

Hospital & Transport Surge Capacity Comité

Krachtens artikel 13 van de Wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie.

DATUM 31/08/2021

CONTACT

TEL.

E-MAIL

Aan de directeurs, hoofddartsen, directeurs van het verpleegkundig departement en noodplancoördinatoren van de Algemene en Universitaire Ziekenhuizen

Ter info aan de Psychiatrische Ziekenhuizen en de Revalidatieziekenhuizen

Ter info aan de koepels van de ziekenhuizen

Ter info aan de gouverneurs

BETREFT COVID-19 –communicatie: epidemiologische evolutie en spreiding

Geachte algemeen directeur,
Geachte hoofddarts,
Geachte directeur van het verpleegkundig departement,
Geachte noodplancoördinator,

Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity met vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels en experts, heeft de afgelopen dagen zeer actief de situatie van de ziekenhuissector opgevolgd. Het Comité dient, naar analogie met de voorbije maanden, in functie van de epidemiologische evolutie en de belasting van de ziekenhuissector de nodige maatregelen te nemen tot regulatie.

1. Epidemiologische evolutie

Op datum van 31 augustus 2021 hadden we binnen de Belgische ziekenhuizen 668 COVID-patiënten, 190 COVID-ICU-patiënten en 18 COVID-HFNO-patiënten. De mathematische globale COVID-ICU bezettingsgraad voor het gehele land is 10%. De epidemiologische toestand is echter niet homogeen verdeeld over het ziekenhuislandschap. De tabel hieronder geeft mathematisch het aantal ziekenhuizen en de fase van het Surge Plan waarin de ziekenhuizen zich bevinden.

	« 0 »	« 1a »	« 1b »
Antwerpen	12	2	
Brabant Wallon	2		
Brussel-Bruxelles	2	5	5
Hainaut	9	5	
Liège	8	3	1
Limburg	7		
Luxembourg	3		
Namur	4	2	
Oost-Vlaanderen	13		1
Vlaams-Brabant	6		
West-Vlaanderen	11		
	77	17	7

2. Overgang van “fase 0” naar “fase 1A”.

De meerderheid van de ziekenhuizen bevinden zich momenteel in “fase 0” van de Surge Capacity, met 15% van de erkende bedden met intensief karakter als “waakcapaciteit” en 4 maal dit aantal in erkende bedden op gewone verpleegafdelingen gereserveerd voor de behandeling COVID-19-patiënten.

Indien een ziekenhuis deze 15% ICU Surge Capacity van “fase 0” bijna of helemaal bereikt, dan behoort het tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om zelf onmiddellijk de nodige stappen te ondernemen om binnen de 48 uur naar “fase 1A” over te schakelen. Binnen “fase 1A” zal het ziekenhuis 25% van de erkende bedden met intensief karakter en 4 maal dit aantal in erkende bedden op gewone verpleegafdelingen reserveren voor de behandeling COVID-19-patiënten.

3. Spreiding van patiënten over ziekenhuizen, netwerken en provincies

Het spreidingsplan is een essentieel element ter borging van de kwaliteit van zorg voor COVID- en niet-COVID-patiënten, maar ook ter spreiding van de zorglast en de druk op het personeel en de instellingen. Het solidair spreiden van COVID-patiënten, binnen elke fase van het Surge Plan, is daarom uiterst belangrijk.

Ziekenhuizen welke zich bevinden in “fase 0” van de Surge Capacity, dienen 15% van de erkende bedden met intensief karakter als “waakcapaciteit” gereserveerd te houden voor de behandeling van COVID-19-patiënten. De 15% COVID-ICU-capaciteit wordt **altijd** berekend op het aantal erkende ICU-bedden en is te vinden in de overzichtstabellen van het HTSC.

Op dit ogenblik worden de COVID-patiënten niet homogeen over het grondgebied verdeeld gehospitaliseerd, een aantal ziekenhuizen naderen nu al de 50%. Daarom dienen we, uit solidariteit met de ziekenhuizen welke zwaarder getroffen worden en uit solidariteit met de niet COVID-patiënten die nood hebben aan zorg binnen deze ziekenhuizen, in deze fase al actief patiënten te spreiden. En dit binnen het eigen netwerk of binnen de provincie, maar ook supra-netwerk en supra-provinciaal daar waar aan de orde.

Uit analyse van de transfertgegevens van de vorige golven weten we dat een transfert over lange afstand een potentieel negatieve invloed heeft op de outcome van de patiënt. Daarom zal er in de regel voorkeur gegeven worden aan transfers over kleinere afstanden. Aangezien we anderzijds evenwel ook maximaal willen tegemoet komen aan de vraag om de beschikbare nationale capaciteit zo breed mogelijk te benutten, wordt in de mate van het mogelijke aanbevolen om bij patiënten wiens gezondheidstoestand dreigt te verslechteren, de beslissing tot transfert vroegtijdig te nemen om deze potentieel negatieve invloed van een lang transport op de outcome zo veel mogelijk te beperken.

Wanneer ziekenhuizen binnen het eigen netwerk of binnen de provincie geen oplossingen ter spreiding meer kunnen identificeren, kunnen ze beroep doen op de federale gezondheidsinspectie ter ondersteuning. De federale gezondheidsinspecteurs krijgen daar vanwege het HTSC een ondersteuningstool toe ter beschikking. In alle transparantie geven wij de werkingslogica van de ondersteuningstool weer.

Prioriteit wordt gegeven aan de ziekenhuizen met de hoogste bezettingsgraad.

Er zal prioritair getransfereerd worden van ziekenhuizen met een bezettingsgraad boven de 25% naar ziekenhuizen met een bezettingsgraad onder de 15%, de voor COVID-19 behandeling gereserveerde minimumcapaciteit (fase 0) binnen elk ziekenhuis.

Dagelijks zal, automatisch, op basis van de Surge gegevens van die dag, een buffercapaciteit van 10 ICU-COVID-bedden geïdentificeerd worden. Hiertoe zal er gekeken worden naar :

- 1) De provinciale COVID-bezettingsgraad van ICU. De provincie met de laagste bezettingsgraad zal als eerste op de lijst verschijnen.
- 2) Indien 2 provincies een gelijke bezettingsgraad kennen – dan zal er gekeken worden naar de evolutie over de laatste week. De provincie met de traagste stijging zal als eerste op de lijst verschijnen.
- 3) Vervolgens wordt de impact van 1 bijkomende COVID-ICU patiënt op de bezettingsgraad van deze provincie in rekening gebracht, en worden de stappen 1 tot en met 3 opnieuw doorlopen.

Het systeem zal op deze wijze dagelijks de provinciale volgorde van de eerste 10 transferts bepalen.

Vervolgens zal het systeem binnen de betrokken provincies de ziekenhuizen identificeren.

- 1) De COVID-bezettingsgraad van ICU per ziekenhuis wordt berekend. Het ziekenhuis met de laagste bezettingsgraad zal als eerste op de lijst verschijnen.
- 2) Indien 2 ziekenhuizen een gelijke bezettingsgraad kennen – dan zal er gekeken worden naar de evolutie over de laatste week. Het ziekenhuis met de traagste stijging zal als eerste op de lijst verschijnen.
- 3) Indien 2 ziekenhuizen een gelijke bezettingsgraad en een gelijke evolutie over de laatste week kennen, zal de impact van 1 bijkomende COVID-ICU patiënt op de bezettingsgraad van dit ziekenhuis in rekening gebracht worden. Het ziekenhuis met de laagste impact zal als eerste op de lijst verschijnen.
- 4) Vervolgens wordt de impact van 1 bijkomende COVID-ICU patiënt op de bezettingsgraad van dit ziekenhuis in rekening gebracht en worden de stappen 1 tot en met 4 opnieuw doorlopen ter identificatie van de eventuele volgende transferts op de prioriteitenlijst.

De federale gezondheidsinspecteurs en de medewerkers binnen het federaal spreidingsplan kunnen tenslotte bij gebruik van de prioriteitenlijst rekening houden met een aantal bijkomende elementen:

- De dynamisch wijzigende toestand binnen de ICU – instroom & uitstroom bepalen of een bij de analyse geïdentificeerde capaciteit al dan niet nog beschikbaar is op het moment van de aanvraag tot transfert.
- Beperking van de afstand van transferts bijvoorbeeld door voorkeur tot transfert naar aangrenzende of nabijgelegen provincies.
- Het ontvangende ziekenhuis moet over een aangepast therapeutisch plateau beschikken.
- Eventuele overmacht, gemeld bij de federale gezondheidsinspectie, waardoor bepaalde ziekenhuizen hun ICU-capaciteit beperkt zien. Ziekenhuizen kunnen, gezien de verplichte reservatie van 15% COVID-ICU-capaciteit en de wettelijke verankering van de richtlijnen van het HTSC, echter nooit minder dan de 15% COVID-ICU-capaciteit inroepen. Bovendien bepaalt het Surge Capacity Plan dat het tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis behoort om zelf onmiddellijk de nodige stappen te ondernemen om binnen de 48 uur naar “fase 1A” over te schakelen mocht de 15% COVID-ICU-capaciteit bijna of helemaal bereikt worden.

Ziekenhuizen kunnen door de federale gezondheidsinspecteurs geïnformeerd worden betreffende de geïdentificeerde volgorde van de prioriteiten lijst, zodat de ziekenhuizen de mogelijkheid hebben de potentiële opvang van een COVID-transfert intern voor te bereiden.

4. Registratie Surveillance-gegevens Sciensano

Een nauwgezette opvolging en wetenschappelijk onderbouwde evaluatie van de epidemiologische evolutie door het Comité veronderstelt dat er naast de dagelijkse Surge-gegevens (Sciensano Surge Capacity Survey en ICMS) ook duiding van de resultaten mogelijk is via de surveillance van gehospitaliseerde COVID-19 patiënten (COVID-19 Clinical Hospital Survey).

We benadrukken dat de registratie van patiënten in de COVID-19 Clinical Hospital Survey bij opname en ontslag van een COVID patiënt een onschatbare waarde heeft. Deze registratie dient evenwel tijdig te gebeuren, zeker in provincies die nu een stijging in aantal hospitalisaties kennen, om gezondheidsautoriteiten en het Hospital Transport & Surge Capacity comité te ondersteunen voor het bepalen van hun publiek gezondheidsbeleid. Wij danken iedereen die hier aan meewerkt en vragen deze inspanning vol te houden.

Wij wensen de ziekenhuisdirecties, de zorgverleners en het personeel van de ziekenhuizen nogmaals en expliciet te danken voor de blijvende inspanningen. We zullen van onze kant blijven inzetten om ondersteunend te werken naar de ziekenhuissector toe, door de constructieve samenwerking met de vertegenwoordigers van de overheden, Defensie, ziekenhuiscoepels en de experts binnen het comité te behouden.

Indien u specifieke vragen heeft over deze brief, kan u contact nemen met algemeneziekenhuizen@vlaanderen.be.

Dr. Paul Pardon

Marcel Van der Auwera

Prof. Dr. Erika Vlieghe

Chief Medical Officer
België

Voorzitter Comité Hospital &
Transport Surge Capacity

Wetenschappelijk
expert van het Comité