



DATUM 30/09/2020
CONTACT Dr. Paul Pardon
TEL.
E-MAIL

Aan de directeurs, hoofdartsen, directeurs van het verpleegkundig departement en noodplancoördinatoren van de Algemene en Universitaire Ziekenhuizen, de Psychiatrische Ziekenhuizen en de Revalidatieziekenhuizen

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

BETREFT COVID-19 –communicatie: Preciseringen met betrekking tot de regulatie van de ziekenhuisbelasting en fasering ziekenhuisnoodplan tijdens nieuwe golf

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

Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity met vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiscoepels en experts, is nog steeds actief om de situatie van de ziekenhuissector te monitoren. Het Comité zal, naar analogie met de eerste golf, in functie van de epidemiologische evolutie en de belasting van de ziekenhuissector de nodige maatregelen nemen tot regulatie.

In het kader van de huidige evolutie van aantal ziekenhuisopnames van COVID-19-patiënten en de meest recente feedback die we van het terrein hebben ontvangen, wensen wij met deze brief een aantal extra aspecten inzake de organisatie van de piekcapaciteit binnen de ziekenhuissector en de regulatie en spreiding van patiënten aan te halen.

BASISREGELS BINNEN DE BELEIDSLIJN

1. De parameter welke gebruikt wordt om over te gaan naar een hogere fase is het aantal 'Sum of Confirmed patients in ICU'.
2. De doelstelling van het Comité is om de belasting van de ziekenhuizen te spreiden, meer dan het geval was tijdens de eerste golf, niet in het minst om de verzadiging in elk ziekenhuis te beperken. Immers is, in tegenstelling tot de eerste golf, het cruciale verschil dat we voortaan maximaal de reguliere, niet-COVID zorg willen verderzetten. Dit vereist een meer proactieve spreiding, zowel door de ziekenhuizen zelf, als door middel van regulatie door de overheid.
3. Het onderling herverdelen van deze te reserveren capaciteit door de ziekenhuizen binnen een locoregionaal ziekenhuisnetwerk of binnen een provincie is toegestaan, maar moet wel worden gemeld aan de erkennende overheid. Elke afspraak binnen een netwerk of wijziging

daarvan moet onmiddellijk worden gemeld aan de erkennende overheid met het oog op de regulatie vanuit het Comité door de federaal gezondheidsinspecteur, maar ook de regulatie door de bevoegde 112-centrale.

4. De spreiding van de patiënten blijft steeds onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Het ziekenhuis regelt het transport. Het transport van de COVID-patiënt gebeurt prioritair met middelen van het niet-dringend liggend ziekenvervoer. De kosten van het transport van patiënten in kader van de huidige COVID-19-crisis worden gedragen door het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. We verwijzen hier naar het contract 'Inter en buitenziekenhuisvervoer van patiënten' dat u op 13 mei 2020 per mail heeft ontvangen en kadert binnen Art. 101, 2° van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10/07/08 (aangepast bij KB op 03/07/20).
5. Teneinde binnen onze monitoring een juist beeld te behouden op de ernst van de druk van COVID-patiënten op het gehele grondgebied en per provincie is een correcte registratie van de 'transfert-aantallen' binnen de dagelijkse Sciensano-cijfers van zeer groot belang. Het refererende ziekenhuis dient dagelijks duidelijk het aantal getransfereerde patiënten aan te geven in "DischargedReferred", in het vak "Comments" wordt aangegeven naar welk ander ziekenhuis hoeveel patiënten werden getransfereerd. Het ontvangende ziekenhuis moet dit duidelijk aangeven binnen de cijfers van "NewPatientsReferredHospital", en geeft aan in het vak "Comments" van welk ander ziekenhuis zij hoeveel patiënten hebben overgenomen. De correcte vermelding binnen de bestaande bevraging voorkomt dat er een nieuwe registratie dient opgestart te worden.

GEFASEERDE IMPLEMENTATIE VAN DE BELEIDSLIJN

1. Overgang van "fase 0" naar "fase 1A".

We stellen vast dat de meerderheid van de ziekenhuizen zich tot op heden in "fase 0" bevinden 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 zijn 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" 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.

Binnen kleinere ICU eenheden is het aantal voorbehouden bedden in "fase 0" soms beperkt tot 1 of 2 bedden, en betekent de uitbreiding slechts 1 bed. Hierdoor wordt binnen de volgende stappen soms ook gesproken van 'met een minimum van 2 patiënten op ICU'.

2. Vanaf "fase 1A" treedt het ziekenhuisnoodplan in werking op het niveau van het ziekenhuis .

Fase 1A behoort minstens tot de informatiefase van het ziekenhuisnoodplan. De coördinatie cel ziekenhuis (CCZ) wordt, indien dit nog niet het geval was, geactiveerd.

3. Proactieve spreading van patiënten over ziekenhuizen, netwerken en provincies reeds vanaf fase 1A

Rekening houdend met de huidige epidemiologische context en de huidige belasting op de ziekenhuissector, wensen we vanuit het Comité maximaal te vermijden dat ziekenhuizen zouden moeten overgaan tot fase 2 van het piekcapaciteitenplan. Dit vereist dat we in fase 1A reeds proactief spreiden wanneer verzadiging optreedt.

Meer concreet wensen we al in fase 1A saturatie te vermijden en te spreiden. In functie van de evolutie van de epidemie en de ziekenhuisbelasting kan deze beleidslijn worden bijgestuurd, gezien het organiseren van regulatie door transport ook logistieke en praktische voorwaarden stelt. Vanzelfsprekend zullen wij u op de hoogte stellen wanneer deze beleidslijn wordt aangepast.

Het comité adviseert, reeds vanaf fase 1A, een maximale spreading van het aantal COVID-19-patiënten binnen het eigen netwerk of binnen de provincie om het electief programma zo lang mogelijk te kunnen aanhouden. Deze spreading van de patiënten blijft in fase 1A in de eerste plaats onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis.

De federaal gezondheidsinspecteur is ter ondersteuning vanuit het comité ter beschikking indien :

- het ziekenhuis niet in staat is een bestemming te vinden voor een patiënt binnen het eigen netwerk of de eigen provincie
- en er minimum 2 COVID-patiënten op ICU gehospitaliseerd liggen binnen het ziekenhuis dat zijn “fase 1A” geactiveerd heeft.

Het ziekenhuis kan via het hulpcentrum 112 beroep doen op de federaal gezondheidsinspecteur.

De federaal gezondheidsinspecteur zal vervolgens faciliteren in de contactname met ziekenhuizen **buiten** het eigen netwerk of over de provinciegrenzen heen. De federaal gezondheidsinspecteur zal prioritair als bestemming zoeken : een ziekenhuis in “fase 0”.

Voor elke transfert zal er een contact zijn tussen verzendend en ontvangend ziekenhuis.

4. Saturatie in “fase 1A”: veralgemening van fase 1A op provinciaal vlak

Als 50% van de ziekenhuizen van een provincie overgegaan zijn naar “fase 1A”, zal vanuit het Comité de melding komen naar alle andere ziekenhuizen van de provincie dat van hen ook verwacht wordt over te gaan naar “fase 1A”.

5. Overgang van “fase 1A” naar “fase 1B”.

Doelstelling van bovenstaande richtlijnen “fase 1A” is de overgang naar “fase 1B” zo lang als mogelijk uit te stellen. We kunnen dit alleen maar realiseren door volop in te zetten op de solidariteit van alle ziekenhuizen binnen de handhaving van de richtlijnen.

Indien een ziekenhuis zijn 25% ICU surge capacity van “fase 1A” 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 1B” te schakelen. Binnen “fase 1B” zal het ziekenhuis

50% 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.

Wij vragen dat ziekenhuizen die tot hetzelfde erkende of ontwerp van locoregionale ziekenhuisnetwerk behoren, samen opschalen naar een hogere fase binnen het piekcapaciteitenplan – indien 1 van de ziekenhuizen overgaat naar “fase 1B” dan dienen alle andere ziekenhuizen binnen het netwerk minstens in “fase 1A” te zijn.

6. Vanaf “fase 1B” treedt de actieve fase van het ziekenhuisnoodplan in werking op het niveau van het ziekenhuis en het ziekenhuisnetwerk.

Fase 1B behoort tot de actiefase van het ziekenhuisnoodplan, de coördinatie cel ziekenhuis (CCZ) is actief. Wij vragen dat ziekenhuizen die tot hetzelfde erkende of ontwerp van locoregionale ziekenhuisnetwerk behoren, samen opschalen naar een hogere fase binnen het piekcapaciteitenplan – indien 1 van de ziekenhuizen overgaat naar “fase 1B” dan dienen alle andere ziekenhuizen binnen het netwerk minstens in “fase 1A” te zijn.

7. Actieve spreiding van patiënten over ziekenhuizen, netwerken en provincies in fase 1B

Rekening houdend met de epidemiologische context en de belasting op de ziekenhuissector, wensen we vanuit het Comité maximaal te vermijden dat ziekenhuizen zouden moeten overgaan tot fase 2B van het piekcapaciteitenplan. Dit vereist dat we in deze “fase 1B” zeer actief spreiden en verzadiging van ziekenhuizen zo laag mogelijk houden.

Het comité blijft ook in deze “fase 1B” adviseren een maximale spreiding van het aantal COVID-19-patiënten binnen het eigen netwerk of binnen de provincie te realiseren om het electief programma zo lang mogelijk te kunnen aanhouden.

Deze spreiding van de patiënten blijft in “fase 1B” in de eerste plaats onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis, maar de federale gezondheidsinspectie kan actief ingrijpen in het spreidingplan.

Prioritair binnen de “fase 1B” is daar te gaan spreiden waar de verzadiging het hoogst is. Dit zal in de praktijk betekenen dat spreiding van patiënten van ziekenhuizen in “fase 1B” naar ziekenhuizen in “lagere fase” voorrang zal krijgen op spreiding van patiënten van ziekenhuizen in “fase 1A”.

Teneinde de prioriteiten aan spreiding te kunnen in kaart brengen zal een ziekenhuis zijn geplande transporten aanmelden via de federaal gezondheidsinspecteur aan het Comité.

Ook in deze fase kan de federaal gezondheidsinspecteur ondersteuning bieden indien het ziekenhuis niet in staat is een bestemming te vinden voor een patiënt binnen het eigen netwerk of de eigen provincie.

De federaal gezondheidsinspectie kan binnen deze fase ook tijdelijke afwijkingen voorzien binnen de reguliere 112-regulatie betreffende COVID-bevestigde patiënten.

Het ziekenhuis regelt in deze fase nog steeds het transport.

Het comité wenst opnieuw de ziekenhuisdirecties, de zorgverleners en het personeel van de ziekenhuizen te bedanken voor de blijvende inspanningen om de patiënt steeds centraal te stellen tijdens deze COVID-19-crisis. We zijn ons bewust van de enorme druk die u in de voorbije eerste golf heeft ondervonden. We zullen van onze kant dan ook blijven inzetten om ondersteunend te werken naar de ziekenhuissector door de constructieve samenwerking met de vertegenwoordigers van de overheden, Defensie, ziekenhuiskoepels en de experten binnen het comité te behouden.

Indien u specifieke vragen heeft over deze brief, kan u contact nemen met xxx@xxx .

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