



DATUM 28/10/2020
CONTACT Dr. Paul Pardon
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: opschaling naar fase 2B, creatie Corona High Oxygen Care bedden.

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 experts, heeft de afgelopen dagen actief de situatie van de ziekenhuissector blijven opvolgen.

Ook op politiek niveau, binnen de Federale Regering en het Regeringscommissariaat Corona wordt de situatie binnen de ziekenhuissector zeer nauwgezet gevolgd. Bovendien zijn een aantal bijkomende maatregelen tot ondersteuning in voorbereiding. Dit zowel op vlak van de versterking van de capaciteit, het reglementair verankeren van de regulatie (bv. het transport), op het vlak van financiële ondersteuning van de ziekenhuizen, als op het vlak van personeel. Daarover zal telkens gecommuniceerd worden, zodra mogelijk.

Het Comité dient, gezien de blijvende exponentiële epidemiologische evolutie en de belasting van de ziekenhuissector, de nodige maatregelen te nemen tot regulatie.

1. Epidemiologische situatie

In onze brief van 22/10/2020 werd gevraagd federaal op te schalen naar fase 2A.

Zoals aangegeven in deze brief maakt de exponentiële aangroei van de hospitalisatiecijfers dat we het aantal voorbehouden bedden in fase 1B voor COVID-ICU en COVID-non-ICU binnen de geconsolideerde nationale cijfers van vandaag woensdag 28/10/2020 bereiken.

Wij vragen aan alle algemene en universitaire ziekenhuizen om vanaf 02/11 op te schalen naar fase 2B, met 60% van de erkende ICU capaciteit gereserveerd voor COVID-19 patiënten, en 6 maal dit aantal non-ICU-COVID, en extra opening van een aantal ICU-bedden gelijk aan 40% van het aantal erkende ICU bedden (zie schema en tabel in bijlage). De overgang naar fase 2B dient gemeld te worden aan de bevoegde overheid. Indien het ziekenhuis er niet of slechts deels in zou slagen op te schalen naar fase 2B, bijvoorbeeld door personeelstekort, vragen wij het ziekenhuis de bevoegde overheid en de federale gezondheidsinspecteur hiervan in kennis te stellen.

2. Herinnering: spreiding van patiënten over ziekenhuizen, netwerken en provincies

We blijven benadrukken dat het spreidingsplan een essentieel deel uitmaakt van de acties ter borging van de kwaliteit van zorg voor de patiënten, COVID en niet-COVID, maar ook ter spreiding van de zorglast en de druk op het personeel en de instellingen. **De aangeboden spreidingscapaciteit wordt momenteel onderbenut, wij vragen aan de ziekenhuizen hier pro-actiever gebruik van te maken.**

Hoewel de nationale opschaling overal een bijkomende capaciteit zal opleveren blijft het solidair uitvoeren van het spreidingsplan zeer belangrijk. De COVID-patiënten zullen zich namelijk niet homogeen over het grondgebied ter hospitalisatie aanbieden.

De ziekenhuizen moeten ook in deze fase maximaal spreiden binnen het eigen netwerk of binnen de provincie, indien dit niet meer mogelijk blijkt zal ook supra-netwerk en supra-provinciaal gespreid worden.

Teneinde nachtelijke transporten zoveel als mogelijk te vermijden, vragen wij de ziekenhuizen om binnen hun operationele planning het vrijmaken van eigen nachtelijke ICU-capaciteit te voorzien.

Een reglementair kader is in voorbereiding om de regulatie van het transport meer dwingend te maken en zo ook een meer veilig kader voor de ziekenhuizen en de artsen te voorzien.

3. Herinnering: Uitstel reguliere niet-dringende zorg

Inherent aan het opschalen van de ziekenhuizen naar een fase 2A/B is dat er een ernstige impact is op alle reguliere niet-dringende zorg.

Een uitstel van reguliere niet-dringende zorg is noodzakelijk, en maakt net als het spreidingsplan een essentieel deel uit van de acties ter borging van de kwaliteit van zorg voor de patiënten, COVID en niet-COVID, maar ook ter voorkoming van een te hoge zorglast en de druk op het personeel en de instelling.

In onze brief van 22/10/2020 hebben we aan de ziekenhuizen gevraagd om uiterlijk maandag 26/10/2020 de eerste 3 stappen van het afschakelplan uitgevoerd te hebben. Dit veronderstelt dat ziekenhuizen ten eerste de electieve en planbare activiteiten die gebruik maken van intensieve zorgen, ten tweede klassieke hospitalisaties die geen gebruik maken van intensieve zorgen en ten derde de chirurgische daghospitaalactiviteiten die geen gebruik maken van intensieve zorgen tegen maandag 26/10/2020 moeten annuleren en dit voor een periode van 4 weken. Het HTSC voorziet een evaluatie en eventuele bijstelling van de richtlijn binnen 2 weken.

Het resterende electieve programma moet vervolgens, in relatie tot de epidemiologische evolutie en hospitaalcijfers, dan volgens de volgende rangschikking gradueel worden afgebouwd:

4. De niet-chirurgische daghospitaalactiviteiten (bv. geriatrie, psychiatrie, oncologie, ...).
5. De raadplegingen, thuishospitalisatie-activiteiten en mobiele teams.

De hoofdarts heeft binnen de actieve fase van het ziekenhuisnoodplan een centrale en moeilijke rol op te nemen. Gesteund door de algemeen directeur, de plenaire HTSC en de bevoegde ministers voor Volksgezondheid. We verwijzen hierbij naar de brief van de IMC Volksgezondheid van 19/10/2020 waarin wordt opgeroepen tot medewerking aan de acties van de hoofdartsen en federale gezondheidsinspecteurs in het kader van het ziekenhuisnoodplan en het spreidingsplan voor COVID-19-patiënten.

Wij krijgen signalen dat sommige ziekenhuizen deze regels nog niet correct toepassen. Vanuit het oogpunt van solidariteit en het verzekeren van voldoende verpleegkundig personeel in alle ziekenhuizen voor deze ingrijpende maatregelen, willen we u eraan herinneren dat deze regels imperatief zijn.

Het dient zeer duidelijk te zijn dat alle dringende en noodzakelijk consultaties, onderzoeken en ingrepen wel blijven doorgaan. Ook alle lopende (levens)noodzakelijke therapieën (chemotherapie, dialyse, ...) of noodzakelijke revalidatie worden voortgezet. Ziekenhuizen zijn veilige plekken om deze zorg verder te zetten – de COVID-zorg wordt duidelijk gescheiden van de reguliere zorg.

4. Creatie van Corona High Oxygen Care bedden buiten intensieve zorgen, binnen de non-ICU-COVID

De huidige COVID-golf zal een grotere belasting betekenen voor de ziekenhuizen dan de eerste golf die van start ging in maart. Het surge capacity plan voorziet dat, in fase 2B, 1200 bedden binnen de erkende ICU-capaciteit (60%) wordt voorzien, en dat er hier boven op nog 800 bedden bijkomende ICU capaciteit worden gecreëerd (+40%) Dit zal zich voornamelijk op ontwaakzalen en operatiekwartieren afspelen.

Worst-case projecties geven aan dat deze totale (theoretische) capaciteit van 2000 ICU bedden voor COVID ontoereikend zal zijn. Een significante proportie van de COVID-patiënten heeft tijdens het verblijf nood aan Optiflow® of High Flow Nasal Oxygen (HFNO) therapie. Sommige patiënten worden nooit beademd, en krijgen HFNO als enige vorm van zuurstoftherapie. Voor sommige patiënten is HFNO een vorm van step-up of step-down therapie voor of na beademing.

In step-down na mechanische beademing, of bij patiënten met HFNO als maximale vorm van ademhalingsondersteuning, zijn er een aantal patiënten voor wie HFNO of Optiflow® therapie de enige reden is waarom ze nog op intensive care verblijven. We schatten dat dit tot 25% van de ICU patiënten kan betreffen, afhankelijk van de case-mix in uw ziekenhuis.

Als noodoplossing stelt het HSTC voor om HFNO therapie te voorzien op conventionele verpleegafdelingen met de nodige parameter-opvolging, en deze patiënten dus niet op ICU te houden, waar ze niet de gehele ICU infrastructuur gebruiken en behoeven. Op die manier kan de ICU gereserveerd worden voor patiënten met mechanische beademing of dreigende mechanische beademing, of voor patiënten met ander geassocieerd orgaanfalen.

Wij vragen aan de algemene en universitaire ziekenhuizen om zich zo te organiseren dat zij opschalen naar fase 2B en binnen hun netwerk een aantal HFNO-bedden creëren dat gelijk is aan 15% van het aantal erkende bedden met intensief karakter in het netwerk. Indien niet alle extra COVID-ICU-bedden van de fase 2B gerealiseerd kunnen worden, vragen wij deze capaciteit te vervangen door HFNO-bedden binnen het netwerk.

Dit heeft een aantal implicaties van technische aard, maar ook mogelijk een impact op bestaffing van die afdelingen. **De overheid zal de nodige maatregelen voorzien om deze capaciteit correct te vergoeden.**

Zowel de techniciteit van de HFNO als de zorgzwaarte van de patiënt maakt dat er verhoogd toezicht zal nodig zijn. Qua bestaffing gaan we uit van een ratio van een nurse/patiënt-ratio van 1:6 tot 1:4, afhankelijk van de organisatie.

Om HFNO te kunnen toedienen zijn er een aantal vereisten :

1. De zuurstofleidingen op de afdeling moeten in staat zijn om 40-50 liter zuurstof per minuut te voorzien. Door het hoge debiet kan men niet werken met zuurstofflessen. Wij vragen aan de ziekenhuizen om contact op te nemen met hun leverancier en installateur van medische gassen teneinde de nodige technische installatie te voorzien.
2. Er moeten per bed een gasblender en een bevochtiger voorzien worden. Eventueel kan ter vervanging van de gasblender ook gewerkt worden met 2 rotameters, 1 voor zuurstof en 1 voor perslucht. De overheid neemt initiatieven tot een centrale aankoop van blenders voor ziekenhuizen die daarover nog niet of onvoldoende beschikken.
3. Er moet voldoende voorraad zijn aan disposable Optiflow® systemen. Het FAGG volgt deze markt op.

5. Aanbevelingen van de Belgische Vereniging Intensieve Geneeskunde

De druk op de ziekenhuizen en de intensieve zorgen zullen de komende dagen en weken zeer hoog zijn. Aanbevolen wordt dat elk ziekenhuis ethische richtlijnen hanteert in verband met opnamecriteria voor Intensive Care, om te voorkomen dat klinici moeilijke beslissingen moeten nemen zonder voorschriften, wat zou kunnen leiden tot willekeurige beslissingen. De Belgische Vereniging Intensieve Geneeskunde heeft in maart een advies uitgebracht inzake ethische principes voor de gelijkwaardige behandeling van patiënten. Dit advies is publiek beschikbaar in beide landstalen en in het Engels op <http://www.siz.be/covid-19-links/>. Het is aanbevolen dat de

hoofdgeneesheer dit advies, samen met de intensivisten, implementeert, rekening houdend met de lokale situatie.

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	Pedro Facon
Chief Medical Officer België, Voorzitter van de Risk Management Group	Voor het Comité Hospital & Transport Surge Capacity	Voor het Wetenschappelijk Comité	Voorzitter van de Belgische Vereniging Intensive Geneeskunde	Regeringscommissaris