



DATUM 13/08/2020  
CONTACT Dr. Paul Pardon  
TEL.  
E-MAIL

**Aan de directeurs, hoofdartsen, directeurs van het verpleegkundig departement en noodplannoördinatoren van de Algemene en Universitaire Ziekenhuizen**

**Ter info aan de koepels van de ziekenhuizen**

**Ter info aan de Psychiatrische Ziekenhuizen en de Revalidatieziekenhuizen**

**Ter info aan de gouverneurs**

BETREFT COVID-19 – Gegevensoverdracht, samenwerking met de ouderenzorgsector en algemeen kader inzake de bezoekersregeling

Geachte ziekenhuisdirecties,  
Geachte hoofdartsen,  
Geachte directeurs van het verpleegkundig departement,  
Geachte verantwoordelijken van de ziekenhuisnoodplanning,

De evolutie van de COVID-19-epidemie heeft ons, sneller dan gehoopt en verwacht, opnieuw in een kritieke situatie gebracht die de hoogste waakzaamheid vereist. Het is duidelijk dat het verloop van de epidemie, met meer lokale heropflakkingen, een aangepaste aanpak vereisen. De focus ligt daarbij sterk op testing, isolatie en opvolging van de contacten van besmette en vermoedelijk besmette personen. De impact op de hospitalisaties bleef op globaal vlak totnogtoe beperkt, maar lokaal werden een aantal ziekenhuizen door deze lokale heropflakkingen wel al geconfronteerd met meer hospitalisaties, inclusief een stijging van het aantal personen die intensieve zorgen, of zelfs beademing vereisen.

Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity volgt de situatie van nabij, analyseert de cijfers en evalueert indien maatregelen moeten worden genomen. Wij zullen, zoals in het verleden, zo goed en snel mogelijk proberen te communiceren met u, wanneer dat opportuun en nodig is. Wij proberen daarbij ook te vermijden u te overladen met informatie of richtlijnen.

Met deze brief wensen we op 3 zaken in te gaan, **specifiek voor de Algemene en Universitaire Ziekenhuizen**:

- Een aantal aandachtspunten met betrekking tot gegevensoverdracht voor crisisbeheer en evaluatie
- Herinnering van onze vorige brief over samenwerking met de ouderenzorgsector
- Een algemeen kader inzake bezoek en begeleiding

## 1) Gegevensoverdracht voor crisisbeheer en evaluatie

Tijdige en kwaliteitsvolle gegevens zijn een cruciaal element binnen het crisisbeheer, zeker ook binnen het Comité Hospital & Transport Surge Capacity. Wij danken u nogmaals voor de wijze waarop de meeste ziekenhuizen de gegevensoverdracht inzake de hospitalisaties, alsook de beschikbare ziekenhuiscapaciteit overmaken. Deze gegevens worden niet enkel door ons eigen Comité gebruikt, maar ook in het kader van het algemeen crisisbeheer, bv. in de epidemiologische rapporten en tijdens de persconferenties die door Sciensano en het Nationaal Crisiscentrum worden ondersteund. Wij willen u vragen om deze inzet aan te houden, rekening houdend met de grote waarde ervan.

Er zijn drie elementen waar we een bijkomende inspanning van u willen vragen. Wij weten dat registratie, verwerking en overdracht van gegevens voor u en uw medewerkers een inspanning vraagt, maar het gaat om belangrijke gegevens om ons crisisbeheer nog beter te funderen. Wij zien erop toe dat de resultaten van de bevragingen ook teruggekoppeld worden naar het Comité Hospital & Transport Surge Capacity en dat er waar nodig ook naar het terrein verder wordt teruggekoppeld.

Een eerste vraag betreft de **registratie en overdracht van de resultaten inzake de PCR-testen voor COVID-19 die door de ziekenhuislabo's worden gerealiseerd**. Hoger in de brief vermelden we reeds dat contactopvolging cruciaal is in deze fase van de epidemie. Dat vereist een inzet op vele fronten: voldoende labocapaciteit, voldoende staalafnamecapaciteit, voldoende materiaal voor staalafname, analyse en bescherming, een aangepaste financiering, etc. Op al deze fronten worden acties ondernomen door de bevoegde overheden en administraties. Eén van de problemen die worden gemeld vanuit de verantwoordelijken voor de contactopvolging, is dat de overdracht van gegevens vanuit de ziekenhuislabo's naar de Sciensano-databank onvoldoende volledig, snel en kwalitatief verloopt. Dit bemoeilijkt en vertraagt het proces van contactopvolging, gezien de contactopspoorders zich baseren op testresultaten om vervolgens de indexpatiënten – dit zijn de personen die positief getest zijn en waarvoor contacten worden opgelijst en gecontacteerd – te contacteren. Wij begrijpen dat sommige ziekenhuizen mogelijks nog vragen hebben over wat zij precies moeten doen al naargelang de situatie waarmee ze geconfronteerd worden en welke gegevensoverdracht precies gerealiseerd moet worden. Op de website <https://www.corona-tracking.info/ziekenhuizen/mogelijke-situaties/> vindt u alle informatie al naargelang de mogelijke situaties. U vindt er ook de contactgegevens bij mogelijke problemen bij de registratie van de gegevens. Deze website wordt ook voortdurend geactualiseerd in functie van eventuele wijzigingen, vaak terugkerende vragen of vastgestelde problemen. Mogen wij u vragen om zo snel mogelijk binnen uw ziekenhuis, indien u over een ziekenhuislabo beschikt dat PCR-testen voor COVID-19 realiseert, de nodige maatregelen te nemen om de richtlijnen die u terugvindt op bovenstaande website te implementeren, alsook een tijdige en kwaliteitsvolle gegevensoverdracht te realiseren, meer bepaald het communiceren van de testresultaten volgens de richtlijnen binnen het uur nadat het resultaat bekend is. Een gelijkaardige vraag werd al aan de extramurale klinische labo's gesteld. Daarnaast vragen wij aan de ziekenhuizen ook om het telefoonnummer van de geteste persoon mee te sturen om contacttracing te kunnen opstarten.

Een tweede vraag betreft de **gegevens in verband met de opname en het ontslag van COVID-19-patiënten, met bijzondere aandacht ook voor het verblijf in intensieve zorgen**. Deze gegevens worden eveneens, om epidemiologische redenen en ter ondersteuning van het crisismanagement verzameld door Sciensano. De huidige bevragingen zijn momenteel in revisie door Sciensano: de bedoeling is minder relevante vragen te verwijderen – en zo het werk voor de ziekenhuizen ook te verlichten – en tegelijk inzake het verblijf op intensieve zorgen een aantal gerichte vragen te stellen.

De nieuwe gegevensbevraging zal vanaf 1 september operationeel zijn; vanaf dan vragen wij ook aan alle ziekenhuizen om voor al hun COVID-19-patiënten om telkens 14 dagen na de opname, respectievelijk na het ontslag van de patiënt, deze gegevens over te maken. Daarover volgt nog meer info en een herinnering. In afwachting vragen wij toch om reeds zo goed mogelijk de huidige gegevensbevraging in te vullen. Heel wat ziekenhuizen doen dat al en wij danken hen daar voor. We zullen u op het gepaste moment voorzien van een terugkoppeling omtrent de gegevensregistratie. Meer informatie vindt u via <http://surveys.sciensano.be/index.php/523543?lang=nl> (opname) of <http://surveys.sciensano.be/index.php/213436?lang=nl> (ontslag).

Een derde vraag betreft **informatie met betrekking tot de ECMO-toestellen en de bijhorende organisatie en omkadering**. Tijdens de eerste golf bleken deze toestellen en hun bestaffing in sterke mate benut te worden. Tegelijk weten we dat de inzet en omkadering ervan sterk varieert. Om beter voorbereid te zijn voor heropflakkingen met mogelijks opnieuw sterke verzadiging van de ECMO-capaciteit wensen wij, met het oog op een adequaat en effectief crisisbeheer, bijkomende informatie te vergaren bij de ziekenhuizen die beschikken over ECMO-toestellen. U kan de bevraging via volgende [link](#) raadplegen. We willen u vragen de antwoorden te registreren ten laatste op 21 augustus om 10u.00 AM. Deze uitgebreide bevraging zal uiteraard slechts 1 maal worden toegestuurd. We blijven daarenboven binnen het Comité Hospital & Transport Surge Capacity nog dagelijks de beschikbare capaciteit opvolgen. Deze bevraging zal vanaf 24 augustus eenmalig per week worden aangevuld met de vraag naar dynamische informatie (stockniveaus voor gebruiksmiddelen bij ECMO).

## **2) Samenwerking met en ondersteuning van de ouderenzorgsector (en eventueel andere residentiële zorgcollectiviteiten)**

We herinneren u aan onze vorige brief inzake samenwerking met de ouderenzorgsector (en eventueel andere residentiële zorgcollectiviteiten). Rekening houdend met de situatie van de epidemie, maar ook rekening houdend met de zware belasting die de ziekenhuizen vandaag kennen, bovendien in een vakantieperiode, herhalen wij toch dat alle ouderenzorginstellingen en ziekenhuizen beknopte, actiegerichte en haalbare afspraken over de eerste gecommuniceerde thema's moeten maken tegen ten laatste midden augustus. Het initiatief gaat daar in de eerste plaats uit van de ouderenzorginstellingen zelf, maar we moedigen de ziekenhuizen aan om aan deze dynamiek proactief deel te nemen. Zonder twijfel zullen de gemaakte afspraken, en ook de vorm waarin deze worden neergelegd, evolutief zijn. De overheden benadrukken andermaal dat niet de vorm, maar wel de inhoud en een gerichte en haalbare samenwerkingsdynamiek primeren hierbij, dit om zo goed mogelijk elkaar ter hulp te komen, maar ook oog te hebben voor de eigen kernopdrachten en belasting. De deelstaatoverheden en de ziekenhuis- en zorgkoepels kunnen, indien u dat wenst, een model van samenwerkingsovereenkomst tussen de ouderenzorginstellingen en de ziekenhuissector bezorgen.

Dit model van samenwerkingsovereenkomst vindt u ook terug via volgende link : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals>

### 3) Algemeen kader voor bezoek en begeleiding

Tijdens de eerste golf hebben wij via onze brieven richtlijnen aan u overgemaakt met betrekking tot de bezoekersregeling. De toepassing daarvan op het terrein, met een sterke rol en verantwoordelijkheid voor de hoofddarts, is goed verlopen, waarvoor wij u danken.

Ondanks het feit dat de aantallen van COVID-19-patiënten in de ziekenhuizen, ondanks een serieuze toename van het aantal bevestigde gevallen en ondanks de druk in de eerste lijn, eerder beperkt blijft, verdient het aandacht om blijvend na te denken over de processen binnen het ziekenhuis. In bijlage vindt u een algemeen kader, dat ondersteunend bedoeld is, om de processen op vlak van bezoek en begeleiding zoveel als mogelijk in een generieke regeling te kaderen, waarbij de ziekenhuizen maximaal de mogelijkheid hebben om met de eigenheid van het ziekenhuis en het ziekenhuisnetwerk rekening te houden. Tegelijk werd rekening gehouden met de maatregelen die binnen de maatschappij gelden, het kan immers niet de bedoeling zijn om minder strikte maatregelen toe te passen in de ziekenhuizen dan deze die gelden voor de algehele bevolking. We weten ook dat de ziekenhuizen zelf een reeks maatregelen nemen, o.m. door het sensibiliseren en voorbereiden van personen die op bezoek en begeleiding komen, door het voorzien van mondmaskers voor personen die er zelf geen bij hebben, door het voorzien van handgels, door het registreren van bezoek en begeleiding, etc. Al deze omkaderende maatregelen zijn uiteraard ook van het grootste belang.

Tot slot wensen wij u en uw medewerkers veel moed en kracht toe bij de uitdagingen die zich aandienen. Wij engageren ons om u daarbij zo goed mogelijk te helpen en te ondersteunen. Wij danken u alvast voor uw medewerking.

Indien u specifieke vragen heeft over deze brief, kan u contact nemen met [algemeneziekenhuizen@vlaanderen.be](mailto:algemeneziekenhuizen@vlaanderen.be)

Dr. Paul Pardon

Chief Medical Officer  
België, Voorzitter van  
de Risk Management  
Group

Pedro Facon

Voor het Comité  
Hospital & Transport  
Surge Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe

Voor het  
Wetenschappelijk  
Comité

Prof. Dr. Geert  
Meyfroidt  
Voorzitter van de  
Belgische Vereniging  
Intensieve  
Geneeskunde

## **BIJLAGE: ALGEMEEN KADER INZAKE BEZOEK EN BEGELEIDING**

---

### Bezoekersregeling

Bezoek is een essentieel gegeven binnen het genezingsproces en het welbevinden van patiënten. Anderzijds zorgt bezoek voor een belangrijke werklast op afdelingen, zowel op het zorgproces als op vlak van communicatie met artsen en verpleegkundigen, waardoor bezoek voor een afdeling ook een arbeidsintensief proces is. In de eerste golf werd het geheel van bezoekers, enkele uitzonderingen niet te na gelaten, verboden. Die beslissing was op het moment dat het virus niet gekend was, én dat de ziekenhuizen zich massaal moesten herorganiseren, een belangrijke en logische beslissing. Ze heeft er mee voor gezorgd dat de eerste golf goed gemanaged kon worden door de ziekenhuizen. Tegelijk was er wel enige kritiek op de psychosociale impact en/of het ongenueanceerde karakter van de maatregel. Daarom wordt hierbij een generiek voorstel gedaan waarbij bezoek zo lang als haalbaar mogelijk moet blijven, maar dat tegelijk de mogelijkheid bestaat om het bezoek te beperken of zelfs te verbieden als dit voor de zorgprocessen noodzakelijk is. In het generieke voorstel wordt gewerkt met meerdere stappen, waarbij een ziekenhuis een stap kan kiezen

- STAP 0 : de bezoekerregeling is de klassieke bezoekerregeling
- STAP 1 : beperking van het bezoek (bv. aantal, moment, duurtijd, etc.) per patiënt. Dit is de situatie waarin de meeste ziekenhuizen zich actueel bevinden. Het is aan de hoofdarts om in functie van de zorgprocessen en het beschikbare personeel te bepalen hoeveel uur per patiënt en hoeveel bezoekers per patiënt toegelaten worden. Een regeling wordt inherent per afdeling bepaald, maar moet uiteraard coherent zijn over het hele ziekenhuis.
- STAP 2 : beperking van bezoek op bepaalde diensten of in bepaalde omstandigheden (bv. geen mogelijkheid tot begeleiding op spoedgevallendiensten, kortdurende opnames, etc.). Dit is op zich een zware maatregel waarbij het duidelijk moet zijn dat het bezoek een zodanig effect heeft op de zorgprocessen en de garantie op adequate zorg in het ziekenhuis dat deze stap noodzakelijk is. Louter ter voorbeeld of inspiratie, zouden bv. volgende regels kunnen worden overwogen. We herhalen dat elk ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts lokaal moet bekijken wat meest gepast is.
  - Mogelijkheid A : patiënten die minder dan 5 dagen in het ziekenhuis blijven of minder dan 7 dagen in het ziekenhuis blijven (het aantal 5 of 7 is te bepalen door de hoofdarts) krijgen geen bezoek
  - Mogelijkheid B : sommige ziekenhuizen melden dat het voor hun moeilijk is om de duur van de hospitalisatie op voorhand te bepalen en kiezen om deze regel toe te passen op basis van de afdeling waar de patiënt terecht komt. Het doorslaggevend criterium is dan de gemiddelde ligduur op die afdeling, als dat onder de 5 of de 7 dagen is (te bepalen door de hoofdarts) zal er geen bezoek toegelaten worden voor die afdeling
  - Uitzonderingen : De regeling in stap 2 is voor een aantal mensen een verregaande behandeling, denk maar aan iemand die via spoed binnenkomt na een ongeval en een operatie moet krijgen, of een persoon die omwille van oncologie 5 dagen wordt opgenomen. Ook bevallingen of pediatrie zijn typische gevallen waar het vaak niet haalbaar is om zeer stringent te zijn. Daarom worden de volgende uitzonderingen toegestaan, overigens congruent met de situatie in de eerste golf
    - Pasgeborenen en kinderen jonger dan 18 jaar: In deze uitzondering moet het bezoek zeer beperkt zijn en kan in geen geval het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid, overschrijden
    - Naderend levenseinde : ook hier moet men een zekere mate van stringentheid nastreven, weliswaar met voldoende respect tot het menswaardig afscheid nemen.

- Medische situatie waarbij de behandelend arts en de hoofddarts menen dat voor een patiënt bezoek noodzakelijk is. In dat geval is bezoek mogelijk, de hoofddarts bepaalt wel de strikte modaliteiten van het bezoek en houdt hierbij rekening met het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid
  - Het therapeutisch verloop kan worden toegestaan aan patiënten in uw voorziening. Het ziekenhuis moet ook hier een regeling voorzien die de veiligheid van de overige patiënten en het personeel garandeert
- STAP 3 : absoluut verbod met zeer beperkte uitzonderingen die individueel en onder toezicht van de behandelend arts en coördinatie van de hoofddarts worden toegestaan. Dat is de situatie zoals ze in april en mei het geval was. Dat betekent dat de uitzonderingen dezelfde zijn als de uitzonderingen die toen golden :
  - Pasgeborenen en kinderen jonger dan 18 jaar. In deze uitzondering moet het bezoek zeer beperkt zijn en kan in geen geval het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid, overschrijden
  - Naderend levenseinde : ook hier moet men een zekere mate van stringentheid nastreven, weliswaar met voldoende respect tot het menswaardig afscheid nemen.
  - Medische situatie waarbij de behandelend arts en de hoofddarts menen dat voor een patiënt bezoek noodzakelijk is. In dat geval is bezoek mogelijk, de hoofddarts bepaalt wel de strikte modaliteiten van het bezoek en houdt hierbij rekening met het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid. Een eventuele regeling met mantelzorgers valt onder deze uitzondering, maar moet uiteraard ook rekening houden met die bubbel.
  - Het therapeutisch verloop kan worden toegestaan aan patiënten in uw voorziening. Het ziekenhuis moet ook hier een regeling voorzien die de veiligheid van de overige patiënten en het personeel garandeert.

Een ziekenhuis is geen geïsoleerde entiteit. Het ligt nabij andere ziekenhuizen, die al dan niet deel uitmaken van hetzelfde ziekenhuisnetwerk. We moedigen dan ook aan dat vanaf stap 2 de maatregel binnen het ziekenhuisnetwerk besproken wordt en dat er een gemeenschappelijk akkoord is over de stappen die de ziekenhuizen van de netwerken kiezen.

### Begeleidersregeling

Nog voor het bezoek terug toegelaten werd, werd bij de heropstart na de eerste golf al toegestaan dat begeleiders met een patiënt mee naar het ziekenhuis mochten komen. De meeste ziekenhuizen hadden echter logistieke problemen om de begeleiding mogelijk te maken, alleen al omwille van social distancing in het ziekenhuis en meer specifiek in de wachtkamers en consultatieruimten, waar de grootte van het onderzoekslokaal een belangrijke remmende factor was. Dat betekent dat er beperkingen werden opgelegd aan begeleiding, beperkingen die in een aantal ziekenhuizen ook nu nog bestaan. We willen zeker niet blind zijn voor deze logistieke en operationele problematiek. Anderzijds zijn er ook gevallen waar een begeleiding noodzakelijk is voor de patiënt. Het is aan het ziekenhuis om te bepalen of er een beperking wordt opgelegd aan de begeleiding van de patiënt in het ziekenhuis. Voor een begeleidersregeling zijn er volgende mogelijkheden :

- STAP 0 : er zijn geen beperkingen voor begeleiding
- STAP 1 : er wordt in principe maximaal 1 begeleider toegestaan, tenzij de hoofddarts voor die categorie van mensen, bv. in geval van pediatrie, beslist dat er 2 begeleiders toegestaan worden

- STAP 2 : begeleiders worden verboden, tenzij voor volgende categorieën, waarbij per categorie de hoofdarts het maximum aantal begeleiders bepaalt (bijvoorbeeld logischerwijze 1 voor materniteit maar mogelijks 2 voor pediatrie)
  - o Materniteit, pediatrie
  - o Dementerende patiënt of hulpbehoevende patiënt
  - o Patiënt in het kader van een naderend levenseinde en/of waar er een potentiële slechtnieuwsmelding is
  - o Begeleiding om te kunnen vertalen
  - o Situaties die zeer ziekenhuisspecifiek zijn waar de hoofdarts een generieke uitzondering voor toestaat.

### Ondersteuning

Bij de herinvoering van de mogelijkheid van begeleiding en het getrapt herinvoeren van bezoek bleek dat de regel op onbegrip stuitte, en in een aantal gevallen agressie uitlokte. Bij het opleggen van beperkingen zal dat zeker het geval zijn. Er dient dus zeker een goede communicatie te worden voorzien via alle mogelijke kanalen. De interne veiligheidsmechanismen moeten worden klaargemaakt. Preventie en als ultieme maatregel zal via het PCC aan de betrokken politiezones gevraagd worden om een hoge prioriteit toe te kennen aan een oproep voor agressie vanuit een ziekenhuis.

Zoals aangehaald in de regeling rondom het bezoekrecht is het ziekenhuisnetwerk een essentieel element in de zorgketen. Daarom moeten de ziekenhuizen, onafhankelijk van de keuze die gemaakt wordt, onderling overleggen bij een verandering, hetzij een verstrenging, hetzij een versoepeling, van de bezoekersregeling en/of de begeleidersregeling. Het is raadzaam om deze discussie ook te voeren met en/of het resultaat door te geven aan aangrenzende netwerken.