

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 09/02/2023

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/571-1 (*)

Advies van de FRZV over de PIT als ziekenhuisfunctie

Namens de Voorzitter, Margot Cloet,

i.o., diensthoofd Management
Office van het DG Gezondheidszorg

Annick Poncé

Directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 9/02/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

Reden van de adviesverlening

1. Verhoging van de financiering van de dringende geneeskundige hulpverlening

Voor de periode 2023 – 2025 voorziet de begroting een belangrijke verhoging van het budget van de dringende geneeskundige hulpverlening (DGH).

De evolutie van het budget (in 2021 76.990.000 €), is voor de volgende jaren als volgt vastgelegd:

- 2023: een eenmalig bijkomend budget van 14.200.000 € ter compensatie van de inflatie en het stijgend aantal interventies
- 2024: een structurele verhoging van 69.180.000 €. Dit wordt gekoppeld aan het KB van de erkenning van de ziekenwagens 112, alsook aan een aangepast financieringsmechanisme
- 2025: een structurele verhoging van 93.500.000 €. Deze toevoeging is gekoppeld aan de volgende voorwaarden:
 - o Een globaal plan van aanpak over de optimale inzet van middelen (HEMS, MUG, PIT, ambulances, first medical responder) conform de Belgische Handleiding voor de Medische Regulatie (BHMR);
 - o Een structurele verankering en erkenning van de PIT

Dit brengt het totale budget voor de DGH in 2025 op 239.670.000 €.

Over de aanwending van deze budgetten werd advies gevraagd aan de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening (NRDGH). De minister vraagt aan de NRDGH om tegen eind januari 2023 een werkmethode en tijdschema voorstellen voor deze verschillende uitdagingen. De verschillende werkgroepen in de schoot van de NRDGH worden in de komende weken opgestart.

2. In het Belgisch Staatsblad van 30/12/2022 verscheen de programmawet van 26/12/2022. In deze wet wordt een wettelijke basis voor de PIT gecreëerd door toevoeging van de PIT bij de ambulancediensten als middel in de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening.

In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de PIT ook haar vertrekplaats kan hebben buiten een ziekenhuis(campus).

De minister geeft in zijn toelichting over de programmawet aan dat er een 200-tal PIT-wagens voorzien zullen worden. Hiermee geeft hij aan dat ook buiten de ziekenhuizen en ziekenhuiscampi standplaatsen voorzien kunnen worden.

Bovenstaande gegevens vormen de aanleiding voor het formuleren van een advies van de FRZV op eigen initiatief over de PIT als ziekenhuisfunctie. We gaan hierbij uit van het advies van de toenmalige NRZV van 13/02/2014 over de PIT met kenmerk NRZV/D/442/2.

Een werkgroep van de FRZV boog zich over deze materie.

Definitie van PIT:

Onder PIT (paramedisch interventieteam) wordt verstaan: een ambulance waarvan de bemanning bestaat uit minstens één verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg.

Historiek:

De PIT-functie is in 2007-2008 gestart als een pilootproject van een beperkt aantal algemene ziekenhuizen met een financiering van 120.000 EUR/wagen. Deze financiering is geïntegreerd in onderdeel B4 van het BFM van de ziekenhuizen en is bijgevolg sindsdien niet geïndexeerd.

Huidige situatie:

Er zijn 24 gefinancierde permanenties (120.000 EUR/project). Daarnaast zijn er nog 9 PIT's actief en ingeschakeld in de dringende geneeskundige hulpverlening, maar niet gefinancierd als PIT-functie (via opschaling van een vergunde ziekenwagen). Deze 9 PIT's hebben dus geen extra financiering en rijden als gewone 112 ziekenwagens tegen de huidig geldende financiering.

Dit brengt het huidig aantal operationele PIT's op 33.

Een overzicht van de huidige PIT functies (dd 12/2022) is in bijlage terug te vinden.

Vroegere adviezen:

- De toenmalige NRZV leverde op 13/02/2014 een uitgebreid advies af over de PIT (advies NRZV/D/442-2).
- De werkgroep programmatie van de NRDGH leverde in oktober 2017 een advies aan over de programmatie van de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening:

*'De Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening blijft de **PIT zien als een ziekenhuisfunctie** zodat de standing orders die de spoedverpleegkundigen BBT/Spoed/IZ op de PIT kunnen uitvoeren, gebeuren onder het gezag van een medisch diensthoofd urgentist van een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en onder het toezicht van de spoedarts die op het moment van de uitvoering van de handeling de spoed bemant.'*

Over het aantal te programmeren PIT's werd aangegeven dat bovenop de bestaande 20 PIT's (situatie 2015) nog 10 extra PIT's nodig waren.

Advies van de FRZV:

Het is niet duidelijk wat het finale doel zal zijn van het creëren van bijkomende PIT's en hoe ze zullen worden toegewezen. Ook over het aantal toekomstige PIT's en de objectieve onderbouwing hiervan bestaat nog onduidelijkheid.

De FRZV wenst van de minister de nodige toelichtingen te ontvangen.

Wat wel duidelijk is, is dat het hier niet gaat over bijkomende 112 ziekenwagens die als PIT zullen rijden maar om bestaande ziekenwagens, die ingeschakeld zijn in de DGH en die naar PIT zullen evolueren. Het totaal aantal ziekenwagens zal niet veranderen.

Er is dus momenteel nog onduidelijkheid over het globaal plan van aanpak en de benodigde middelen (HEMS, MUG, PIT en ziekenwagens).

Het advies NRZV/D/442-2 was zeer duidelijk dat de PIT als een ziekenhuisfunctie beschouwd moet worden.

De FRZV herhaalt hier nog eens de belangrijkste argumenten, zoals die ook reeds beschreven werden in het advies NRZV/D/442-2. De gedetailleerde argumentatie en de conclusies uit dat advies zijn nog steeds actueel.

1. We zien momenteel in de spoedgevallendiensten **tekorten aan verpleegkundigen** en meer specifiek een tekort aan verpleegkundigen met een BBT spoed. Om de verpleegkundigen efficiënt te kunnen inzetten, moet de PIT een ziekenhuisfunctie zijn zodat deze verpleegkundigen tijdens dezelfde shift zowel op de PIT als op de spoedgevallendienst activiteiten kunnen verrichten. Een permanentie op een andere locatie dan het ziekenhuis leidt tot inefficiënte inzet van schaars, hooggekwalificeerd personeel.
2. Het risico bestaat dat meer en meer verpleegkundigen kiezen om (deeltijds) te gaan werken voor een PIT, die niet in een ziekenhuis gestationeerd is (personeel in stand-by tijdens de werkdag in afwachting van een eventuele PIT-oproep) omwille van een **betere work-life balance en werkomstandigheden (ook financieel)**. Er zijn immers belangrijke verschillen inzake barema's tussen de beroepshulpverlener-ambulanciers van de brandweer, particuliere hulpverlener- ambulanciers en spoedverpleegkundigen. De berekening in de beleidsnota 'financiering dringende geneeskundige hulpverlening' toont een verschil van bijna 200 miljoen EUR als er ingezet wordt met beroepsambulanciers van de brandweer in plaats van met de private ambulanciers¹. De gemiddelde loonkost van een spoedverpleegkundige volgens de IFIC-barema's met een ancienniteit van 10 jaar bedraagt momenteel ongeveer 92.000 EUR. Uit bestaande afspraken in ziekenhuizen waar men voor de PIT beroep doet op een beroeps hulpverlener ambulancier 112 van de brandweer spreekt men van bedragen van 105.000 euro. Daarboven hebben die beroepsambulanciers 112 bij de brandweer 10 betaalde verlofdagen meer dan de verpleegkundigen in de ziekenhuizen.

Dit punt lijkt ons essentieel om de vlucht van gespecialiseerde verpleegkundigen naar PIT's in brandweerkazernes en de daaraan verbonden risico's te voorkomen. Op vlak van **personeelsretentie** is er dus een bijkomende uitdaging voor de spoeddiensten, als er PIT's buiten de spoeddiensten uitgebaat worden.

3. De opleiding van het verpleegkundige personeel en de zorgkwaliteit die hieruit voortvloeit, pleiten in het voordeel van een aansluiting bij een spoedgevallendienst waardoor de verpleegkundige zijn competenties naast zijn functie in de PIT zal kunnen verwerven en ontwikkelen. De ziekenhuisomgeving biedt immers een relevante omgeving voor permanente vorming, begeleiding en toezicht op de zorgkwaliteit. Door de rotatie van personeel in de verschillende diensten (PIT, MUG en spoedgevallendienst) kunnen zowel de supervisie (door de urgentie-arts) als de permanente opleiding verzekerd worden. Zo kunnen ook de PIT-ritten meegenomen worden als nuttige ervaring in de portfolio van de verpleegkundige.
4. Het KB van 18 juni 1990 bepaalt de voorwaarden en de handelingen die een arts via een voorschrift of **staand order** kan delegeren aan een verpleegkundige. Het KB van 21/04/2007 voegt hieraan een aantal technische verpleegkundige verstrekkingen toe voor verpleegkundigen die houder zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en de spoedgevallenzorg, die zij in de functies intensieve zorg, gespecialiseerde spoedgevallenzorg, mobiele urgentiegroep en in de dringende geneeskundige hulpverlening mogen uitvoeren. Het toezicht op de uitvoering van standing orders door de spoedverpleegkundige gebeurt door een urgentie-arts, alsook de evaluatie, bijsturing en remediëring. Hoewel er geen wettelijke verplichting is dat de verpleegkundige en

arts werkzaam zijn binnen dezelfde organisatie, is het quasi onmogelijk om deze rollen op te nemen op afstand, zonder een rechtstreekse tewerkstelling op de spoedgevallendienst. Het toezicht door de urgentieartsen op de opleiding en bijscholing van de verpleegkundigen van de PIT zal ook extra werklast geven. In de financiering zou best ook rekening mee gehouden worden zowel wat betreft de bijscholing van verpleegkundigen en anderzijds de bijkomende taken van de spoedarts, die hiermee gepaard gaan.

5. De verpleegkundige die ingezet wordt op de PIT moet voldoende kennis hebben van de **procedures en werking in de spoeddienst, de MUG en het ziekenhuis**, de samenwerking met artsen in en buiten het ziekenhuis, het medische diensthoofd en de hoofdverpleegkundige van de spoed, kennis van de gebruikte materialen prehospital en in het ziekenhuis. In elk geval maakt de erkenning van de PIT als ziekenhuisfunctie echter ook een efficiënt gebruik van het gebruikte materiaal en een overeenstemming met het materiaal binnen de GSD mogelijk.

Besluit

De FRZV is van mening dat de PIT een strikte ziekenhuisfunctie is en dat de standplaats van de PIT altijd moet samenvallen met de spoedgevallendienst van een ziekenhuis(campus). Deze standplaats kan zowel een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg als een eerste opvang van spoed zijn.

De enige mogelijke uitzondering zou geografisch zijn: een geavanceerde permanentieplaats onder verantwoordelijkheid van een ziekenhuis, om het therapievrij interval te verminderen, als dit zou blijken uit de geplande oefening van de NRDGH mbt de programmatie van de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening.

Om de PIT als een nieuwe ziekenhuisfunctie te verankeren, dient deze functie juridisch omkaderd te worden binnen de ziekenhuiswetgeving. De eerste stap daartoe is het definiëren van de functie via federale organieke erkenningsnormen. De federale overheid heeft weliswaar sinds de 6^e staatshervorming niet langer de bevoegdheid om 'gewone' erkenningsnormen uit te schrijven - dit is nu een bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten – maar het uitwerken van de basiskenmerken is een federale bevoegdheid gebleven. De deelstaten kunnen vervolgens de PIT-functie verder uitwerken via bijkomende erkenningscriteria. Uiteindelijk zullen het de deelstaten zelf zijn die de erkenningen afleveren voor de PIT-functie. Deze erkenning vormt dan een noodzakelijke voorwaarde voor een financiering via het Budget van Financiële Middelen.

Er zijn 2 onderdelen te onderscheiden voor wat de PIT-functie betreft:

- De ziekenwagen en hulpverlener-ambulancier, die deelnemen aan de DGH. In het globaal plan van aanpak van de minister is voorzien dat een KB uitgewerkt wordt voor de erkenning van de ambulancediensten in het kader van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening
- De specifieke verpleegkundige bestaande uit minstens één verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg bestaat, die een ziekenwagen tot een PIT maakt (zie definitie).

Voor de PIT betekent dit dat de verpleegkundige component van de ziekenwagen als een ziekenhuisfunctie gedefinieerd moet worden. Deze specifieke PIT-component zal dan via de gefedereerde entiteiten erkend moeten worden.

Het inschrijven van garanties over de superviserende rol van de erkende spoedgevallendienst is ook in het kader van kwaliteitsborging aangewezen, zoals dit bv voor andere zorgprogramma's het geval is door de verplichting van een kwaliteitshandboek.

Het lijkt ook aangewezen om het aantal PIT's geleidelijk te verhogen. Over het definitieve aantal benodigde PIT's spreekt de FRZV zich niet uit.

In België zijn er op vandaag 122 campussen met een functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' en 4 campussen met een functie 'eerste opvang van spoed'. Er zijn dus zeker nog voldoende mogelijkheden om de bijkomende PIT's te lokaliseren op de spoeddiensten

En in elk geval moet in de IMC Volksgezondheid (zoals voor het ZNP) overleg worden gepleegd over erkenningsnormen die strikt op het ziekenhuis betrekking hebben. zodat er een maximale afstemming is tussen de erkenningsnormen (deelstaten) enerzijds en anderzijds de noodzakelijke financiering (federaal).

Er moet ook een correcte financiering van de PIT (zowel verpleegkundige bestaafing, ambulancier en ziekenwagen) voor het ziekenhuis voorzien worden.

De rol van de PIT voor het dringend interhospitaalvervoer moet nog verder onderzocht worden.

Bijlage:

Overzicht PIT-functies d.d. december 2022

24 permanences (=22 hôpitaux) conventionnées et financées comme PIT (120.000 euros par projet)

Permanence occasionnelle (Y/N) (sans subs. Permanence)	N
Permanence PIT (Y/N)	Y
Numéro fonction PIT	(Meerdere items)

Rijlabels	Aantal van ID
117	1
HA UR ANTW Stuivenberg	1
171	1
HA UR LIER Heilig Hart	1
190	1
HA UR MOL_ Heilig Hart	1
191	1
HA UR RUMS AZ Rivierenland	1
270	1
HB UR BRUX UZ	1
280	1
HB UR BRUX CHU St Pierre	1
288	1
HV UR LEUV UZ Gasthuisberg	1
290	1
HB UR BRUX Iris Sud Etterbeek	1
374	1
HW UR BLAN AZ Zeno	1
391	2
HW UR BRUG AZ St Jan	2 PIT, 2 lieux de permanence
HW UR BRUG AZ St Lucas	1
413	1
HO UR DEIN St Vincentius	1
430	1
HO UR LOKE AZ	1
480	1
HV UR ASSE OLV	1
573	1
HH UR CHAR St Joseph	1
576	1
HH UR MONS CHUP Borinage	1
636	1
HG UR HERS Andre Renard	1
637	1
HG UR MALM Reine Astrid	1
672	1
HG UR LIEG CHR Citadelle	1
674	1
HG UR VERV CHR East Belgium Tourelle	1
776	1
HL UR GENK Oost Limburg St Jan	1
870	2
FX PDS VIRT Luxembourg PIT	1
HX UR LIBR Vivallia CH Ardenne	1
971	1
HN UR NAMU CHR	1
Eindtotaal	24

22 contrats financés

9 permanences PIT (=7 hôpitaux) conventionnées et financées comme ambulance, mais qui fonctionnent comme PIT sur le terrain

Permanence occasionnelle (Y/N) (sans subs. Permanence)	N
Permanence PIT (Y/N)	N
Numéro fonction PIT	(leeg)
LONG NAME (Medical Resources)	(Alle)

Rijlabels	Aantal van ID
288	1
HV UR LEUV UZ Gasthuisberg	1
307	1
HW UR WARE OLV Van Lourdes	1
350	1
HW UR VEUR AZ West	1
400	5
HO UR GENT AZ Maria Middelaers	1
BO MERE WZC Lemberge	1
FO HVP [Centrum] Centrum	1
HO UR GENT AZ Jan Palfijn	1
HO UR GENT AZ St Lucas	1
436	1
HO UR GENT UZ	1
730	1
FL HVP TESS Zuidwest	1
870	3
HX UR BAST Vivallia St Therese	1
HX UR LIBR Vivallia CH Ardenne PIT	1
HX UR MARC Vivallia Princesse Paola	1
Eindtotaal	13

9 PIT pour 13 lieux de permanences