



Ziekenhuisnoodplan (ZNP)

Deel V

FAQ

Maart 2018



1. Inhoudsopgave

1.	Inhoudsopgave	2
2	FAQ	4
2.1	Legale basis.....	4
2.1.1	Moeten de gemeenschappelijke verklaring, het protocolakkoord en de leidraad ZNP, nog gepubliceerd worden in de vorm van een Koninklijk Besluit ter vervanging van het nog steeds in voege zijnde Koninklijk Besluit van 17 oktober 1991?.....	4
2.1.2	Heeft u enig idee wanneer de publicatie is voorzien van de aangepaste wetgeving?.....	4
2.2	Incident Crisismanagement System (ICMS).....	4
2.2.1	Het ziekenhuis wordt geacht om enerzijds het systeem te voeden met een bedbeschikbaarheid en anderzijds het logboek op te volgen als beslissingsondersteunend middel. Beide opdrachten worden gerealiseerd op geografisch verschillende plaatsen in het ziekenhuis (i.e. centrale opnamedienst en de spoedgevallendienst). Is één login voldoende? Kunnen beide diensten met dezelfde login simultaan gegevens invoeren en/of het logboek bekijken?.....	4
2.2.2	Welke zal de frequentie zijn waarmee men de capaciteiten moet invoeren? Of is dit enkel op afroep in geval van een ramp?.....	4
2.2.3	Is er een opleiding voorzien voor de ziekenhuizen? Zo ja, is dit een train-the-trainer opleiding? Zo nee, waar kan een opleiding gevolgd worden en wat is de kostprijs hiervan?	5
2.2.4	Zal het gebruik van ICMS effectief een verplichting worden?.....	5
2.2.5	Is het platform reeds toegankelijk? Wie zal er toegang toe hebben? Hoe zullen we er toegang toe krijgen? Zullen we er het volledige ZNP in moeten opnemen wanneer het goedgekeurd zal zijn?	5
2.3	Coördinatie- en commandocel (CCZ).....	5
2.3.1	Bij de activatie van het ZNP moet de CCZ geactiveerd worden. Wat moet worden begrepen onder 'activatie van het ZNP'? Is dit reeds vanaf het oproepen van de TIP (informatiefase) of kan dit bijvoorbeeld gekoppeld worden aan de actiefase of op initiatief van de interventieleider TIP? (Ter info: ruim 95% van de incidenten waarbij de TIP zijn functie opneemt, zijn mineure incidenten waarbij het activeren van het CCZ niet zinvol is.)	5
2.3.2	De cel moet binnen de 30 minuten na alarm samengesteld en operationeel zijn. In hoeverre is dit verplichtend? Immers, in realiteit is dit onmogelijk gezien niet alle leden CCZ om de hoek wonen.....	6
2.4	Technisch ziekenhuisnoodplan (ZNP TEC)	6
2.4.1	Het ZNP wordt verdeeld in een medisch en technisch luik. We kunnen echter geen voorwaarden terugvinden waaraan dit technisch deel moet voldoen.	6
2.5	Noodplancoördinator.....	6
2.5.1	Deze functie wordt verplichtend waarbij de jobtime wordt bepaald in functie van de grootte van het ziekenhuis en de gemaakte risicoanalyse. Welke zijn de te gebruiken parameters tot het bepalen van de jobtime?.....	6
2.6	Uniform intern noodnummer	6
2.6.1	Is de implementatie van het noodnummer 2222 verplicht?	6
2.7	Generiek e-mailadres	6
2.7.1	Wat is het doel van het e-mailadres puh@domeinnaamziekenhuis.be? Welke informatie wordt bekend gemaakt?	6



ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

2.7.2	Wat betreft het email-adres: « cip-ctd@health.belgium.be »: Wanneer een instelling over meerdere sites beschikt, gaat het dan om één adres per site of om één gemeenschappelijk adres ?.....	6
2.8	Capaciteit van het ziekenhuis	7
2.8.1	Hoe moet de behandelcapaciteit van een ziekenhuis gedefinieerd worden? Moet ze om de 24 uur aangepast worden? Is het ICMS-platform al actief om de behandelcapaciteit te publiceren?	7
2.9	Patiëntenclassificatie bij evacuatie.....	8
2.9.1	Is het gebruik van de voorgestelde patiëntenclassificatie en -code verplicht?	8
2.9.2	Kunnen we de het rekenblad voor de risicoanalyse bekomen?.....	8
2.10	Isolatie bij infectieuze aandoeningen	8
2.10.1	Is er een cascade van te nemen maatregelen bij een epidemie of pandemie?	8
2.11	Psychiatrisch ziekenhuis.....	9
2.11.1	Ieder ziekenhuis moet beschikken over een ZNP voor interne én externe problemen. Moet een psychiatrisch ziekenhuis ook iets voorzien voor externe problemen? Indien ja, wie beslist er in geval van een ramp, over het feit dat een psychiatrisch ziekenhuis « opgevorderd » zou zijn?	9
2.11.2	Is de reflex- en behandelcapaciteit ook van toepassing op een psychiatrisch ziekenhuis, aangezien een psychiatrisch ziekenhuis geen spoedgevallendienst of operatiekwartieren heeft, maar enkel een kleine EHBO-post? Moet een psychiatrisch ziekenhuis, een contactpunt hebben voor slachtofferinformatie (POC-HOSP)?.....	10

2 FAQ

2.1 Legale basis

2.1.1 **Moeten de gemeenschappelijke verklaring, het protocolakkoord en de leidraad ZNP, nog gepubliceerd worden in de vorm van een Koninklijk Besluit ter vervanging van het nog steeds in voege zijnde Koninklijk Besluit van 17 oktober 1991?**

De gemeenschappelijke verklaring en het protocolakkoord zijn gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad – respectievelijk 27 juni 2016 en 24 oktober 2016 - en vervangen geen Koninklijk Besluit. De gemeenschappelijke verklaring en protocolakkoord zijn politieke overeenkomsten tussen de verschillende overheden, waarin onder meer afgesproken wordt dat de wetgeving zal aangepast worden. Het is de bedoeling dat de gefedereerde entiteiten hun wetgeving aanpassen op basis van de voorstellen van de werkgroepen in overleg met de federale overheid via de Interministeriële Conferentie (IMC).

2.1.2 **Heeft u enig idee wanneer de publicatie is voorzien van de aangepaste wetgeving?**

Momenteel zijn de ontwerpen van aanpassing van de regelgeving in opmaak. De gemeenschappen en gewesten zullen deze onderling afstemmen. Nadien moet de procedure tot publicatie in het Belgisch Staatsblad worden doorlopen. Er wordt gestreefd deze publicatie voor einde 2018 rond te hebben.

2.2 Incident Crisismanagement System (ICMS)

2.2.1 **Het ziekenhuis wordt geacht om enerzijds het systeem te voeden met een bedbeschikbaarheid en anderzijds het logboek op te volgen als beslissingsondersteunend middel. Beide opdrachten worden gerealiseerd op geografisch verschillende plaatsen in het ziekenhuis (i.e. centrale opnamedienst en de spoedgevallendienst). Is één login voldoende? Kunnen beide diensten met dezelfde login simultaan gegevens invoeren en/of het logboek bekijken?**

Voor elk hospitaal met een rol in de rampenwerking (met een erkende spoedgevallendienst) zijn 2 logins voorzien. Men kan met eenzelfde login op 2 toestellen tegelijk inloggen. Als nadien mocht blijken dat meerdere accounts nodig zijn, is dat een evaluatie die met de dienst Dringende Geneeskundige Hulpverlening van FOD Volksgezondheid, moet gemaakt worden.

2.2.2 **Welke zal de frequentie zijn waarmee men de capaciteiten moet invoeren? Of is dit enkel op afroep in geval van een ramp?**

Het op dagelijkse basis invoeren van deze capaciteit is wenselijk omdat ze een belangrijke meerwaarde voor de dringende geneeskundige hulpverlening, biedt

ICMS kan worden gebruikt voor preventieve situaties en voor crisissituaties. Een ziekenhuis zou zelf een case kunnen creëren voor zijn interne functionering. Voor multidisciplinaire crisissituaties, zullen de cases gecreëerd worden door het HCS 112. De ziekenhuizen weten zich te connecteren met de case. Binnen de case, is een specifiek logboek HOSP beschikbaar (en alleen leesbaar voor discipline 2).

2.2.3 Is er een opleiding voorzien voor de ziekenhuizen? Zo ja, is dit een train-the-trainer opleiding? Zo nee, waar kan een opleiding gevolgd worden en wat is de kostprijs hiervan?

Dit moet nog bekeken worden tussen Temporary Association Cemac Dynamis (TCD) en FOD Volksgezondheid.

De dagprijs voor een opleiding door TCD is 1700 euro voor 15 personen.

De e-learningmodule biedt een alternatief. Deze module is bestemd voor de ziekenhuizen, is kosten – efficiënt en is haalbaar. Voor de artsen is er accreditatie voorzien.

In mei – juni 2017 hebben enkele opleidingen plaats gevonden voor hulpverleners waaraan enkele Dir-Meds hebben kunnen deelnemen.

Bovendien spreekt het ook voor zich dat tevens een correcte opleiding van een zo ruim mogelijke doelgroep van personeel en artsen binnen de ziekenhuizen - waarvan minimum de noodplancoördinator van het ziekenhuis - , een cruciale factor speelt in het efficiënt gebruik van ICMS.

2.2.4 Zal het gebruik van ICMS effectief een verplichting worden?

Dit moet nog intern binnen de FOD Volksgezondheid, bekeken worden. Uiteraard is het gebruik van ICMS maar effectief indien de tool door alle betrokken ziekenhuizen gebruikt en toegepast wordt.

2.2.5 Is het platform reeds toegankelijk ? Wie zal er toegang toe hebben ? Hoe zullen we er toegang toe krijgen ? Zullen we er het volledige ZNP in moeten opnemen wanneer het goedgekeurd zal zijn ?

Het platform is beschikbaar via <https://ops1.icmsystem.be>

Elk ziekenhuis met een spoeddienst heeft een login ontvangen van FOD Binnenlandse Zaken. De logins worden doorgestuurd via de federaal gezondheidsinspecteur.

De plannen kunnen geüpload worden (dus geen verplichting, maar een mogelijkheid).

Om dat te doen zijn "data admin"-rechten vereist. De ziekenhuizen hebben momenteel die rol niet. Er moet dus gebruik gemaakt worden van het algemeen nood- en interventieplan van de stad/ gemeente.

2.3 Coördinatie- en commandocel (CCZ)

2.3.1 Bij de activatie van het ZNP moet de CCZ geactiveerd worden. Wat moet worden begrepen onder 'activatie van het ZNP'? Is dit reeds vanaf het oproepen van de TIP (informatiefase) of kan dit bijvoorbeeld gekoppeld worden aan de actiefase of op initiatief van de interventieleider TIP? (Ter info: ruim 95% van de incidenten waarbij de TIP zijn functie opneemt, zijn mineure incidenten waarbij het activeren van het CCZ niet zinvol is.)

Activatie van het ZNP wil zeggen dat het ZNP afgekondigd wordt en dat bijgevolg minimaal de informatiefase wordt afgekondigd.



2.3.2 De cel moet binnen de 30 minuten na alarm samengesteld en operationeel zijn. In hoeverre is dit verplichtend? Immers, in realiteit is dit onmogelijk gezien niet alle leden CCZ om de hoek wonen.

Dit is een richtlijn en geen verplichting.

2.4 Technisch ziekenhuisnoodplan (ZNP TEC)

2.4.1 Het ZNP wordt verdeeld in een medisch en technisch luik. We kunnen echter geen voorwaarden terugvinden waaraan dit technisch deel moet voldoen.

Dat klopt, er zijn inderdaad geen voorschriften hieromtrent.

2.5 Noodplancoördinator

2.5.1 Deze functie wordt verplichtend waarbij de jobtime wordt bepaald in functie van de grootte van het ziekenhuis en de gemaakte risicoanalyse. Welke zijn de te gebruiken parameters tot het bepalen van de jobtime?

Deze functie moet worden ingevuld in functie van de grootte van het ziekenhuis. Er is bewust gekozen hieraan geen minimale jobtime te koppelen. Het is aan elk ziekenhuis om de vereiste tijd hiervoor te bepalen. Ziekenhuizen zullen nooit gecontroleerd worden op input (hoeveel jobtime is voorzien?). Het is de output die belangrijk is.

2.6 Uniform intern noodnummer

2.6.1 Is de implementatie van het noodnummer 2222 verplicht?

Neen maar uniformiteit is gelijk aan vereenvoudiging en vooral standaardisatie in de communicatie.

2.7 Generiek e-mailadres

2.7.1 Wat is het doel van het e-mailadres puh@domeinnaamziekenhuis.be? Welke informatie wordt bekend gemaakt?

Het doel van het creëren van dit generieke emailadres is om het e-mailadres van de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ) te vergemakkelijken. Dit e-mailadres wordt gebruikt voor de coördinatie en het beheer van de noodsituatie.

2.7.2 Wat betreft het email-adres: « cip-ctd@health.belgium.be »: Wanneer een instelling over meerdere sites beschikt, gaat het dan om één adres per site of om één gemeenschappelijk adres ?

Men moet een onderscheid maken tussen het email-adres van de contactpersoon van het ziekenhuis (POC@domeinnaamziekenhuis.be) en het email-adres van het centraal informatiepunt van de overheid (ctp-ctd@health.belgium.be)

De uniformisering van beide email-adressen is in het leven geroepen voor de facilitering van de gegevens-uitwisseling van de slachtofferlijsten tussen het ziekenhuis en de overheid (meer bepaald het coördinatiecomité)

Indien de oprichting van meerdere contactpunten binnen het ziekenhuis nodig is en u aparte slachtofferlijsten wil doorsturen vanuit elk contactpunt naar de overheid, dan stellen we de volgende constructie van email-adres voor: POC@domeinnaam ziekenhuis.domeinnaamcampus.be

2.8 Capaciteit van het ziekenhuis

2.8.1 Hoe moet de behandelcapaciteit van een ziekenhuis gedefinieerd worden? Moet ze om de 24 uur aangepast worden? Is het ICMS-platform al actief om de behandelcapaciteit te publiceren?

- De ziekenhuizen met een erkende functie basiszorg of gespecialiseerde noodhulpverlening, moeten hun huisvestingscapaciteit vermelden binnen hun ZNP.
- Reflex- of huisvestingscapaciteit: omschrijft het minimaal aantal slachtoffers dat een ziekenhuis kan opnemen tijdens de twee, eerste uren. Er wordt arbitrair verondersteld dat een ziekenhuis tijdens de twee, eerste uren, een aantal patiënten kan opnemen dat gelijk is aan 3 % van het aantal erkende bedden, per uur en dit in een verhouding van 10% kritieke slachtoffers, 30% zwaar gekwetste slachtoffers en 60% licht gekwetste slachtoffers. Deze huisvestingscapaciteit garandeert een minimale basiszorg en ligt aan de basis van de regulatie op de plaats van het rampterrein. De reflex- of huisvestingscapaciteit van een specifiek ziekenhuis is dus stabiel en wordt enkel aangepast bij structurele wijzigingen van het ziekenhuis.
- Verzorgings- of behandelcapaciteit: omschrijft de mogelijkheden van het ziekenhuis om na 'de receptie' en het toedienen van de eerste basiszorgen in te staan voor de verdere behandeling van de slachtoffers. Deze capaciteit wordt omschreven in termen van vrije bedden per kenletter, het aantal vrije beademingstoestellen, het aantal vrije operatiezalen die binnen het kwartier kunnen bestaft worden met een chirurg, een anesthesist en twee verpleegkundigen, het aantal plaatsen voor brandwondenpatiënten, de capaciteit van de hyperbare therapie, ...
- Vanaf de afkondiging van een noodplan, moet ieder betrokken ziekenhuis, deze behandelcapaciteit bij benadering, vermelden in het logboek van ICMS. Bij benadering, zodat de betrokken autoriteiten en hulpdiensten een 'snel idee' van de behandelcapaciteit kunnen krijgen. Het principe 'een snel idee' is in dit geval belangrijker dan 'langzaam en volledig accuraat'. Het logboek van ICMS geeft on-line, een overzicht van de acties van de 5 disciplines en vormt de meest betrouwbare en actuele informatiebron (cfr. Incident Crisis Management System). Er wordt een case aangemaakt en de betrokken diensten van de verschillende disciplines, kunnen het logboek (en kaart,) raadplegen en/of gegevens toevoegen.
- Het logboek van ICMS kan gebruikt worden voor preventieve situaties en crisissituaties. Een ziekenhuis zou zelf een case kunnen openen voor zijn interne functionering. Voor urgente, « multidisciplinaire » situaties, zullen de cases gecreëerd worden door HC112. De ziekenhuizen kunnen connecteren. In de cases, is een specifiek logboek HOSP beschikbaar, dat alleen zichtbaar is voor Discipline 2.

2.9 Patiëntenclassificatie bij evacuatie

2.9.1 Is het gebruik van de voorgestelde patiëntenclassificatie en -code verplicht?

Dit is een aanbeveling en geen verplichting.

2.9.2 Kunnen we de het rekenblad voor de risicoanalyse bekomen?

Dit rekenblad is na validatie door de stuurgroep beschikbaar gesteld op de website: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/risicoanalyse_lr.xlsx

2.10 Isolatie bij infectieuze aandoeningen

2.10.1 Is er een cascade van te nemen maatregelen bij een epidemie of pandemie?

- Eén geval of enkele gevallen:
 - hier volstaat de toepassing van de procedure van (standaard)isolatie conform de richtlijnen van de dienst ziekenhuishygiëne;
- Meerdere gevallen:
 - bij meerdere gevallen wordt op initiatief van het ziekenhuis het ZNP (luik CBRN) opgestart wegens overvloed aan te isoleren patiënten en wegens het effect op andere diensten van het eigen ziekenhuis;
 - (standaard)isolatiemaatregelen conform de richtlijnen van de dienst ziekenhuishygiëne worden toegepast;
 - de toepassing van het ZNP wordt gemeld aan het HCS112, ...
 - de business continuity wordt door het ziekenhuis gemeld aan de FGI;
- Meerdere gevallen met ook een effect op andere ziekenhuizen (bv noro-virus met isolatie van een ziekenhuis):
 - in dit geval moet het ZNP (luik CBRN) van meerdere ziekenhuizen in onderling overleg tussen deze ziekenhuizen en in samenspraak met de FGI worden opgestart;
 - (standaard)isolatiemaatregelen conform de richtlijnen van de dienst ziekenhuishygiëne worden toegepast;
- Bij een pandemische uitbraak of in het geval van de uitbraak van specifieke infectieuze aandoeningen:
 - in veel (tot alle) ziekenhuizen moet wegens de isolatie van (een deel van) het ziekenhuis en/of besmetting van een deel van het ziekenhuis het ZNP opgestart worden;
 - de FGI coördineert;
 - de toe te passen richtlijnen en de te nemen beschermingsmiddelen zullen door de overheid (en bv in overeenstemming met de richtlijnen van de WHO, CDC of ECDC) worden meegedeeld;
 - zo nodig (bv zolang de te nemen maatregelen nog niet werden kenbaar gemaakt) worden patiënten naar de aangeduide ziekenhuizen gestuurd die standaard een procedure hebben voor patiënten met infectieuze aandoeningen; eens de maatregelen gekend zijn kunnen ook andere ziekenhuizen ingeschakeld worden;

2.11 Psychiatrisch ziekenhuis

2.11.1 Ieder ziekenhuis moet beschikken over een ZNP voor interne én externe problemen. Moet een psychiatrisch ziekenhuis ook iets voorzien voor externe problemen? Indien ja, wie beslist er in geval van een ramp, over het feit dat een psychiatrisch ziekenhuis « opgevorderd » zou zijn?

Ja, een ziekenhuis moet een ziekenhuisnoodplan voor externe problemen hebben. Aan een psychiatrisch ziekenhuis kan bvb gevraagd worden om , eventueel tijdelijk, getroffen slachtoffers die psychologisch in shock verkeren, op te vangen en te huisvesten.

De FOD Volksgezondheid, met interministerieel akkoord van de Gemeenschappen en van de Gewesten, heeft de noodplannen van de ziekenhuizen geactualiseerd met het oog op een betere afstemming.

Vroeger moest elk ziekenhuis over een INP (intern noodplan) beschikken, net zoals elke onderneming, om het hoofd te bieden aan interne incidenten en accidenten (brand, explosie, rook, damp van toxisch product, elektrische panne, enz.). De ziekenhuizen met een spoedgevallendienst moesten, in het kader van hun regionale erkenning, ook beschikken over een MASH-plan (alarmeren van de ziekenhuisdiensten) waarin de procedures beschreven werden die geïmplementeerd zijn om de ziekenhuizen te herorganiseren bij een toestroom van slachtoffers van een ramp (zowel buiten als binnen het ziekenhuis). In dit MASH-plan, dat los staat van het INP, ontfermde men zich over de (psychologische, verpleegkundige en medische) zorgaspecten van de slachtoffers en van hun familie. Dit MASH-plan had nog geen betrekking op de psychiatrische en revalidatieziekenhuizen, aangezien ze niet over een spoedgevallendienst beschikten.

Het huidige ZNP werd naar alle ziekenhuizen veralgemeend. Dit ZNP bestaat uit twee delen : het (technische) ZNP TEC en het (medische) ZNP MED. Het ZNP TEC stemt overeen met het vroegere INP (in elk geval verplicht). Het ZNP MED stemt overeen met het vroegere MASH-plan. Het ZNP MED kan worden aangepast al naar gelang van de diensten en technische platforms van elk ziekenhuis.

Het idee is dat elk ziekenhuis moet voorzien in een minimum organisatie in geval van slachtoffers van een intern accident (waar moeten de slachtoffers worden geïnstalleerd, wie ontfermt zich erover en wie verwijst de hulp door die van buitenaf komt, enz.); maar ook, bij een eventueel verzoek van de hulpdiensten, voor een externe ramp (al dan niet dichtbij), hoe zouden de ziekenhuizen zich kunnen organiseren, met zijn gewone middelen, om eventuele slachtoffers op te vangen.

Alhoewel dat te overwegen valt en volledig wettelijk is, zal een strakke opvoeding altijd worden vermeden indien dit mogelijk is. Maar een gouverneur of een burgemeester, kunnen een ziekenhuis of een gebouw opvoederen indien dit noodzakelijk is, in het geval van respectievelijk een provinciale of gemeentelijke fase. Het is efficiënter om deze situaties te voorzien zodat, desgevallend, ambtshalve een constructieve dialoog tussen de overheden en de ziekenhuizen zou kunnen worden opgestart. Er is natuurlijk geen sprake van om aan een psychiatrisch ziekenhuis te vragen om een gepolytraumatiseerde patiënt in behandeling te nemen.

Het ZNP MED van de ziekenhuizen zonder spoedgevallendienst, zal natuurlijk zeer vereenvoudigd worden.



ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

Niettemin willen we eraan herinneren dat een ziekenhuis bestaande uit verschillende campussen evenwel procedures voor elke campus zal moeten voorzien (volgens het personeel, de lokalen en het materiaal van de campus).

Een ZNP dient 24u/ 24u en 365 dagen per jaar functioneel te zijn. Het ZNP dient ook bij gans het personeel gekend te zijn en jaarlijks te worden getest.

Tot slot, willen we er ook aan herinneren dat de opdracht van de hulpverleners die uitgestuurd zijn naar een uitzonderlijke situatie, erin bestaat om de slachtoffers te dispatchen naar de ziekenhuizen die het meest geschikt zijn voor de pathologieën van elk slachtoffer waarbij (indien mogelijk) een inadequate overbelasting van deze ziekenhuizen evenwel wordt vermeden. Vandaar als uitvloeisel hiervan het belang voor de overheden om te beschikken over een (jaarlijks geactualiseerd) ZNP van alle ziekenhuizen teneinde een kadaster van het potentieel bij te houden.

2.11.2 Is de reflex- en behandelcapaciteit ook van toepassing op een psychiatrisch ziekenhuis, aangezien een psychiatrisch ziekenhuis geen spoedgevallendienst of operatiekwartieren heeft, maar enkel een kleine EHBO-post? Moet een psychiatrisch ziekenhuis, een contactpunt hebben voor slachtofferinformatie (POC-HOSP)?

Neen omdat een psychiatrisch ziekenhuis geen erkende dienst voor spoedeisende hulp heeft.