

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 12/10/2023

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/584-2 (*)

Advies van de FRZV “CBRN”

Namens de voorzitter van de FRZV,
Margot Cloet,

Sabine Stordeur
Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 12/10/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

Er lopen nu al verschillende initiatieven om de paraatheid en opvangcapaciteit binnen de sector volksgezondheid bij een CBRN(e)-incident te verhogen.

In dit kader wordt een situatieschets getoond aan de afgevaardigde FRZV-leden en op basis daarvan werden de volgende 6 adviesvragen geponeerd:

Gaan de leden akkoord met de voorgestelde onderverdeling in twee niveaus om op de opvangcapaciteit van getroffen personen afkomstig van een CBRN(e)-incident te organiseren?

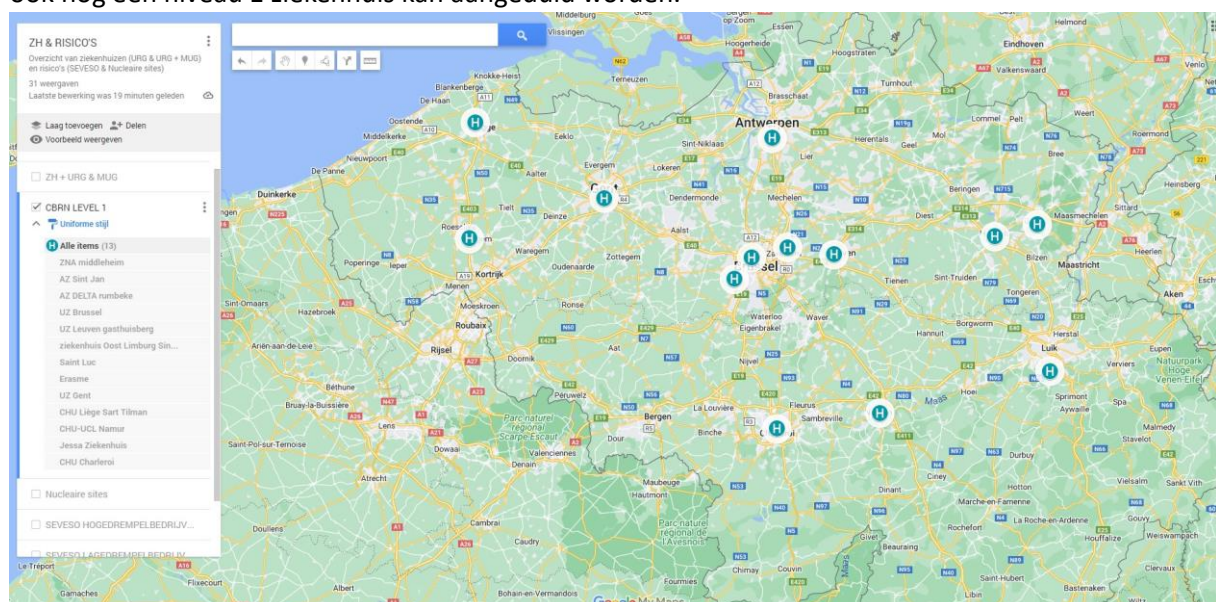
Bij de indeling in twee niveaus, omvat niveau 1 13 ziekenhuizen, niveau 2 zijn de resterende ziekenhuizen die beschikken over Functie Gespecialiseerde Spoedgevallen (n= 83 ZH)

De FRZV gaat akkoord met de indeling in 2 niveaus van ziekenhuizen, waarbij de expertise en middelen (opvangcapaciteit, PBM, antidota...) zoveel mogelijk geconcentreerd worden. Tijdens crisismomenten moeten ook de niveau 2 ziekenhuizen in actie treden. Daarom is het belangrijk dat er in het netwerk tussen niveau 1 en niveau 2 ziekenhuizen in rustiger tijden concrete afspraken gemaakt worden (over bv antidota, PBM, interhospitaalvervoer...) en ondersteuning vanuit de niveau 1 centra voorzien wordt. Ook moet er aandacht besteed worden aan de logistieke (centraal aangestuurde) ondersteuning bij het mogelijke interhospitaaltransport van beschermingsmateriaal en medicatie.

Zijn de leden van mening dat het voorgestelde aantal van 13 niveau 1 CBRN-referentieziekenhuizen verspreid over het Belgisch grondgebied, voldoende onderbouwd is om deze gespecialiseerde functie te verzekeren.

Heeft de FRZV nog andere inhoudelijke elementen of criteria die in aanmerking moeten genomen worden?

De gekozen 13 ziekenhuizen dekken niet het volledige Belgische grondgebied (bv stukken van de provincie Limburg en het zuiden van België). De FRZV kan zich vinden in de voorgestelde spreiding van de ziekenhuizen, maar men vraagt ook aandacht te hebben voor het evolutieve ziekenhuislandschap wat maakt dat in de toekomst mogelijk in het zuiden van België, met name in de provincie Luxemburg, ook nog een niveau 1 ziekenhuis kan aangeduid worden.



We stellen vast dat een aantal blinde vlekken zich rond de landsgrenzen bevinden.

Vanuit de FRZV wordt de vraag gesteld om na te gaan of er grensoverschrijdende samenwerking mogelijk is en/of hierbij ook mogelijkheden zijn om samenwerkingen op te zetten en dit niet alleen op het vlak van coördinatie, maar ook in termen van beheren/delen van voorraden, geneesmiddelen....

EMRIC (Euregio Maas-Rhein. [EMRIC \(euregio-mr.info\)](http://EMRIC (euregio-mr.info))) werd hierbij als voorbeeld aangehaald. Het mag ook niet gaan om een theoretische samenwerking, maar de samenwerking moet getest worden tijdens noodplansenario's en in functie daarvan verder verfijnd worden.

Er wordt gewezen op de hoge concentratie van niveau 1 ziekenhuizen in Brussel, wat mogelijk een hindernis kan zijn bij de spreiding van slachtoffers: 'lokale' ziekenhuizen gaan immers makkelijk overspoeld (en dus nutteloos) worden in geval van calamiteit in de onmiddellijke omgeving. Dit risico werd mee in rekening genomen: wanneer Brusselse ziekenhuizen overrompeld worden is er nog steeds een ander niveau 1-ziekenhuis vlot bereikbaar (UZ Leuven). Ziekenhuizen zelf kunnen ook een doelwit zijn voor een aanslag: dus samenwerking met naburige niveau 1 en niveau 2 ziekenhuizen is dan een absolute must en/of een niveau 1 ziekenhuis kan zelf dus ook uitvallen.

Zijn de vooropgestelde selectiecriteria voldoende specifiek om de toewijzing van deze 13 ziekenhuizen te onderbouwen?

Het gaat hierbij om volgende criteria:

in staat zijn om meer dan 10 getroffen en per uur te decontamineren
maar ook:

- hoe is de ligging ten opzichte van SEVESO-bedrijven
- hoe is de ligging ten opzichte van de grote verkeeraders, havengebieden, luchthavens, stations
- hoe is de ligging ten opzichte van nucleaire installaties
- wat zijn terroristische risicozones (met name 5 grootste steden van België)

in combinatie met de beschikbare specialismen en faciliteiten:

- totale bedden capaciteit (meer dan 600)
- specialismen: gespecialiseerde spoedgevallenzorg, intensieve zorgen, B3-zorgprogramma, brandwondencentra
- isolatiecapaciteit (hematologie, infectieziekten, ...): zijn er gedifferentieerde aanbevelingen van niveau 1 en 2 met betrekking tot ziekenhuisopnamecapaciteiten, steriele kamers met onderdruk (voor bestraalde patiënten)?
- (toekomstige) erkenning als traumacentrum
- aanwezigheid heliplatform
- Hoe zit het met aanbevelingen voor de afvoer van water tijdens decontaminatie? Zeer weinig ziekenhuizen hebben de capaciteit om vuil water op te slaan voor meer dan 10 besmette slachtoffers, zelfs in nieuwe spoedafdelingen of ziekenhuizen.
- ...

De FRZV kan zich vinden in de risicoanalyse en de bijhorende selectiecriteria. Wel wordt er opgemerkt dat er na de enquête in de ziekenhuizen over, de opvang- en behandelcapaciteit in januari 2023 er nog een grondigere bevraging nodig is van de 13 momenteel weerhouden niveau 1 ziekenhuizen. Het is dus

niet uitgesloten dat sommige initieel aangeduide ziekenhuizen alsnog niet weerhouden gaan worden als niveau 1.

Een deel van de vragen uit de eerste bevraging gaan ook terug opgenomen in de nieuwe vragenlijst die aangevuld wordt met meer gerichtere vragen.

Over de financieringsmodaliteiten kan de FRZV momenteel nog geen advies afleveren. De leden van de federale raad vragen dat er verder onderzocht wat de kostprijs, éénmalig en recurrent is om aan de infrastructurele en personele criteria te voldoen, zoals die o.a. worden beschreven bij de nu zes voorliggende vragen.

De verschillende onderdelen hiervan moeten in beeld gebracht worden. Naast de initiële kost is er ook de recurrente kost (o.a. bijkomend personeel, opleidingskosten...). De CBRN-opleidingskosten (volgens principe van train the teacher) is ten laste van de federale overheid. Van de ziekenhuizen wordt verwacht dat zij deze (teacher) inzetten om opleidingen in huis te geven. Via de federale overheid gaat er ook het noodzakelijke e-learningplatform beschikbaar gesteld worden.

De routine medicatie (therapie voor 20 ptn gedurende 3 dagen) moet door de ziekenhuizen zelf gefinancierd worden. De zeer dure en zeer specifieke medicatie wordt betaald en gestockeerd op federaal niveau en dit voor 100 potentiële slachtoffers.

Moet het beschermingsmateriaal ten laste van het ziekenhuis zijn? Uit de nieuwe bevraging moet blijken hoeveel en welke type van beschermkledij nodig is: dit kan individueel per ziekenhuis verschillen. De FRZV vraagt om zeer duidelijk alle kost in beeld te brengen en wijst er ook op dat ziekenhuis de niveau 1 of niveau 2 functie maar kan waarnemen mits de correcte financiële ondersteuning.

Gaan de leden van de FRZV-akkoord om de mogelijkheid te voorzien binnen het wettelijke kader om ziekenhuisnoodplanning op netwerkniveau te voorzien?

Er worden geen bezwaren geuit om deze mogelijkheid, binnen het gangbare wettelijke kader, te voorzien. Het gaat immers over een mogelijkheid en niet over een verplichting.

Het aanduiden van een noodplancoördinator op netwerkniveau mag absoluut niet betekenen dat deze functie per ziekenhuis en zelfs per site niet meer zou bestaan. Er gaat als dusdanig bijkomende financiering moeten voorzien worden.

Momenteel werken de specialisten een punten-score-systeem uit om tot een billijke vergoeding voor de noodplancoördinator te komen.

Zijn de leden akkoord om de financiering voor noodplancoördinatoren verder te analyseren en zo te kunnen garanderen dat ziekenhuisnoodplanning voldoende capaciteit krijgt om de huidige en toekomstige taken op te nemen?

Ook hier geen bezwaar.

Er komt heel wat op de noodplancoördinator af:

- Herziening ziekenhuisnoodplanning,
- Voortschrijdende netwerkbrede verschuivingen van activiteiten met daaraan gekoppeld wijzigingen van capaciteiten en noodplannen,
- Preparedness en noodplannen voor CBRN-niveau 1 ziekenhuizen en niveau 2 ziekenhuizen,
- CBRNe MIP-training en CBRN-awareness voor alle ziekenhuizen met spoedgevallendienst,
- NIS2 → cyber incident response plan,

- Ziekenhuizen als kritieke entiteit (2027) met uitwerken weerbaarheidsplan (BCP, beveiliging, intensiever oefenbeleid...).

Wel wordt er benadrukt dat er ook nood is aan een duidelijk mandaat voor de noodplancoördinator, die nu vaak nog maar halftijds deze functie kan invullen.

Verder moet er bekeken worden of een deel van de financiering ook kan gebeuren via SEVESO- en nucleair fonds. Dit fonds zou ook kunnen aangewend worden om het aantal CBRN-medical teams met 4 te verhogen.

Zijn de vooropgestelde criteria een goede basis voor een correcte allocatie van deze financiële middelen?

De voorliggende criteria zijn:

- Aantal bedden, eerst per enkele honderden een bijkomende financiering, nadien grotere intervallen
- CBRN niveau 1 of
- Vereiste om NIS 2-richtlijn toe te passen
- Erkend zijn als kritieke infrastructuur
- Aanwezigheid van universitaire bedden
- Verder nog een aantal inhoudelijke criteria over opleiding en aantoonbare paraatheid
 - Aandacht hebben voor de kosten voor het 3x per jaar opleiden van teams, wat niet beperkt is tot de noodhulpteams (opvang, veiligheid, enz.).
 - De kosten van antigiffen zijn zeer hoog (6000 euro voor alle aanbevolen antigiffen bij het behandelen van 2 patiënten gedurende 3 dagen). Strategische voorraden verdeeld over de 13 ziekenhuizen van niveau 1, toegankelijk op niveau 2. Hoe zit het met de “basis” ziekenhuizen die 2 patiënten moeten kunnen huisvesten? De toegang tot die medicijnen moet snel zijn.
 - Het zou wenselijk zijn om te beschikken over een roosterverdeling van de voorraden CBRN-apparatuur (medicijnen (antidota...), apparatuur die nodig is voor droge en/of natte decontaminatie, pakken, maskers, radioactiviteitsdetectoren, ...), terwijl het beheer van hun vervaldatum (als mogelijk voorraadrotatie voor wat gebruikt kan worden buiten CBRN-ongevallen/incidenten (maskers, pakken...)). Dit in samenwerking met het leger en de civiele bescherming.
 - Bovendien zou het nuttig kunnen zijn om ook over een voorraad uitrusting (decontaminatie, pakken, ...) en snel vervoerbare medicijnen te beschikken met twee of drie mobiele teams die specifiek zijn opgeleid in het beheer van CBRN en die de opvangcapaciteit en voor de behandeling van patiënten in ziekenhuizen gelegen in de eerste lijn (buiten de uitsluitingszone) in relatie tot de plaats van een CBRN-ongeval/incident. Idealiter ook in samenwerking met het leger en de civiele bescherming.

De FRZV wijst er dat de opvang van deze specifieke rampenslachtoffers nooit gestructureerd kunnen verlopen zonder degelijke rampencoördinatie d.m.v. Dir CP Ops en Dir Med en deze functie is onderbelicht en ondergefinancierd. Ze vraagt dan ook om hier werk van te maken. Los van het feit dat er nu een politiek momentum voor CBRN is en dat dat moet gebruikt worden, staat in het KB rond Dir-Med van 2007 (https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-02-februari-2007_n2007022199.html) dat **Art. 3. § 1.** : *De Minister ziet erop toe dat er 24 uur op 24 op het Belgische*

grondgebied een Dir-Med-wachtrol wordt georganiseerd. Die wachtrol is onverenigbaar met een gelijktijdige deelname aan een andere wachtrol.

Vanuit de FRZV kan akkoord gegaan worden met de voorgestelde aanpak, met name dat de criteria nog verder moeten geoperationaliseerd en/of ontwikkeld worden en dit op basis van nationale en internationale referenties.

Na de verdere praktische en inhoudelijke uitwerking van de voorliggende 6 vragen, neemt de FRZV hiervan graag terug kennis om aansluitend hierover opnieuw een advies uit te brengen, vooral ook naar de financiële haalbaarheid voor de ziekenhuizen. Op dat moment zal vermoedelijk de lopende KCE-studie 2019-16 (<https://kce.fgov.be/nl/lopende-en-geplande-studies/lopende-studies/studie-2019-16-hsr-organisatie-van-de-belgische-gezondheidszorg-als-antwoord-op-cbrne-gebeurtenissen>) afgerond zijn.