

# 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 11/01/2022

CONTACT

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: Omikron

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 experten, heeft de afgelopen dagen zeer actief de situatie omtrent Omikron en de ziekenhuissector opgevolgd.

## **STAND VAN ZAKEN ZIEKENHUIZEN 09/01/2022**

België kent bij benadering 52 500 erkende hospitalisatiebedden en 2 000 erkende ICU bedden.

Op zondag 09/01/2022 hadden we binnen de Belgische ziekenhuizen 1 889 COVID-patiënten en 442 COVID-ICU-patiënten. 29 ziekenhuizen kennen nog steeds een bezetting van 33% of meer van hun ICU. 13 van deze ziekenhuizen kennen nog steeds een bezetting van 50% of meer van hun ICU.

192 ICU bedden en 3 596 hospitalisatiebedden zijn vandaag gesloten wegens personeelsuitval.

430 ICU bedden zijn vrij en beschikbaar, alsook 6 416 hospitalisatie bedden.

De ziekenhuiscijfers zijn de afgelopen weken gedaald. Ten gevolge de nieuwe Omikron-variant, stijgen de epidemiologische cijfers al opnieuw en heel snel, zo ook het aantal nieuwe COVID-hospitalisaties per dag.

Met de huidige ziekenhuiscapaciteit kan een Omikron-piek met 8 000 gehospitaliseerden en 870 ICU patiënten geabsorbeerd worden binnen het systeem.

## PREDICTIEMODELLEN

De predictiemodellen met betrekking tot Omikron-piek op het aantal hospitalisaties en ICU-opnames blijven zeer uiteenlopend. Op dit ogenblik zijn ze zelfs te onvoorspelbaar voor de biostatistici om enig modellering voor ICU op te maken. De verschillende scenario's geven volgend beeld :

	MID JANUARY CASES/day	MID JANUARY NEW HOSP/day	END JANUARY HOSP load
Best case : High vaccine effectiveness and 'November behavior'	55 000 - 70 000	600 – 900	4 500 – 7 500
Medium case : High vaccine effectiveness and 'current behavior'	75 000 - 80 000	700 – 1 200	6 000 – 10 000
Worst case : Low vaccine effectiveness and 'current behavior'	125 000	>1 200	>9 000

## SURGE CAPACITY PLAN

Het Surge Capacity Plan bestaat tot op vandaag uit 3 fasen:

- Fase 0 : de waakfase – binnen deze fase werd 15% van de erkende ICU beddencapaciteit gereserveerd voor COVID-pathologie en 4 maal dit aantal bedden voor hospitalisatie.
- Fase 1 (A, A+, B) : opschaaftase binnen bestaande capaciteit : binnen deze fase werd opgeschaald naar 25 tot 50 % van de erkende beddencapaciteit en 4 tot 6 maal dit aantal bedden voor hospitalisatie
- Fase 2 (A, B) : uitbreidingsfase : binnen deze fase werd er opgeschaald naar 60% van de erkende beddencapaciteit en er werd gevraagd extra ICU bedden te openen, met 4 maal dit aantal bedden voor hospitalisatie

Hier voegen we nu volgende fasen aan toe, het HTSC zal de ziekenhuizen verwittigen wanneer deze in werking treden:

- Fase 3 : stopzetting toewijzing bedden specifiek voor COVID en opschorten niet-dringende, electieve zorg. Binnen deze fase wordt het principe van reservatie van COVID-bedden stopgezet. Gezien de grote instroom aan COVID-pathologie dient de beschikbaarheid van alle (COVID en niet-COVID) kritieke zorg geborgen te worden. Concreet zullen hier op basis van **medische** triage deze prioriteiten (los van al dan niet COVID pathologie) bepaald worden.
- Fase 4 : verscherpte triage.

Gezien het huidige tijds kader (gesloten bedden door personeelsgebrek) en de beschikbare voorspellingen met betrekking tot de evolutie in de maand januari (exponentiële evolutie), is de haalbaarheid van uitrol van een fase 2 (extra bedden ICU openen) weinig realistisch in een aantal ziekenhuizen. Realistischer is te denken dat er snel zal moeten geschakeld worden van fase 1B naar een federale fase 3. Bij een snelle doorschakeling van fase 1B naar 3, zullen individuele ziekenhuizen die extra bedden kunnen openen, zoals voorzien in fase 2, hier zeker ook toe aangezet worden.

De opschaling naar fase 3 zal pas gebeuren nadat alle flankerende maatregelen binnen fase 1B en de solidariteit (spreidingsplan) uitgeput werden. Een opschaling naar fase 3 dient zo lang als mogelijk uitgesteld te worden.

## **BUSINESS CONTINUITY PLAN ZIEKENHUIZEN BIJ UITVAL PERSONEEL DOOR OMIKRON**

Het HTSC heeft op datum van 7 januari 2022 een schrijven gericht aan de ziekenhuizen met daarin het gedetailleerde SIMID-predictiemodel. Aan de individuele ziekenhuizen werd gevraagd om, met het oog op de 3 scenario's, eventuele knelpunten aangaande personeel te identificeren en hun business continuity plan te activeren.

In geval van uitval van personeel door Omikronbesmettingen, zullen alle bestaande en gebruikte alternatieve personeelskaders en organisatiemodellen optimaal moeten aangewend worden.

Dit betreft bijvoorbeeld:

- poetsploegen focussen op de operationele zorgeenheden
- interne (tot zelfs externe) mobiliteit van personeel of diensten (keuken, ...)
- 'buddy' systeem met een minimale verpleegkundige bezetting van 1/3.
- .....

Ook voor de ziekenhuizen wordt de regeling aangaande jobstudenten, vrijwilligerswerk, werknemers in tijdscrediet, SWT'ers, ..... (en de plafonds binnen deze tewerkstellingsvormen) aangepast. De gemeenschappen en gewesten hebben initiatieven opgezet om extra vrijwilligers aan te trekken.

Betreffende profielen waar mogelijke knelpunten geïdentificeerd worden, zal er met Defensie afgetoetst worden of deze profielen ingezet kunnen worden ten dienste van de continuïteit in de zorg. Hierbij wordt veel breder gedacht dan alleen zorgprofielen : logistieke ondersteuning in al haar facetten zijn een optie (keukenpersoneel, logistiek personeel, intern en extern vervoer, beveiliging ...). De ondersteuning door de medische component van het leger is, wegens de kleine aantallen aan beschikbare zorgprofessionals, slechts zeer beperkt mogelijk. We vragen de ziekenhuizen om via hun koepelorganisaties een inventaris te maken van gewenste profielen zodat die zo snel mogelijk kunnen worden overgemaakt aan defensie. In geval van concrete nood aan versterking, vragen wij u om via de provinciegouverneur uw vraag te stellen.

## **ALGEMENE RICHTLIJNEN DOELMATIGE ZORG**

### **Integratie crisisbeheer 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn op lokaal vlak**

De 1<sup>ste</sup> lijn zal bij een Omikron-piek in een worst case scenario ook sterk op de proef gesteld worden. Een goed functionerende eerste lijn is echter de beste instroombeperkende maatregel. Daarom is het van groot belang dat er op lokaal vlak een geïntegreerd crisisbeheer gehanteerd zou worden, met een regelmatig formeel overleg 1<sup>ste</sup> (ELZ) en 2<sup>de</sup> lijn. Deze geïntegreerde benadering laat toe dat acties van de 1<sup>ste</sup> lijn de 2<sup>de</sup> lijn elkaar wederzijds ondersteunen. Voorbeelden van acties van de 1<sup>ste</sup> zijn Triagecentra en Outbreak teams. Voorbeelden van reeds bestaande ondersteuningsmodellen vanuit de 2<sup>de</sup> lijn zijn :

- **Woonzorgcentra:** De huisartsen en CRA zullen opnieuw een belangrijke rol spelen in het verwijfsbeleid naar de ziekenhuizen. Bewoners van een WZC met een dringend medisch probleem worden behandeld net als alle andere patiënten. Teneinde hospitalisaties zonder klinische meerwaarde te vermijden, kunnen ziekenhuizen beslissen om, in overleg met de CRA, om sommige specialisten (geriaters, pneumologen, ...) outreachend naar sommige WZC te sturen. Hierbij verwijzen we naar de beslissingsboom van de Belgische Vereniging van Gerontologie en Geriatrie: [Beslissing opname bij mogelijk COVIDpos WZC bewoner](#) .
- **Telemonitoring:** Geïntegreerde benadering van in- en uitstroom uit het ziekenhuis kan bijvoorbeeld ook gefaciliteerd worden met projecten telemonitoring in coördinatie via 1<sup>ste</sup> lijn en ziekenhuis. Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het RIZIV: [Zorg op afstand: COVID-19-patiënten thuis opvolgen via telemonitoring - RIZIV \(fgov.be\)](#)

Een ander voorbeeld van geïntegreerde benadering is:

- **Geavanceerde zorgplanning vóór opname:** patiënten waarbij ziekenhuisopname en/of opname op intensieve zorg disproportioneel zou zijn, dienen vroegtijdig te worden geïdentificeerd om te voorkomen dat ze onnodig naar een overvol ziekenhuis worden gestuurd. Hierbij kan het 1<sup>ste</sup> lijnteam in overleg treden met specialisten uit het ziekenhuis binnen een multidisciplinair overleg.

### **Beperking van de instroom.**

Wanneer de zorg gevraagd wordt op te schalen naar fase 3, en er binnen de zorg stringente maatregelen aan de orde zijn om instroom van patiënten te beperken, dient ook aangegeven te worden dat er ook buiten de zorg instroombeperkende maatregelen wenselijk zijn teneinde bijvoorbeeld ook de instroom van verkeersongevallen, arbeidsongevallen en andere maximaal te verminderen.

### **BEHEER VAN DE ZORGVRAAG BIJ EEN OMIKRONPIEK – FASE 3**

Gezien de potentiële exponentiële groei aan zorgvraag binnen de ziekenhuizen is het bij de afkondiging van fase 3 strategisch niet meer verantwoord om zich enkel te focussen op de absorptie van de Omikron-zorgvraag als doelstelling. Het louter absorberen van alleen deze zorgvraag zou namelijk betekenen dat de dringende niet-covid-zorg verder verdrukt zou worden uit de ziekenhuizen. Het fenomeen van uitgestelde zorg doet zich toenemend voor vanaf fase 2. In de voorgaande golven toonden de analyses aan dat dit een secundaire epidemie met zich mee brengt van uitgestelde niet-dringende zorg, hier mag geen uitgestelde dringende zorg bovenop komen. Het gaat hier primair over cardiologische urgenties zoals een acuut myocardinfarct (B2/B3 cardiologisch zorgprogramma), acuut behandelbaar CVA ('stroke units') en dringende, niet-uitstelbare oncologische behandelingen. Dit des te meer de 4<sup>de</sup> golf nog heel recent is.

Doelstelling van de fase 3 is dus om de **dringende en noodzakelijke Covid en niet-Covid zorg te garanderen aan de burger.**

Hieronder sommen we de belangrijkste kenmerken van de fase 3 op:

- 1) **Opnamestop, stop electieve niet-dringende zorgen, medische regulatie en optimalisatie inzet personeel**

Net zoals er in voorgaande golven beperkende maatregelen opgelegd werden met betrekking tot (electieve en minder dringende) opname van patiënten, zal bij een Omikron-piek door het HTSC opnieuw overgegaan worden tot **een opnamestop en gehele stop van het niet-dringend electief programma** binnen de ziekenhuizen. Alleen urgente pathologie zal met toepassing van triagemaatregelen nog verwezen worden naar de spoedgevallendienst en het ziekenhuis voor hospitalisatie. Consultaties zullen maximaal gevrijwaard worden aangezien ze een belangrijke diagnostische functie voor dringende pathologie hebben.

Op basis van saturatiecijfers van de ziekenhuizen en op basis van zorgprogramma's kan de patiënt gereguleerd worden naar de meest adequate zorgomgeving. Belangrijk binnen de medische regulatie is dus ook het respecteren van de zorgprioriteiten – zo zal er binnen het aansturen van het systeem bijvoorbeeld rekening dienen gehouden te worden met de beschikbaarheid van zorgprogramma's Cardio B2-B3, beroertezorg, transplant, ... en zal er daartoe zolang mogelijk enig buffercapaciteit in desbetreffende ziekenhuizen behouden blijven.

Deze aansturing is realiseerbaar door introductie van specifieke richtlijnen binnen de 112-centra.

## 2) Triage aan de deur

In vergelijking met voorgaande fases, zal bij toenemende Surge in het worst case of noodplanscenario de doelstelling van het opnamebeleid zich verruimen naar ook de minimale opvang van niet-Covid kritieke patiënten. Dit vergt tegelijkertijd in deze fase meer intense triage door toepassing van de noodplanprincipes, waartoe artsen en verpleegkundigen gespecialiseerd in spoedgevallen en intensieve zorgen getraind zijn. Het vergt bovendien dat het leidinggevend mandaat van de hoofddarts en medische diensthoofden bekrachtigd en ondersteund wordt in elk algemeen ziekenhuis.

### RICHTLIJNEN DOELMATIGE ZORG: ZIEKENHUISOPNAME

Op spoedgevallendiensten is triage een gebruikelijke procedure met bepalen van de urgentiegraad en de prioriteiten binnen de patiëntenpopulatie.

Aan de toegangspoort van het beddenhuis zal echter in fase 3 een 2de triage noodzakelijk zijn.

Patiënten dienen verwezen te worden naar een gepast zorgniveau, en de medische beslissing hieromtrent dient gedocumenteerd en gemotiveerd te worden binnen het individueel medisch dossier. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het advies van het Raadgevend comité voor bio-ethiek, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad : [Ethische aspecten betreffende prioritering van zorg](#)

Bij ontslag zal in overleg met de 1<sup>ste</sup> lijn de continuïteit van zorg gegarandeerd worden.

### RICHTLIJNEN DOELMATIGE ZORG: ICU-OPNAME

Triage op basis van medische criteria : hiervoor dienen de richtlijnen zoals voorheen ontwikkeld vanuit de vereniging van intensivisten gevolgd te worden. U kan deze raadplegen [Ethische principes betreffende de gelijkwaardigheid van intensieve zorg tijdens de COVID-19-pandemie van 2020 in België](#). Zoals gestipuleerd in deze richtlijnen, vindt Triage plaats op basis van (ingeschat) grootste voordeel van IC-behandeling (“incremental probability of survival”) en niet op basis van “first-come-first-serve”. Met “incremental probability of survival” wordt bedoeld: ‘kans op overleving met IC-behandeling’ minus ‘kans op overleving zonder ICU-

behandeling'. De triage vindt plaats met inachtneming van optimaal gebruik van ICU-capaciteit en met aandacht voor kwaliteit van leven in aanvulling op overleving.

#### RICHTLIJNEN DOELMATIGE ZORG: OPNAME SPOEDGEVALLEN

Zoals eerder reeds in deze tekst aangegeven, zal, naar analogie met vorige golven, alleen urgente pathologie nog verwezen worden naar de spoedgevallendienst. Opname op spoedgevallendienst zal dan ook daar waar mogelijk beperkt worden tot deze patiënten welke verwezen worden door de 112 of de huisarts of huisartsenwachtdienst (1733, wachtpost, individuele wachtregeling) – dit laatste kan een verwijzing zijn na teleconsult.

#### PATIENTENVERGELIJKING AAN DE DEUR.

Wanneer ondanks bovenstaande aangescherpte criteria er nog steeds niet voldoende ICU-opname capaciteit is, vindt er een vergelijking tussen patiënten plaats. Wanneer op basis van de klinische expertise van het (bij voorkeur multidisciplinaire) behandelteam vastgesteld is dat patiënten van elkaar verschillen in de kans op overleving met ICU-behandeling, heeft de patiënt met de meeste kans op overleving met ICU-behandeling voorrang. Deze vergelijking vindt enkel plaats tussen patiënten die 'voor de deur staan' en in aanmerking komen voor ICU-zorg.

#### 3) **Gedifferentieerd transfer- en transportbeleid**

- Patiënten die intensieve zorg nodig hebben (met inbegrip van invasieve beademing), kunnen getransfereerd worden tussen de ziekenhuizen, bij voorkeur vooreerst binnen het ziekenhuisnetwerk en/of de provincie zoals voorheen ook werd toegepast. Transferts buiten het ziekenhuisnetwerk/provincie zijn mogelijk mits toestemming en regulatie door de gezondheidsinspecteurs.
- Ontslagklare patiënten (vanuit ICU of medium care faciliteiten) kunnen onmiddellijk terug verwezen worden naar een hospitalisatie-afdeling van een verwijzend ziekenhuis. Dit laatste dient hiermee bij verwijzing rekening te houden.
- Teneinde een minimum aan zorgcapaciteit voor de kritieke non-Covid-patiënt te vrijwaren, zal vanaf fase 3 de intensieve zorgcapaciteit van de algemene ziekenhuizen die niet beschikken over referentiefuncties of niet erkend zijn voor derdelijnsfuncties (cardiologische urgenties zoals een acuut myocardiinfarct (B2/B3 cardiologisch zorgprogramma), acuut behandelbaar CVA ('stroke units') en dringende, niet-uitstelbare oncologische behandelingen) prioritair volledig in gebruik genomen worden. In de praktijk komt dit met de toepassing van het criterium van de B2/B3 cardiale zorgprogramma's neer op een 70 van de 100 algemene ziekenhuizen die wel beschikken over basis-specialistische zorg en een erkende dienst intensieve zorgen en dus hun ICU-capaciteit prioritair volledig ter beschikking stellen. De universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen die wel beschikken over hogergenoemde referentiefuncties zijn meestal ook best uitgerust als traumacentrum en hebben uitgebreidere permanenties van diverse specialistische disciplines.

#### **BEHEER VAN DE ZORGVRAAG BIJ EEN OMIKRONPIEK – FASE 4**

Wanneer ondanks bovenstaande aangescherpte criteria er nog steeds niet voldoende opname capaciteit is, wat in een worst-case scenario tot de risico's behoort, zullen verdere verscherpte maatregelen dienen uitgewerkt te worden. Hiertoe wordt er verder overleg gepleegd met de verschillende beroepsorganisaties.

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 [algemeneziekenhuizen@vlaanderen.be](mailto:algemeneziekenhuizen@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