

DATUM 30/04/2020
CONTACT Dr. Paul Pardon
TEL.
E-MAIL

Aan de directeurs, hoofdartsen en noodplancoördinatoren van de Algemene en Universitaire Ziekenhuizen, de Psychiatrische Ziekenhuizen en de Revalidatieziekenhuizen

**Ter info aan de koepels van de ziekenhuizen
Ter info aan de gouverneurs**

BETREFT COVID-19 – Hospital & transport surge capacity: volgende stappen – “tweede golf” – aanvullingen en verduidelijkingen ten aanzien van brief 24/04/2020

Geachte algemeen directeur,
Geachte hoofdarts,
Geachte noodplancoördinator,

Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity met vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels, het Wetenschappelijk comité en andere experts, is nog steeds actief en komt elke dag samen om de situatie van de ziekenhuissector te monitoren en de nodige maatregelen tot regulatie te nemen.

Wij stellen samen vast dat de ziekenhuizen de “eerste golf” van COVID-19-patiënten aan het verwerken is en zowel het totaal aantal gehospitaliseerden, als het aantal patiënten in intensieve zorgen en onder beademing langzaam maar zeker daalt. Tegelijkertijd moeten we in de hoogste staat van paraatheid blijven, rekening houdend met de mogelijkheid van nieuwe opstoten en toestroom van COVID-patiënten, een verhoogde druk door onterecht uitgestelde zorg, uitval van personeel door ziekte, enz.

In onze brief van 24/04/2020 merkten we op dat er, samen met de verdere verwerking van de “eerste golf” van patiënten die langzaam onze ziekenhuizen mogen verlaten, twee nauw verbonden nieuwe uitdagingen zijn die momenteel onze aandacht vragen:

- 1) De voorbereiding op een waarschijnlijke volgende stroom (“de tweede golf”);
- 2) De gefaseerde heropstart van de niet-COVID-19-activiteiten in het ziekenhuis.

Met deze brief willen we voor beide punten **verdere aanvullingen** geven en **precisering** aanbrenge. Voor de leesbaarheid hernemen we evenwel de elementen uit de vorige brief in de wens een volledig en coherent kader voor te stellen.

1) Voorbereiding op een waarschijnlijke volgende stroom: “de tweede golf”

(De elementen onder deze rubriek zijn enkel van toepassing op de Algemene & Universitaire Ziekenhuizen.)

Rekening houdend met de beschikbare epidemiologische gegevens mag verwacht worden dat het waarschijnlijk is dat een afbouw van algemene maatregelen inzake 'social distancing' en dergelijke zal leiden tot nieuwe opstoten van het aantal mensen die besmet worden met COVID-19. In het kader van een exit-strategie zullen verschillende maatregelen moeten worden genomen om daarop voorbereid te zijn, bv. door middel van testing en tracing.

Ook het gezondheidszorgsysteem zelf zal zich moeten voorbereiden op een waarschijnlijke nieuwe stijging van het aantal patiënten. Sommigen zullen ook nood hebben aan ziekenhuiszorg, intensieve zorgen en beademing.

Sommige ziekenhuizen zijn nog volop bezig met de afwikkeling van de eerste golf van patiëntenzorg voor COVID-19. Andere zijn minder belast geworden en maken zich klaar om hun niet-COVID-19-activiteiten te kunnen hernemen (zie ook punt 2 van deze brief).

Zelfs al is de afwikkeling van de "eerste golf" voor vele ziekenhuizen dus nog volop bezig, niettemin wensen wij de "tweede golf" voor te bereiden. Rekening houdend met de voorlopige lessen over hoe we de eerste golf hebben aangepakt, verwachten wij van de ziekenhuizen de volgende inspanningen.

Er worden voor de "tweede golf" drie fases voorzien in het COVID-19 surge capacity plan.

1. Eerste fase: "permanente reflexcapaciteit"

- a) Het permanent reserveren van minimaal 25% van de erkende bedden met intensief karakter voor de behandeling van COVID-19-patiënten;
- b) Het permanent creëren van minimaal 25% bijkomende bedden (bovenop de erkende bedden met intensief karakter) met intensief karakter voor de behandeling van COVID-19-patiënten.

Deze bedden zijn permanent activeerbaar binnen ten hoogste 48 uren: sommige ziekenhuizen creëren hun bijkomende bedden immers bv. in het operatiekwartier of de ontwaakzaal. Het geven van een activeringstermijn van ten hoogste 48 uren laat toe om deze bedden in geval van een lage bezetting voor COVID-19 toch te kunnen gebruiken voor niet-COVID-activiteiten, bv. in het kader van dagchirurgie. Elk ziekenhuis neemt zelf de verantwoordelijkheid om te garanderen dat deze bedden tijdig geactiveerd worden en tijdig operationeel zijn.

- c) Het permanent reserveren van minimaal 4 maal de som van het aantal permanent gereserveerde erkende (a) en bijkomende (b) bedden met intensief karakter: dit aantal bedden (c) moet worden gereserveerd voor de niet-intensieve behandeling van COVID-19-patiënten;

2. Tweede fase: het verdubbelen van de inspanning van de eerste fase, dit is de "bijkomende reflexcapaciteit"

De tweede fase veronderstelt het verzekeren van een paraatheid om, binnen een periode van 7 kalenderdagen na een signaal vanwege het Comité, de in fase 1 permanent gereserveerde capaciteit te verdubbelen.

3. (Derde fase van het COVID-19 surge capacity plan voor de “tweede golf”: het verdrievoudigen van de inspanning van de eerste fase. De uitwerking van deze fase is op dit moment nog lopend. Zodra mogelijk zullen we daarover bijkomende informatie geven.)

Ziekenhuizen mogen samenwerken, bijvoorbeeld binnen een locoregionaal netwerk of binnen de provincie, om de gevraagde capaciteiten te verzekeren. Indien aldus afspraken worden gemaakt die ertoe leiden dat de hierboven vermelde normen niet op ziekenhuisniveau, maar in een netwerkverband worden gerealiseerd, dan moeten zij die regeling te melden aan de erkennende overheid. Dit moet ten laatste gebeuren op 8/05/2020 om 11h00. Elke wijziging moet onmiddellijk worden gemeld aan de erkennende overheid met het oog op de regulatie door het Comité, maar ook de regulatie door de bevoegde 112-centrale.

De drempelwaarden en mechanismen die in de “eerste golf” werden gebruikt met het oog op regulatie blijven geldig:

- Elk ziekenhuis neemt – in een geest van solidariteit en verantwoordelijkheid – de nodige maatregelen om binnen de drempelwaarden van de fases van het surge capacity plan voor de “tweede golf” een maximaal aantal patiënten met COVID-19 te kunnen behandelen.
- Ziekenhuizen moeten minstens op locoregionaal niveau proactief afspraken hebben gemaakt inzake eventuele verwijzing wanneer verzadiging wordt benaderd en bereikt.
- Ziekenhuizen die geconfronteerd worden met patiënten waarvan de ernstgraad hun expertise overschrijdt, of met een welbepaald profiel (kinderen, jonge patiënten, comorbiditeiten met nood aan tertiaire zorg, etc.) verwijzen door naar referentiecentra en/of universitaire centra en ziekenhuizen. Er wordt vermeden dat patiënten onnodig worden verwezen en getransporteerd naar meer gespecialiseerde centra, zodat de capaciteit en expertise van die gespecialiseerde centra alsook het voorziene transport zo efficiënt mogelijk kan benut worden. Vanzelfsprekend kunnen perifere ziekenhuizen wel steeds contact leggen met gespecialiseerde centra voor het inwinnen van advies. Uiteraard dient een patiënt die meer gespecialiseerde zorg vereist tijdig te worden verwezen.
- Zodra een ziekenhuis een bezettingsgraad van 75% van zijn reflexcapaciteit bereikt en/of er slechts 2 intensieve bedden meer resteren, start het ziekenhuis, op basis van samenspraak met de ziekenhuizen binnen het locoregionaal ziekenhuisnetwerk, de verwijzingen. Dit wordt onmiddellijk gemeld aan de federale gezondheidsinspecteur met het oog op de regulatie door de bevoegde 112-centrale.
- Zodra een locoregionaal ziekenhuisnetwerk in zijn geheel een bezettingsgraad van 75% van zijn reflexcapaciteit bereikt, zal de federale gezondheidsinspecteur, in uitvoering van de beleidslijnen van het Comité Hospital & Transport Surge Capacity, maatregelen tot regulatie nemen, zowel op vlak van verwijzingen en transport, als op vlak van afspraken met de bevoegde 112-centrale.

- Indien noodzakelijk zal het Comité Hospital & Transport Surge Capacity fase 2 (en later fase 3) van het surge capacity plan voor de “tweede golf” activeren. Deze activatie gebeurt steeds op het niveau van een volledige provincie.

De federale overheid zal binnen haar bevoegdheden voor de “tweede golf” voorzien in een systeem van **financiële compensatie** van de permanent gereserveerde capaciteit (eerste fase), alsook voor wat de eventueel te activeren tweede (en later ook derde) fase betreft. Deze compensatie zal zowel betrekking hebben op het ter beschikking houden van de capaciteit zelf, als op het gebruik ervan voor de zorg van COVID-patiënten. Voor wat de “eerste golf” betreft, wordt in het kader van de daartoe reeds opgerichte werkgroep binnen de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, een oplijsting worden gemaakt van de meerkosten en minderopbrengsten ten gevolge van de behandeling van COVID-patiënten; een systeem moet worden ontwikkeld dat verhindert dat zwaar belaste ziekenhuizen in hun globale financiering benadeeld zouden worden ten opzichte van minder belaste ziekenhuizen.

Vele ziekenhuizen hebben op het moment van dit schrijven nog een COVID-19-bezettingsgraad die hoger is dan de minimale capaciteit die voorzien is in fase 1 van de “tweede golf”. Indien vanaf 4 mei **nieuwe patiënten** worden gehospitaliseerd waarvan blijkt dat zij met COVID besmet zijn, worden deze, in functie van de hoger vermelde regulatiemechanismen en drempelwaarden zo nodig verwezen. Patiënten die vóór 4 mei werden gehospitaliseerd worden, behoudens medische noodzaak, niet meer getransporteerd naar een ander ziekenhuis.

2) Gefaseerde heropstart van de niet-COVID-19-activiteiten in het ziekenhuis

Op het moment van dit schrijven zijn de eerder herhaaldelijk gecommuniceerde maatregelen inzake de annulatie van alle niet-essentiële zorg nog steeds van toepassing. Tegelijk werd door de Nationale Veiligheidsraad op 24/04/2020 in het kader van de “exit-strategie” beslist dat onderzocht zou worden hoe het gezondheidszorgsysteem, waaronder de ziekenhuizen, kunnen reageren op de noodzaak om de beste zorg te blijven bieden aan mensen die besmet zijn met COVID-19 en tegelijk de toegang tot de algemene en gespecialiseerde gezondheidszorg geleidelijk en veilig uit te breiden. Het doel is dat iedereen zo snel mogelijk weer op een "normale" manier toegang krijgt tot de gezondheidszorg en dat de medische infrastructuur die nodig is voor de verzorging van mensen die aan het virus lijden, niet wordt overbelast.

In de voorbije 2 weken werd er, wat de medische zorg in de ziekenhuizen, advies gevraagd aan het uitgebreid Bureau van de Hoge Raad van Artsen-specialisten en Huisartsen. Daarnaast werd ook intensief overleg voorzien met het Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten (VBS-GBS) en de verenigingen van hoofdartsen. **Wij danken uitdrukkelijk deze verenigingen voor het intensieve en constructieve overleg over deze complexe thematiek.**

Op basis van het geleverde advies en het gevoerde overleg kunnen wij de volgende **richtlijnen voor de gefaseerde heropstart van activiteiten in de ziekenhuizen** voorstellen.

- 1) Allereerst willen we herhalen dat absoluut prioritair alle **noodzakelijke, dringende zorg** kan plaatsvinden. Dat was steeds het geval, ook tijdens de eerste golf van COVID-19. Dit geldt uiteraard nog steeds.

Door de verlenging van de maatregelen tot annulatie van activiteiten in de gezondheidszorg zijn sommige noodzakelijke zorgnoden die aanvankelijk niet dringend waren, dat inmiddels wel geworden. Daaraan moet eveneens prioritair aandacht worden gegeven. Wij vragen aan de ziekenhuizen om de uitgestelde zorg actief te analyseren en actief contact te leggen met de patiënten, waarbij een prioritering wordt toegepast zodat die patiënten die meest dringend nood hebben aan ziekenhuiszorg inderdaad eerst toegang krijgen tot deze zorg. Daarbij kan ziekenhuiszorg zowel betrekking hebben op raadpleging, thuishospitalisatie, mobiele teams, medisch-technische diensten, daghospitalisatie of klassieke hospitalisatie.

Het VBS-GBS heeft in overleg met de federale overheid het initiatief genomen om, in samenspraak met de betrokken beroepsverenigingen, per specialisme een referentiekader ter beschikking te stellen inzake de noodzaak en dringendheid van zorg. Dit referentiekader is oriënterend, de clinicus moet het toepassen in functie van de specifieke problematiek van de individuele patiënt, alsook rekening houdend met de veiligheid en capaciteit van de context in het ziekenhuis en de interne richtlijnen hieromtrent. Het referentiekader is bovendien een dynamisch gegeven en zal stelselmatig worden bijgewerkt. Het referentiekader wordt wekelijks door het uitgebreid Bureau van de Hoge Raad – met de reguliere Bureauleden van de bank van de Academie en de Beroepsverenigingen, aangevuld met vertegenwoordigers van de hoofdartsen, en met aanwezigheid van elk van de artsensyndicaten – gevalideerd en vervolgens gepubliceerd op de website van het VBS-GBS: www.vbs-gbs.org en de FOD VVVL.

- 2) De heropstart van de activiteiten binnen de eerste lijn, met ook daar het inhalen van een aantal zorgvragen die ondertussen noodzakelijk en dringend zijn geworden, zal eveneens een instroom van zorgvragen in de ziekenhuizen betekenen. Deze realiteit dient te worden ingecalculeerd bij de heropstart van de niet-COVID-activiteiten in het ziekenhuis.
- 3) Vervolgens willen wij stellen dat de heropstart van electieve, planbare niet-COVID-activiteiten – dus andere activiteiten dan deze vermeld onder richtlijn 1 – absoluut geconditioneerd en beperkt wordt door
 1. De verdere verwerking van de “eerste golf”: patiënten uit de eerste golf worden, behalve medische noodzaak, niet verwezen naar andere ziekenhuizen omwille van capaciteitsredenen.
 2. Het paraat zijn om te voldoen aan de in deze brief vermelde vereisten van de “tweede golf”.
 3. Het beschikken over voldoende personeel, rekening houdend met bv. de zware belasting van bepaalde equipes tijdens de voorbije weken, de uitval door ziekte, het inhalen van verlof, e.d.m.
 4. Het gerealiseerd hebben van een aantal organisatorische en infrastructurele maatregelen met betrekking tot het onthaal, de patiëntenstromen, de wachtkamers, de agendaplanning van consultaties, onderzoeken en ingrepen, etc. die alle tot doel hebben enerzijds social crowding te vermijden en maximaal physical distancing te behouden en anderzijds een zo goed mogelijke scheiding te maken van COVID- versus non-COVID-patiëntenstromen. Wat de gehospitaliseerde patiënten betreft, dienen maatregelen

genomen te worden om de COVID-patiënten op kamers en afdelingen te scheiden van niet-COVID- of COVID-verdachte patiënten; de nodige afstand, alsook de nodige beschermingsmaterialen moeten daarbij voorzien worden. De richtlijnen die daarover door de overheden gegeven worden, dienen gevolgd te worden. Inzake hygiëne en infectiebestrijding wordt samengewerkt met de Infectie- en Controlepreventie Teams binnen het ziekenhuis (indien van toepassing).

5. Het beschikken over en het voortdurend monitoren van de nodige beschermingsmaterialen voor de zorgverstrekkers en het personeel enerzijds en voor de patiënten en hun begeleiders (zie verder) anderzijds. De richtlijnen die daarover door Sciensano of de overheden gegeven worden, dienen gevolgd te worden.
 6. Het beschikken over en het voortdurend monitoren van de geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die nodig zijn voor de patiëntenzorg (bv. staalafnamemateriaal, bepaalde medicatie die in het operatiekwartier en op intensieve zorgen gebruikt wordt, etc.).
- 4) Indien de activiteiten onder richtlijn 1 en 2 verzekerd zijn, en de condities onder richtlijn 3 gegarandeerd zijn en strikt en continu worden opgevolgd, dan kunnen ziekenhuizen op een gefaseerde wijze en rekening houdend met alle relevante factoren volgens de volgende rangschikking hun electieve activiteiten heropstarten:
1. De raadplegingen, thuishospitalisatie-activiteiten en mobiele teams: vanaf 4/05/2020
 2. De niet-chirurgische daghospitaalactiviteiten (bv. geriatrie, psychiatrie): vanaf 4/05/2020
 3. De chirurgische daghospitaalactiviteiten die geen gebruik maken van intensieve zorgen: vanaf 4/05/2020
 4. Klassieke hospitalisaties die geen gebruik maken van intensieve zorgen: vanaf 11/05/2020
 5. Activiteiten die gebruik maken van intensieve zorgen: vanaf 11/05/2020
- 5) Wat de begeleiding van patiënten of het bezoek aan gehospitaliseerde patiënten betreft, gelden tot bericht van het tegendeel volgende regels:
1. Elke persoon die op consultatie komt, of voor daghospitalisatie naar het ziekenhuis komt, mag vergezeld worden door 1 persoon, liefst uit het gezin zelf of uit vaste omgeving. Deze persoon moet zijn eigen mondmasker dragen; zo nodig zal het ziekenhuis hem een mondmasker bezorgen voor het bezoek.
 2. Voor wat gehospitaliseerde patiënten betreft: voorlopig houden we de regel aan dat geen bezoek mogelijk is. Dezelfde uitzonderingen die reeds golden, blijven van toepassing:
 - i. Eén of beide ouders (of gelijkgesteld) van pasgeborenen en kinderen van minder dan 18 jaar die gehospitaliseerd zijn
 - ii. Onmiddellijke naasten van personen die in kritieke of eindelevensfase zijn

De behandelend arts past deze criteria toe binnen een beleid en toezicht dat door de hoofdarts van het ziekenhuis wordt voorzien.

- 6) Verbod om de gehospitaliseerde patiënten naar huis te laten gaan op woensdagnamiddag en/of tijdens weekend (therapeutische weekends).
- 7) Vrijwilligers en stagiairs: een registratiesysteem moet worden voorzien.

3) Verantwoordelijkheden

Het verder verwerken van de “eerste golf” en het afwerken van de zorg van de patiënten van die “eerste golf”, het verzekeren van de paraatheid en de verwachte inspanningen voor de “tweede golf” en het realiseren van een gefaseerde heropstart van de non-COVID-activiteiten volgens bovenstaande richtlijnen, is een complexe zaak die de resultante is van het in rekening nemen van heel wat normerende instructies, verwachtingen en gedragingen van actoren binnen en buiten het ziekenhuis, alsook een ruime set van randvoorwaarden die voortdurend in beschouwing moeten worden genomen. **Rekening houdend met die complexiteit blijft de actieve fase van het ziekenhuisnoodplan van toepassing, tot bericht van het tegendeel.**

Het aanhouden van de actieve fase van het noodplan betekent eveneens dat alle actoren, met name de algemeen directeur, de hoofdarts en de noodplanningscoördinator, waar nodig in samenspel met andere actoren, samen verantwoordelijkheid nemen voor de gecoördineerde aanpak om de continuïteit van de ziekenhuiszorg, de veiligheid voor patiënt en personeel, de paraatheid van het ziekenhuis, etc. te verzekeren. Zij maken daartoe samen een plan op voor een beheerste en gefaseerde heropstart dat alle in deze brief vermelde aspecten in rekening neemt. Zij houden dit plan ter beschikking van de overheden.

De hoofdarts speelt een cruciale rol in het toepassen van het referentiekader inzake noodzakelijke, dringende zorg en de medische aspecten van de bovenstaande richtlijnen inzake de heropstart van non-COVID-activiteiten, daarbij steeds rekening houdend met alle relevante specificiteiten van het ziekenhuis en het patiëntenbestand, en eveneens rekening houdend met het algemene kader dat in toepassing van het ziekenhuisnoodplan geldt en de bijhorende rollen en verantwoordelijkheden. In toepassing van hun wettelijke verantwoordelijkheid inzake de medische activiteit van het ziekenhuis worden de hoofdartsen uitdrukkelijk gemandateerd om deze opdracht te verzekeren en alle nodige maatregelen ter zake te nemen, waar vereist in samenspraak met andere actoren binnen het ziekenhuis. De hoofdarts kan binnen zijn bevoegdheid instructies geven aan de medische staf. De hoofdarts kan ter zake overleggen met diensthoofden, met de verpleegkundig directeur en met alle actoren waarmee overleg nuttig en nodig is.

De verschillende bevoegde instellingen binnen de federale overheid – de FOD VVVL, het RIZIV en het FAGG – beschikken elk afzonderlijk en samen over instrumenten om een monitoring te voorzien van de activiteiten op het werkveld en de naleving van bovenstaande regels.

Wij wensen de ziekenhuizen en hun personeel, en in het bijzonder de algemeen directeur, de hoofddarts en de noodplanningscoördinator uitdrukkelijk te danken voor het leiderschap en de verantwoordelijkheid die jullie elk afzonderlijk en samen hebben genomen en nemen. Ook willen wij jullie voor de verdere aanpak, zoals ook beschreven in deze brief, te bevestigen in dat leiderschap en deze verantwoordelijkheid.

Dr. Paul Pardon

Chief Medical Officer
België, Voorzitter van
de Risk Management
Group

Pedro Facon

Voor het Comité
Hospital & Transport
Surge Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe

Voor het
Wetenschappelijk
Comité

Prof. Dr. Geert
Meyfroidt

Voorzitter van de
Belgische Vereniging
Intensieve
Geneeskunde

Bijlage: Excel "COVID Reserved and Surge capacity 2nd wave"