkundige zorgen werden gesteld, hoeveel tijd er nodig was om de zorgen uit te voeren of de mate van verpleegkundige competentie die de zorg vereiste.



Voor 46% van COVID-19-patiënten is de zorgzwaarte voor verpleegkundigen hoog tot zeer hoog wat betekent dat de zorgzwaarte meer dan 150% zo groot is als de zorgzwaarte voor de gemiddelde patiënt¹⁹. Hierbij is voor 10% van de patiënten de zorgzwaarte zelfs meer dan 3 keer zo hoog als voor de gemiddelde patiënt. Ter vergelijking stellen we vast dat slechts 25% van de patiënten zonder een COVID-19-besmetting in de categorieën hoog tot zeer hoog wordt ingedeeld.

3. Invloed van de pandemie op de dringende hulpverlening

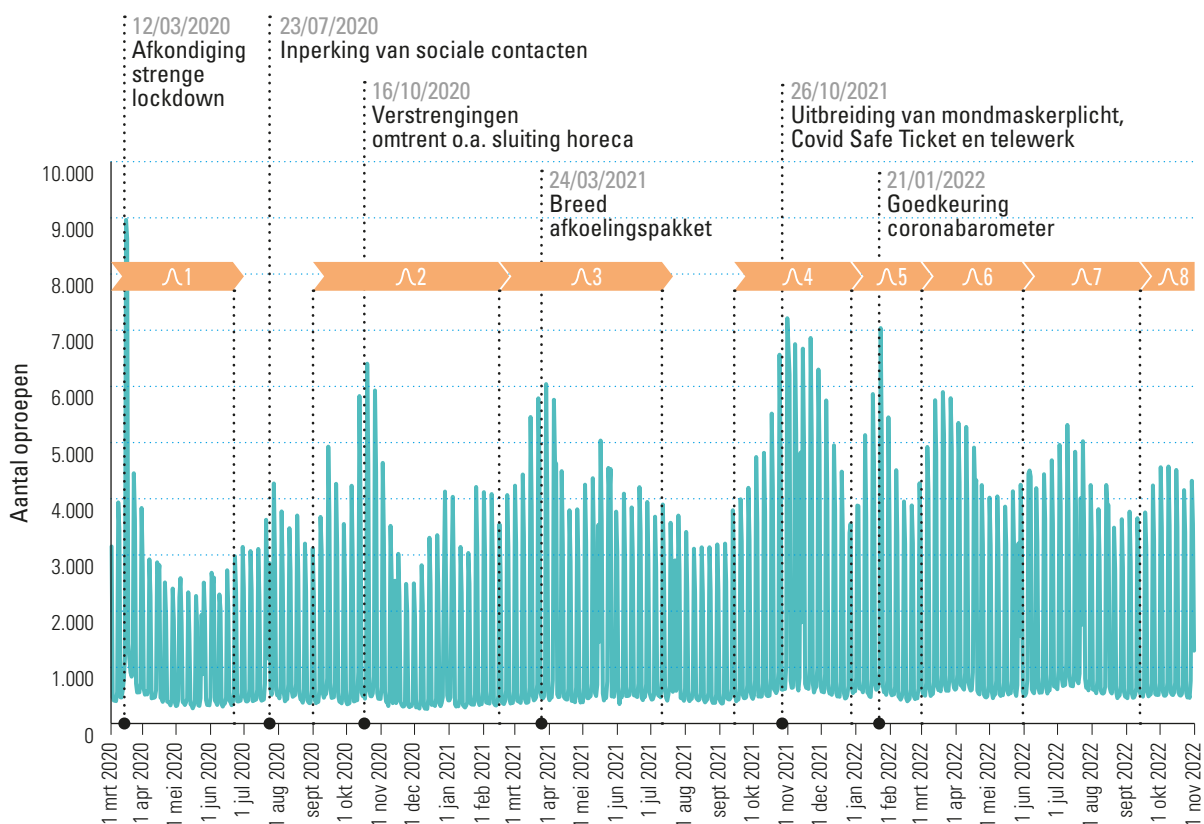
3.1. Invloed COVID-19-pandemie bij oproepen 1733

Telefonische oproepen binnen het kader van de niet-planbare zorg in België worden beantwoord via 2 centrale telefoonnummers. Op oproepen voor dringende geneeskundige hulpverlening via 112 wordt gereageerd door een operator in een noodcentrale. Niet-dringende medische hulpvragen via

¹⁹ De patiënten worden in 5 categorieën ingedeeld: 'Zeer laag': de zorgzwaarte is max. 25% van de zorgzwaarte van de gemiddelde patiënt, 'Laag': de zorgzwaarte betreft 25 tot 50% van de zorgzwaarte van de gemiddelde patiënt, 'Medium': de zorgzwaarte betreft 50 tot 150% van de zorgzwaarte van de gemiddelde patiënt, 'Hoog': de zorgzwaarte betreft 150 tot 300% van de zorgzwaarte van de gemiddelde patiënt, 'Zeer hoog': de zorgzwaarte betreft meer dan 300% van de zorgzwaarte van de gemiddelde patiënt.

het nummer 1733 worden beantwoord door een operator in een noodcentrale of doorverbonden naar een wachtpost.

EVOLUTIE DAGELIJKS AANTAL OPROEPEN AAN 1733



Het aantal oproepen aan het nummer 1733 bereikte een ongekend hoogtepunt in het weekend van 14 en 15 maart 2020. De reden van deze piek lag vooral in het feit dat vele burgers dit nummer belden om bijkomende inlichtingen over COVID-19 te verkrijgen en niet zozeer omwille van een medisch probleem. De noodcentrales kenden dat weekend een ongeziene drukte. Er werd alles op alles gezet om alle oproepen te kunnen beantwoorden. Er werd extra personeel ingezet, er werd gezorgd voor ondersteuning door de medische directies en hulplijnen met huisartsen werden voorzien.

Na het weekend van 14 maart 2020 werd er beslist om een doorverwijzing te voorzien naar de 0800-corona- informatielijn bij een oproep aan de noodcentrales. Hierdoor worden de oproepen die aan de noodcentrales worden afgeleverd, gefilterd van oproepen waar men louter informatie over COVID-19 wenst. We stellen vast dat mensen de noodnummers nog lange tijd bleven gebruiken om informatie m.b.t. COVID-19 te verkrijgen met vragen over o.a. vaccinaties, testresultaten,...

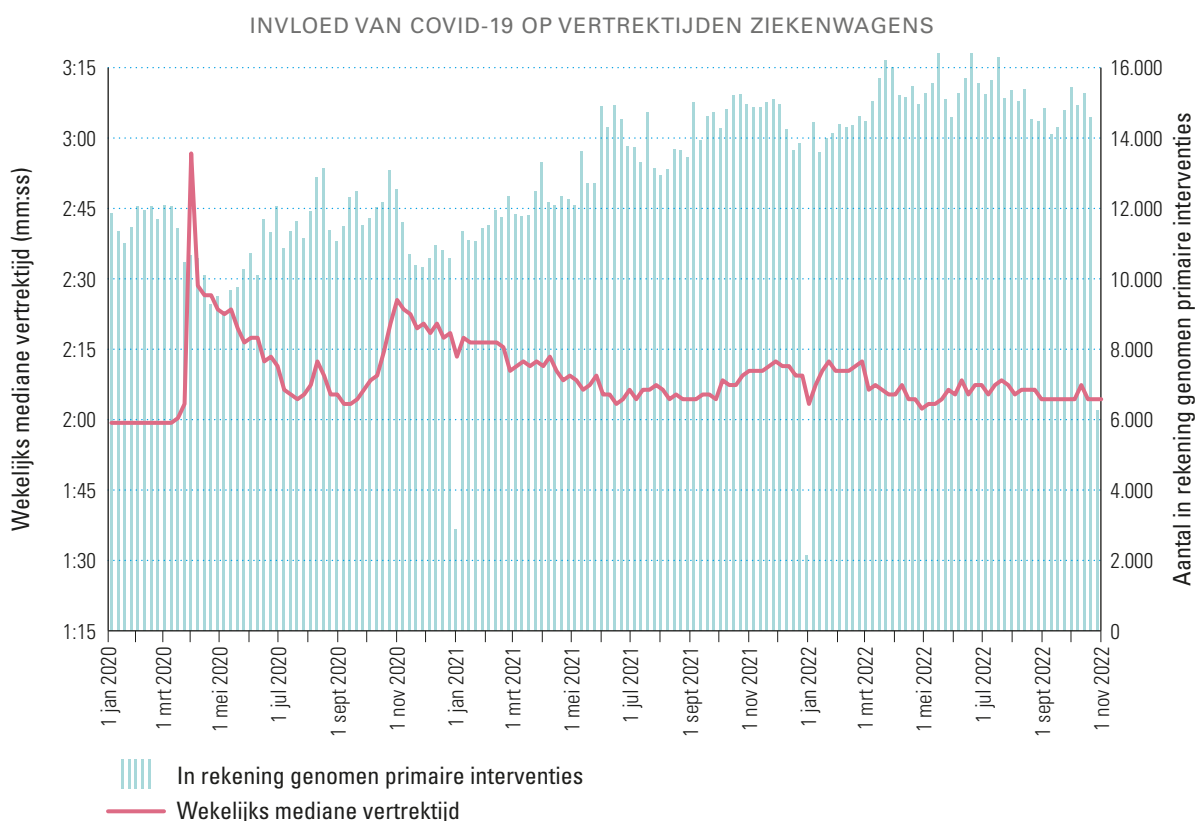
Na het piekmoment in maart 2020 observeren we nog enkele stijgingen in het aantal oproepen aan het nummer 1733. Deze momenten vallen vaak samen met een stijging in het aantal besmettingen en met de momenten wanneer er beslissingen door het Overlegcomité werden gemaakt en gecommuniceerd.

3.2. Invloed pandemie op de interventietijden van de ziekenwagens

Na het ontvangen van een oproep voor dringende hulpverlening in een 112-centrale, wordt een ziekenwagendienst opgeroepen die de betrokken patiënt op de interventieplaats zal opvangen en naar het ziekenhuis zal vervoeren.



Er werd vastgesteld dat – voornamelijk tijdens de eerste COVID-19-golf – de mediaan van de vertrektijd van de ziekenwagen (d.i. de tijd tussen de oproep van de ziekenwagen door de 112-centrale en het vertrek van de ziekenwagen naar de interventieplaats) opmerkelijk verhoogde voor een korte periode^[20]. Dit zou kunnen verklaard worden door het feit dat de hulpverlener-ambulanciers vlak voor hun vertrek hun beschermkledij dienen aan te trekken wat meer tijd vroeg omwille van de COVID-19-maatregelen. Naarmate hun ervaring hiermee werd opgebouwd en het aantal COVID-19-besmettingen daalde, verkortte de vertrektijd opnieuw. Na een lichte stijging bij de tweede COVID-19-golf bleef de vertrektijd stabiel.

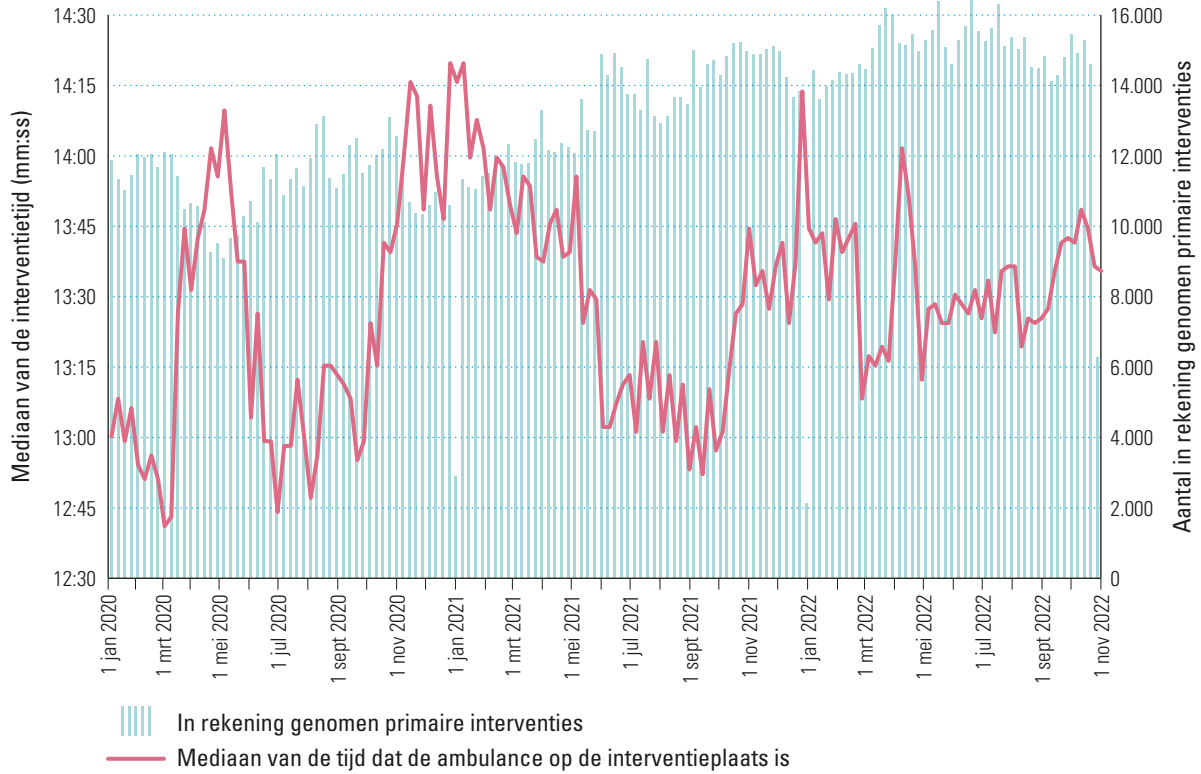


Daarnaast stellen we vast dat de wekelijkse mediaan voor de duurtijd dat een ziekenwagenequipe aanwezig is op de interventieplaats, een duidelijke stijging kende in de aanloop naar de verschillende COVID-19-golven ^{[20],[21]}. Dit kan dan weer verklaard worden door het feit dat omwille van het hoger risico op besmetting en de geldende COVID-19-maatregelen een voorzichtigere aanpak werd gehanteerd in de omgang met patiënten. Dit heeft een impact op de duurtijd van de interventies ter plaatse. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat er tijdens de COVID-19-golven minder

- 20 Bron: AMBUREG, Dienst Data- en beleidsinformatie, FOD VWL (6,48% van de primaire interventies werden niet in rekening genomen omwille van ontbrekende waarden). Er dient opgemerkt te worden dat de interventies in rekening werden genomen t.e.m. 31/10/2022. Dit leidt ertoe dat in de laatste staaf in de grafiek in plaats van een volledige week slechts enkele dagen (nl. 29/10/2022 – 31/10/2022) werden opgenomen. Verder dient opgemerkt te worden dat er een daling in het aantal interventies in het segment van 30/12/2020 en 31/12/2021 vast te stellen is. Dit is omdat in dit segment slechts één of enkele dagen in rekening genomen werden nl. enerzijds 30/12/2020 en 31/12/2020 én anderzijds 31/12/2021.
- 21 Bron: AMBUREG, Dienst Data- en beleidsinformatie, FOD VWL (23,60% van de primaire interventies werden niet in rekening genomen omwille van ontbrekende waarden).

niet-essentiële interventies werden uitgevoerd. Bijgevolg zou verondersteld kunnen worden dat er meer interventies voor patiënten met een ernstigere pathologie plaatsvonden wat de stijging van de wekelijkse mediaan zou kunnen verklaren.

INVLOED COVID-19 OP DUURTIJD DAT EEN ZIEKENWAGEN OP INTERVENTIEPLAATS IS



FINANCIERING

Er werd gedurende de COVID-19-pandemie financiële ondersteuning voorzien vanuit de federale overheid om tegemoet te komen aan de specifieke kosten met betrekking tot de pandemie in de zorgsector. Hieronder worden enkele initiatieven toegelicht waarbij het directoraat Gezondheidszorg van de FOD VWL actief betrokken was.

1. Financiering aan ziekenhuizen en hun personeel

De COVID-19-pandemie heeft een grote invloed op de financiële situatie van ziekenhuizen en zorgverleners. De ziekenhuizen dienden op korte tijd noodplannen te activeren. Zowel het verhogen van de opnamecapaciteit als het verhogen van de capaciteit op de afdeling intensieve zorgen, zorgde voor aanzienlijke meerkosten.

Daarnaast werd de niet-essentiële zorg meermaals uitgesteld waardoor het ziekenhuis en de betreffende zorgverleners minder inkomsten verkregen door middel van honoraria en forfaits.



In 2020 werd een
voorschot van
2 miljard euro
toegekend aan de **algemene**
en **psychiatrische**
ziekenhuizen in België.

De federale overheid nam in 2020 omwille van deze reden de beslissing om de ziekenhuizen alsook de zorgverleners van een financiële tegemoetkoming te voorzien. Hiervoor werden voorschotten voor een totaalbedrag van €2 miljard uitgekeerd aan de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

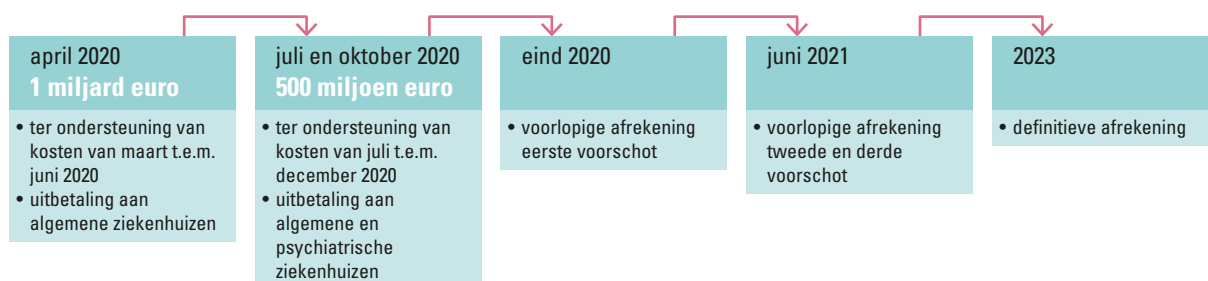
De toekenning van de voorschotten heeft als doel om de ziekenhuizen te ondersteunen om aan hun financiële verplichtingen te kunnen voldoen, m.n. het betalen van actieve personeelsleden alsook het tijdig kunnen betalen van facturen van leveranciers en dienstverleners.

De forfaitaire tussenkomsten zijn voorzien om ondersteuning te bieden bij de volgende zaken:

- Uitzonderlijke kosten ten gevolge van de COVID-19 pandemie
- Doorlopende kosten
- Bijkomende activiteiten van zorgverleners
- Kosten gepaard met de verplichting tot beschikbaarheid voor COVID-19-zorg van een percentage van de capaciteit

De definitieve financiering zal in 2023 bepaald worden op basis van de reële impact van COVID-19 op elk ziekenhuis en wordt berekend en uitbetaald via een samenwerking tussen de FOD VWL en het RIZIV.

TIJDSLIJN FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN



Meer weten over de specifieke regels m.b.t het toekennen van de financiering:

www.ejustice.just.fgov.be



Een werknemer die tussen 1 september en 30 november 2020 werkzaam was in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis heeft recht op een eenmalige aanmoedigingspremie van € 985 bruto^[22]. Daarnaast heeft het zorgpersoneel uit de federale sector (o.a. van ziekenhuizen, wijkgezondheidscentra, diensten voor thuisverpleging, e.a) als compensatie voor de geleverde COVID-inspanningen eveneens recht op consumptiecheques ter waarde van € 300 per persoon die men kan gebruiken in de horeca- en evenementensector^[23].

22 Bron: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/faq_aanmoedigingspremie_voor_het_ziekenhuispersoneel-15_januari_2021.pdf

23 Bron: [Koninklijk besluit van 22/12/2020 tot vaststelling van de financiering en de modaliteiten voor de invoering van een solidariteitspremie in de federale gezondheidssectoren](#)

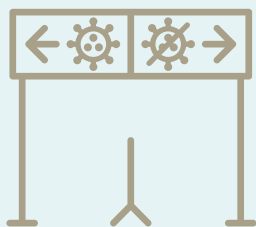
Meer weten over de federale steun voor de ziekenhuizen:

www.health.belgium.be



Om verder een optimale ziekenhuiswerking te garanderen werden ziekenhuizen gestimuleerd om de bedbezettingsgraad onder controle te houden. Patiënten dienden optimaal verspreid te worden tussen de ziekenhuizen en hun campussen. Daarenboven dienden patiënten, die geen ziekenhuiszorgen meer nodig hadden, het ziekenhuis zo snel mogelijk te verlaten. Ziekenhuizen hadden recht op een vergoeding voor het patiëntenvervoer om bovenstaande te bewerkstelligen. In 2020 en 2021 werden respectievelijk 21.106 en 21.363 ritten geregistreerd door de ziekenhuizen. Dit betreft zowel intra- als extrahospitaalritten alsook vervoer van COVID-19- als niet-COVID-19-patiënten. Er werd jaarlijks gemiddeld iets meer dan € 2 miljoen verdeeld tussen de ziekenhuizen als tussenkomst in de kosten voor dit patiëntenvervoer. Deze bedragen werden uitgekeerd via het Budget Financiële Middelen (BFM).

2. Financiering aan de triage- en afnamecentra



€ 56.479.000
en € 79.212.000
werd respectievelijk in 2020
en 2021 door het RIZIV en de
FOD VVWL voorzien voor de
**financiering aan triage- en
afnamecentra** ^[24].

Er wordt een financiering door het RIZIV en de federale overheid voorzien voor zowel de opstartkost van het triage- en afnamecentrum als de medische kosten waartoe de medische coördinatie en de vergoeding voor artsen en verpleegkundigen behoren. Verder wordt ook voorzien in een financiering voor het administratief, ondersteunend personeel. Daarnaast werd een tegemoetkoming voor persoonlijke beschermingsmiddelen voorzien. De deelstaten verzorgen tegemoetkomingen inzake de verdere werkingskosten van de centra^[25].

24 Bron: RIZIV

25 Bron: [Protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de grondwet bedoelde autoriteiten betreffende de oprichting, de organisatie en de financiering van triage- en afnamecentra in het kader van het beheer van de COVID-19 gezondheidscrisis](#)

3. Financiering aan de schakelzorgcentra

Het RIZIV voorziet een forfaitaire financiering voor de verstrekkingen van artsen (coördinatie, follow-up, beschikbaarheid en directe zorg), verpleegkundigen en zorgkundigen. De centra worden vergoed op basis van het aantal gepresteerde uren. Als er nog andere zorg nodig is dan die van artsen en verpleegkundigen, dan verloopt de organisatie daarvan volgens de reguliere kanalen. De verzekeringsinstelling van de patiënt zal in dat verband informatie ontvangen over het verblijf in zo'n centrum.



4. Financiering voor psychosociale ondersteuning

4.1. Protocolakkoord voor de versterking van het psychisch zorgaanbod

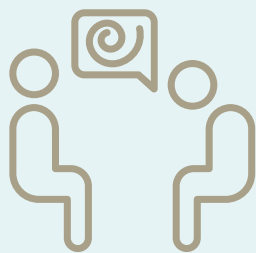
Om in te spelen op de toename van de psychosociale problemen gelinkt met de COVID-19-pandemie werd een uitbreiding van de terugbetaling voor eerstelijns psychologische zorg goedgekeurd. Hierdoor helpt men naast volwassenen ook kinderen, adolescenten en 65-plussers om een eerstelijns hulpverlener te raadplegen m.b.t. milde tot matige psychische problemen.

In de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) werd daarbovenop door de bevoegde Ministers een protocolakkoord afgesloten over een gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychologisch zorgaanbod in de eerstelijnszorg. Het akkoord bepaalt enkele prioritaire doelgroepen, zoals kinderen en ouders in kwetsbare gezinnen, jongvolwassenen, mensen met bestaande geestelijke gezondheidsproblemen, ... Voor deze versterking wordt bijkomend budget voorzien van €112,5 miljoen. Dit betreft in totaal een equivalent van 1.986 voltijds equivalenten (VTE) psychologische hulpverleners.

Meer weten over het
protocolakkoord voor de
versterking van het psychisch
zorgaanbod:

www.health.belgium.be





Voor de **versterking van het psychisch zorgaanbod** in de **eerstelijnszorg** wordt **112,5 miljoen euro** voorzien.

Deze nieuwe conventie inzake eerstelijnspsychologische zorg vult het scala van zorgactoren aan door laagdrempelige en snelle hulp te bieden aan kwetsbare groepen met lichte tot matige problemen. Men wenst immers de nood aan psychologische hulpverlening zo vroeg mogelijk op te sporen. Het aanvullende aanbod is gericht op zowel kinderen en jongeren als volwassenen en ouderen.

De conventie heeft als doel verandering teweeg te brengen in de toegang tot de zorg.

- Enerzijds door financiële toegang te vergemakkelijken. Er zullen daarom binnen dit kader worden twee zorgfuncties gefinancierd:
 - de eerstelijns psychologische zorgfunctie voor ondersteuning bij lichte tot matige klachten
 - de specialistische, psychologische zorgfunctie voor ondersteuning bij matige tot ernstige klachten
- Anderzijds door de toegang tot een geconventioneerde, klinisch psycholoog of orthopedagoog te vereenvoudigen door beschikbaarheid in de directe omgeving van de burger (i.e. vindplaatsgericht werken). Men wil ernaar streven dat deze zorgverleners, naast de dienstverlening in hun praktijk, algemene zorg verlenen of zelfs vrijetijdsbesteding uitoefenen op plaatsen waar de kwetsbare bevolking heen gaat met een ander doel dan een verzoek om geestelijke gezondheidsondersteuning bv. naar een organisatie voor materiële of sociale bijstand. Men wenst immers hulpverlening aan te bieden op een niet-stigmatiserende plaats. Op een plek waar intersectoraal en multidisciplinair kan worden samengewerkt met andere zorgverleners. Hierbij denken we onder andere aan OCMW's, Kind & Gezin, hulp in een open omgeving, huiswerkscholen, buurtcentra, CLB-centra, huisartsenpraktijken, ...

In 2022 sluiten de verschillende netwerken voor geestelijke gezondheidszorg nieuwe overeenkomsten af met zorgverleners op basis van een behoeftenanalyse van hun werkingsgebied in het kader van het protocolakkoord. Ondertussen kan worden vastgesteld dat het aantal mensen dat gebruik heeft gemaakt van het aanbod van eerstelijns psychologische zorg stijgt.

Meer weten over de overeenkomst inzake terugbetaling van psychologische zorg:

www.riziv.fgov.be



4.2. Tijdelijke maatregelen gedurende de pandemie

Aangezien de uitrol van deze conventie de nodige tijd vergt, werden reeds een aantal tijdelijke maatregelen genomen gericht op kwetsbare doelgroepen. Uit verscheidene studies blijkt immers dat het mentaal welzijn van jongeren en studenten, alleenstaanden en personen die beroepen uitoefenen, die het meest getroffen worden door de pandemie (bv. personen werkzaam in de gezondheidszorg, horeca, culturele sector), het vaakst onder druk staat.



Om specifiek tegemoet te komen aan de psychologische noden van deze meest kwetsbare groepen werden de volgende maatregelen ondernomen.

- Psychologische zorg voor zelfstandigen met psychische noden via o.m. een gratis hulplijn en/of een alarm dat geactiveerd wordt door verkenners (bv. curatoren, banken, ondernemingsloketten, sociale verzekeringsfondsen voor zelfstandigen, sociale secretariaten, zorgverleners, ...) of klinisch psychologen en orthopedagogen die regelmatig in contact komen met zelfstandigen. Hiervoor werd een budget op jaarbasis van € 55,5 miljoen voorzien. Deze maatregel liep tot 28 februari 2022.
- Van 15 april 2021 tot 31 december 2021 werd € 1,5 miljoen voorzien voor de begeleiding van studenten in hogescholen en universiteiten. Er werden groepsessies georganiseerd met de nadruk op stresscontrole en het versterken van de zelfredzaamheid ter preventie van de ontwikkeling van psychische problemen.
- Sinds februari 2021 werd de maatregel genomen om kinderen, jongeren en jongvolwassenen met acute, psychische klachten of jongeren in een crisissituatie sneller op te vangen door de mobiele crisisteam van de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (GGKJ) te versterken.
 - het totaalbudget voor de mobiele teams werd met 50% verhoogd;
 - de werkingsmiddelen van de netwerken met 75%;
 - de omkadering van de netwerkpsychiaters met 25 %.

Op deze wijze werd op korte termijn de capaciteit voor mobiele crisisopvang aanzienlijk uitgebreid op basis van € 4,7 miljoen bijkomend budget wat het equivalent is voor ongeveer 50 VTE.

- Daarnaast werd in april 2021 beslist om het residentieel zorgaanbod voor de opvang van kinderen en jongeren met ernstige en complexe, psychische problemen te intensifiëren door de personeelsomkadering van de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten te verhogen. Dergelijke intensifiëring maakt het mogelijk dat het personeel kan instaan voor de zorgoverdracht van de residentiële setting naar het thuis- of thuisvervangend milieu. Hierdoor wenst men de zorgcontinuïteit voor kinderen en hun gezinnen te optimaliseren en de opnameduur in de psychiatrische dienst voor kinderen en jongeren (K-dienst) te verkorten. In totaal werden 212 VTE gefinancierd. Tegelijkertijd is ook beslist om de zorgcapaciteit voor de opvang van kinderen en jongeren met psychische problemen in niet-psychiatrische ziekenhuisdiensten te verhogen door het inzetten van zogenaamde liaisonteams vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten naar bijvoorbeeld de pediatrie. In totaal werden 23 teams van elk 2,70 VTE gefinancierd. Voor deze maatregelen werd iets meer dan € 21 miljoen aan bijkomend budget op jaarbasis vrijgemaakt.
- Verder werden participatiecoaches toegevoegd aan de GGKJ-netwerken om jongeren en hun omgeving meer te laten participeren aan de uitwerking van de eigen zorgtrajecten en aan het beleid op niveau van de instelling, het netwerk en de overheid. Hiervoor is €522.500 op jaarbasis voorzien.
- Er is eveneens beslist om de mobiele hulpverlening van de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen met 25% te versterken voor de doelgroep ouderen. Men wil hierbij bijzondere aandacht schenken aan sociaal, economisch kwetsbare personen en aan personen die eerder zorg-vermijndend zijn. Hiertoe zal men mobiele, out-reachende en multidisciplinaire zorg verlenen. Er werd hiervoor op jaarbasis een bedrag van meer dan 20 miljoen vrijgemaakt, waardoor de mobiele teams met 244 VTE kunnen worden versterkt.

Deze laatste 4 acties worden momenteel onverminderd verdergezet.

Verder heeft men gedurende de pandemie tal van andere acties ondernomen om het psychisch zorgaanbod te versterken, waaronder:

- Terugbetaling van videoconsultaties door psychiaters;
- Nabehandeling na een opname door psychiatrische ziekenhuizen vanop afstand^[27];
- Mogelijkheid van partiële hospitalisatie bij de patiënt thuis^[28];
- Sensibilisatie van eerstelijnsgezondheidsprofessionals om het adequaat gebruik van psychofarmaca te bevorderen;
- Opleiding ziekenhuispersoneel gericht op het verbeteren van de zorg voor personen met een alcoholproblematiek;
- Psychologische ondersteuning van ziekenhuispersoneel;
- Verder werden er extra middelen toegekend aan het Vlaamse Kruis voor hun medewerking bij het beheer van de gezondheidscrisis, onder meer voor het opzetten van psychosociale ondersteuning in het COVID-19-callcenter dat zich richt op het grote publiek.

27 Meer weten over nabehandeling op afstand via [Nabehandeling door psychiatrische ziekenhuizen mogelijk vanop afstand - RIZIV \(fgov.be\)](#)

28 Meer weten over partiële hospitalisatie thuis via [COVID-19: psychiatrische zorg: partiële hospitalisatie thuis - RIZIV \(fgov.be\)](#)

4.3. Projectoproepen

In het voorjaar van 2022 werd een oproep aan de GGKJ-netwerken gelanceerd om 6 nieuwe werven voor de doelgroepen kinderen, jongeren en jongvolwassenen inhoudelijk vorm te geven. De GGKJ-netwerken kunnen voorstellen indienen om de hulpverlening voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen binnen hun werkingsgebied te versterken. Hiervoor wordt ongeveer € 35 miljoen geïnjecteerd. Men wenst in elke provincie te kunnen inspelen op de meest prangende behoeften. Er wordt de nodige flexibiliteit toegelaten om het vrijgemaakte budget te investeren daar waar de nood het hoogst is. Op basis van een behoefteanalyse zal worden beslist hoe de bijkomende middelen, complementair aan het reeds beschikbare lokale aanbod en initiatieven, concreet zullen worden aangewend.

Meer weten over deze oproep:

www.health.belgium.be



Tevens werd een projectoproep aan de netwerken volwassenen gericht voor het indienen van projectvoorstellen 'Intensifiëring van de residentiële zorg' zodat in elk netwerk minstens 1 High Intensive Care dienst (HIC-dienst) wordt ontwikkeld. Met deze oproep wordt uitvoering gegeven aan de beslissing van het regeerakkoord van 30 september 2020 om in bepaalde psychiatrische zorgprogramma's meer personeel in te zetten dan voorzien in de huidige personeelsnormen. Een investering van € 15 miljoen is voorzien voor de bijkomende inzet van 150 personeelsleden en voor de versterking van 193 uren medische functie.

Meer weten over:

Werkgroep intensifiëring van de
residentiële zorg



5. Financiering aan ziekenwagendiensten



In het kader van het bestrijden van de pandemie hebben in 2020 22 ziekenwagendiensten een addendum toegevoegd aan hun conventie met de FOD VVVL. Op basis van dit addendum werd voor een periode van 8 weken voor elke permanentie binnen de ziekenwagendienst die 24/7 beschikbaar werd gesteld een standaardvergoeding van ± € 12.000 toegekend. Daarnaast werd eenmalig een bedrag van € 8 miljoen verdeeld over de ziekenwagendiensten in het kader van de COVID-19-pandemie.

KWALITEIT

1. Ondersteuning psychosociaal welzijn

In het kader van het Psychosociaal Interventieplan (PSIP)^[29] werd omwille van de COVID-19-pandemie een **psychosociaal coördinatiecomité (PSCC)** opgericht door de FOD VWL.

De doelstelling van dit comité is om vertegenwoordigers van alle betrokken diensten en instanties samen te brengen, een **gezamenlijke strategie** af te spreken en **als één team samen** te werken om een psychosociaal hulpaanbod op poten te zetten. Via het PSCC wilde men initiatieven afstemmen op elkaar zodat steeds dezelfde boodschap werd gecommuniceerd én de acties in elkaar en niet naast elkaar zouden doorlopen.

De algemene doelstelling was het stimuleren van zelfzorg, zorg voor elkaar en werken aan de veerkracht van zowel het individu als van de maatschappij.

Er werd veel nadruk gelegd op het belang van **eenduidige communicatie**:

- Er kwam een **communicatiecampagne met tips** over omgaan met stress zowel voor de algemene bevolking als voor de specifieke groep van zorgverleners;
- Er werd een **e-learning** gemaakt om psychosociale hulpverleners te ondersteunen;
- De informatie werd gecentraliseerd gecommuniceerd via vaste kanalen om overzicht te bewaren tussen alle initiatieven. Daarom is dé ingangspoort voor informatie over corona en psychosociaal welzijn de website www.info-coronavirus.be. Informatie specifiek voor zorgverleners werd samengebracht op [de website van de FOD VWL](#).

Meer weten over de organisaties en initiatieven omtrent psychosociaal welzijn in tijden van COVID-19:

www.info-coronavirus.be



2. Belgische handleiding voor de medische regulatie

Oproepen naar het nummer 112 en 1733^[30] waarvoor een medische interventie vereist is, worden door de operatoren van de 112-centrales via de Belgische handleiding voor de medische regulatie behandeld. Deze handleiding biedt een geïntegreerde set van medische protocollen om op uniforme wijze het ernstniveau van de hulpoproepen te bepalen door de operatoren van de noodcentrales en

29 Meer informatie omtrent het Psychosociaal Interventieplan kan je terugvinden in de Blikvanger omtrent '[Dringende, medische en psychosociale hulpverlening](#)'

30 1733 is een centraal telefoonnummer in België om bij niet-dringende medische hulp een huisarts van wacht te bereiken (zie ook hoofdstuk 'Zorgactiviteit')

de kwaliteit van de afhandeling te bewaren. Ze biedt richtlijnen aan de medewerkers omtrent welk middel (MUG, PIT, ziekenwagen, wachtpost, huisbezoek of eigen huisarts³¹) dient uitgestuurd te worden of welke acties dienen aanbevolen te worden in een specifieke situatie.

In het kader van de gezondheids crisis is tijdelijk een nieuw protocol uitgewerkt om adequaat te kunnen reageren op oproepen van mensen die mogelijks met COVID-19 zijn besmet. Volgens de stand van de wetenschappelijke kennis over het virus is dit medische protocol meermaals herzien en gecorrigeerd, rekening houdend met de Sciensano-richtlijnen.

De 112-medische directies en/ of adjunct medische directies en de verpleegkundig regulatoren, die deel uitmaken van de dienst Dringende Hulpverlening van de FOD VVWL zijn in de noodcentrales aanwezig om de operatoren te ondersteunen en te adviseren. Tijdens de hele crisis hebben de medische directies de 112-operatoren begeleid in het kader van de opvolging van de evolutie van de COVID-19-protocollen om een efficiënte en effectieve behandeling van de hulpoproepen in verband met het coronavirus te garanderen.

Meer informatie over de Belgische handleiding voor de medische regulatie:

www.health.belgium.be



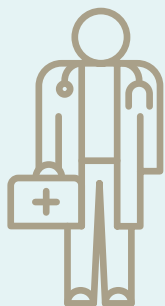
3. Verdeling van het beschermingsmateriaal aan gezondheidszorgbeoefenaars werkzaam in de ambulante sector

3.1. Identificatie van de gezondheidszorgbeoefenaars

Tijdens de COVID-19-pandemie hebben de gezondheidszorgprofessionals nood aan beschermingsmateriaal opdat ze op een veilige manier patiënten kunnen verzorgen. De verdeling van deze beschermingsmaterialen gebeurt zowel binnen de ziekenhuizen als door de werkgevers binnen zorginstellingen. Daarnaast is het echter noodzakelijk om de nodige materialen te bezorgen aan de actieve gezondheidszorgbeoefenaars in de ambulante sector.

Om een efficiënte verdeling van deze materialen te verzekeren, was het in eerste instantie nodig om deze gezondheidszorgbeoefenaars te identificeren. De dienst 'Gezondheidsberoepen & Beroepsuitoefening' binnen de FOD VVWL stelde een lijst op van de gezondheidszorgbeoefenaars werkzaam in de ambulante sector. Hiervoor werden verschillende gegevensbronnen van de FOD VVWL, het RIZIV, het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ) en de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) samengebracht.

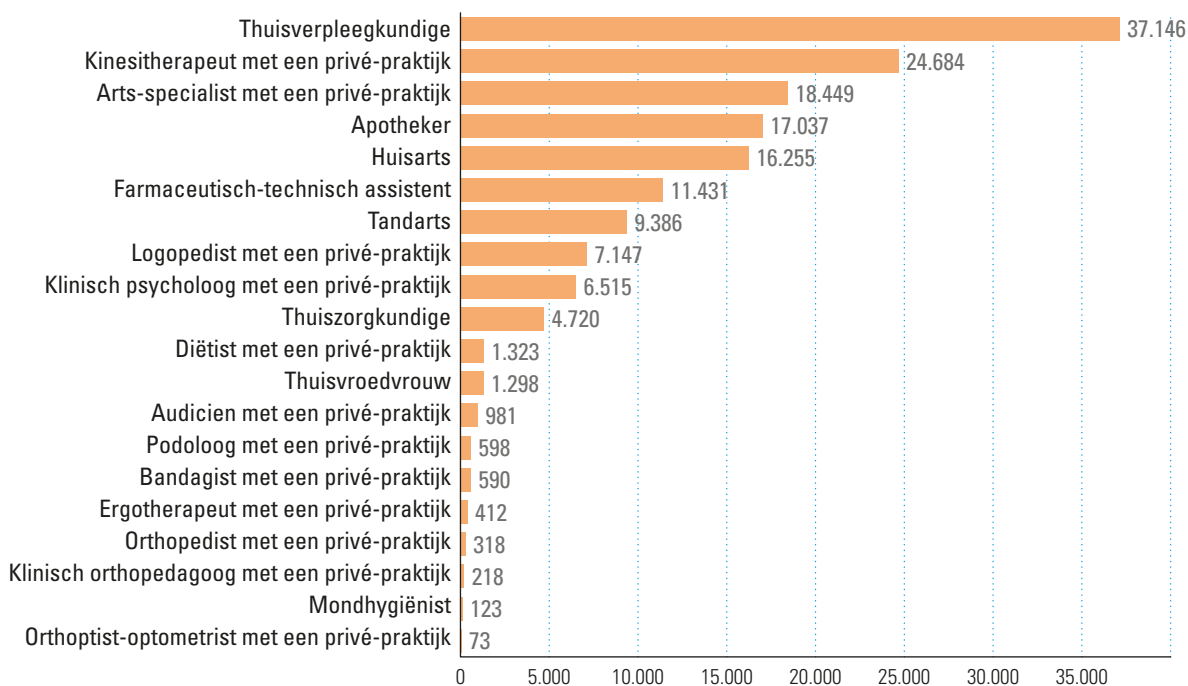
31 Zie 'Blikvanger Dringende, medische en psychosociale hulpverlening' voor meer informatie over de werking van de verschillende middelen.



In 2021 waren er
158.704
 gezondheidszorgbeoefenaars
 actief in de **ambulante sector**.

Op basis van deze oefening werd een lijst van 158.704 gezondheidszorgbeoefenaars samengesteld die actief zijn in de ambulante sector.

AANTAL ZORGVERLENERS ACTIEF IN AMBULANTE ZORG (MAART/APRIL 2021)

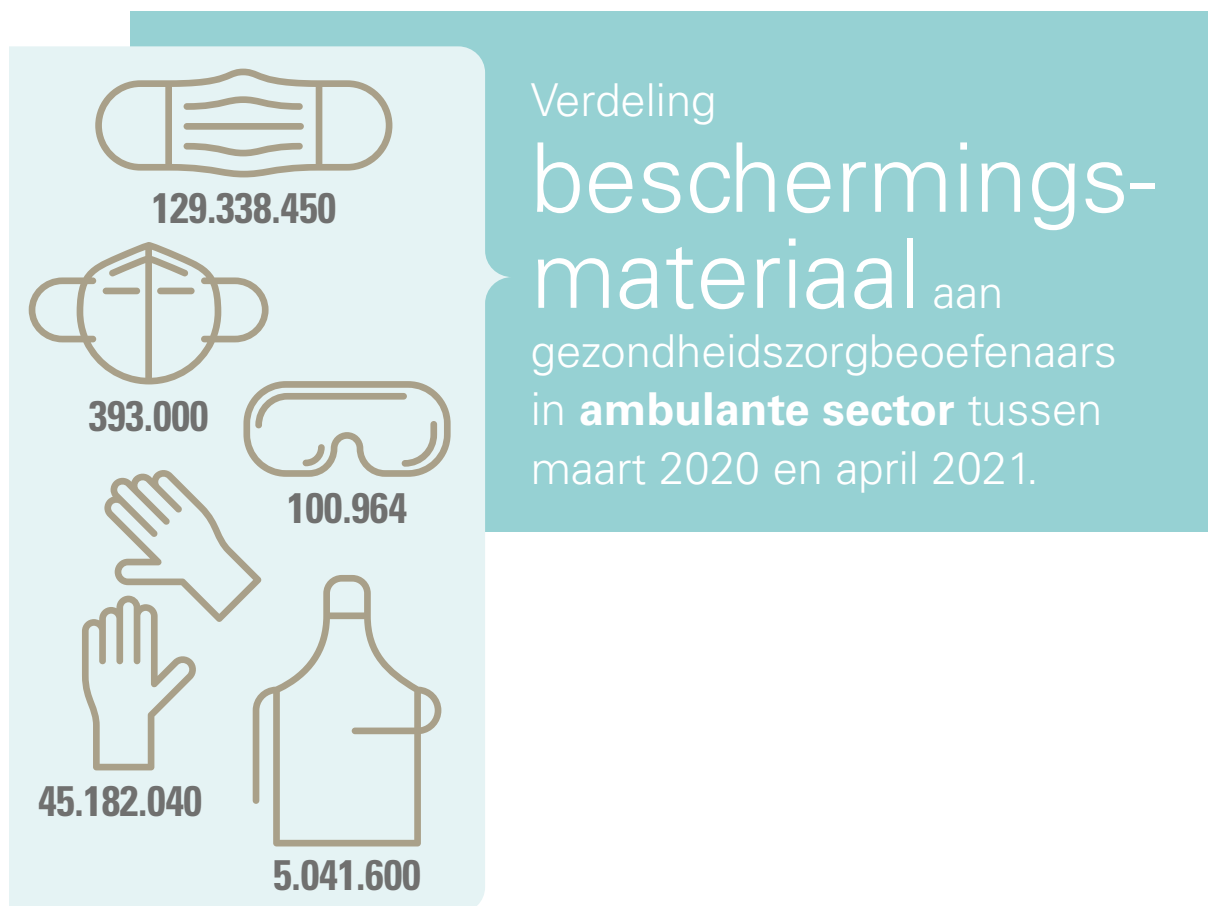


Om de identificatie van de actieve gezondheidszorgbeoefenaars in de toekomst te vereenvoudigen voorziet de [wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg](#) (22 april 2019) in de opmaak van een register (art. 42). Hierin wordt een algemene beschrijving opgenomen van de gezondheidszorg die door elke beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg wordt verstrekt, de plaats waar deze zorg wordt verstrekt en eventuele samenwerkingsverbanden met andere beroepsbeoefenaars. Het register zal alle gezondheidswerkers bevatten die in België hun beroep mogen uitoefenen en zal het op termijn mogelijk maken te weten wie in welke sectoren en op welke plaats actief is.

Het zal passende communicatiemiddelen bevatten in geval van een crisis. Hierdoor zullen de beroepsbeoefenaars die rechtstreeks betrokken zijn bij een toekomstige crisis eenvoudig gecontacteerd en gemobiliseerd kunnen worden.

3.2. Verdeling van het beschermingsmateriaal

De dienst Public Health Emergencies binnen de FOD VVWL verzorgde de coördinatie van de verdeling van het beschermingsmateriaal. Bij de start van de pandemie werd het materiaal enkel geleverd aan de gezondheidszorgbeoefenaars die actief bleven. Sinds mei 2020 werd het materiaal verdeeld bij alle gezondheidszorgbeoefenaars opdat de ambulante activiteit heropgestart kon worden.



De leveringen van het materiaal werden verzorgd door het ministerie van Defensie die het materiaal aan alle provincies leverde waarna de gouverneurs zorgden voor de verdere verdeling op lokaal niveau. Verder werd een strategische stock aangelegd. De inhoud van de stock werd bepaald op basis van het advies van de overlegorganen voor elk gezondheidszorgberoep.

De verdeling van de stock gebeurde in eerste instantie voor de beroepen die het meeste risico lopen en vervolgens werd dit uitgebreid volgens een gedetailleerd plan voor alle gezondheidszorgberoepen. In dit kader werd een applicatie ontwikkeld waarin elke beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg zich kan inschrijven om materiaal te verkrijgen.

Meer weten over aanbevelingen
en strategische voorraad
beschermingsmiddelen in de
ambulante zorgverstrekking:

www.health.belgium.be



4. Verzekeren van verpleegkundige zorgen

Het verpleegkundig personeel en andere gezondheidszorgprofessionelen werken sinds de start van de COVID-19-pandemie onder grote druk. Er heerste een risico dat er een personeelstekort zou ontstaan voor het toedienen van verpleegkundige zorgen omwille van de blijvende toestroom van COVID-19-patiënten.

Daarom werd beslist dat bepaalde verpleegkundige activiteiten zouden kunnen uitgevoerd worden door personen die hier wettelijk niet voor bevoegd zijn bv. studenten, tandartsen, vroedvrouwen, ... Het betreft een uitzonderlijke en tijdelijke maatregel tijdens de COVID-19-pandemie. Deze activiteiten kunnen slechts onder strikte, wettelijke voorwaarden uitgevoerd worden^[32]. De activiteiten kunnen bijvoorbeeld enkel onder toezicht van een coördinerende verpleegkundige plaatsvinden, een opleiding diende gevolgd te worden, ... Op deze manier werd de continuïteit, de kwaliteit en de veiligheid van de verpleegkundige zorgen zoveel als mogelijk gegarandeerd.

Sommige uitzonderlijke maatregelen werden door de wet van december 2021^[33] verlengd tot 1 juli 2022 waarbij de maatregelen werden beperkt tot voorwaarden voor specifieke prestaties (o.a. het testen van patiënten en het toedienen van vaccinaties).

5. Ondersteuning bij testen en vaccinatie door apothekers

Er werd een wet^[34] aangepast waarbij nieuwe handelingen worden geformuleerd die apothekers in een publieke apotheek mogen uitvoeren. In deze wet worden de voorwaarden en strikte modaliteiten geformuleerd waarbinnen de handelingen kunnen uitgevoerd worden zoals het volgen van een opleiding.

De apothekers zijn sindsdien gemachtigd om een COVID-19-vaccin voor te schrijven en toe te dienen. Het vaccin mag echter enkel voorgeschreven worden indien het onmiddellijk wordt toegediend in de apotheek. Apothekers zijn bovendien ook geautoriseerd om adrenaline voor te schrijven en om dit onderhuids of intramusculair toe te dienen in het geval dat een patiënt na het toedienen van het vaccin een anafylactische schok zou krijgen.

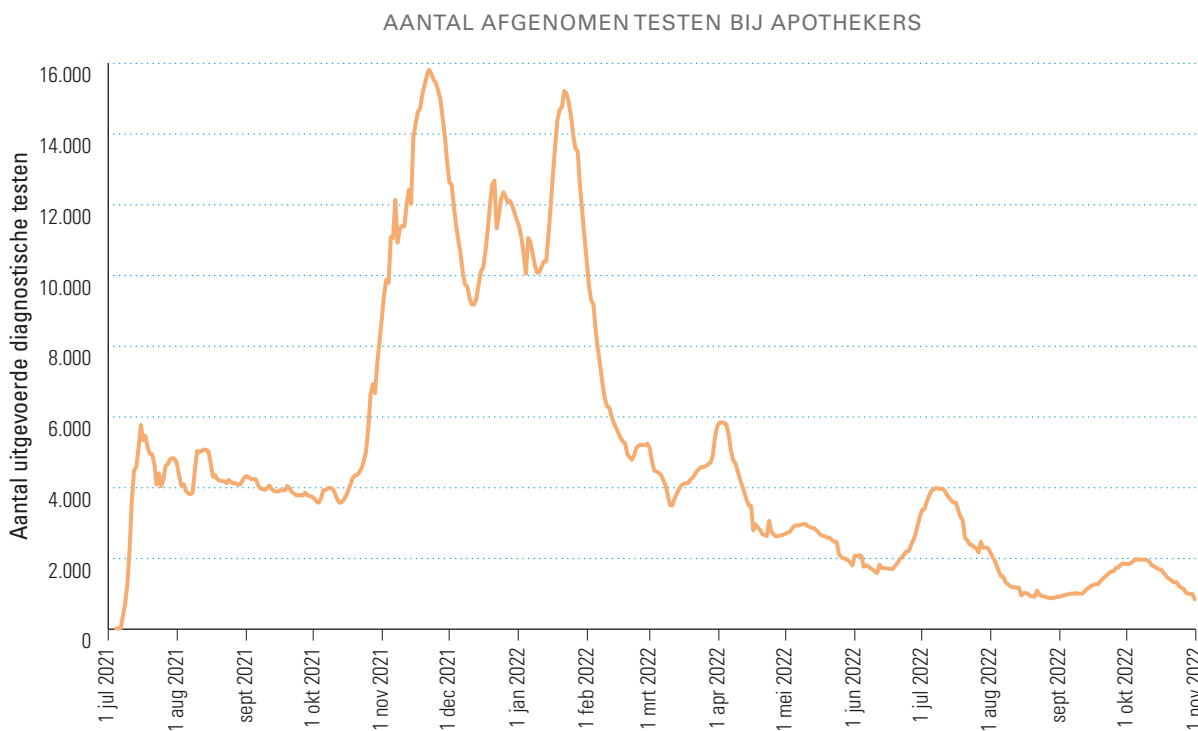
Verder zijn apothekers sinds midden juli 2021 tijdelijk gemachtigd om een staalafname om een snelle antigeentest uit te voeren en om de resultaten hiervan te communiceren aan de bevoegde organisatie. Dit enkel bij personen vanaf 6 jaar die geen COVID-19-symptomen vertonen en die een COVID-19-certificaat nodig hebben voor een reis of evenement. Sinds 1 november 2021 kunnen apothekers ook testen uitvoeren voor uit een rode zone terugkerende reizigers en voor mensen die COVID-19-symptomen vertonen. Farmaceutisch-technische assistenten mogen eveneens deze handelingen uitvoeren onder de verantwoordelijkheid en toezicht van een apotheker.

32 [Wet van 4/11/2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie](#)

33 [Wet van 23 december 2021 tot wijziging van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie](#)

34 [Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen](#)

In onderstaande grafiek kan men het aantal testen terugvinden die werden afgenomen door apothekers. Hier zagen we een verhoogde activiteit van november 2021 t.e.m. begin februari 2022.



6. Tijdelijke toename van het aantal laboratoriamedewerkers

Bij elke nieuwe COVID-19-golf steeg de nood om voldoende testcapaciteit te voorzien om tijdig de nodige maatregelen te kunnen nemen. Omwille van deze reden werd beslist om uitzonderlijk personen te machtigen om testen uit te voeren om een diagnose van COVID-19 te kunnen stellen.^[35] Dit kan opnieuw slechts onder strikte voorwaarden. De personen in kwestie dienen o.a. de houder te zijn van een specifiek diploma en dienen een bijkomende opleiding te volgen. Verder dienen o.m. de handelingen toevertrouwd te worden door een arts of een apotheker gespecialiseerd in klinische biologie en dienen deze onder zijn supervisie uitgevoerd te worden.

Deze maatregel laat toe om meer personen tewerk te stellen in de laboratoria. Op deze manier kan tegemoet worden gekomen aan de hoge, uitzonderlijke nood aan analyses gedurende de COVID-19-pandemie.

35 [Koninklijk besluit van 21 september 2021 waarbij aan personen die wettig niet bevoegd zijn de geneeskunde te beoefenen, in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, toelating wordt verleend om bepaalde laboratoriumonderzoeken te verrichten](#)

7. Hospital Outbreak Support Team

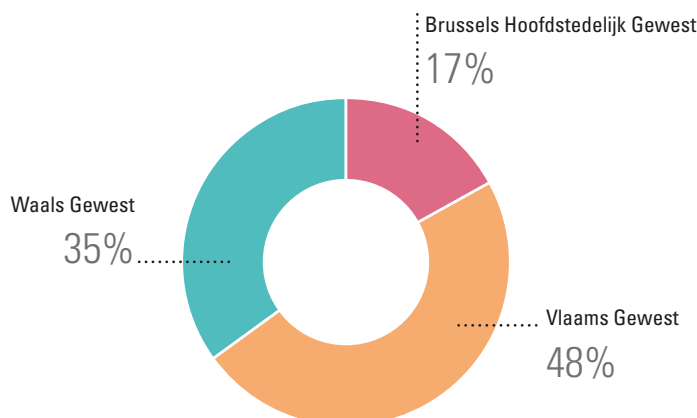
7.1. Context

De strijd tegen de COVID-19-pandemie heeft de noodzaak aangetoond om de samenwerking tussen de ziekenhuizen, residentiële instellingen en gezondheidszorgbeoefenaars in de eerstelijnszorg te versterken

In maart 2021 lanceerde de FOD VVVL hiertoe een oproep waarbij algemene en universitaire ziekenhuizen werden uitgenodigd om deel te nemen aan een pilootproject "Hospital Outbreak Support Team (HOST)" met als doel om enerzijds het beheer van epidemieën en clusteruitbraken te verbeteren, en anderzijds hygiëneteams en managementgroepen voor antibioticatherapie te ondersteunen bij infectiepreventie en -bestrijding en antimicrobieel beheer.

In 2021 werden reeds 21 pilootprojecten met multidisciplinaire HOST-teams opgericht. In 2022 werden nog 3 nieuwe pilootprojecten opgestart waardoor het volledige Belgische ziekenhuisland-schap omvat wordt.

VERDELING VAN DE HOST-TEAMS PER GEWEST



7.2. Verwezenlijkingen in het eerste jaar van het pilootproject

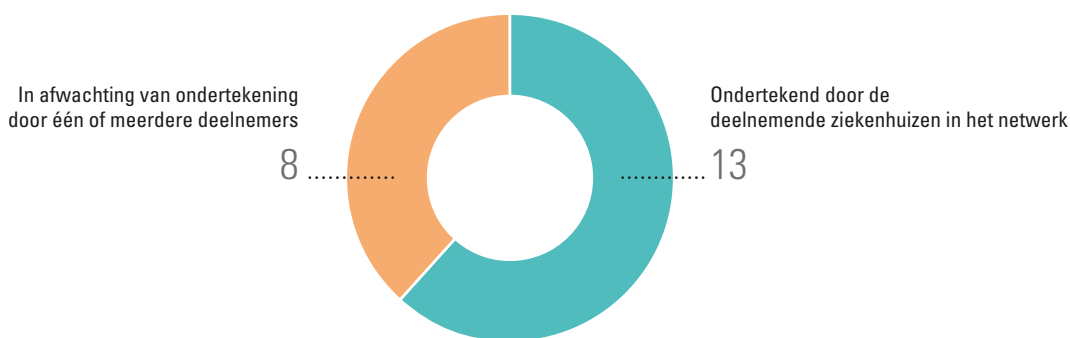
Het eerste jaar van de pilootproject was gericht op:

- Coördinatie tussen de betrokken ziekenhuizen concretiseren via samenwerkingsprotocollen;
- De oprichting van een multidisciplinair HOST-team dat voldoet aan de minimale samenstellingscriteria^[36];
- De oprichting van een telefonische hotline die bereikbaar is voor zowel ziekenhuizen als andere woonzorgstructuren.

Ondanks de moeilijke opstart omwille van de drukte gedurende de COVID-19-pandemie, behaalden de meeste deelnemende netwerken bovenstaande doelstellingen. Iedereen gaf aan reeds een samenwerkingsovereenkomst te hebben opgesteld en bij twee op drie projecten werd deze reeds ondertekend door alle deelnemende ziekenhuizen.

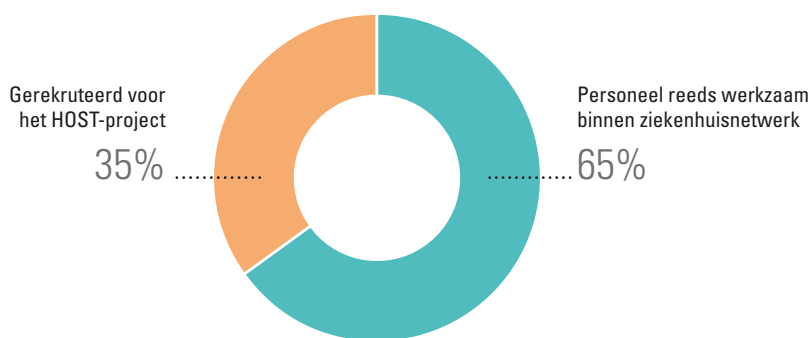
36 Een projectmanager (0,5 FTE), een HOST-coördinator (1 FTE), een verpleegkundige (1 FTE), een ziekenhuisapotheker (0,5 FTE).

AANWEZIGHEID SAMENWERKINGSOVEREENKOMST



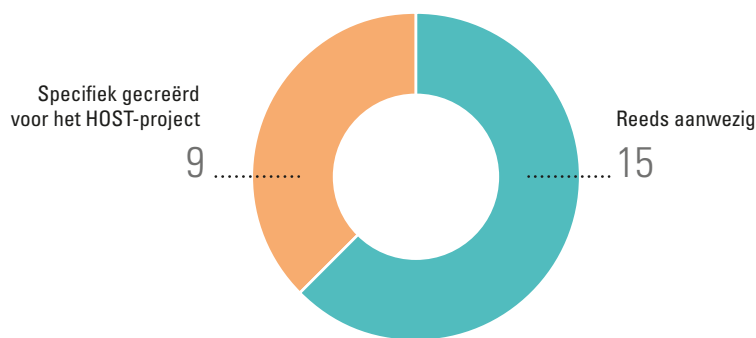
Wat de oprichting van een HOST-team betreft, gaven alle deelnemende netwerken aan dat ze erin geslaagd waren een team samen te stellen: bij 16 netwerken werd voldaan aan de minimumvereisten hiervoor en bij 8 netwerken werden aanvullende vereisten vervuld. In 2021 werd 35% van de gezochte profielen gerekruteerd. De andere profielen werden ingevuld door personen die reeds werkzaam waren binnen het ziekenhuisnetwerk.

PERCENTAGE AANWERVINGEN



De meerderheid van de HOST-teams verklaarde dat ze een permanente telefoonlijn hebben opgezet. Er zijn momenteel echter nog besprekingen gaande tussen de federale autoriteiten en de gefedereerde entiteiten om de rol en de reikwijdte van deze permanentie te verduidelijken. Hierbij worden enerzijds ieders bevoegdheden gerespecteerd en anderzijds wordt getracht een aanbod te bieden dat beantwoordt aan de noden van de verschillende regio's en woonzorgstructuren.

AANWEZIGHEID PERMANENTE TELEFOONLIJN



7.3. Samenwerkingen en uitwisselingen

Een belangrijk element in het succes van dit pilootproject ligt in de communicatie tussen de actoren in het werkveld, in het ziekenhuisbeheer en in de regionale en federale overheden. Door de pandemie was het tijdens het eerste jaar van het project onmogelijk voor de verschillende actoren om elkaar te ontmoeten. Omwille van deze reden werden er individuele interviews opgezet door het Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC)-coördinatieteam waar de HOST-teams werden ondersteund. Dit initiatief heeft geleid tot de publicatie van een webpagina met veelgestelde [vragen](#).

Verder werden dialoogmomenten georganiseerd tussen het BAPCOC-team en de verschillende regio's om hun specifieke rollen en taken te definiëren. In het bijzonder werd hier de complementariteit tussen de OST- en HOST-teams bepaald. De regionale overheden namen eveneens contact op met de nieuw opgerichte HOST-teams om samen te brainstormen over de beste samenwerkingsconfiguratie die voldoet aan specifieke lokale behoeften.

Meer weten:

**BAPCOC-pagina
gewijd aan het project**



