

Rapportage oriëntatiefase “RAV’s voorbereid”

4 april 2014

Inleiding

Het project “RAV’s voorbereid” is gestart met een oriëntatiefase (januari-maart). Deze fase was bedoeld om een scan te maken van bestaande expertise en ervaringen, opdat 'state of the art' handreikingen kunnen worden ontwikkeld, waarin de huidige stand van regionale, nationale en internationale kennis is meegenomen. Deze rapportage van de oriëntatiefase is dan ook bedoeld als basis voor een nader Plan van Aanpak voor de ontwikkelfase.

De oriëntatie heeft omvat:

- een inventarisatie en analyse van regionale documenten;
- een vergelijking van bestaande modellen voor rampenopvangplannen voor andere geneeskundige ketenpartners;
- een documentstudie van onderzoeken naar incidenten met grootschalige ambulancehulpverlening; en
- een oriëntatie op internationale ervaringen. Deze internationale oriëntatie is nog niet afgerond, zodat in deze rapportage alleen enkele bespiegelingen worden beschreven.

In deze rapportage worden de resultaten gepresenteerd van deze vier onderdelen van de oriëntatiefase. De rapportage zelf is bondig gehouden en richt zich op concrete conclusies en aanbevelingen. Begonnen wordt met de conclusies van evaluaties en onderzoeken naar incidenten. Hierna worden de huidige planvormen van de veiligheidsregio's en RAV's beschreven, zoals naar voren gekomen uit de scan in de regio's. Vervolgens worden de modellen van ROP's vergeleken. Tegenwoordig leidt dit tot een aantal aanbevelingen voor de verdere aanpak. Afgesloten wordt met een korte terugkoppeling over de stand van de internationale oriëntatie. In de bijlage zijn de inhoudsopgaven opgenomen van bestaande modellen ROP.

Onderzoeken en evaluaties

De volgende onderzoeken en evaluaties zijn bekeken:

- Turkish Airlines crash 2011
- Treinbotsing Amsterdam 2012
- Treinongeval Roosendaal 2004.

Door de bank genomen laten deze de volgende kernpunten zien waarop verbetering nodig is (in de tekst zijn de aanbevelingen van de onderzoeksinstanties verwoord):

- **Ambulancebijstand.** Zorg voor een ambulancebijstandsplan waarin is vastgelegd hoe en wanneer bijstandsambulances worden ingezet ten opzichte van de inzet van eigen ambulances. Neem bij de afweging tot het inzetten van bijstandsambulances de ernst van de verwondingen en het aantal (verwachte) slachtoffers mee.
- **Gewondenspreiding.** Zie er op toe dat de MKA en de ziekenhuizen afspraken maken over de gewondenspreiding en leg deze vast in een gewondenspreidingsplan. Stimuleer het oefenen en indien nodig het uitvoeren van het gewondenspreidingsplan door de verschillende partijen. Zorg dat ziekenhuizen in de regio (en zo nodig aangrenzende regio's) tijdig worden geïnformeerd over incidenten waarbij een groot aantal slachtoffers wordt verwacht en zorg voor

voorwaarschuwingen over de binnenkomst van individuele patiënten. Zorg voor goed opgeleiden en geoefende coördinatoren gewondenvervoer, die bekend zijn met de procedures.

- **Kwaliteit meldkamerfunctie.** Zorg voor opleiding en instructie van meldkamercentralisten op het punt van opschalings- en inzetprotocollen en grootschalige alarmering.
- **Inzet MMT's.** Aanbeveling was om landelijk uniforme inzetcriteria te realiseren voor de inzet de mobiel medische teams. Inzetcriteria voor de reguliere (dagelijkse) inzet van traumaheli's zijn beschikbaar. Qua indicatiestelling (bij welk type letsel) zijn deze ook hanteerbaar voor grootschalige incidenten. Het vraagstuk van aantal in te zetten heli's (in relatie tot restdekking voor andere incidenten) is evenwel nog niet uniform beschreven.
- **Communicatie en informatiemanagement.** Verbetering hiervan is een vraagstuk voor de hele zorgketen en de vier multidisciplinaire kolommen en niet uitsluitend voor de RAV alleen.
- **Slachtofferregistratie.** Zorg voor een eenduidige werkwijze voor het registreren van grote aantallen slachtoffers en een betere implementatie en toepassing van de (proces)richtlijn slachtofferregistratie.
- **Oefenen.** Stimuleer en oefen het gebruik van protocollen bij grootschalige hulpverlening.
- **Triage.** Zorg dat alle hulpverleners tijdens een incident de bevindingen van de triage eenduidig vastleggen.

Opvallend is dat het paradigma "behandeling op de plaats incident" (*stay and play*) in geen van de onderzoeken fundamenteel is onderzocht en dus ook niet ter discussie wordt gesteld. Tegelijkertijd worden wel kritische noten gekraakt over de lange duur van de inzet en de onduidelijkheid of dit tot vermijdbaar overlijden of letsel heeft geleid.

Deze conclusies uit de onderzoeken geven aan op welke punten in ieder geval extra aandacht nodig is bij de ontwikkeling van nadere handreikingen.

Planvorming van de veiligheidsregio's

De scan van regionale documenten heeft inzicht opgeleverd in de verschillende soorten planvorming die er nu zijn. Vanuit de optiek van de veiligheidsregio zijn dit drie hoofdonderdelen, die alle drie wettelijk zijn voorgeschreven:

1. Het **regionaal risicoprofiel**. Dit omvat een inventarisatie en analyse van de risico's in de regio. De analyse omvat de impact en waarschijnlijkheid van de scenario's voor de verschillende 'incidenttypen', die tezamen worden geprojecteerd in een risicomatrix. Op basis hiervan komt het Algemeen Bestuur van elke veiligheidsregio tot een prioritering van risico's die leidend zijn voor de beleidskeuzes. Dit risicoprofiel wordt continu (minimaal jaarlijks) geactualiseerd en eens in de vier jaar wettelijk verplicht ter consultatie voorgelegd aan alle gemeenteraden binnen de regio.
2. Het **beleidsplan veiligheidsregio**. Dit omvat de beleidsdoelstellingen van het bestuur van de veiligheidsregio (voor een periode van 4 jaar). Het beleidsplan gaat in op de risicobeheersing, de crisisbeheersing en het herstel (veiligheidsketen). Het omvat algemene beleidsdoelstellingen bijvoorbeeld ten aanzien van de crisisorganisatie (voldoen aan de wettelijke basisvereisten), landelijke beleidsdoelstellingen (denk aan ontwikkelingen als de Landelijke Meldkamerorganisatie) en ook specifieke risicogerichte beleidsdoelstellingen. Voor dit laatste is het beleidsplan (wettelijk verplicht) gebaseerd op het risicoprofiel: voor de geprioriteerde risico's worden de beleidsdoelstellingen omschreven, zowel ten aanzien van risicobeheersing als crisisbeheersing (specifieke preparatie, zoals planvorming of oefeningen voor die risico's) en het

herstel. De stap van risicoprofiel naar beleidsplan is gebaseerd op een zogenaamde capaciteitanalyse, d.w.z. een nadere analyse van het 'causaal web' van de prioritair incidentscenario's, opdat specifieke mogelijkheden kunnen worden benoemd om de kans te verkleinen, de effecten en/of de kwetsbaarheid te verkleinen of de bestrijding, zelfredzaamheid en het herstel te vergroten. Sommige onderdelen van het beleidsplan worden in de bijlagen of soms zelfs apart van het beleidsplan nader uitgewerkt, zoals het beleid voor opleiden, trainen en oefenen (OTO) en het evenementenbeleid.

3. Het **regionaal crisisplan** (ter vervanging van de gemeentelijke rampenplannen). Hierin worden de crisisorganisatie en de operationele processen beschreven. Dit omvat zowel de primaire processen (de rampenbestrijdingsprocessen, waaronder geneeskundige hulpverlening) als de sturende processen (leiding & coördinatie, op- en afschaling) en ondersteunende processen (informatiemanagement, logistiek, melding & alarmering¹). Als bijlagen bij het crisisplan worden vaak nadere uitwerkingen gegeven van de processen (procesplannen).

Ter uitwerking van het regionaal crisisplan omvat de operationele planvorming van de veiligheidsregio vaak ook specifieke procedures, protocollen en inzetplannen. Dit kan zijn voor specifieke risico's (nadere afspraken over leiding & coördinatie, samenwerking en de specifieke invulling van primaire taken bij een bepaald incidenttype), maar ook voor specifieke locaties. Vanuit de geneeskundige hulpverlening zijn er meestal in ieder geval specifieke operationele plannen voor pandemieën (inclusief massavaccinatie) en voor kwetsbare zorginstellingen. Wettelijk bestaat de verplichting om in ieder geval voor BRZO-bedrijven en luchtvaartterreinen een *rampbestrijdingsplan* te maken, waarin voor die specifieke locaties en scenario's een nadere uitwerking van het generieke crisisplan wordt gegeven. Hiervan zijn ook lichtere varianten bekend, zoals multidisciplinaire coördinatieplannen en bereikbaarheidsplannen. Achter al deze vormen van operationele planvorming zitten vaak ook nadere uitwerkingen van protocollen en checklists voor functionarissen, opdat zij snel en handzaam aan de slag kunnen met de voor hun relevante instructies als het dan zover is. Specifieke aandachtspunt hierbij zijn afspraken en protocollen voor de eigen veiligheid van hulpverleners.

De veiligheidsregio's ontwikkelen zich steeds meer naar vereenvoudigde planvormen en een toenemende digitale informatieontsluiting (bijvoorbeeld digitale bereikbaarheidskaarten in het voertuig), maar hier zit vooralsnog geen landelijke visie en unité de doctrine achter. Idealiter zou de veelheid aan planvorming worden teruggebracht tot een duidelijker stelsel en meer digitale ontsluiting, waarbij de prioriteitstelling voor specifieke operationele planvorming is afgestemd op de prioritering van risico's in het risicoprofiel (nadere protocollen voor die risico's die voor de regio ook echt prioritair zijn).

Op basis van de wet kan feitelijk nog een vierde (als het rampbestrijdingsplan wordt meegerekend een vijfde) "planvorm" worden onderscheiden:

4. **Schriftelijke afspraken** tussen het bestuur van de veiligheidsregio en de geneeskundige ketenpartners. De Wet veiligheidsregio's (artikel 33, lid 2) schrijft voor dat het bestuur van de veiligheidsregio (in de praktijk vaak namens deze de Directeur Publieke Gezondheid) schriftelijke afspraken maakt met alle geneeskundige ketenpartners over hun "inzet bij de uitvoering van [hun] taak en de voorbereiding daarop". In het Besluit Veiligheidsregio's is uitgewerkt welke onderdelen deze afspraken verplicht dienen te omvatten:

¹ Vanuit de optiek van de meldkamer is melding en alarmering een primair proces.

- a. de procedures die gevolgd worden bij een ramp of crisis, waarbij het in ieder geval gaat over grootschalige alarmering, opschaling, coördinatie, informatiemanagement en evaluatie;
- b. de wijze waarop en de mate waarin personeel en materieel worden ingezet;
- c. de bereikbaarheid en beschikbaarheid van personeel, ruimte en materieel;
- d. de wijze van trainen en oefenen met het oog op het gezamenlijk optreden bij de rampenbestrijding en crisisbeheersing en de frequentie waarin getraind en geoefend wordt;
- e. de samenwerking met:
 - 1°. de functionarissen van de GHOR,
 - 2°. andere instellingen, en
 - 3°. andere hulpverleningsinstanties, en
- f. het onderhoud en beheer van materieel voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen dat eigendom is van de veiligheidsregio of het Rijk.

Bij de concrete uitwerking van deze afspraken in de regio's (o.a. met behulp van landelijke modellen) wordt niet exact deze indeling aangehouden, maar alle wettelijke onderdelen komen er wel in terug.

Huidige planvorming van de RAV's

Ook de RAV's hebben een veelheid aan planvorming voor grootschalig en bijzonder optreden, al of niet gecombineerd in één:

- opschalings- en alarmeringsprotocol meldkamer (inclusief inzetcriteria)
- interne opschalingsafspraken RAV
- zorg- of bedrijfscontinuïteitsplan
- gewondenspreidingsplan
- ambulancebijstandsplan
- registratiedocumenten/afspraken slachtofferregistratie
- intern noodplan (BHV)
- risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) in het kader van Arboregelgeving
- opleidings- en oefenplannen.

Ook zijn er specifieke protocollen en afspraken voor reguliere ambulancehulpverlening onder bijzondere omstandigheden, zoals bijvoorbeeld het optreden bij Nieuwjaar, het vermoeden van huiselijk geweld, infectiepreventie (dagelijks en bij pandemieën) en ongewenst gedrag.

Voorts geldt ook voor de RAV's dat de "schriftelijke afspraken" met het bestuur van de veiligheidsregio onderdeel zijn van hun planmatige voorbereiding. Belangrijk om hierbij op te merken is dat de wettelijke verplichting tot het sluiten van deze schriftelijke afspraken op grond van de Wet veiligheidsregio's zowel is geadresseerd aan de besturen van de veiligheidsregio's als aan de geneeskundige ketenpartners (inclusief de RAV's). Het is dus een wederkerige wettelijke verplichting.

Bestaande modellen voor rampenopvangplannen

In de oriëntatiefase zijn drie modellen bestudeerd:

- Leidraad ZiROP (ziekenhuis rampenopvangplan) uit 2009
- Modelplan GROOP (GGD rampenopvangplan) uit 2012

- Model HaROP (huisartsenzorg rampenopvangplan) uit 2010.

Deze modellen vertonen grote overeenkomsten. Concluderend kunnen de volgende basisprincipes hieruit worden gedestilleerd, die een plek zouden moeten krijgen in de handreiking/model voor het RAV ROP (of beter gezegd RAV crisisplan):

- Een **onderscheid tussen de koude en de warme fase**. De beschrijving van de koude fase geeft weer hoe de operationele crisisorganisatie voor de warme situatie wordt voorbereid, d.w.z. planvormen, opleiden, trainen en oefenen, aanschaf en beheer van middelen etc. en ook het beheer van het ROP zelf. Wat opvalt is dat warme en koude fase worden gezien als onderdeel van één en hetzelfde ROP. Er wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen het warme c.q. operationele plan en tussen afspraken die in essentie een beleidsplan vormen.
- Een beschrijving van de **wettelijke kaders** (Wet veiligheidsregio's, Wet publieke gezondheid en in dit geval de (tijdelijke) Wet ambulancezorg) in termen van formele verantwoordelijkheden, bevoegdheden en kwaliteitseisen.
- Een **basisomschrijving van de crisisorganisatie (sturende processen)**, d.w.z. de structuur van eigen interne crisisteams en functionarissen (ook wel aangeduid als het "knoppenmodel") en de samenhang daarvan met de crisisteams en functionarissen van andere diensten (binnen de geneeskundige keten en multidisciplinair). Deze omschrijving heeft dus betrekking op de sturende processen binnen de crisisorganisatie, d.w.z. in ieder geval leiding & coördinatie en op- en afschaling. Dit omvat dus ook het opschalingsmodel voor grootschalige geneeskundige bijstand.
- Een beschrijving van de **primaire processen**, d.w.z. de uitvoeringsprocessen van de betreffende hulpdienst ten tijde van een incident. Het kenmerk van primaire processen is dat deze gericht zijn op de maatschappelijke outcome. Dit onderscheidt ze van de ondersteunende processen, die dienend zijn aan het kunnen functioneren van de primaire processen. De primaire processen vanuit de ambulancezorg zijn in ieder geval (maar nog niet limitatief):
 - melding en alarmering
 - grootschalige ambulancezorg (triage, stabilisatie, vervoer, overdracht, alsmede de nevenketen T3)
 - ambulancebijstand (alarmering, begeleiding, loodspost)
 - gewondenspreiding
 - bijdrage aan slachtofferregistratie
 - continuïteit (uitval personeel, uitval nutsvoorzieningen)
 - eigen veiligheid
 - nazorg eigen personeel
 - bedrijfshulpverlening (intern incident)
- Een beschrijving van de **ondersteunende processen**, d.w.z. in ieder geval informatiemanagement & communicatie en logistiek & materiaalvoorziening.
- Een **fase-indeling**. Alle drie de modellen werken met een vorm van fase-indeling. In de Leidraad ZiROP is dit een hele uitgewerkte fase-indeling (berichtgeving, besluitvorming, alarmering etc.), in het modelplan GROOP is de indeling wat minder gedetailleerd uitgewerkt, terwijl in het model HaROP de indeling verschillend is uitgewerkt voor elk van de primaire processen (voor de huisartsen zijn dat er 3).
- Een handreiking voor de **wettelijk verplichte schriftelijke afspraken**. In het modelplan GROOP is dit in de vorm van productomschrijvingen, conform de landelijke modelconvenanten. In het model HaROP (van eerder datum dan de modelconvenanten) is dit in de vorm van een

lijst van onderwerpen waarover afspraken dienen te worden vastgelegd, plus suggesties voor de juridische kop en staart van de afspraken.

- **Concrete tips en checklists voor operationele functionarissen.** Planvorming gaat pas echt leven als deze concreet toepasbaar is voor degenen die ermee moeten werken. In de modellen worden hier in meerdere en mindere mate handreikingen voor gegeven.

Wat opvalt is dat met name in de Leidraad ZiROP wordt uitgegaan van een soort zwart-wit inzet van de interne crisisorganisatie: het ZiROP wordt wel of niet in werking gesteld. Als het eenmaal in werking is, dan wordt de hele interne crisisorganisatie opgetuigd. Dit valt te verklaren doordat het een “echt” ROP is, dat bovenal uitgaat van scenario’s met plotselinge instroom van gewonden. Interne noodplannen en zorgcontinuïteit (business continuity plan) zijn geen onderdeel van het ZiROP, dus kleinere incidenten met een lager niveau van interne coördinatie komen er niet in voor. Dit wijkt nadrukkelijk af van de multidisciplinaire werkwijze van de hulpdiensten. Immers, zij maken zowel in de sturingsniveaus (verticaal) onderscheid afhankelijk van de aard en omvang van incidenten (de GRIP-niveaus), als ook bij de al of niet inschakeling van processen (horizontaal) is er speelruimte afhankelijk van wat het incident vraagt (het knoppenmodel). Ter verdere vergelijking: in het modelplan GROF worden wel drie varianten onderscheiden die kunnen leiden tot opschaling, maar blijft de crisisorganisatie (taken en werkwijze) altijd hetzelfde. In het model HaROP wordt de inrichting van de crisisorganisatie nadrukkelijk wel afhankelijk gemaakt van het soort scenario en het soort processen dat daarbij loopt. Bij grootschalige infectieziektebestrijding wordt zelfs onderscheid gemaakt in verschillende opschalingsniveaus met daarbij verschillende inrichtingen van de crisisorganisatie.

Wat verder opvalt, in het directe verlengde van het vorige punt, is dat geen van de huidige modellen een relatie legt met de risico’s en mogelijke scenario’s. Er is geen sprake van een risicobenadering die een verband legt met het risicoprofiel. Dit verklaart waarschijnlijk waarom de modellen een traditionele ROP-insteek hebben, met een gescheiden aanvliegroute voor interne noodplannen en zorgcontinuïteit. Echter, in het veld zijn zowel vanuit ziekenhuizen als vanuit GGD’en bewegingen in de richting van een risicobenadering. Te verwachten valt dat dit op termijn zal leiden tot aanpassing en verbreding van de ROP-modellen.

Naar een samenhangend model voor planvorming

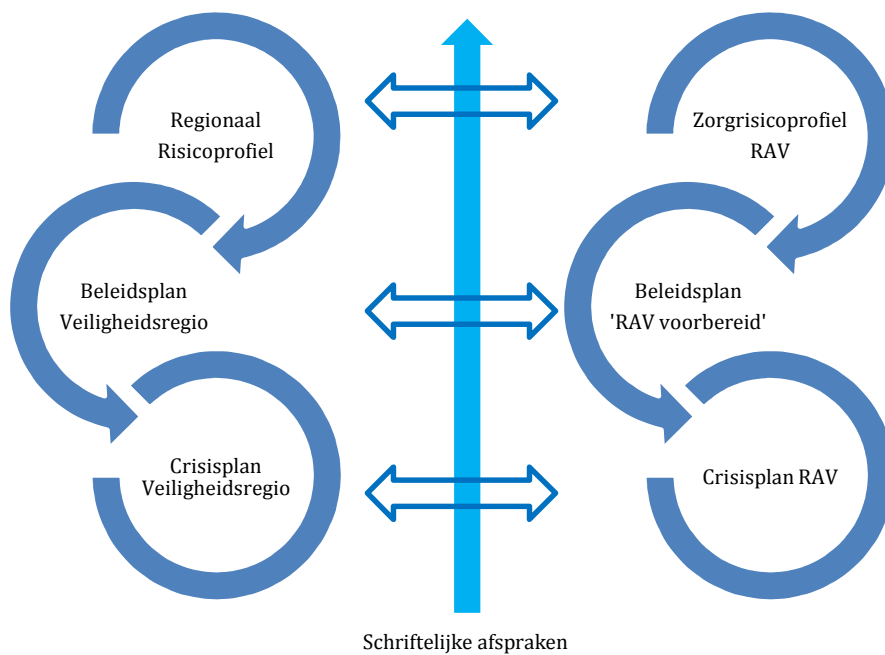
Op basis van de scan van regionale documenten en van de landelijke ROP-modellen worden de volgende aanbevelingen gedaan voor de planvorming voor de RAV.

1. **Start vanuit een risicobenadering op basis van een risicoanalyse.** Dit maakt het mogelijk om naast generieke voorbereiding van “basisvereisten voor veerkracht” ook gerichte aandacht te besteden aan echt prioritaire risico’s, zowel in de vorm van preparatie als middels afspraken over risicobeheersing (eigen intern risicobeheersing van de RAV’s en de relatie tussen beschikbaarheid van acute zorg en de risicobeheersing door het openbaar bestuur). De aanbeveling is deze risicobenadering te baseren op het regionaal risicoprofiel, waarvoor al belangrijke stappen zijn gezet in de vorm van het model zorgrisicoprofiel van het project VAVAZ (Vraag en Aanbod Veiligheidsregio en Acute Zorg).
2. **Maak een duidelijker onderscheid tussen warme en koude planvormen.** Het werkt verwarrend om warme plannen te vermengen met koude. Niet in de laatste plaats leidt het tot dikke ordners die weinig mensen uit de kast zullen trekken als het er echt toe doet. Als het

echt zover is, dan zijn afspraken over preparatie en beheer niet van belang. Tegelijkertijd mogen de beleidskeuzes over de mate van voorbereiding (en overigens ook risicobeheersing) niet ondersneeuwen als een vast gegeven in een breed, generiek plan. Ook een RAV zal net als het bestuur van een veiligheidsregio beleidskeuzes moeten maken over wat wel wordt voorbereid en wat niet, wat dit jaar wordt beoefend en wat later etc. Het is beter dit soort beleidskeuzes te expliciteren in een apart (dun) beleidsplan “RAV’s voorbereid”, dat desgewenst vaker kan worden bijgesteld dan het generieke crisisplan.

3. **Integreer ROP, interne noodplannen, continuïteitsplannen en andere protocollen voor (interne) incidenten in één crisisplan.** Beredeneerd vanuit de risicobenadering is het belangrijk dat de voorbereiding van de RAV’s zich niet beperkt tot alleen de ‘traditionele’ grootschalige incidenten, maar ook de kleinere en sluipende scenario’s omvat. Dit doet de vraag rijzen of de term “rampenopvangplan” wel de juiste is. Hoewel het ROP een ingeburgerd begrip is, wordt toch geadviseerd over te gaan op de term “crisisplan”. Crisis heeft feitelijk en zeker ook qua gevoel een bredere lading dan rampen. Daar waar rampen veelal worden gezien als alleen “externe incidenten” wordt de term crisis makkelijker ook vertaald naar “interne incidenten”. Ook continuïteitsproblematiek en bedreigingen van de volksgezondheid passen beter in deze bredere term. Bijkomend voordeel is dat hiermee de terminologie van veiligheidsregio/GHOR en RAV gelijk wordt getrokken. Dit crisisplan krijgt dus een bredere focus dan uitsluitend rampen, maar dient in te gaan op alle vormen van rampen, crises en interne incidenten die de reguliere, dagelijkse ambulancezorg “te boven gaan”. Omdat ambulancezorg gezien haar taken eigenlijk dagelijks met incidenten te maken krijgt, is de kunst om een aanpak te vinden van “naadloze opschaling”. Dit begint feitelijk bij alles wat de individuele discretionaire bevoegdheid van ambulancebemanningen en centralisten overstijgt.

De eerste drie aanbevelingen leiden tezamen tot het volgende model van planvorming. Aan de linker kant staan de drie wettelijke planvormen van de veiligheidsregio. De RAV’s kunnen met dezelfde indeling werken (rechts). De linking pin tussen de planvorming van veiligheidsregio en die van de RAV’s wordt gevormd door de wettelijk verplichte schriftelijke afspraken. Hierin wordt dan beschreven hoe het risicoprofiel van de veiligheidsregio zich verhoudt tot het zorgrisicoprofiel van de RAV (procedureel en inhoudelijk qua prioritering van risico’s), hoe de beleidskeuzes (voor preparatie en risicobeheersing) van de veiligheidsregio’s zich verhouden tot die van de RAV en hoe de samenhang tussen de crisisorganisaties is.



Verdere aanbevelingen zijn:

4. **Werk verschillende fase-indelingen en vormen van opschaling (horizontaal en verticaal) uit, waar mogelijk naar analogie van GRIP en het knoppenmodel.** Gezien de voorgenomen risicobenadering (waarbij de focus niet alleen ligt op rampen maar juist ook op andersoortige scenario's) ligt het voor de hand om voor de RAV's, bijvoorbeeld naar analogie van het model HaROP, de fase-indeling te diversifiëren. De intern op te bouwen crisisorganisatie moet in staat zijn om te kunnen reageren op alle soorten op- en afschaling die nodig is voor verschillende incidenttypen en processen.
5. **Zoek naar (digitale) oplossingen om de warme planvormen veel toepassingsgerichter te maken,** voor de functionarissen die er echt mee aan de slag moeten. Operationele planvorming wordt vaak gezien als een papieren tijger en is dat vaak ook, als niet goed wordt nagedacht vanuit het perspectief van degene die er ten tijde van een incident daadwerkelijk gebruik van moet maken. Warme planvormen moeten bedoeld zijn om echt te gebruiken en niet in de kast te blijven staan. Veel van de huidige plannen zijn in de praktijk veel meer een vorm van schriftelijke afspraken over hoe de organisatie en samenwerking eruit ziet, dan een planvorm die ten tijde van een incident daadwerkelijk uit de kast wordt gepakt. Dit heeft ertoe geleid dat breed wordt afgegeven op "planfixatie", al of niet direct gekoppeld aan een pleidooi voor "veerkracht in plaats van anticipatie". Hier staat tegenover dat de ambulancezorg juist naar volle tevredenheid haar werkzaamheden heeft geprotocolleerd. Protocollering kan dus wel degelijk goed werken, mits dit wordt geënt op wat de hulpverleners in het veld daadwerkelijk nodig hebben aan houvast. Het moet dus concreet en toepasbaar zijn en logisch opgebouwd. Deze wijze van protocollering is evenzo toepasbaar op coördinerende en ondersteunende functionarissen. Natuurlijk moet opleiding, trainen, oefenen en praktijkervaring ertoe leiden dat functionarissen vanuit eigen vakbekwaamheid bekend zijn met wat ze moeten doen en de juiste keuzes kunnen maken, zonder dat ze steeds naslag hoeven te doen. Rampen en crises bestrijden is immers geen kwestie van lijstjes afvinken, maar vraagt veerkracht en eigen

oordeelsvermogen. Natuurlijk moet dit “eigen denken” niet worden doorgeslagen door protocollering, maar dat is bij hulpverleners op straat ook niet het geval. De protocollen bieden juist de vaste basis en houvast om volledig zelfstandig de juiste inschattingen te kunnen maken. Een checklist met aandachtspunten in je achterzak (of op je i-pad) kan goed helpen om te voorkomen dat zaken over het hoofd worden gezien of dat bepaalde dilemma’s keer op keer opnieuw moeten worden uitgezocht. Elk incident is anders, maar de processen zijn vergelijkbaar.

In aansluiting op aanbeveling 5 wordt aanbevolen om landelijke procesafspraken te maken over de informatiearchitectuur ter ondersteuning van de crisisorganisatie. LCMS, NMS en voertuiginformatiesystemen zijn daarvoor bestaande c.q. te ontwikkelen instrumenten, maar er schuilt altijd een risico in het aanvliegen vanuit systemen. Wat is nu werkelijk de informatiebehoefte van de crisisfunctionarissen van de RAV? Hoe kunnen de bestaande systemen hierin voorzien en wat is er dan nodig om dit op het juiste moment en juiste aggregatieniveau te ontsluiten? Dit valt buiten de scope van het project “RAV’s voorbereid”, maar verdient wel nadrukkelijke aandacht.

Op grond van de naslag van evaluaties en onderzoeken is in ieder geval extra aandacht nodig voor nadere uitwerking van:

6. Ambulancebijstand, inclusief inzet MMT’s.
7. Gewondenspreiding.
8. Communicatie en informatiemanagement.

Voorts zijn er aanbevelingen gedaan die op de volgende manier in het vervolg worden meegenomen:

- De kwaliteit van de meldkamerfunctie is onderdeel van de momenteel lopende discussie over de Landelijke Meldkamerorganisatie (LMO). Vanuit het project RAV’s voorbereid zullen aanbevelingen worden meegegeven over de kwaliteitseisen waaraan het LMO zou moeten kunnen voldoen voor wat betreft opschaling, alarmering en coördinatie van grootschalige ambulancezorg, maar ook voor de RAV-inzet bij andere interne incidenten en crises.
- Voor slachtofferregistratie is er sinds de onderzoeken al veel nadere actie ondernomen. De nadere afspraken hierover moeten duidelijk worden beschreven in dit project.
- Voor het oefenen van de RAV is inmiddels het kwaliteitskader OTO vastgesteld. Dit wordt meegenomen als basis voor de verdere producten van het project.
- De inhoudelijke richtlijnen voor triage op het rampterrein (en vastlegging daarvan) vallen buiten de scope van dit project. Het is ook de vraag hoe groot dit probleem precies is. Deze vraag zal nader worden uitgezocht en wat er aan richtlijnen beschikbaar is, wordt meegenomen.

Internationale ervaringen

Voorzien was een oriëntatie op internationale ervaringen. Deze oriëntatie is nog niet afgerond. Geschikte internationale literatuur is niet makkelijk te vinden. Derhalve is ervoor gekozen internationale contacten te leggen. In de projectgroep is besproken welke landen mogelijk relevante ervaringen hebben. Gezien de unieke Nederlandse situatie zijn veel landen onvoldoende vergelijkbaar. Met name de Angelsaksische landen kunnen aanknopingspunten geven. Derhalve is contact gelegd met Engeland.

Bijlage: inhoud modellen rampenopvangplannen

Leidraad ZiROP 2009

I. Preparatiefase

- Functionarissen per hiërarchische functie benoemen
- Instructie personeel
- Aanschaffen van herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen
- Beschikbaarheid actuele NAW gegevens personeel en artsen
- Vrijwilligersinzet
- Aflossingschema werkvloer
- Registratiesysteem
- Communicatie
- Slachtoffers
 - Personeel
 - Familie
 - Pers
- In- en externe routing bepalen
- Evaluatieformulieren samenstellen
- Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, familie
- Kinderopvang personeel, familie en slachtoffers
- Bevoorrading
- Veiligheid

II. Rampsituatie

Fase van Berichtgeving

- Meldpunt: plaats waar de melding binnenkomt
- Aannemen van de melding
- Actie ondernemen na melding
- De allereerste slachtoffers – zelfverwijzers

Fase van Besluitvorming (voorheen Fase van Overleg)

- In werking stellen van het ZiROP
- Besluitvorming

Fase van Alarmering

- Cascade en/of geautomatiseerd
- Binnen en buiten kantoortijd
- Als de telefoon niet te gebruiken is
- Omvang extra menskracht
- Besluitvorming over benodigde extra menskracht

Fase van Opschaling (voorheen Fase van Voorbereiding)

- Oproepen coördinerend team
- Stopzetten normale activiteiten, voor zover nodig en medisch verantwoord
- Inrichten meldpunt personeel
- Inrichten plotkamer en coördinatiecentrum voor rampenstaf
- T1-, T2-, T3- en T4-slachtofferopvang voorbereiden

Opvang van overledenen voorbereiden
Voorbereiding buiten de ziekenhuismuren
Inventarisatie behandelcapaciteit
Registratiemiddelen gereed maken
Communicatie

Fase van Ontvangst

Triage
Registratie
Treatment (behandeling)
Transport (intern of extern)

Fase van Definitieve behandeling

Zorg voor de slachtoffers van de ramp
Zorg voor de 'reguliere' patiënten
Communicatie
Geestelijke bijstand
Tolken

Fase van Afschaling

Beëindigen van 'noodtoestand'
Debriefing
Posttraumatische begeleiding
Evaluatie

Fase van Normalisatie

Patiënten overplaatsen
Temporiseren in normalisatie
Tijdsbeslag
Geestelijke belasting
Overwerkregistratie
Administratie en financiën
Rampenvoorzieningen
Bevoorrading
Communicatie van de leerpunten

1. DE GGD TIJDENS EEN CRISIS

- 1.2. Melding en alarmering
 - 1.2.1. *Meldpunt: plaats waar de melding binnenkomt*
 - 1.2.2. *Ontvangst en beoordeling van de melding*
 - 1.2.3. *Besluit tot opschaling*
- 1.3. Het crisisteam GGD
 - 1.3.1. *Inzet van het crisisteam*
 - 1.3.2. *3 Varianten in opschaling, maar 1 werkwijze*
 - 1.3.3. *Samenstelling van het crisisteam*
 - 1.3.4. *Taken van het crisisteam*
 - 1.3.5. *Locatie crisisteam*
 - 1.3.6. *Vergadering crisisteam*
- 1.4. Afschaling en evaluatie van de inzet
 - 1.5.1. *Afschaling*
 - 1.5.2. *Evaluatie van de inzet*

2. DE GGD VOORBEREIDING OP EEN CRISIS

- 2.2 Indicatoren
- 2.3 Voorbereiding in de GGD
 - 2.3.1 *Melding en alarmering*
 - 2.3.2 *Bereikbaarheid GGD*
 - 2.3.3 *Beoordelen van de melding en besluit tot opschaling*
 - 2.3.4 *Alarmering van het crisisteam GGD*
 - 2.3.5 *Bereikbaarheid en beschikbaarheid van samenwerkingspartners*
 - 2.3.6 *Samenstelling van het crisisteam GGD*
 - 2.3.7 *Locatie van het crisisteam*
 - 2.3.8 *Bekwaamheid van het crisisteam GGD*
 - 2.3.9 *Werkwijze van het crisisteam*
 - 2.3.10 *Crisiscommunicatie en de communicatieadviseur*
 - 2.3.11 *De GGD processen en de procesleiders*
 - 2.3.12 *Ondersteuning van het crisisteam*
 - 2.3.13 *GROEP-inzet bij Grip*
 - 2.3.14 *Afschaling*
 - 2.3.15 *Evaluatie*
 - 2.3.16 *Nazorg*

3. IMPLEMENTATIE, ONDERHOUD EN BORGING VAN HET PLAN

3.1. Structuur ten aanzien van het GROP

3.1.1. GROP-beheerder

3.1.2. GROP-overleg

3.2. Onderhoud GROP

3.3. GROP en OTO

DEEL A: VOORBEREID OP RAMPEN EN CRISES (stappenplan)

DEEL B: FORMAT HaROP

1. UITGANGSPUNTEN VAN HET HaROP

- 1.1 Organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing
- 1.2 Wettelijk kader
- 1.3 Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden
- 1.4 Financiering

2. PREPARATIE

- 2.1 Planvorming
- 2.2 Samenwerking in het ROAZ
- 2.3 Opleiden, trainen en oefenen (OTO)
- 2.4 Aanschaf middelen
- 2.5 Bereikbaarheid
- 2.6 Registratie en informatiesystemen
- 2.7 Catering
- 2.8 Incidentevaluatie
- 2.8 Beleid en kwaliteit GHOR
- 2.9 Beheer en evaluatie HaROP

3. GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING

- 3.1 Organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding
- 3.2 Rol van de huisartsen(post)
- 3.3 Fase van alarmering (en informatievoorziening)
- 3.4 Fase van opschaling
- 3.5 Fase van uitvoering
- 3.6 Fase van afschaling

4. OPGESCHAALDE ACUTE ZORG

- 4.1 Organisatie van de opgeschaalde acute zorg
- 4.2 Fase van alarmering (en informatievoorziening)
- 4.3 Fase van opschaling
- 4.4 Fase van uitvoering
- 4.5 Fase van afschaling

5. NAZORG NA RAMPEN

- 5.1 Organisatie van de nazorg
- 5.2 Rol van de huisartsen
- 5.3 Processen binnen de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR)

DEEL C: REGIONALE AFSPRAKEN MET DE GHOR