

# 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 26/10/2021

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 1A

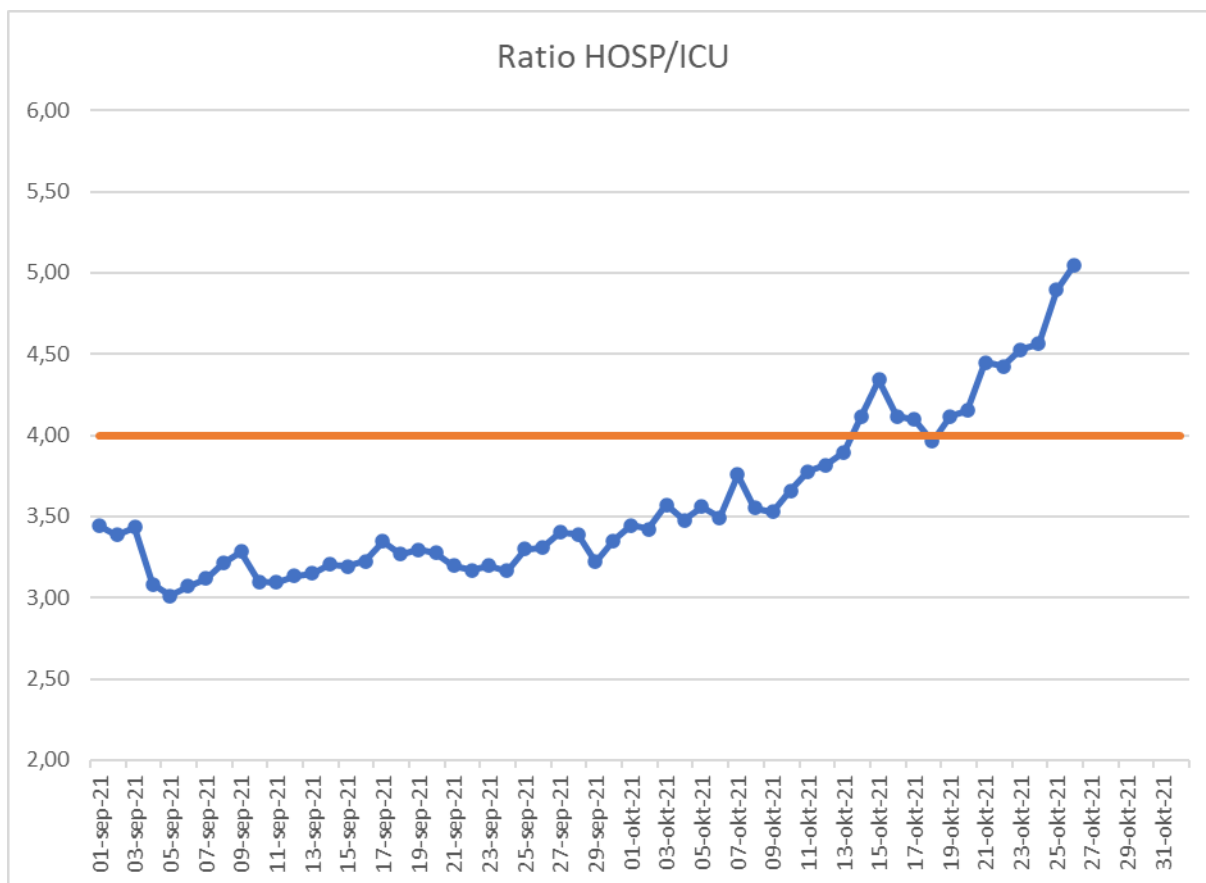
Geachte algemeen directeur,  
Geachte hoofddarts,  
Geachte directeur van het verpleegkundig departement,  
Geachte noodplancoördinator,

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 opnieuw een snel stijgende trend.

Op datum van 26/10/2021 hadden we binnen de Belgische ziekenhuizen 1.312 COVID-patiënten en 260 COVID-ICU-patiënten. De mathematische COVID-ICU-bezettingsgraad van 10 ziekenhuizen is opnieuw boven de 25% uitgestegen. De predictiemodellen doen vermoeden dat we de komende 4 weken deze stijgende trend zullen doorzetten, en dat we begin volgende week boven de 300 COVID ICU zullen uitstijgen en derhalve de capaciteit van fase "0" geheel zullen gebruiken. Verder zien we het aantal COVID HOSP nog sneller stijgen dan de ICU – de ratio 1 ICU-bed/ 4 HOSP-bedden is vandaag al overschreden.



## 2. Opschaling Surge Capacity naar fase 1A.

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, maar binnen de 2 weken, gradueel op te schalen naar fase 1A**, 25% 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 (zie tabel in bijlage).

Het HTSC wenst geen bedden nodeloos vrij te laten staan. Ziekenhuizen dienen verplicht, maar gradueel, naar 25% 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 1A en dat ze de Federale Gezondheidsinspectie en de bevoegde deelstaat hiervan op de hoogte houden. Binnen deze evolutie dienen zij steeds voldoende bedden vrij te maken voor de eigen nieuwe instroom van patiënten alsook bedden vrij te maken ter solidariteit binnen het spreidingsplan, teneinde ziekenhuizen welke nu al boven de 25% 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.

De overgang van de ziekenhuizen naar 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, hoofdarts, 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.

Gezien de specifieke situatie te Brussel, waar er ten gevolge de epidemiologische toestand nooit is kunnen afgeschaald worden onder fase 1B, zal de federale gezondheidsinspectie de situatie van nabij blijven opvolgen en gepaste richtlijnen aan de ziekenhuizen bezorgen.

### **3. Opschaling Surge Capacity naar fase 1A+.**

Een snelle opschaling van 25% (1/4) naar 50% (1/2) is bij een exponentiële stijging een logische stap. Maar, net als in maart 2021, stellen we vandaag weliswaar een snelle, maar nog geen exponentiële stijging vast, en dan is deze stap te groot. Het Comité voegt dan ook vandaag opnieuw, net als in maart 2021, een tussenstap in tussen fase 1A en fase 1B, de fase 1A+, met als streefwaarde 33,3% (1/3) van de erkende ICU capaciteit, de detailtabel per ziekenhuis is in bijlage te vinden.

Indien een ziekenhuis de 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 1A+” over te schakelen. Binnen “fase 1A+” zal het ziekenhuis 33% van de erkende bedden met intensief karakter en 6 maal dit aantal in erkende bedden op gewone verpleegafdelingen reserveren voor de behandeling COVID-19-patiënten (zie tabel in bijlage). De overgang naar fase 1A+ wordt meegedeeld aan de bevoegde deelstaatadministratie en de federale gezondheidsinspecteur.

Het streefdoel moet echter zijn hogere fases te voorkomen. Er dient dan ook maximaal ingezet te worden op de spreiding van patiënten.

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

Ondanks de stijgende ICU-bezettingsgraad, is het Comité van oordeel dat, naast de verplichte graduele reservering van COVID-ICU-capaciteit, ook de niet-dringende activiteiten die gebruik maken van intensieve zorgen nog maximaal moeten kunnen verdergezet worden. Wij vragen dan ook aan de hoofdarts om samen met de specialisten en het verpleegkundig management de optimale planning en inzet van personeel en middelen te bepalen, maar ook om optimaal met zijn collegae binnen en buiten het netwerk te overleggen aangaande de tijdige en optimale spreiding van de COVID-patiënten. **Alleen een optimale spreiding, in solidariteit, over alle ziekenhuizen kan de reguliere zorg voor de niet COVID-patiënten borgen.**

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

Het spreidingsplan is een essentieel element ter **borging van de kwaliteit van zorg voor COVID- en niet-COVID-patiënten**, maar ook ter spreiding van de zorglast en de druk op het personeel en de

instellingen. Het solidair spreiden van COVID-patiënten, binnen elke fase van het Surge Plan, is daarom uiterst belangrijk.

Uit analyse van de transfertgegevens van de vorige golven weten we dat een transfert over lange afstand een potentieel negatieve invloed heeft op de outcome van de patiënt. Daarom zal er voorkeur gegeven worden aan transfers over kleinere afstanden. Aangezien we anderzijds evenwel ook maximaal willen tegemoet komen aan de vraag om de beschikbare nationale capaciteit zo breed mogelijk te benutten, wordt in de mate van het mogelijke aanbevolen om bij patiënten wiens gezondheidstoestand dreigt te verslechteren, de beslissing tot transfert vroegtijdig te nemen om deze potentieel negatieve invloed van een lang transport op de outcome zo veel mogelijk te beperken.

Ook gezien de potentieel negatieve invloed van een transfert op de outcome van de patiënt, dient elke transfert onder de best mogelijke omstandigheden te gebeuren. Het behoort tot de **verantwoordelijkheid van het verzendende ziekenhuis** de patiënt te stabiliseren alvorens te transfereren en de patiënt transport-klaar te maken. Transfers laat op de avond en/of s' nachts raden wij dan ook ten stelligste af.

Ziekenhuizen spreiden eerst binnen het eigen netwerk of binnen de eigen provincie. Binnen bepaalde provincies kunnen ze zich hiertoe ook beroepen op procedures en mechanismes welke er zijn. Wanneer ziekenhuizen binnen het eigen netwerk of binnen de provincie geen oplossingen ter spreiding meer kunnen identificeren, kunnen ze beroep doen op de federale gezondheidsinspectie ter ondersteuning. De federale gezondheidsinspecteurs krijgen ter identificatie van de prioritaire transfertbestemmingen vanwege het HTSC een ondersteuningstool ter beschikking, de detailwerking van deze tool werd beschreven binnen onze brief van 31/08/2021.

Prioriteit van transfert wordt gegeven aan de ziekenhuizen met de hoogste bezettingsgraad naar deze met de laagste bezettingsgraad. Indien ziekenhuizen beslissen te cohorteren, zal de bezettingsgraad bepaald worden op basis van de gezamenlijke gegevens. **Er zal in deze fase prioritair getransfereerd worden van ziekenhuizen met een bezettingsgraad boven de 25% naar ziekenhuizen met een bezettingsgraad onder de 15%.**

Ziekenhuizen kunnen door de federale gezondheidsinspecteurs geïnformeerd worden betreffende de geïdentificeerde volgorde van de prioriteiten lijst, teneinde bijvoorbeeld de ziekenhuizen de potentiële opvang van een COVID-transfert intern te laten voorbereiden.

Wanneer een ziekenhuis gecontacteerd wordt aangaande het potentieel ontvangen van een transfert-patiënt, dan is dit op basis van de beschikbare gegevens betreffende de opnamecapaciteit : verplicht gereserveerde capaciteit – door COVID gebruikte capaciteit. Conform artikel 12 van de Wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie wordt deze handeling aanzien als een **vordering door het eenvormig oproepstelsel**.

## **6. Hernemen van de gegevensregistratie tijdens het weekend.**

Gezien de epidemiologische ontwikkelingen en het vooruitzicht van opnieuw meer dan 300 COVID-ICU-patiënten opgenomen in onze ziekenhuizen, dienen wij de ziekenhuizen te vragen de "Sciensano-SURGE" en "ICMS" gegevensregistratie tijdens het weekend te hervatten, vanaf het weekend van 6 en 7 november 2021.

We herhalen ook dat de registratie van patiënten in de COVID-19 Clinical Hospital Survey bij opname en ontslag van een COVID patiënt een onschatbare waarde heeft. Deze registratie dient evenwel

tijdig te gebeuren om gezondheidsautoriteiten en de Hospital Transport & Surge Capacity comité te ondersteunen voor het bepalen van hun publiek gezondheidsbeleid. Wij danken iedereen die hier aan meewerkt en vragen deze inspanning vol te houden.

#### **7. Registratie gesloten bedden ICU en beddenhuis in ICMS.**

Aangezien het HTSC en de federale gezondheidsinspecteurs geen duidelijk zicht hebben op het aantal gesloten bedden, ten gevolge bijvoorbeeld personeelstekort, worden de percentages en het spreidingsplan momenteel nog steeds gebaseerd op het aantal erkende ICU-bedden.

Teneinde gevolg te kunnen geven aan de verzuchtingen van de ziekenhuizen betreffende het gebruik van de operationeel beschikbare bedden, dienen wij aan de ziekenhuizen te vragen het aantal gesloten bedden ICU en HOSP te registreren binnen ICMS.

De procedure tot wijziging van de ICMS-tool is opgestart. Zodra het HTSC de exacte gegevens verkrijgt omtrent dit nieuw te registreren aantal, zullen wij u in kennis stellen.

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, ziekenhuiskoepels en de experts binnen het comité te behouden.

Indien u specifieke vragen heeft over deze brief, kan u contact nemen met [sante-gezondheid@ccc.brussels](mailto:sante-gezondheid@ccc.brussels).

Dr. Paul Pardon

Marcel Van der Auwera

Prof. Dr. Erika Vlieghe

Chief Medical Officer  
België

Voorzitter Comité Hospital &  
Transport Surge Capacity

Wetenschappelijk  
expert van het Comité