

# 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 10/03/2021  
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: opschaling 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, heeft de afgelopen dagen zeer actief de situatie van de ziekenhuissector opgevolgd. Het Comité dient, naar analogie met de eerste en tweede golf, 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 10 maart 2021 hadden we binnen de Belgische ziekenhuizen 1947 COVID-patiënten, 452 COVID-ICU-patiënten en 56 COVID-HFNO-patiënten. De mathematische globale COVID-ICU bezettingsgraad voor het gehele land is 23%, 54 ziekenhuizen zijn boven de 25% (1/4) bezettingsgraad uitgestegen.

Het 7 daags-gemiddelde van het aantal nieuwe COVID opnames is de afgelopen week vrij stabiel gebleven rond 151. Voor een 2<sup>de</sup> week op rij zien we geen exponentiële stijging, maar een traag oplopende trend. De predictiemodellen voorspellen een verderzetting van deze trend de komende 2 à 3 weken.

## **2. Opschaling Surge Capacity.**

Hoewel de komende periode, een periode van onzekerheid en fluctuaties zal blijven, is het Comité van oordeel dat voorlopig een opschaling naar 50% (1/2) de niet-COVID-zorg te veel zou impacteren.

Gezien de globale COVID-ICU bezettingsgraad van 23% vandaag, het feit dat fase 1A van het Surge Capacity Plan slechts voorziet in 25%, en de trage maar aanhoudende stijging, is er wel nood aan een proactieve beperkte opschaling van de COVID-capaciteit.

De snelle opschaling van 25% (1/4) naar 50% (1/2) is bij een exponentiële stijging een logische stap. Maar binnen deze nieuwe realiteit van een trage maar aanhoudende stijging is deze stap te groot. Het Comité voegt een tussenstap in tussen fase 1A en fase 1B, noem het een fase 1A+, met als streefwaarde 33,3% (1/3) van de erkende ICU capaciteit, de detailtabel per ziekenhuis is in bijlage te vinden.

Het Comité vraagt aan alle algemene en universitaire ziekenhuizen verder gradueel, in overleg binnen het netwerk en de provincie verder op te schalen opdat er steeds, proactief, een marge in COVID-ICU beschikbaar blijft. Het streefdoel moet echter zijn fase 2A te voorkomen. Er dient dan ook vanaf de fase 1B maximaal ingezet te worden op de spreiding van patiënten (zie paragraaf 4 van de brief).

Het Comité zal nauwgezet de komende dagen de evolutie van de epidemiologische cijfers opvolgen en evalueren. Bij een verdere stijging van COVID-ICU boven 525 bedden zal de opschaling naar fase 1B gevraagd kunnen worden. In functie van het stijgingsprofiel zal het Comité indien nodig hierop anticiperen en bijsturen.

De overgang van de ziekenhuizen naar een fase hoger dan fase 1A van de surge capacity, veronderstelt ook dat het ziekenhuisnoodplan, voor zover dat nog niet het geval was, opnieuw naar de actiefase schakelt. Wij willen hier benadrukken dat wanneer een ziekenhuis overgaat naar de actiefase van zijn ziekenhuisnoodplan de coördinatie cel ziekenhuis (CCZ) in werking treedt. De CCZ, waarvan ten minste de algemeen directeur, hoofddarts, verpleegkundig directeur en noodplancoördinator deel uitmaken, zal daarenboven ook de coördinatie en de verdere beleidsbeslissingen, in kader van de COVID-19-pandemie, voor het ziekenhuis overnemen.

### **3. Reguliere niet-dringende zorg**

Het Comité is zich terdege bewust dat gezien de beperkte, maar gestage stijging, voornamelijk in COVID-ICU, de electieve ICU activiteiten door deze stijging al beïnvloed wordt.

Wij vragen dan ook aan de hoofddarts om samen met de specialisten en het verpleegkundig management op doordachte wijze de planning en inzet van personeel en middelen te bepalen, maar ook om optimaal met zijn collegae binnen en buiten het netwerk en/of provincie te overleggen aangaande de tijdige en optimale spreiding van de COVID-patiënten.

### **4. Spreiding van patiënten over ziekenhuizen, netwerken en provincies**

Sommige ziekenhuizen, ziekenhuisnetwerken of provincies hebben de drempelwaardes voor fase 1A en/of 1A+ al overschreden en bevinden zich de facto in fase 1B.

We benadrukken opnieuw het feit dat het spreidingsplan een essentieel deel uitmaakt van de acties ter borging van de kwaliteit van zorg voor de patiënten, COVID en niet-COVID, maar ook ter spreiding van de zorglast en de druk op het personeel en de instellingen. In die zin blijft het solidair uitvoeren van het spreidingsplan zeer belangrijk. De COVID-patiënten zullen zich namelijk niet homogeen over het grondgebied ter hospitalisatie aanbieden. Op dit moment is het niet aangewezen om lokaal bijkomende ICU capaciteit te creëren buiten de erkende bedden, omwille van de aangetoonde

negatieve impact van overflow op de outcome van patiënten<sup>1</sup>. Spreiding moet er dan ook op gericht zijn om alle ziekenhuizen onder de drempelwaardes van fase 2A, en dus binnen fase 1B te houden. De ziekenhuizen moeten ook in deze fase maximaal spreiden binnen het eigen netwerk of binnen de provincie, indien dit niet meer mogelijk blijkt zal ook supra-netwerk en supra-provinciaal gespreid worden.

Indien een ziekenhuis geen bestemming kan vinden voor een patiënt, dan zullen ook in deze fase de federaal gezondheidsinspecteurs opnieuw ondersteuning bieden.

Wij wensen de ziekenhuisdirecties, de zorgverleners en het personeel van de ziekenhuizen dus 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.

Ook wij zullen ons tijdens de komende periode blijven inzetten om ondersteunend te werken naar de ziekenhuissector toe.

Indien u specifieke vragen heeft over deze brief, kan u contact nemen met [soins.hospitaliers@aviq.be](mailto:soins.hospitaliers@aviq.be).

Dr. Paul Pardon	Marcel Van der Auwera	Prof. Dr. Erika Vlieghe	Prof. Dr. Geert Meyfroidt
Chief Medical Officer België	Voorzitter Comité Hospital & Transport Surge Capacity	Wetenschappelijk expert van het Comité	Voorzitter van de Belgische Vereniging Intensive Geneeskunde

---

<sup>1</sup> F.S. Taccone, N. Van Goethem, R. De Pauw et al. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium. The Lancet Regional Health – Europe (2021) DOI:<https://doi.org/10.1016/j.lanep.2020.100019>