



DATUM 19/11/2020
CONTACT Dr. Paul Pardon
TEL.
E-MAIL

**Aan de directeurs, hoofdartsen, directeurs van het verpleegkundig departement en noodplancoördinatoren van de Algemene en Universitaire Ziekenhuizen
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: Surge Capacity Plan

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 ziekenhuiskoepels en experts, is de afgelopen dagen actief de situatie van de ziekenhuissector blijven opvolgen.

De sector heeft bovenmenselijke inspanningen geleverd. Wij kunnen niet voldoende benadrukken hoe erkentelijk wij zijn aan de ziekenhuisdirecties, de zorgverleners en het personeel van de ziekenhuizen voor deze inspanningen ten aanzien van onze patiënten. Het te snel versoepelen, ook binnen het Surge Capacity Plan, kan gezien het exponentieel karakter van deze epidemie echter zeer snel catastrofale gevolgen hebben, en de resultaten van al jullie inspanningen teniet doen. Daarom moeten we heel zorgvuldig en veilig de komende periode in gaan.

1. Epidemiologische evolutie

De cijfers van de laatste dagen zijn voorzichtig positiever aan het worden. We bevinden ons waarschijnlijk/hopelijk op/over de piek van de pandemie, en we zullen hopelijk een blijvende daling inzetten.

De belasting van de ziekenhuissector blijft echter zeer kritiek.

Op datum van 16 november 2020 hadden we binnen de Belgische ziekenhuizen : 1 408 COVID-ICU-patiënten en 174 COVID-HFNO-patiënten. In Duitsland worden op deze datum 19 Belgische COVID-ICU-patiënten verpleegd. Tijdens de eerste golf was de piekbelasting op ICU 1 285 patiënten.

We dienen ons ook bewust te zijn dat, binnen de predictiemodellen, de heropening van de scholen een impact zal kennen op de snelheid van daling.

2. Spreiding van patiënten over ziekenhuizen, netwerken en provincies

We blijven het spreidingsplan aanbieden als een essentieel deel van de acties ter borging van de kwaliteit van zorg voor de patiënten, COVID en niet-COVID. Het spreidingsplan wordt dan ook behouden teneinde de zorglast tussen de ziekenhuizen van het gehele land in evenwicht te brengen en de afbouw gelijkmatig te kunnen invoeren in alle provincies en netwerken. **De aangeboden spreidingscapaciteit wordt momenteel onderbenut, de ziekenhuizen kunnen hier blijven gebruik van maken.**

Teneinde spreiding van nieuwe patiënten bij een eventuele heropflakking te kunnen borgen, dient er bij afbouw van de COVID-capaciteit steeds een **voldoende grote buffer behouden** te blijven.

Patiënten welke na spreiding nood hebben aan een verlengde ligduur op non-ICU of aan revalidatie/plaatsing moeten terug naar de initiële zorginstelling kunnen getransfereerd worden opdat hij/zij in eigen regio zou kunnen zorg vinden.

De ziekenhuizen welke nood hebben aan spreiding buiten het eigen netwerk of buiten de provincie, kunnen zich laten bijstaan door het Patient Evacuation Coördinaten Centre, via de noodcentrales 112 en de Federale Gezondheidsinspectie.

3. Afbouw COVID-isolatiemaatregelen

De evolutie in besmettelijkheid van COVID-patiënten evolueert binnen het ziektebeeld en het genezingsproces. Een aantal COVID-patiënten kennen een verlengde ligduur. Het is dan ook belangrijk om de extra zorgzwaarte, veroorzaakt door isolatiemaatregelen, te kunnen afbouwen wanneer dit gerechtvaardigd is.

Het Comité wenst dus, ter informatieve titel de richtlijnen gebruikt in UZA en UZ KUL, te delen met de ziekenhuizen. Dit teneinde de ziekenhuizen aan te zetten, voor zij die dit nog niet zouden gedaan hebben, om richtlijnen uit te werken met als doel de patiënten niet te lang in isolatie te houden, en de hiermee gepaard gaande zorgzwaarte te reduceren :

COVID-hospitalisatie-eenheden en niet-immuungecompromitteerd

- Na 14 dagen isolatie EN minimum 3 dagen koortsvrij mag de isolatie worden stopgezet
- Geen PCR bij stop isolatie.
- Transfer naar een non-COVID-unit is dan mogelijk

Intensive-care unit OF immuungecompromitteerd

- 4 weken isolatie
- Na 4 weken steeds hertesten op een niet-risicovolle manier (BAL of nasopharyngeale wisser).
 - Positieve PCR: verderzetting van de isolatiemaatregelen
 - Negatieve PCR: isolatie stopzetten en transfer naar non-COVID-unit is mogelijk.

Onder immuungecompromitteerd worden beschouwd:

- primaire immuundeficiëntie
- na transplantatie
- kankerchemotherapie

- immuunsuppressieve therapie met Medrol > 16 ged >2 w, of combinaties van immuunsuppressiva

4. Afbouw Surge Capacity

In onze brief van 22/10/2020 werd gevraagd, de eerste 3 stappen van het afschakelplan van reguliere niet-dringende zorg uit te voeren. Dit veronderstelde dat ziekenhuizen ten eerste de electieve en planbare activiteiten die gebruik maken van intensieve zorgen, ten tweede klassieke hospitalisaties die geen gebruik maken van intensieve zorgen en ten derde de chirurgische daghospitaalactiviteiten die geen gebruik maken van intensieve zorgen tegen maandag 26/10/2020 moesten annuleren en dit voor een periode van 4 weken. De niet-chirurgische daghospitaalactiviteiten (bv. geriatrie, psychiatrie, oncologie, ...) en de raadplegingen, thuishospitalisatie-activiteiten en de activiteiten van de mobiele teams kunnen wel verder gezet worden. In onze brief van 29/10/2020 vroegen we u op te schalen naar fase 2B.

In onze brief van 22/10/2020 hadden wij een evaluatie en eventuele bijstelling beloofd.

Het Comité is van oordeel, gezien de epidemiologische toestand, dat **het vandaag nog te vroeg is** om eventuele heropstart van niet-dringende reguliere zorg binnen de eerste 3 stappen van het afschakelplan toe te staan of om terug te schalen naar een lagere fase.

Wij wensen binnen dit schrijven echter wel een perspectief te bieden en omschrijven daarom hieronder de principes die we, wanneer de epidemiologische evolutie dit zal toelaten, zullen toepassen bij **de provinciale afbouw van Surge-capaciteit**.

Daling van het totaal aantal COVID-ICU-patiënten onder de 60% van het aantal erkende ICU-bedden.

Binnen de erkende ICU-capaciteit houden wij 40% vrij voor niet-COVID-ICU-zorg.

Een eerste drempel binnen het afbouwplan is dus de daling van het totaal aantal COVID-ICU-patiënten onder de 60% van het aantal erkende ICU-bedden.

Wij vragen aan de ziekenhuizen waar het totaal aantal COVID-ICU-patiënten daalt onder de 60% van het aantal erkende ICU-bedden om eerst de extra-gecreëerde ICU bedden weer vrij te maken.

Wanneer **alle ziekenhuizen** van een provincie, tenzij cohortage-afspraken binnen het netwerk (brief van 30/04/2020), onder de 60% van het aantal erkende ICU-bedden daalt, zullen alle ziekenhuizen van de provincie kunnen afschalen naar fase 2A, de ratio 1/6 voor ICU/non-ICU wordt in dit geval opnieuw aangepast naar 1/4. De afbouw van HFNO-bedden is niet gekoppeld aan de fasering, en het gebruik van deze bedden behoort tot het therapeutische arsenaal van het ziekenhuis.

Het Comité zal nauwgezet de evolutie van de cijfers opvolgen en over de verdere afschaling strategie communiceren in functie van deze evolutie met zeker minimaal een stand van zaken om de twee weken. Wij herhalen echter dat, gezien de epidemiologische toestand, het vandaag nog te vroeg is om af te schalen, de ziekenhuizen worden dan ook gevraagd in fase 2B te blijven.

Tot nader order blijven alle ziekenhuizen dus in fase 2B (theoretisch of reëel) en blijven de eerste 3 fasen van de electieve activiteiten opgeschort. Als de extra 25% ICU-bedden van fase 2B (NEW-ICU) beschikbaar komen, dan kan de personeelsomkadering van de extra ICU-bedden elders ingezet

worden. Het personeel dat deze bedden omkadert kan zo opnieuw vrijkomen voor andere taken. Maar opgelet : deze capaciteit **dient nog 2 weken, in geval van een heropflakking, binnen de 48u heractiveerbaar te blijven.**

5. Hernemen reguliere niet-dringende zorg

De projecties wijzen op een gereduceerde non-COVID-capaciteit in operatiezaal, ICU en hospitalisatie, zeker tot eind dit jaar, en mogelijk nog tot begin 2021. De hervatting van de reguliere activiteiten is wenselijk en noodzakelijk voor de volksgezondheid, alle patiënten in België dienen zo snel als mogelijk toegang te krijgen. Gezien de epidemiologische toestand, is het vandaag echter nog te vroeg om eventuele heropstart van niet-dringende reguliere zorg binnen de eerste 3 stappen van het afschakelplan toe te staan. Het Comité zal nauwgezet de evolutie van de cijfers opvolgen en over de verdere strategie communiceren in functie van deze evolutie met zeker minimaal een stand van zaken om de twee weken.

We merken op dat de theoretische gereserveerde capaciteit voor elke fase een minimum is en geen einddoel. Deze capaciteit voor covid-19-patiënten mag niet de aanpassingsvariabele voor regelmatige activiteit zijn / worden.

Ziekenhuizen en netwerken moeten duidelijk aflijnen welke activiteiten ze prioriteit gaan geven in deze beperkte capaciteit. Onder leiding van de hoofdartsen, in overleg met de coördinatoren van de lokale ziekenhuisnoodplannen, de chirurgen en het lokaal ethisch comité zullen deze prioriteiten moeten opgemaakt worden. Oncologische en cardiovasculaire chirurgie die de voorbije weken niet is kunnen gebeuren verdient bijzondere aandacht, maar ook de andere patiënten waarvan hun ingreep uitgesteld werd dienen opgevolgd te worden en opnieuw geëvalueerd te worden. De lokale situatie en lokale mogelijkheden, met **voornamelijk oog voor de beschikbaarheid van personeel**, zullen hierin bepalend zijn.

Wij vragen dan ook aan de hoofdartsen en de coördinatoren van de lokale ziekenhuisnoodplannen om, in voorbereiding van een heropstart, zorgvuldig binnen de instellingen af te stemmen met de clinici omtrent de heropstart.

6. Dringende en noodzakelijke zorg

Het dient zeer duidelijk te zijn dat alle dringende en noodzakelijk consultaties, onderzoeken en ingrepen moeten blijven doorgaan (COVID en non-COVID). Ook alle lopende (levens)noodzakelijke therapieën (chemotherapie, dialyse, ...) of noodzakelijke revalidatie worden voortgezet. Ziekenhuizen zijn veilige plekken om deze zorg verder te zetten – de COVID-zorg wordt duidelijk gescheiden van de reguliere zorg.

7. Wettelijke verankering van bevoegdheden hoofdarts en federale gezondheidsinspectie

De hoofdarts en de federale gezondheidsinspectie hebben binnen de pandemie en de uitvoering van de richtlijnen van het Comité een centrale en moeilijke rol op te nemen. De Wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie, gepubliceerd in het Staatsblad op 13 november 2020 steunt hen in deze en geeft hen extra bevoegdheden, ook bij de operationalisering van de richtlijnen van dit schrijven.

Wij wensen 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 zullen van onze kant dan ook blijven inzetten om ondersteunend te werken naar de ziekenhuissector en dit 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	Prof. Dr. Geert Meyfroidt
Chief Medical Officer België, Voorzitter van de Risk Management Group	Voor het Comité Hospital & Transport Surge Capacity	Voor het Wetenschappelijk Comité	Voorzitter van de Belgische Vereniging Intensive Geneeskunde