

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 09/06/2021
CONTACT Dr. Paul Pardon
TEL.
E-MAIL

Aan de verantwoordelijke van de ziekenwagendiensten

Ter info aan de directeurs, hoofdartsen, directeurs van het verpleegkundig departement en noodplancoördinatoren van de Algemene, Universitaire Ziekenhuizen, Psychiatrische Ziekenhuizen en Revalidatieziekenhuizen

Ter info aan de koepels van de ziekenhuizen

Ter info aan de gouverneurs

BETREFT COVID-19 –communicatie: Ziekenvervoer

Geachte,

Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity met vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels en experts, wenst u en uw medewerkers te danken voor de bovenmenselijke prestaties waarmee jullie nu al meer dan een jaar het transport van onze patiënten staande weten te houden.

1. Epidemiologische evolutie

De epidemiologische cijfers en de ziekenhuiscijfers zijn de afgelopen weken goed verbeterd. Er lagen op 09 juni 2021 nog 852 COVID-patiënten in onze ziekenhuizen, waarvan 309 op intensieve zorgen.

Versoepelingen komen in zicht en wij schenken binnen dit kader dan ook graag aandacht aan de blijvende waakzaamheid en voorzorgsmaatregelen, ook tijdens het transport per ziekenwagen.

2. Transport per ziekenwagen

Het Comité beseft dat ook de ziekenwagendiensten een helse periode achter de rug hebben en dat deze spijtig genoeg nog niet geheel over is. Een groot deel van de routinewerking en procedures werd aangepast, de werkomstandigheden werden grondig gewijzigd.

Patiënten worden nu uit voorzorg benaderd met persoonlijke beschermingsmiddelen aan, wat niet altijd evident is voor de patiënt, maar ook niet voor het personeel, en dan spreken we nog niet over de extra aandacht welke er is voor ontsmettingsprocedures.

Op dit ogenblik loopt de vaccinatie op kruissnelheid, en dat betekent dat er geleidelijk aan een aantal versoepelingen mogelijk worden. De terugkeer naar het normale leven is ingezet.

Dat betekent waarschijnlijk ook dat het uitrukpatroon voor de ziekenwagens meer dan waarschijnlijk ook zal veranderen en terug meer zal aansluiten bij de periode voor Covid.

Maar, ook al lijkt de wereld en de samenleving rondom ons te normaliseren, COVID is nog niet weg. Belangrijk daarbij blijft de eigen veiligheid, maar even goed de veiligheid van de patiënt. Dit betekent dat de voorzorgsmaatregelen die gelden voor het ziekenwagenpersoneel, zoals bijvoorbeeld de PBM en de ontsmetting van de ziekenwagen zeer belangrijk blijven, ook in deze periode. Teneinde de door ons allen gewenste terugkeer tot het 'normale' te waarborgen of zelfs te bespoedigen, is het van belang dat wij onze waakzaamheid niet laten verslappen, dat wij waakzaam blijven, ook al duurt het lang, ook al is het moeilijk en ook al is de algemene sfeer er een van ontspanning en positivisme.

Wij wensen de verantwoordelijken en het personeel van de ziekenwagendiensten dus nogmaals te bedanken voor deze blijvende inspanningen.

Indien u specifieke vragen heeft over deze brief, kan u contact nemen met sante-gezondheid@ccc.brussels.

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

BIJLAGE: ALGEMEEN KADER INZAKE BEZOEK EN BEGELEIDING

Bezoekersregeling

Bezoek is een essentieel gegeven binnen het genezingsproces en het welbevinden van patiënten. Anderzijds zorgt bezoek voor een belangrijke werklust op afdelingen, zowel op het zorgproces als op vlak van communicatie met artsen en verpleegkundigen, waardoor bezoek voor een afdeling ook een arbeidsintensief proces is. In de eerste golf werd het geheel van bezoekers, enkele uitzonderingen niet te na gelaten, verboden. Die beslissing was op het moment dat het virus niet gekend was, én dat de ziekenhuizen zich massaal moesten herorganiseren, een belangrijke en logische beslissing. Ze heeft er mee voor gezorgd dat de eerste golf goed gemanaged kon worden door de ziekenhuizen. Tegelijk was er wel enige kritiek op de psychosociale impact en/of het ongenueanceerde karakter van de maatregel. Daarom wordt hierbij een generiek voorstel gedaan waarbij bezoek zo lang als haalbaar mogelijk moet blijven, maar dat tegelijk de mogelijkheid bestaat om het bezoek te beperken of zelfs te verbieden als dit voor de zorgprocessen noodzakelijk is. In het generieke voorstel wordt gewerkt met meerdere stappen, waarbij een ziekenhuis een stap kan kiezen

- STAP 0 : de bezoeksregeling is de klassieke bezoeksregeling

- STAP 1 : beperking van het bezoek (bv. aantal, moment, duurtijd, etc.) per patiënt. Dit is de situatie waarin de meeste ziekenhuizen zich actueel bevinden. Het is aan de hoofddarts om in functie van de zorgprocessen en het beschikbare personeel te bepalen hoeveel uur per patiënt en hoeveel bezoekers per patiënt toegelaten worden. Een regeling wordt inherent per afdeling bepaald, maar moet uiteraard coherent zijn over het hele ziekenhuis.

- STAP 2 : beperking van bezoek op bepaalde diensten of in bepaalde omstandigheden (bv. geen mogelijkheid tot begeleiding op spoedgevallendiensten, kortdurende opnames, etc.). Dit is op zich een zware maatregel waarbij het duidelijk moet zijn dat het bezoek een zodanig effect heeft op de zorgprocessen en de garantie op adequate zorg in het ziekenhuis dat deze stap noodzakelijk is. Louter ter voorbeeld of inspiratie, zouden bv. volgende regels kunnen worden overwogen. We herhalen dat elk ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de hoofddarts lokaal moet bekijken wat meest gepast is.

○ Mogelijkheid A : patiënten die minder dan 5 dagen in het ziekenhuis blijven of minder dan 7 dagen in het ziekenhuis blijven (het aantal 5 of 7 is te bepalen door de hoofddarts) krijgen geen bezoek

○ Mogelijkheid B : sommige ziekenhuizen melden dat het voor hun moeilijk is om de duur van de hospitalisatie op voorhand te bepalen en kiezen om deze regel toe te passen op basis van de afdeling waar de patiënt terecht komt. Het doorslaggevend criterium is dan de gemiddelde ligduur op die afdeling, als dat onder de 5 of de 7 dagen is (te bepalen door de hoofddarts) zal er geen bezoek toegelaten worden voor die afdeling

○ Uitzonderingen : De regeling in stap 2 is voor een aantal mensen een verregaande behandeling, denk maar aan iemand die via spoed binnenkomt na een ongeval en een operatie moet krijgen, of een persoon die omwille van oncologie 5 dagen wordt opgenomen. Ook bevallingen of pediatrie zijn typische gevallen waar het vaak niet haalbaar is om zeer stringent te zijn. Daarom worden de volgende uitzonderingen toegestaan, overigens congruent met de situatie in de eerste golf

✦ Pasgeborenen en kinderen jonger dan 18 jaar: In deze uitzondering moet het bezoek zeer beperkt zijn en kan in geen geval het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid, overschrijden

✦ Naderend levenseinde : ook hier moet men een zekere mate van stringentheid nastreven, weliswaar met voldoende respect tot het menswaardig afscheid nemen.

- ✦ Medische situatie waarbij de behandelend arts en de hoofddarts menen dat voor een patiënt bezoek noodzakelijk is. In dat geval is bezoek mogelijk, de hoofddarts bepaalt wel de strikte modaliteiten van het bezoek en houdt hierbij rekening met het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid
- ✦ Het therapeutisch verloop kan worden toegestaan aan patiënten in uw voorziening. Het ziekenhuis moet ook hier een regeling voorzien die de veiligheid van de overige patiënten en het personeel garandeert

- STAP 3 : absoluut verbod met zeer beperkte uitzonderingen die individueel en onder toezicht van de behandelend arts en coördinatie van de hoofddarts worden toegestaan. Dat is de situatie zoals ze in april en mei het geval was. Dat betekent dat de uitzonderingen dezelfde zijn als de uitzonderingen die toen golden :

- ✦ Pasgeborenen en kinderen jonger dan 18 jaar. In deze uitzondering moet het bezoek zeer beperkt zijn en kan in geen geval het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid, overschrijden
- ✦ Naderend levenseinde : ook hier moet men een zekere mate van stringentheid nastreven, weliswaar met voldoende respect tot het menswaardig afscheid nemen.
- ✦ Medische situatie waarbij de behandelend arts en de hoofddarts menen dat voor een patiënt bezoek noodzakelijk is. In dat geval is bezoek mogelijk, de hoofddarts bepaalt wel de strikte modaliteiten van het bezoek en houdt hierbij rekening met het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid. Een eventuele regeling met mantelzorgers valt onder deze uitzondering, maar moet uiteraard ook rekening houden met die bubbel.
- ✦ Het therapeutisch verloop kan worden toegestaan aan patiënten in uw voorziening. Het ziekenhuis moet ook hier een regeling voorzien die de veiligheid van de overige patiënten en het personeel garandeert.

Een ziekenhuis is geen geïsoleerde entiteit. Het ligt nabij andere ziekenhuizen, die al dan niet deel uitmaken van hetzelfde ziekenhuisnetwerk. We moedigen dan ook aan dat vanaf stap 2 de maatregel binnen het ziekenhuisnetwerk besproken wordt en dat er een gemeenschappelijk akkoord is over de stappen die de ziekenhuizen van de netwerken kiezen.

Begeleidersregeling

Nog voor het bezoek terug toegelaten werd, werd bij de heropstart na de eerste golf al toegestaan dat begeleiders met een patiënt mee naar het ziekenhuis mochten komen. De meeste ziekenhuizen hadden echter logistieke problemen om de begeleiding mogelijk te maken, alleen al omwille van social distancing in het ziekenhuis en meer specifiek in de wachtkamers en consultatieruimten, waar de grootte van het onderzoekslokaal een belangrijke remmende factor was. Dat betekent dat er beperkingen werden opgelegd aan begeleiding, beperkingen die in een aantal ziekenhuizen ook nu nog bestaan. We willen zeker niet blind zijn voor deze logistieke en operationele problematiek. Anderzijds zijn er ook gevallen waar een begeleiding noodzakelijk is voor de patiënt. Het is aan het ziekenhuis om te bepalen of er een beperking wordt opgelegd aan de begeleiding van de patiënt in het ziekenhuis. Voor een begeleidersregeling zijn er volgende mogelijkheden :

- STAP 0 : er zijn geen beperkingen voor begeleiding

- STAP 1 : er wordt in principe maximaal 1 begeleider toegestaan, tenzij de hoofddarts voor die categorie van mensen, bv. in geval van pediatrie, beslist dat er 2 begeleiders toegestaan worden

- STAP 2 : begeleiders worden verboden, tenzij voor volgende categorieën, waarbij per categorie de hoofdarts het maximum aantal begeleiders bepaalt (bijvoorbeeld logischerwijze 1 voor materniteit maar mogelijk 2 voor pediatrie)

- Materniteit, pediatrie
- Dementerende patiënt of hulpbehoevende patiënt
- Patiënt in het kader van een naderend levenseinde en/of waar er een potentiële slechtnieuwsmelding is
- Begeleiding om te kunnen vertalen
- Situaties die zeer ziekenhuisspecifiek zijn waar de hoofdarts een generieke uitzondering voor toestaat.

Ondersteuning

Bij de herinvoering van de mogelijkheid van begeleiding en het getrapt herinvoeren van bezoek bleek dat de regel op onbegrip stuitte, en in een aantal gevallen agressie uitlokte. Bij het opleggen van beperkingen zal dat zeker het geval zijn. Er dient dus zeker een goede communicatie te worden voorzien via alle mogelijke kanalen. De interne veiligheidsmechanismen moeten worden klaargemaakt. Preventie en als ultieme maatregel zal via het PCC aan de betrokken politiezones gevraagd worden om een hoge prioriteit toe te kennen aan een oproep voor agressie vanuit een ziekenhuis.

Zoals aangehaald in de regeling rondom het bezoekrecht is het ziekenhuisnetwerk een essentieel element in de zorgketen. Daarom moeten de ziekenhuizen, onafhankelijk van de keuze die gemaakt wordt, onderling overleggen bij een verandering, hetzij een verstrenging, hetzij een versoepeling, van de bezoekersregeling en/of de begeleidersregeling. Het is raadzaam om deze discussie ook te voeren met en/of het resultaat door te geven aan aangrenzende netwerken.