



MP: Het begrip DRINGEND – niet–dringende oproepen – Rechtstreekse oproep – EINDE interventie

A. DRINGENDE OPROEPEN in het kader van de DRINGENDE GENEESKUNDIGE HULPVERLENING (DGH) (Wet 8 juli 1964; omzendbrief ICM/AMU/012) handelen over situaties en interventies waarbij enige vertraging een potentieel of te verwachten manifest verlies aan kansen voor de patiënt kan veroorzaken. Deze medische interventies kunnen een *tijdskritisch* (noodzaak om zo snel mogelijk een adequaat medisch middel ter plaatse te hebben bv. in kader van reanimatie) en/of een *toestandskritisch* (noodzaak om zo snel mogelijk een arts ter plaatse te hebben bv. in kader van pijnstilling) karakter hebben.

De beslissing omtrent het dringende karakter van een interventie wordt genomen door de operator NC 112 OVL op basis van de door bevraging verkregen gegevens en in overeenstemming met de protocollen van de 'Belgische Handleiding voor de Medische Regulatie 4.1.' (BHMR). Elke interventie binnen de DGH is per definitie te categoriseren binnen deze handleiding. *Niet-dringende interventies dienen door niet-DGH middelen te gebeuren*. Het is de verantwoordelijkheid van de operator NC 112 OVL om hierop toe te zien.

De operator NC 112 OVL zal bij elke dringende hulpvraag, een snelle adequate respons voorzien, in overeenstemming met de efficiëntie van de DGH (art 4-5-6, Wet 8 juli 1964; art 6ter-7 KB 2 april 1965¹). De operator NC 112 OVL vordert de middelen en bepaalt het ziekenhuis van bestemming (functie CAD-ASTRID 'selecteer en beveel dichtstbijzijnde aan').

Een voertuig is enkel prioritair indien het in functie van een opdracht binnen de DGH zowel zwaailichten als sirene voert; in elk ander geval is het voertuig niet-prioritair en dient het zich te gedragen als elke andere weggebruiker. Het al of niet gebruiken van prioritaire signalen op de weg door een middel valt onder de beslissingsbevoegdheid en verantwoordelijkheid van het middel zelf.

¹ KB 2 APRIL 1965 Houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de Dringende Geneeskundige Hulpverlening en houdende aanwijzing van de gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel.

B. NIET DRINGENDE MEDISCHE OPROEPEN dienen, ongeacht de identiteit van de beller, doorverwezen te worden naar de gepaste middelen (zie BHMR en MP).

De beslissing tot het niet-dringende medisch karakter van een oproep kan slechts genomen worden *na het doorlopen van alle stappen van de medische regulatie (bevraging van de medische problematiek en de BAC)*. Bij twijfel zal steeds een middel uitgestuurd worden.

- Oproep voor (huis)arts wachtdienst
- Oproep voor een ziekenwagen: verwijs naar ziekenwagendiensten die niet-dringend vervoer uitvoeren (rubriek ziekenvervoer en ambulancediensten).
- Oproep Zelfmoordlijn: verwijs desgewenst naar de zelfmoordlijn 1813 of naar Tele-Onthaal 106. Bevraag steeds Protocol 31 Psychiatrisch probleem in de BHMR en vergewis u steeds van het risico op een dreigende suicide. Bij twijfel dient steeds overwogen te worden een middel uit te sturen zelfs als dit niet de vraag van de beller is. Hiervoor kan steeds overlegd worden met de medische directie.
- Oproep Antigifcentrum: vergewis je van de medische toestand en verwijs naar het nummer 070/245 245.
- Oproep thuisverpleegkundige: verwijs naar een dienst voor thuisverpleegkunde (website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid en/of verplegingthuis.be; dan wel 1207 (of 1307 Franstalig - 1407 Engelstalig).
- Oproep Tandarts van wacht: verwijs de oproeper door naar '1207' (of 1307 Franstalig - 1407 Engelstalig) of het nummer zoals voorzien in de Blauwe Gids.
- Oproep Apotheker van wacht: vergewis je van de medische toestand en verwijs de oproeper door naar www.apotheek.be of www.geowacht.be; dan wel '1207' (of 1307 Franstalig - 1407 Engelstalig).

OPM 1: Bepaalde oproepen vallen niet onmiddellijk te categoriseren onder het begrip dringend maar kunnen wel in deze richting evolueren indien geen (medische) acties ondernomen worden binnen een bepaalde termijn (problemen met sondes of catheters, niet kunnen rechtekomen na val,...). De operator NC 112 OVL gaat na of er alternatieve oplossingen (buren, familie, eigen zorgverleners..) mogelijk zijn. Indien er geen alternatieve mogelijkheden zijn alarmeert de operator NC 112 OVL alsnog een DGH-middel. Wanneer sprake is van een sociale problematiek (vb recidiverend vallen en hulp van DGH-middelen inroepen) maakt de operator hiervan melding in het dienstverslag.

OPM 2: Het urgente transport van een orgaan in kader van transplantatie, alsook van bepaalde zeldzame levensreddende medicatie kan bij uitzondering en bij ontstentenis van enig valabel alternatief

gebeuren door een middel van de DGH. Bij twijfel, wordt hiervoor overlegd met de medische directie NC 112 OVL.

C. OPROEP DOOR (HUIS)ARTS

- De (huis)arts vraagt om een MUG + ziekenwagen te alarmeren. De operator NC 112 OVL bevraagt in functie van de verdere regulatie:
 - de vermoedelijke medische diagnose/medische problematiek,
 - de ‘vitale parameters’,
 - de relevante situationele gegevens.

In principe wordt MUG + ziekenwagen uitgestuurd.

- De (huis)arts vraagt om een ziekenwagen te alarmeren. De operator NC 112 OVL bevraagt in functie van de verdere regulatie:
 - de vermoedelijke medische diagnose/medische problematiek,
 - de ‘vitale parameters’,
 - de relevante situationele gegevens.

In principe wordt enkel een ziekenwagen uitgestuurd.

Indien uit de bevraging blijkt dat een MUG of PIT geïndiceerd is zal deze optie aangeboden worden: ‘De Belgische Handleiding voor de Medische Regulatie die wij dienen te volgen geeft aan dat we voor deze indicatie in feite een MUG dienen te sturen, bent u akkoord dat ik dit ook effectief doe of zal u zelf de patiënt in de ziekenwagen begeleiden en deze verantwoordelijkheid opnemen’. De finale beslissing en verantwoordelijkheid in deze blijft steeds bij de arts in kwestie.

OPM 1 Indien de arts of verpleegkundige aanwezig is bij de patiënt zal steeds benadrukt worden dat hij/zij dient aanwezig te blijven tot de aankomst van de ziekenwagen of de MUG. Indien de arts of verpleegkundige niet aanwezig is (of blijft), dient steeds een zo volledig mogelijke bevraging te gebeuren (via de arts, verpleegkundige dan wel de patiënt of zijn verwant) en vordert de operator NC 112 OVL de noodzakelijke middelen in overeenstemming met de BHMR.

Indien de huisarts enkel nog een ziekenwagen wenst omwille van ‘wilsbeschikking’ / ‘bestaande therapiebeperkingen’ ondanks de toestand van de patiënt (en dit ook duidelijk vermeldt tijdens de oproep), dan kan dit gereguleerd worden onder protocol 74 Palliatieve patiënt – zorgverstreker vraagt vervoer.

OPM 2 De hulpverlener-ambulanciers moeten steeds nagaan of de toestand van het slachtoffer toelaat om met een ziekenwagen vervoerd te worden zonder MUG-begeleiding en in hoeverre hun wettelijke bevoegdheid hiermee niet overschreden wordt. Bij twijfel dient alsnog een MUG gealarmeerd te worden dan wel aan de arts gevraagd te worden om de patiënt in de sanitaire cel naar het ziekenhuis te begeleiden.

D. DE OPROEPER IS NIET TER PLAATSE

De operator van de NC 112 OVL bevrage de oproeper en bekomt een telefoonnummer van iemand die aanwezig is op de interventielocatie. Na het uitsuren van de middelen op basis van de verkregen informatie, belt de operator naar de aanwezige op de interventielocatie voor een aanvullende medische/situationele bevraging en het geven van de noodzakelijke PAI('s).

De operator kan hierna het uitrukvoorstel aanpassen op basis van het ernstniveau cfr de BHMR.

E. RECHTSTREEKSE VRAGEN aan MEDISCHE HULPDIENTEN

- 1) In weze kan enkel een volwaardige medische regulatie door de operator NC 112 OVL gebeuren indien er van bij aanvang een medische bevraging plaatsvindt. Indien een ziekenwagen zich reeds ter plaatse bevindt bij de patiënt en dan pas een eerste bevraging mogelijk is, zal ervan uitgegaan worden (conform de beslissing van de PCDGH MEMO 2011/01) dat het een bewuste keuze is om de hulpvraag buiten de DGH uit te voeren. Deze rit zal als privaat beschouwd worden en er zal bijgevolg geen ritnummer toegekend worden. Een ziekenwagendienst welke een rechtstreekse telefonische vraag tot bijstand krijgt dient met andere woorden de oproeper steeds door te verwijzen naar het noodnummer 112.

Uitzondering op deze regel kan gemaakt worden in de volgende situaties:

- Een hulpmiddel dat door omstaanders ter hulp geroepen wordt bij 1 of meerdere slachtoffers kan en moet zelf, voorzover een directe bevraging van de omstaanders door de operator NC 112 OVL op dat moment onmogelijk is, mits overleg met de operator NC 112 OVL, ter plaatse gaan om een SITREP te geven en desgewenst verdere medische regulatie mogelijk te maken.
- Een hulpmiddel dat bij toeval getuige is van een incident of gebeurtenis waarbij mogelijk 1 of meerdere slachtoffers betrokken zijn (in weze op de openbare weg), kan en moet zelf -in

overleg met de operator NC 112 OVL ter plaatse gaan om een SITREP te geven en desgewenst verdere medische regulatie mogelijk te maken.

- Bovenstaande is ongeacht of het middel op dat moment een opdracht uitvoert of niet. Na de initiële SITREP kan de operator in overleg beslissen om dit middel door te sturen naar zijn initiële opdracht of toe te wijzen aan dit nieuw incident (en dus 'terug te trekken' van zijn eerste opdracht) en een nieuwe middel naar de eerste interventie uit te sturen.

- 2) Het DGH-middel ontvangt rechtstreeks een telefonische hulpvraag voor dringende medische bijstand.

Een DGH-middel dewelke een rechtstreekse telefonische hulpvraag ontvangt dient de oproeper steeds door te verwijzen naar het noodnummer 112.

Wanneer dit niet lukt (oproeper in paniek, taalbarrière,...) of het DGH-middel heeft twijfels over de slaagkans dat de oproeper de 112 zal (kunnen) bellen, bevroegt het DGH-middel de interventielocatie en het telefoonnummer van de oproeper.

Het DGH-middel contacteert de NC 112 OVL over de rechtstreekse ontvangen telefonische hulpvraag.

De operator van de NC 112 OVL:

1. bepaalt de locatie;
2. stuurt het dichtstbijzijnde DGH-middel uit (kan het DGH-middel zijn dewelke inbelt);
3. belt de oproeper en doet een doorgedreven medische en situationele bevraging;
4. past het uitrukvoorstel aan op basis van het ernstniveau cfr de BHMR.

Wanneer het DGH-middel dat de NC 112 OVL in kennis stelt van deze rechtstreekse hulpvraag niet het dichtstbijzijnde middel is, maar er op staat toch ter plaatse te gaan dan wordt dit beschouwd als een anomalie en wordt het DGH-middel in 'OS' geplaatst.

F. EINDE INTERVENTIE

Een interventie eindigt op het moment dat de patiënt overgedragen wordt aan het reguliere gezondheidssysteem, namelijk de ontvangende spoedgevallendienst (art 6 en 9 wet 8/7/64 en KB 2/4/65).

Om de kwaliteit en continuïteit van de zorg te kunnen garanderen, moet de ontvangende spoedgevallendienst in ieder geval in een medische consultatie voorzien en hierover een minimaal verslag uitbrengen (datum, reden, onderzoek/behandeling)². Het is de ontvangend arts niet toegelaten

² Schrijven dd 31/07 dhr Facon, DG Gezondheidszorg DGGS / 2020 / CEL BHSC / DRX / ADMIN / P07_11 / 1196

dit te weigeren of verwaarlozen. Indien na eerste opvang en consultatie op de spoedgevallendienst een transfert naar een andere zorginstelling noodzakelijk blijkt, dan wordt dit in eerste instantie niet beschouwd als een DGH-interventie en dient er derhalve eerst beroep gedaan te worden op niet-112 middelen.

Indien de spoedarts van de ontvangende spoedgevallendienst vaststelt dat de patiënt andere dringende zorgen nodig heeft dan deze welke op de eigen spoedgevallendienst kunnen verleend worden, kan dit niet binnen dezelfde interventie gebeuren. De spoedarts staat in voor een eerste inschatting en stabilisatie en kan vervolgens – na overleg met het ontvangend ziekenhuis- een secundair transport laten uitvoeren. Dit transport is onderhevig aan de medische procedure ‘Interhospitaal transport’ (zie MP DIHT).

LET OP: De procedure bij **overmacht** wordt in een aparte medische procedure besproken (zie MP overmacht).

Uitzondering op bovenstaande is een ‘nutteloze rit’, waarbij ofwel nooit een patiëntencontact gebeurt, ofwel het vervoer door de patiënt wordt geweigerd, ofwel na evaluatie vervoer van de patiënt onnodig blijkt, ofwel een pre-hospitaal overlijden van de patiënt (code 20) waarbij de interventie voor het middel eindigt van zodra de plaats van overlijden kan verlaten worden. Dit kan pas gebeuren na vaststelling van het overlijden en voldoende garantie op continuïteit van zorg voor de betrokkenen (psychosociale omkadering, slachtofferhulp, thuisverpleegkundige, huisarts, politie,...). Het NC 112 OVL verwittigt de politionele diensten op vraag van de hulpverleners ter plaatse indien er sprake is van een overlijden op een openbare plaats of in het geval van onduidelijkheid omtrent de ‘natuurlijke’ status van het overlijden.

Na het einde van een interventie dient een middel zich onmiddellijk terug naar standplaats te begeven. Een middel kan zich pas terug radiofonische beschikbaar (AV) stellen eenmaal het de ontvangende spoedgevallendienst verlaten heeft; dit op voorwaarde dat het middel na de vorige interventie in staat is om opnieuw ingezet te worden voor de DGH (materiaal, reiniging...).

Een middel dat in status ‘AV’ staat heeft, ongeacht of dit middel MUG, PIT of ziekenwagen is, steeds een activeringstijd van 3 minuten.

De MUG arts kan beslissen om de interventie voor de MUG te beëindigen na evaluatie van de patiënt ter plaatse. Begeleiden van een patiënt door de MUG houdt steeds in dat het medische team zich in de sanitaire cel van de ziekenwagen bevindt. Indien dit als onnodig wordt ingeschat, dient de MUG zich terug AV te stellen en naar standplaats terug te keren. Wanneer het medische team zich in de sanitaire cel van de ziekenwagen bevindt, is enkel de ziekenwagen gemachtigd als prioritair voertuig. In het geval van een nieuwe opdracht kan het MUG-voertuig zich prioritair herenigen met zijn MUG team.

De operator NC 112 OVL kan op basis van een duidelijke SITREP de weloverwogen beslissing nemen om het uitrukvoorstel aan te passen en extra middelen uit te sturen of middelen te annuleren. Dit kan aldus aanleiding geven tot een zogenaamde 'nutteloze rit' voor een middel. Het moet duidelijk zijn dat, zolang een interventie bezig is, deze per definitie dringend is en er dus geen gradatie kan bestaan in de graad en wijze van reactie op de gedane vordering (met name de zin 'geen onnodige risico's nemen' is niet relevant; geen enkel voertuig zou overigens op enig moment 'onnodige risico's' mogen nemen). Meer specifiek benadrukken we ook dat de beslissing om een MUG te annuleren enkel kan op basis van nieuwe gegevens welke aanleiding geven tot een andere ernstcategorie binnen het BHMR. De operator NC 112 OVL zal steeds aangeven wat de verwachten aanrijtijd is van de nog komende middelen en welke deze middelen exact zijn.

Op specifieke vraag van de operator NC 112 OVL kan een middel dat zich na interventie op een spoedgevallendienst bevindt maar nog niet in AV staat, ingezet worden voor een volgende interventie; meer specifiek denken we hierbij aan het interhospitaal transport van een patiënt die zich op dat moment op dezelfde spoedgevallendienst bevindt (zie MP DIHT).

Tot slot kan, bij uitzondering en op specifieke vraag van de operator NC 112 OVL een MUG welke op weg is naar een interventie (ER), toch ingezet worden voor een andere interventie waar deze het dichtstbijzijnde middel blijkt te zijn; meer specifiek denken we hierbij aan een herdispatching in het kader van een oproep voor niveau 1 binnen de BHMR, indien het eerstvolgend beschikbaar middel meer dan 10 minuten extra aanrijtijd heeft en de MUG in kwestie zelf op weg was voor een oproep niveau 2 of 3.