

# Wergroep « 1 » van de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening : de programmatie van de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening.

## Vaststellingen

1. Ook al is het moeilijk om vergelijkbare gegevens te bemachtigen die de performantie meten, de nationale raad stelt vast dat er een ongelijke toegankelijkheid is tot de DGH voor de inwoners van de verschillende regio's in het land: er bestaat immers een grote verscheidenheid in de uitruktijden, de beschikbare middelen (PIT/MUG/ziekenwagen), de kwalificatie van het personeel, de performantie en de normen.
2. De oprichting van de PIT als pilootproject heeft een aangetoonde meerwaarde op medisch vlak, maar lijkt niet veel effect te hebben op het aantal interventies van de MUG-functies, in het bijzonder in bepaalde provincies door regulatieverschillen.
3. De uitrol van het verwerken van de wachtoproepen voor de huisartsen via 1733 beïnvloedt mogelijks de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening. Er moet nagedacht worden over de complementariteit en de gemeenschappelijke of gescheiden behandeling van de 2 systemen (112 en 1733) om de synergie te kunnen. De gevolgen van het inschakelen van de huisarts als volwaardig middel in de DGH is vandaag nog niet te voorspellen.
4. Afgezien van de MUG-functies bestaat er nog steeds geen programmatie voor de hulpmiddelen.
5. De "PIT" blijft momenteel een pilootproject zonder normen zodat de programmatie rekening moet houden met de beschikbare middelen, de SLA, alsook de te verwachten tekorten aan gekwalificeerd personeel.

## Aanbevelingen

1. Elke inwoner moet in principe in 90% van de gevallen kunnen rekenen op een DGH-hulpmiddel (ziekenwagen 112 of PIT) binnen de 15 minuten volgend op de initiële oproep. Het gaat om 15 minuten, te rekenen vanaf de oproep van de patiënt of zijn omgeving naar het HC 112, tot aan het tijdstip van aankomst van het hulpmiddel DGH ter plaatse. Deze 90% is geen gemiddelde voor het ganse land of per provincie. Het gemiddelde is dus geen resultaat van verhoogde percentages die gecompenseerd worden door minder goede percentages. Men moet rekenen per inwoner in elke gemeente. Het is duidelijk dat dit slechts kan gerealiseerd worden op termijn volgens een stappenplan, waarbij de financiering uiteraard een rol speelt en de SLA (Service level Agreement) ingevoerd wordt in verschillende fasen naargelang de mogelijkheden die de financiering biedt. Een SLA voor de hulpmiddelen van het type "ALS" moet om dit te realiseren ondersteund worden door de hulpmiddelen (BLS + AED) of aanwezig zijn als eerste intervenant.

Om tot een juiste programmatie te komen is er een GIS-tool ontwikkeld die uitgaat van deze theoretische SLA. De validatie van deze tool in de 6 testgebieden moet mogelijk zijn binnen de komende 3 maanden. Daarvoor wordt de nodige tijd gevraagd aan de minister.

2. De zorgnetwerken die Minister De Block voorstelt zullen de basis vormen voor de aangeboden ziekenhuiszorg (gespecialiseerd per zorgprogramma). Dit kan invloed hebben op de regel van het dichtstbijzijnde ziekenhuis als aanbevolen ziekenhuis van bestemming, rekening houdend met de specialisaties aangeboden door het netwerk of het zorgbekken. Het is aan te bevelen dat de regio's waarin de dialoog moet worden gevoerd over de programmatie en optimalisatie van de middelen binnen de DGH, samenvalt met de regio's die zullen ontstaan door de ziekenhuisnetwerken.
3. De programmatie dient te migreren van een statisch model (een ziekenwagen, een verstrekplaats, een equipe) naar een meer flexibel model waarin de vertrekplaatsen kunnen alternieren (dag/nacht,...) en teams verschillende vectoren (MUG, ziekenwagen, ...) gebruiken in verschillende sectoren (beperkt dynamisch model). De werkgroep adviseert de minister om binnen de DGH bij de dispatching de zorgvraag te objectiveren en om te zetten in mogelijke handelingen die in de pré-hospitaalfase mogelijk zouden moeten kunnen worden uitgevoerd. Dit heeft als gevolg dat men eerder teams uitstuurt met de juiste handelingsbekwaamheid (BLS/ALS) dan pure vervoermiddelen. In dit kader is de werkgroep ervan overtuigd dat het optrekken van het niveau van minstens 1 ambulancier per 112-ziekenwagen een zeer grote invloed zal hebben op de andere middelen zoals PIT en MUG.
4. Het tekort aan middelen DGH in de regio's met een beperkte populatiedichtheid en laag aantal oproepen zet er ons toe aan de mogelijkheid in overweging te nemen om te werken met een hulpverlener-ambulancier naar het concept van "First Responder" voor de zones waar de SLA niet gehaald wordt. Deze "First Responder" moet minimum de 100-badge hebben maar de kwalificatie zal uiteindelijk best op termijn opgetrokken worden.
5. De ontwikkeling van de programmatietool, zoals getest en gevalideerd door de werkgroep, moet ter beschikking gesteld worden van elke geografische entiteit zodat, in functie van de beschikbare hulpmiddelen, simulaties van verschillende scenario's met verschillende hulpmiddelen het effect kunnen aantonen met betrekking tot de reactietijden.
6. De beschikbare hulpmiddelen moeten berekend worden per regio/provincie/ netwerk in functie van het aantal inwoners, de geografische spreiding en de specifieke risico's (aantal reanimaties uit het verleden, toerisme, industrie, grote manifestaties, ...).