

# 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 15/11/2021

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: opschalen Surge Capacity Plan naar Fase 1B

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 laatste maanden, in functie van de epidemiologische evolutie en de belasting van de ziekenhuissector de nodige maatregelen te nemen tot regulatie.

## **1. Epidemiologische evolutie**

De epidemiologische en ziekenhuiscijfers kennen de afgelopen dagen een snel stijgende trend.

Op datum van 15/11/2021 hadden we binnen de Belgische ziekenhuizen 2.648 COVID-patiënten en 533 COVID-ICU-patiënten.

De predictiemodellen doen nog steeds vermoeden dat we tot eind deze maand deze stijgende trend zullen doorzetten. Tegen eind deze week, zondag 21/11, zullen we waarschijnlijk boven de 660 COVID ICU uitstijgen en derhalve de capaciteit van fase “1A+” geheel gebruikt hebben. Deze vaststelling noopt ons tot maatregelen tegen vrijdag 19/11.

Deze 4<sup>de</sup> golf, net als de vorige golven, biedt zich echter niet gelijkmatig verdeeld over het grondgebied aan. Een aantal ziekenhuizen en een aantal provincies hebben het vandaag al zwaarder te verduren. Wij benadrukken dan nogmaals het zeer grote belang van de solidariteit onder de ziekenhuizen.

29 ziekenhuizen zijn nu al boven de 33% uitgestegen. 5 van deze ziekenhuizen zijn al boven de 50% uitgestegen.

Het Comité is zich naast de epidemiologische evolutie terdege bewust van de menselijke en HR-evolutie binnen de zwaar overvraagde ziekenhuizen – extra bedden openen in een fase 2A, laat staan alle zorg bieden welke eenieder zou willen bieden, is niet haalbaar onder deze omstandigheden.

## **2. Opschaling Surge Capacity naar fase 1B.**

Door het stijgend aanbod van patiënten binnen het ziekenhuis en het netwerk, zullen ziekenhuizen, als ze dit de afgelopen dagen al niet spontaan hebben gedaan, verplicht worden op te schalen naar een hogere fase van het Surge Capacity Plan.

Wij vragen aan alle algemene en universitaire ziekenhuizen **vanaf nu, tegen 19/11, gradueel op te schalen naar fase 1B**, 50% van de erkende ICU capaciteit gereserveerd voor COVID-19 patiënten, **met ratio 6 voor het aantal niet-ICU bedden**, ook hier gradueel op te bouwen, startend met minimaal ratio 4 en lokaal volgens behoefte uit te breiden naar ratio 6 (zie tabel in bijlage).

Het HTSC wenst geen bedden nodeloos vrij te laten staan. Ziekenhuizen dienen verplicht, 33% reservatie van de erkende bedden met intensief karakter te garanderen en gradueel naar 50% reservatie van de erkende bedden met intensief karakter te evolueren. Wij vragen aan de ziekenhuizen binnen een zelfde netwerk zich zo te organiseren opdat zij gezamenlijk kunnen opschalen naar fase 1B en dat ze de Federale Gezondheidsinspectie en de bevoegde deelstaat hiervan op de hoogte houden.

Afgelopen weekend zijn patiënten (COVID & non-COVID), door het niet borgen van voldoende beschikbare capaciteit op intensieve zorgen, niet kunnen doorschuiven van de spoedgevallendiensten naar een dienst intensieve zorgen. Het Comité benadrukt dan ook dat ziekenhuizen **steeds voldoende bedden vrij moeten maken voor de eigen nieuwe instroom van patiënten alsook bedden vrij moeten maken ter solidariteit binnen het spreidingsplan**. Dit teneinde ziekenhuizen welke nu al boven de 50% uitstijgen te kunnen helpen. Indien ziekenhuizen onderling, al dan niet binnen het netwerk, afspraken maken tot cohortering van COVID-bedden, dan dient deze beslissing overgemaakt te worden aan de bevoegde deelstaat administratie. Deze zal dit meedelen aan het HTSC opdat de berekeningstool rekening kan houden met deze afspraken bij het opmaken van de prioriteitenlijst der bestemmingen voor de transferts.

## **3. Opschaling Surge Capacity naar fase 2A(-).**

Indien een ziekenhuis de 50% ICU Surge Capacity van “fase 1B” bijna of helemaal bereikt, dan behoort het tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om zelf onmiddellijk de nodige stappen te ondernemen om naar “fase 2A(-)” over te schakelen. Binnen “fase 2A(-)” zal het ziekenhuis 60% 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 (zie tabel in bijlage). De overgang naar fase 2A(-) wordt meegedeeld aan de bevoegde deelstaatadministratie en de federale gezondheidsinspecteur.

Het streefdoel moet echter zijn hogere fases te voorkomen voor alle ziekenhuizen. Er dient dan ook maximaal ingezet te worden op solidariteit onder de ziekenhuizen en spreiding van patiënten.

#### 4. Uitstel reguliere niet-dringende zorg

Het dient zeer duidelijk te zijn dat alle dringende en noodzakelijk consultaties, onderzoeken en ingrepen wel blijven doorgaan. 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.

Inherent aan het opschalen van de ziekenhuizen naar een fase 1B is dat er een ernstige impact is op alle reguliere niet-dringende zorg.

Een evenredig uitstel van reguliere niet-dringende zorg is absoluut noodzakelijk, en maakt net als het spreidingsplan een essentieel deel uit van de acties ter borging van de kwaliteit van zorg voor de patiënten, COVID en niet-COVID, maar ook ter voorkoming van een te hoge zorglast en de druk op het personeel en de instelling.

Het gradueel afbouwen van reguliere niet-dringende zorg kan niet generiek centraal bepaald worden. Binnen deze zijn onder andere de patiëntenmix, de lokale infrastructuur, de personeelsomkadering, de haalbaarheid voor het ziekenhuis, ..... bepalende factoren. Conform het advies van de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten zal de hoofdarts zich kunnen laten bijstaan door de nodige clinici, in het gebruik van de prioriteitenlijsten , opgesteld door Hoge Raad voor Artsen-Specialisten samen met VBS en GBS, <https://www.gbs-vbs.org/index.php?id=covid-19&L=1> . Deze lijsten zijn een leidraad welke gebruikt kunnen worden tijdens de klinische evaluatie van de prioriteiten binnen het ziekenhuis.

Het electieve programma, met borging van de urgente en noodzakelijke zorg wordt dan volgens de volgende rangschikking gradueel afgebouwd:

1. **Activiteiten die gebruik maken van intensieve zorgen.**
2. **Klassieke hospitalisaties die geen gebruik maken van intensieve zorgen.**
3. De chirurgische daghospitaalactiviteiten die geen gebruik maken van intensieve zorgen.
4. De niet-chirurgische daghospitaalactiviteiten (bv. geriatrie, psychiatrie, oncologie, ...).
5. De raadplegingen, thuishospitalisatie-activiteiten en mobiele teams.

**De 2 eerste stappen van het plan ter uitstel van zorg dienen nu geactiveerd te worden.**

Het Comité vraagt met het nemen van deze maatregel niet dat er prioriteit gegeven zou worden aan de ene dan wel de andere pathologie. Het staat echter vast dat de toestroom van COVID-patiënten (ICU en non-ICU) de **komende weken zal aanhouden**. Wij kunnen dit niet meer voorkomen en nieuwe maatregelen zullen pas binnen enkele weken effect hebben. Het Comité vraagt dan ook aan de ziekenhuizen, de hoofdarts, de specialisten en het verpleegkundig management, in overleg met zijn coördinatie cel ziekenhuis van het ziekenhuisnoodplan, de optimale planning en inzet van personeel en middelen te bepalen, opdat deze niet te voorkomen toestroom van COVID-patiënten optimaal binnen het systeem zou kunnen worden geabsorbeerd.

Het Comité vraagt ook om optimaal met zijn collegae binnen en buiten het netwerk te overleggen aangaande de tijdige en optimale spreiding van patiënten. **Alleen solidariteit en een optimale**

**spreiding over alle ziekenhuizen kan een maximaal aan reguliere zorg voor de niet COVID-patiënten borgen.**

## **5. Activering BABI-plan**

Het Comité heeft gevraagd het BABI-plan, plan voor brandwondenspreiding, te activeren.

Gezien de zeer moeilijke situatie binnen onze diensten voor intensieve zorg is het niet uitgesloten dat bepaalde centra voor brandwondenzorg zich verplicht zullen zien bedden van het centrum ter beschikking te stellen als ICU bed voor andere aandoeningen.

Het militair hospitaal zal, als coördinator van het plan, nauwgezet de beschikbaarheden en eventuele herbestemmingen van brandwonden-bedden aan andere aandoeningen opvolgen.

Bij gebrek aan bed binnen de andere centra zal het brandwondencentrum van het militair ziekenhuis dienst doen als preferentiële bestemming.

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 [algemezeziekenhuizen@vlaanderen.be](mailto:algemezeziekenhuizen@vlaanderen.be).

Dr. Cecile van de Konijnenburg    Marcel Van der Auwera    Prof. Dr. Erika Vlieghe

Chief Medical Officer België a.i.    Voorzitter Comité Hospital & Transport Surge Capacity    Wetenschappelijk expert van het Comité