

NOTA AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Voorontwerpbesluit van de Vlaamse Regering houdende wijziging van het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, betreffende het ziekenhuisnoodplan

Principiële goedkeuring

Bijlagen:

- het principiële goed te keuren voorontwerpbesluit van de Vlaamse Regering;
- het advies van de Inspectie van Financiën, d.d. 5 september 2018;
- de Gemeenschappelijke verklaring over de ziekenhuisnoodplanning d.d. 27 juni 2016;
- het Protocolakkoord over de ziekenhuisnoodplanning d.d. 24 oktober 2016.

1. INHOUDELIJK

1. Situering

Op 27 juni 2016 ondertekenden alle ministers bevoegd voor Volksgezondheid een Gemeenschappelijke Verklaring over Ziekenhuisnoodplanning¹. Deze Gemeenschappelijke Verklaring vormt de basis voor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid in het kader van een optimale opmaak, actualisatie, validatie en implementatie van het ziekenhuisnoodplan.

Op 24 oktober 2016 werd het "protocolakkoord tussen de federale regering en de overheden bedoeld in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de ziekenhuisnoodplanning voor een optimale opmaak, actualisatie, validatie, en implementatie van het ziekenhuisnoodplan"² ondertekend. In dit protocolakkoord werd onder meer afgesproken dat de werkgroep wetgeving, waarin de verschillende overheden betrokken zijn, een concreet voorstel van aanpassing van de wetgeving zou uitwerken.

Op de Interministeriële Conferentie d.d. 26 juni 2017 werd bovenstaand voorstel tot aanpassing van de wetgeving gepresenteerd. De ministers engageerden zich, elk binnen hun bevoegdheid, om het voorstel te implementeren in de wetgeving vóór 1 januari 2019. Voorliggend voorstel tot besluit van de Vlaamse Regering voert deze aanpassing van de wetgeving in voor de Vlaamse ziekenhuizen.

¹ BS 25 oktober 2016

² BS 20 januari 2017

2. Context

Conform artikel 5 §1 I 1^o van de Bijzondere Wet tot hervorming der instellingen d.d. 8 augustus 1980 is Vlaanderen, ingevolge de 6^{de} Staatshervorming, bevoegd om de erkenningsnormen van de ziekenhuizen en hun diensten te bepalen.

De erkenningsnormen van de ziekenhuizen zijn bepaald in het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964³. In dit Koninklijk Besluit is bepaald dat de ziekenhuizen moeten beschikken over een noodplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen en buiten het ziekenhuis.

Uit een bevraging in 2013 door de FOD Volksgezondheid van de ziekenhuizen bleek dat slechts de helft van de respondenten over een operationeel ziekenhuisrampenplan beschikken dat regelmatig geactualiseerd wordt, dat de goedkeuringsprocedure door de verschillende overheden zeer heterogeen is en dat minder dan de helft van de ziekenhuizen jaarlijks een realistische oefening organiseren.

De meerderheid van de ziekenhuizen gaf aan voorstander te zijn van ondersteuningsmaatregelen om hun voorbereiding op collectieve noodsituaties en specifieke risico's te verbeteren en verklaarden zich akkoord hieraan te willen meewerken. Er bleek onder meer nood aan mogelijkheid om informatie uit te wisselen, een uniform model voor het ziekenhuisnoodplan, een uniforme goedkeuringsprocedure, een draaiboek om het oefenen te faciliteren en voorbeelden van een goed plan van aanpak voor specifieke risico's.

Om aan deze noden te beantwoorden werden in juli 2014 vier werkgroepen opgericht:

- Werkgroep 'wetgeving' voor een beschrijving van de conclusies van de revisie van de wetgeving;
- Werkgroep 'model ziekenhuisnoodplan, goedkeuringsprocedure en specifieke risico's' voor de ontwikkeling van een template van het ziekenhuisnoodplan;
- Werkgroep 'draaiboek om te oefenen' belast met het uitwerken van een tool om te leren over het ziekenhuisnoodplan en een tool om oefeningen te organiseren;
- Werkgroep 'uitwisseling van informatie' via samenkomsten en website.

In de werkgroepen zijn, naast de experts van het werkveld en gelet op de huidige bevoegdheidsverdeling, zowel de federale overheid als de Gemeenschappen en Gewesten vertegenwoordigd. Rampenmanagement vergt een multidisciplinaire aanpak met een perfecte coördinatie tussen de verschillende disciplines en staat of valt met een gedegen communicatie. Het finale doel van de werkgroepen is daarom telkens de terminologie en de inhoud van de ziekenhuisnoodplannen te harmoniseren en de goedkeuringsprocedure te faciliteren.

Daarom zijn de huidige bepalingen rond het ziekenhuisnoodplan - die dateren van 1991 - toe aan actualisatie. Naast een vereiste afstemming van de terminologie, worden in de voorgestelde aanpassing onder meer de taken en verantwoordelijkheden verduidelijkt en de procedure tot goedkeuring van het plan gestandaardiseerd.

Om deze uniformiteit van terminologie te bekomen is het nodig dat in alle landsdelen dezelfde bepalingen en verplichtingen omtrent het ziekenhuisnoodplan worden opgelegd. Daarom zullen de verschillende Gemeenschappen en Gewesten gelijktijdig, elk binnen hun bevoegdheden, deze aanpassing van de regelgeving doorvoeren. Er is geopteerd voor een uniforme datum van uitvoering op 1 januari 2019.

³ K.B. van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

3. Inhoud

Volgende principiële uitgangspunten werden in acht genomen bij de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan:

- 'terugplooibare functies': dit betekent dat (bijvoorbeeld voor kleinere ziekenhuizen) de functie van noodplancoördinator gecombineerd kan worden;
- 'toepasbaarheid': het ziekenhuisnoodplan moet kunnen dienen voor zowel grote als kleine, universitaire als niet-universitaire, alsook voor de gespecialiseerde als de psychiatrische ziekenhuizen;
- 'sensibilisatie leidinggevend en directie': deze moeten zich heel goed bewust zijn van het belang van een operationeel ziekenhuisnoodplan;
- 'zichtbaarheid van de reflex- en de behandelcapaciteit': de reflexcapaciteit (dit is het minimum aantal slachtoffers dat gedurende het eerste uur kan worden opgevangen) en de behandelcapaciteit (dit is het aantal vrije ziekenhuisbedden op het moment dat de noodsituatie zich voordoet) moeten zichtbaar zijn zowel voor de coördinatoren op het terrein (in functie van de verdeling van de slachtoffers over de verschillende ziekenhuizen) als voor andere ziekenhuizen;
- 'generieke scenario's': om complexe materie zo eenvoudig mogelijk te houden;
- 'afstemming met de gemeentelijke, provinciale en nationale noodplannen': omdat een ziekenhuisnoodplan slechts onderdeel is van een grotere organisatiestructuur.

Voortaan wordt gesproken over 'het ziekenhuisnoodplan'. Daarmee wordt zowel het technisch ziekenhuisnoodplan (ZNP TEC) onder leiding van de veiligheidscoördinator als het medisch ziekenhuisnoodplan (ZNP MED) onder leiding van de hoofdgeneesheer bedoeld. Daarom ook wordt de eindverantwoordelijkheid voor het ziekenhuisnoodplan nu expliciet bij de algemeen directeur gelegd. Deze eindverantwoordelijkheid ontnemt niet de (mede)verantwoordelijkheden van de veiligheidscoördinator en de hoofdgeneesheer. Vanuit diens eindverantwoordelijkheid is de algemeen directeur of diens vervanger voorzitter van het permanent comité, de contactpersoon voor de overheid in geval van noodsituaties, permanent bereikbaar, voorzitter van de coördinatiecel van het ziekenhuis en bepaalt hij/zij of diens vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. In het kader hiervan kan de algemeen directeur of diens vervanger beslissen dat het ziekenhuis, nadat de reflex- of behandelcapaciteit werd bereikt, geen extra slachtoffers van de noodsituatie (meer) aan kan. In dit geval wordt de regulatie op het rampterrein door het ziekenhuis hiervan in kennis gesteld. Deze laatste beslissing wordt steeds in overleg met de federale gezondheidsinspecteur genomen.

Het merendeel van de ziekenhuizen hebben op vandaag één of meerdere personeelsleden die zich specialiseerden in noodplanning. De functie van noodplancoördinator wordt nu opgenomen in de bepalingen rond het ziekenhuisnoodplan. De verwachtingen, taken en verantwoordelijkheden van deze personeelsleden worden hiermee expliciet benoemd. Deze zijn zowel van preventieve als van operationele aard. Op preventief vlak zal de noodplancoördinator vooral ondersteuning bieden en meewerken aan risico-analyses en het alert houden van het ziekenhuispersoneel voor (de ontwikkelingen van) het ziekenhuisnoodplan via vormingen en oefeningen. Op operationeel vlak is de noodplancoördinator de persoon die ten tijde dat het ziekenhuisnoodplan van toepassing is aan procesbewaking doet en hiertoe ondersteuning biedt aan de algemeen directeur. Er is bewust gekozen, omwille van redenen van financiële belasting van de ziekenhuizen, de functie van noodplancoördinator niet als een verplichte permanentie in te schrijven. Daarnaast mag deze functie gecombineerd worden met andere functies in het ziekenhuis.

Het permanent comité, belast met het opstellen, actualiseren en valideren van het ziekenhuisnoodplan, wordt op vandaag als zeer uitgebreid en log ervaren. In veel gevallen worden deze verantwoordelijkheden opgenomen door enkele sleutelfiguren. Daarom wordt ook deze realiteit ingeschreven in de bepalingen onder de vorm van de installatie van een Bureau, waar minimaal de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator en het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst lid van zijn. Het ziekenhuis kiest of het secretariaat van het Bureau door één van deze drie functies wordt waargenomen, of dat hiervoor een specifiek persoon aan het Bureau wordt toegevoegd. Het Bureau

heeft een ondersteunende opdracht naar het permanent comité. De concrete afspraken hieromtrent worden door elk individueel ziekenhuis vastgelegd in een huishoudelijk reglement. Deze werkwijze voorkomt dat de overheid te regulerend optreedt.

Actueel worden heel wat problemen ervaren in de procedure tot goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan. Op vandaag moet de gouverneur een advies over het ziekenhuisnoodplan geven aan de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, die het plan al dan niet goedkeurt. De gouverneur vraagt hiervoor advies aan de federale gezondheidsinspecteur. De mate waarin dit lukt verschilt op vandaag van provincie tot provincie. Dit heeft ertoe geleid dat op vandaag heel wat ziekenhuizen niet beschikken over een goedgekeurd ziekenhuisnoodplan. Om antwoord te bieden aan deze realiteit wordt een herziening van de goedkeuringsprocedure ingeschreven. De idee om experts advies te laten verlenen over het inhoudelijke van het ziekenhuisnoodplan en de integratie ervan in de gemeentelijke, provinciale en nationale noodplannen blijft behouden en zelfs nog versterkt. Deze experts op lokaal niveau zijn vertegenwoordigd in de gemeentelijke veiligheidscel. De expertise op provinciaal en federaal niveau wordt bij de bespreking van het ziekenhuisnoodplan uitgenodigd in de personen van de provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspecteur. Het betrekken van deze laatste twee expertises is echter niet langer opschortend: dit was waar het op vandaag mis loopt door het uitblijven van advies van één of beide functies. De gemeentelijke veiligheidscel kan nu ook autonoom advies uitbrengen als de provinciale noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspecteur niet ingaan op de uitnodiging. Dit advies wordt dan alsnog overgemaakt aan de provinciale noodplancoördinator en/of federale gezondheidsinspecteur, die nog twee maanden de tijd hebben hierop te reageren. Finaal bekomt de burgemeester een inhoudelijk advies van het ziekenhuisnoodplan. Deze keurt het ziekenhuisnoodplan op basis hiervan al dan niet (met of zonder opmerkingen) goed en maakt zijn beslissing over aan de Vlaamse minister, die het ziekenhuisnoodplan al dan niet goedkeurt. Deze vernieuwde goedkeuringsprocedure kent de voordelen van het subsidiariteitsprincipe, de plaatselijke verankering, advies van experts met operationele kennis, pragmatisme en efficiëntie. Ze moet voorkomen dat de procedure op zich de reden is dat een ziekenhuis niet kan beschikken over een goedgekeurd ziekenhuisnoodplan.

Uit de bevraging in 2013 blijkt dat minder dan de helft van de ziekenhuizen jaarlijks een realistische simulatieoefening doen. Verantwoordelijken van het ziekenhuis moeten zich bewust zijn van het belang van een operationeel ziekenhuisnoodplan en moeten daartoe gesensibiliseerd worden. Er wordt bepaald dat elk ziekenhuis een meerjarenplan van vijf jaar opstelt, waarin een jaarlijks te organiseren simulatieoefening is voorzien. Om het oefenen te faciliteren wordt voorzien in richtlijnen voor het organiseren van oefeningen. Er bestaan drie types van oefeningen: alarmeringsoefening, zandbakoefening en terreinoefening. Ook een effectieve noodsituatie, waarvoor het ziekenhuisnoodplan effectief werd afgekondigd, kan als geldige oefening worden beschouwd, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd met alle betrokken actoren en dat de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

Omwille van de standaardisatie van de terminologie en aldus de communicatie ten tijde van een noodsituatie tussen alle actoren, binnen en buiten het ziekenhuis, te optimaliseren, worden de fasen en niveaus van het ziekenhuisnoodplan uniform vastgelegd. Het aantal fasen en niveaus wordt daarom ook beperkt gehouden. De fasen en niveaus volgen de realiteit. Op een bepaald moment is er notie van een noodsituatie, hetzij omdat dit aan het ziekenhuis gemeld wordt door het hulpcentrum 112, hetzij omdat er een grote toestroom is van slachtoffers van een zelfde gebeurtenis. Dit wordt de 'fase informatie' genoemd. De spoedgevallensarts zal, na intern overleg, beslissen of er al dan niet een reorganisatie van de middelen nodig is. Desgevallend wordt dan overgegaan tot de 'fase actie'. Ofwel wordt geoordeeld dat de het te verwachten aantal slachtoffers kan opgevangen worden door een interne verschuiving van middelen, ofwel dat extra personele middelen moeten worden opgeroepen. Dit wordt benoemd respectievelijk 'niveau I' en 'niveau II'.

De bepalingen in voorliggend voorontwerpbesluit van de Vlaamse Regering werden afgestemd op de andere bepalingen van de noodplanning op gemeentelijk, provinciaal en nationaal vlak, zoals vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 16 februari 2006⁴. Zo is bepaald dat de algemeen directeur de behandelcapaciteit van het ziekenhuis meldt in het Incident Crisis Management Systeem (ICMS). Het ICMS is een informaticaplatform voor het beheer van collectieve noodsituaties. Het omvat een centrale databank waar alle gegevens – cruciaal voor de rampenbeheersing – online bijgehouden worden. Deze centrale databank voedt de provinciale en gemeentelijke algemene nood- en interventieplannen en de bijzondere nood- en interventieplannen. Uiteraard zijn de termen in de voorliggend voorontwerpbesluit van de Vlaamse Regering afgestemd op deze in dit Koninklijk Besluit.

- Reflex- of huisvestingscapaciteit: omschrijft het minimaal aantal slachtoffers dat een ziekenhuis kan opnemen tijdens het eerste uur. Er wordt arbitrair verondersteld dat een ziekenhuis tijdens het eerste uur, een aantal patiënten kan opnemen dat gelijk is aan 3 % van het aantal erkende bedden van de campussen met een spoedgevallendienst 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- en 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 ingezet worden met een chirurg, een anesthesist en twee verpleegkundigen, het aantal plaatsen voor brandwondenpatiënten, de capaciteit van de hyperbare therapie, ...

Het ziekenhuisnoodplan bevat uiteraard de procedures voor de basiszaken van noodwerking: evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers. De opsomming van de aangelegenheden waarop het ziekenhuisnoodplan betrekking moet hebben werd, met uitzondering van de bepaling over het oefenen van het ziekenhuisnoodplan (punt p), ongewijzigd overgenomen van de bestaande bepalingen, zoals vermeld in het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964. De ziekenhuizen zullen, voor de uitvoering van deze bepalingen, ondersteund worden door de tools die door de hogervermelde werkgroepen worden ontwikkeld.

Ieder ziekenhuis moet een strategie vastleggen hoe om te gaan met de risico's zoals gedefinieerd in hun risico-analyse. Minimaal moeten volgende risico's worden behandeld: brand, uitval van nutsvoorzieningen, uitval van IT, pandemieën en risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard en explosieven (CBRNe), naast de risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt. Ook hiervoor zal ondersteuning voor de ziekenhuizen in het uitwerken van deze strategieën door hogervermelde werkgroepen worden aangeleverd.

2. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE BEGROTING VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Het voorstel van beslissing heeft geen weerslag op de begroting van de Vlaamse Gemeenschap.

Het advies van de Inspectie van Financiën werd verleend op 5 september 2018.

Het akkoord van de minister, bevoegd voor de begroting, is niet vereist.

⁴ K.B. van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen

3. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE LOKALE BESTUREN

Het voorstel van beslissing heeft geen weerslag op het gebied van personeelsinzet;

Noch op de werkingsuitgaven;

Noch op de investeringen en schulden;

Noch op de ontvangsten.

Conclusie: er is geen weerslag op de werking van de lokale besturen.

4. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP HET PERSONEELSBESTAND EN DE PERSONEELSBUDGETTEN

Het voorstel van beslissing heeft geen weerslag op het personeelsbestand en op het personeelsbudget.

Het akkoord van de minister, bevoegd voor bestuurszaken is dus niet vereist.

5 Kwaliteit van de Regelgeving

Reguleringsimpactanalyse

Het voorontwerpbesluit valt buiten het toepassingsgebied van de reguleringsimpactanalyse (RIA) om reden dat er geen vrije beleidsruimte bestaat.

Wetgevingstechnisch en taalkundig advies

Het bijgaande voorontwerpbesluit van de Vlaamse Regering werd aangepast aan het wetgevingstechnisch en taalkundig advies nr. 2018/381 van 3 september 2018.

6. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

1. haar principiële goedkeuring te hechten aan bovengenoemd voorontwerpbesluit;
2. de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid:
 - 2.1. te gelasten over voornoemd voorontwerpbesluit het advies in te winnen van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG), met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen;
 - 2.2. te gelasten over voornoemd voorontwerpbesluit het advies in te winnen van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV), met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van één maand;
 - 2.3. te gelasten het voornoemd voorontwerpbesluit voor verslag voor te leggen aan de algemene vergadering van het Rekenhof, in overeenstemming met artikel 5, §1, I. derde lid van de bijzondere wet van 8 augustus 1980;
 - 2.4. te machtigen om te beoordelen of voornoemd verslag aanleiding kan geven tot aanpassing van de heden door de Vlaamse Regering principieel goedgekeurde tekst;
 - 2.5. te gelasten over voornoemd voorontwerpbesluit van de Vlaamse Regering het advies in te winnen van de Raad van State, met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van 30 dagen zoals bepaald in artikel 84, §1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State als de Vlaamse minister oordeelt dat voornoemd verslag geen aanleiding geeft tot aanpassing van de heden door de Vlaamse Regering principieel goedgekeurd tekst.

Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin