

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 885

van **LORIN PARYS**

datum: 21 september 2021

aan **WOUTER BEKE**

VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN ARMOEDEBESTRIJDING

Covidpatiënten in Vlaamse ziekenhuizen - Ligduur en mortaliteit (2)

Uit het antwoord op mijn schriftelijke vraag nr. 744 van 18 juni 2021 blijkt dat er tussen de regio's verschillen op te meten zijn in de mortaliteitscijfers van corona in de ziekenhuizen. Voor de verklaring ervan kunnen uiteraard verschillende factoren spelen zoals regio's met meer of minder besmettingen, regio's met meer ouderen of risicopatiënten of ziekenhuizen met grote of kleine intensieve zorgafdelingen. Maar de verschillen tussen de regio's en ziekenhuizen onderling zijn te groot om zomaar onder de mat te vegen.

Het gaat om de cijfers van maart 2020 tot en met 15 juni 2021. Enkele opmerkelijke vaststellingen:

- In Vlaanderen is 16,5% van de gehospitaliseerde patiënten uiteindelijk overleden. In Wallonië is dat een kwart meer, 20,4%. In Brussel was dat 18,2%.
- Bij de patiënten op intensieve zorg (IZ), stierf in Vlaanderen 30,6%. In Wallonië en Brussel was dat een derde meer, of 40,9%.
- In Vlaanderen en Brussel belandde iets meer dan 16% van de patiënten op IZ, in Wallonië was dat maar 14,2%.
- Van de patiënten op IZ kreeg in Vlaanderen 41,9% intensieve ventilatie. Dat cijfer was in Wallonië bijna 50% hoger met 59,9% van de patiënten onder intensieve ventilatie. In Brussel gaat het om 54,6% van de patiënten.
- Van de IZ-patiënten die invasief geventileerd werden, stierf in Vlaanderen 46,6%. In Brussel en Wallonië was dat zo'n 20% meer, respectievelijk 55,4% en 53,3%.

Daarnaast zijn er tussen de ziekenhuizen onderling verschillen in het cijfermateriaal op te meten. Het is dus aannemelijk dat er zowel in de regio's als in de ziekenhuizen onderling verschillende behandelingsmethodes gehanteerd worden. Het lijkt dus aangeraden om een onafhankelijk onderzoek in te stellen zodat in de toekomst de nodige lessen getrokken kunnen worden.

1. Hoe staat de minister tegenover het inlassen van een onafhankelijk onderzoek? Zal de minister hier werk van maken? Zo ja, binnen welk tijdpad?
2. Gezien de huidige fase van de pandemie is het mogelijk interessant om de COVID-expertise te concentreren in referentieziekenhuizen.

Hoe staat de minister tegenover dit voorstel?

3. De minister vraagt een dagelijkse rapportering van het aantal gevaccineerden met COVID dat in het ziekenhuis opgenomen wordt.

Welke gevolgen zal de minister koppelen aan deze data?

ANTWOORD

op vraag nr. 885 van 21 september 2021

van **LORIN PARYS**

1. De Coronapandemie wordt, voor wat de ziekenhuizen betreft, nog steeds aangestuurd en opgevolgd door het Hospital & Transport Surge Comité (HTSC). Dit orgaan werd opgericht bij Koninklijk Besluit van 30 april 2020. Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels en experts.

De cijfers inzake het aantal COVID-patiënten, aantal patiënten ICU, mortaliteit, worden op dagelijkse basis opgevolgd door dit Comité. Vanuit het Comité werd eerder al een rapport ter beschikking gesteld met per maand het dagelijks gemiddeld aantal COVID-patiënten aanwezig in het ziekenhuis, op ICU, het gemiddeld aantal nieuwe opnames per dag en het gemiddeld aantal overlijdens per dag.

Het is correct dat er tussen de ziekenhuizen onderling verschillen in het cijfermateriaal zijn. Deze verschillen zijn vaak verklaarbaar op basis van grootte van het ziekenhuis, zwaarte van de patiëntengroep, belasting van de ziekenhuizen binnen een provincie,

Men kan de cijfers van de ziekenhuizen dus niet zomaar onderling vergelijken zonder ook de context in rekening te brengen. Het is ieder geval zo dat als er binnen het HTSC onregelmatigheden worden vastgesteld, de betrokken federale gezondheidsinspecteurs met het ziekenhuis in overleg gaan.

Mocht de HTSC een onafhankelijk onderzoek aanraden op basis van haar vaststellingen, dan zal ik die vraag ondersteunen.

2. De concentratie van covid-expertise in referentieziekenhuizen is zeker een piste om verder te onderzoeken. Zo'n model heeft wel heel wat gevolgen. Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat deze referentieziekenhuizen niet meer alle gewone reguliere zorg kunnen aanbieden. Ook het financieringsmodel voor deze ziekenhuizen dient dan aangepast te worden.

Op dit ogenblik kunnen de ziekenhuizen onderling binnen hun ziekenhuisnetwerk al afspraken maken om de covid-zorg te centraliseren. De enige voorwaarde is dat het aantal bedden dat zij voorbehouden voor covid de som is van de te voorziene bedden van de betrokken ziekenhuizen en dat zij de betrokken overheden informeren omtrent de gemaakte afspraken hierover.

3. Nu de grote meerderheid van de Vlamingen gevaccineerd is, hebben we nood aan andere, meer fijnmazige indicatoren om de evolutie van de epidemie op te volgen. Het aantal COVID-besmettingen is minder relevant geworden om de druk op het gezondheidssysteem te meten, omdat besmette personen dankzij de vaccinatie minder zware symptomen ontwikkelen.

Toch mogen we niet op onze lauweren rusten. Jammer genoeg blijft het virus muteren en valt het niet uit te sluiten dat er een nieuwe variant ontstaat waartegen de huidige vaccins niet of veel minder effectief zijn. Door het profiel van met COVID-besmette

personen in de ziekenhuizen beter op te volgen, kunnen we de vinger aan de pols houden en waar nodig ingrijpen.

Zo vermijden we aan de ene kant dat we vrijheidsbeperkende maatregelen nemen die niet meer in verhouding staan tot de effectieve impact van het COVID-19 virus, en aan de andere kant dat we onvoldoende waakzaam zijn waardoor een nieuwe virusvariant vrij spel krijgt.