

Gewondenspreidingsplan

Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond

RAV Zuid-Holland Zuid

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Nut en noodzaak gewondenspreiding	3
1.2	Verantwoordelijkheden	3
1.3	Betrokken partijen	3
1.4	Opzet GSP.....	3
1.5	Opschaling RAV	3
1.6	Opschaling ziekenhuis	3
1.7	Leeswijzer.....	3
2	Processchema gewondenspreiding (T1 en T2)	4
3	Toelichting op het proces gewondenspreiding	5
3.1	Inleiding	5
3.2	Alarmering	5
3.3	De buddy-MKA.....	5
3.4	De Coördinator Gewondenvervoer	5
3.5	Opschaling ziekenhuizen	6
3.6	Calamiteitenhospitaal	6
3.7	Communicatie en informatie.....	6
3.7.1	Communicatie.....	6
3.7.2	Patiëntgegevens.....	6
3.8	Aansturing van het proces gewondenspreiding.....	6
4	Specifieke situaties	7
4.1	Grootschalige brandwonden incidenten	7
4.2	Kinderen	7
4.3	Slachtoffers van gevaarlijke stoffen (CBRN).....	7
4.4	Slachtoffers uit penitentiaire inrichtingen	7
4.5	Rivaliserende groepen	7
5	Opvang en behandeling T3 slachtoffers	8
5.1	Primaire triage en clustering gewonden.....	8
5.2	T3 slachtoffers op de plaats van het incident	8
5.3	T3 slachtoffers in het ziekenhuis	8
Bijlage 1	Leidraad inventarisatie buddy-centralist	9
	Telefonisch contact SEH	9
Bijlage 2	Invulformulier inventarisatie	10
Bijlage 3	Gegevens ziekenhuizen.....	11
	Volledig overzicht ziekenhuizen	11
	Kinderziekenhuizen	12
	Brandwondencentra	13
Bijlage 4	Landelijk Protocol Coördinatie Grootschalige Brandwonden Incidenten	14
Bijlage 5	Indicaties traumacentrum (12.3).....	17

1 Inleiding

1.1 Nut en noodzaak gewondenspreiding

Adequate spreiding van slachtoffers van grootschalige incidenten over ziekenhuizen:

- leidt tot snellere behandeling, met als gevolg een betere prognose voor slachtoffers;
- verlaagt de druk op de dicht bij het incident gelegen ziekenhuizen, met als gevolg minder verstoring van de reguliere zorgtaken van deze ziekenhuizen.

1.2 Verantwoordelijkheden

De GHOR is op basis van de Wet veiligheidsregio's (Wvr) belast met de regie op en de aansturing van de geneeskundige hulpverlening¹. De RAV is op basis van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) verantwoordelijk voor het hebben en actueel houden van een gewondenspreidingsplan (GSP).

In de praktijk wordt het gewondenspreidingsplan van de RAV door de GHOR (OvD-G) geactiveerd en gedeactiveerd. De RAV is verantwoordelijk voor de uitvoering van het gewondenspreidingsplan.

1.3 Betrokken partijen

Dit GSP is tot stand gekomen in afstemming met:

- de expertisegroep ziekenhuizen van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) Zuid West Nederland;
- de GHOR Rotterdam Rijnmond;
- de GHOR Zuid-Holland Zuid;

De in dit plan opgenomen ziekenhuizen buiten de traumaregio Zuid West Nederland zijn apart geconsulteerd en geïnformeerd.

1.4 Opzet GSP

De AZRR en de RAV ZHZ kiezen binnen dit GSP voor het uitgangspunt dat het spreiden van gewonden plaatsvindt in afstemming tussen RAV en ziekenhuizen, op basis van:

- de *actuele* beschikbare capaciteit aan ambulances;
- de *actuele* medische behandelcapaciteit (MBC) binnen deze ziekenhuizen;
- de specifieke zorgbehoefte van het slachtoffer.

1.5 Opschaling RAV

Conform het opschalingsplan ambulancezorg² schalen RAV's op basis van een indicatie van het aantal slachtoffers in de eerste minuten na melding van een incident op. Bij calamiteiten met meer dan 20 slachtoffers activeert de MKA centralist standaard en per direct het proces Gewondenspreiding³, onder uitvoeringscoördinatie van een Coördinator Gewondenvervoer (CGV)⁴.

1.6 Opschaling ziekenhuis

Ziekenhuizen beslissen zelf over hun opschaling. Adequate gewondenspreiding zal de noodzaak tot opschaling van ziekenhuiscapaciteit verminderen. Aanleidingen voor opschaling zijn/blijven: een (te verwachten) toeloop van zelfverwijzers en wanneer uit informatie van de CGV blijkt dat het te verwachten aanbod van patiënten de reguliere capaciteit van het ziekenhuis overvraagt.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bestaat uit een processchema voor de spreiding van T1 en T2 slachtoffers. Hoofdstuk 3 is een toelichting op het processchema. Hoofdstuk 4 behandelt specifieke situaties. Hoofdstuk 5 gaat beknopt in op de opvang en behandeling van T3 slachtoffers.

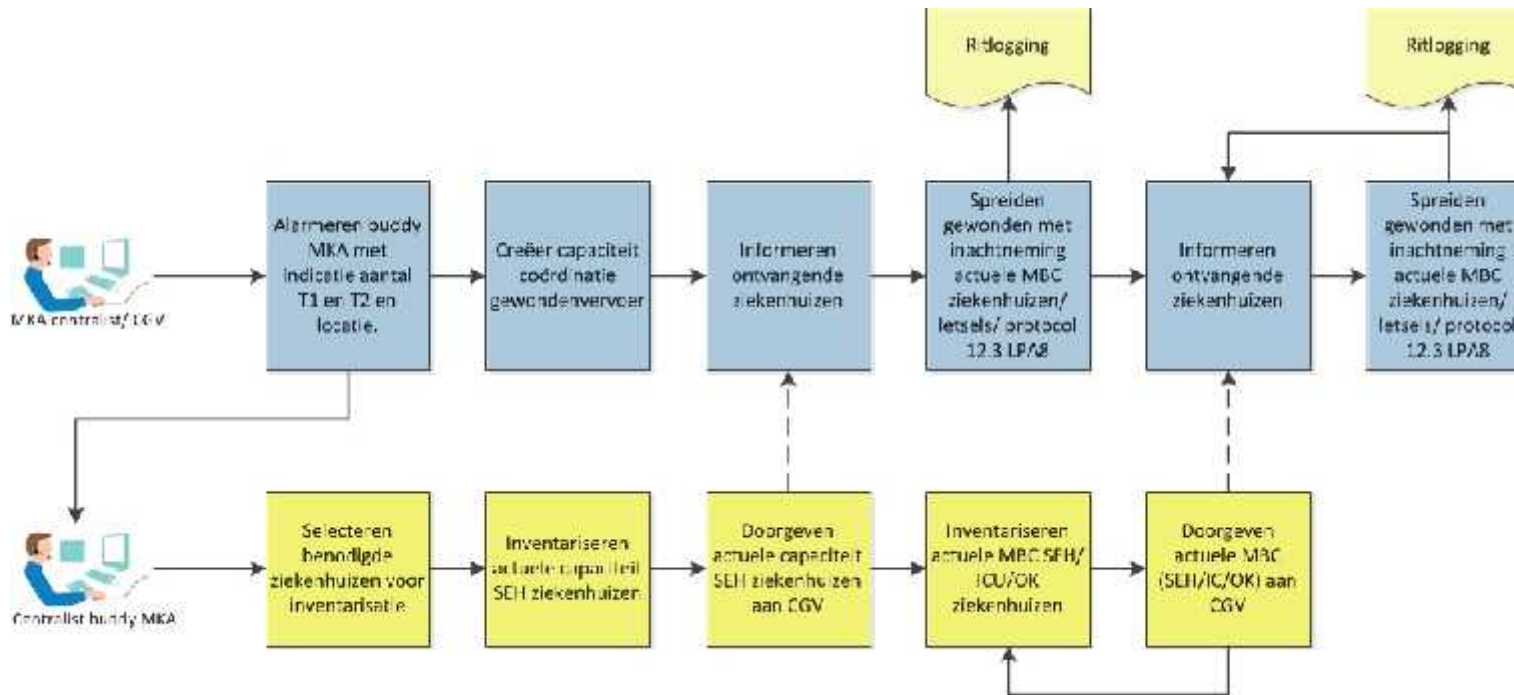
¹ Geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing door daartoe aangesteld personeel, als onderdeel van een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines, door tussenkomst van een meldkamer (Wvr, artikel 1).

² Model opschalingsplan ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, juni 2014

³ Zie hoofdstuk 2 Processchema Gewondenspreiding

⁴ Deze rol krijgt later in 2015 de naam 'taakverantwoordelijke transport'.

2 Processchema gewondenspreiding (T1 en T2)



Aanvullende opmerkingen bij het schema:

- De OvD-G beslist over het opstarten en beëindigen van het proces gewondenspreiding⁵.
- Vanaf een incident met meer dan 20 slachtoffers treedt het proces gewondenspreiding standaard in werking.
- De ACGZ beslist over een eventuele inzet van het calamiteitenhospitaal.
- De OvD-G en het Actiecentrum GHOR ontvangen op verzoek een overzicht van vervoerde patiënten met hun bestemming vanuit de MKA.
- Bij einde proces genereert de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) een overzicht van alle ritgegevens naar aanleiding van het incident.

⁵ Noot: de MKA schakelt bij meer dan 20 slachtoffers (code 20 of hoger) standaard en zonder tussenkomst van de OvD-G het proces gewondenspreiding op (model opschalingsplan ambulancezorg, 2014)

3 Toelichting op het proces gewondenspreiding

3.1 Inleiding

Met dit plan streven de RAV's naar een bedrijfszeker proces van gewondenspreiding, met zo weinig mogelijk afwijkingen ten opzichte van de reguliere situatie. Een aantal aanpassingen zijn echter onontbeerlijk om het proces onder de gegeven omstandigheden goed te laten verlopen. Deze worden in dit hoofdstuk toegelicht.

3.2 Alarmering

Bij een grootschalige inzet alarmeert de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) standaard de OvD-G. Bij meer dan 10 slachtoffers roept de MKA standaard een extra centralist op⁶.

De OvD-G bepaalt op basis van een indicatie van het aantal slachtoffers *per direct* of het proces gewondenspreiding moet worden opgestart. Is dat het geval, dan draagt de OvD-G de MKA op om de 'buddy-MKA' te alarmeren⁷. De MKA geeft bij deze alarmeringen mee:

- de locatie van het incident;
- een indicatie van het aantal T1 en T2 slachtoffers;
- een typering van de letsels (brandwonden, mechanisch trauma, CBRN etc.).

3.3 De buddy-MKA

De gealarmeerde buddy-MKA draagt zorg voor het inventariseren van de actuele MBC binnen de omliggende ziekenhuizen. De centralist aldaar start *direct* na de alarmering en melding met de eerste inventarisatie van de actuele capaciteit op de SEH, volgens de onderstaande volgorde:

- op basis van de indicatie van het aantal slachtoffers selecteert de centralist op de buddy-MKA de ziekenhuizen waarover de slachtoffers moeten worden gespreid. Hij/zij gebruikt hiervoor de kaart (bijlage 6) waarin de ziekenhuizen met hun gemiddelde SEH behandelcapaciteit zijn ingekleurd.
- De centralist op de buddy-MKA neemt telefonisch contact op met de SEH's van de zojuist door hem/haar geselecteerde ziekenhuizen. Daarbij:
 - o informeert de centralist de (coördinerend) verpleegkundige over het incident (algemene informatie, er wordt de ziekenhuizen niet gevraagd om op te schalen);
 - o vraagt de centralist hoeveel reguliere plaatsen voor T1 en T2 op de SEH op dat moment beschikbaar zijn;
 - o verzoekt de centralist de SEH medewerker de OK en ICU capaciteit te checken voor zijn/haar tweede inventarisatieronde na 30-60 minuten.
- De centralist op de buddy-MKA noteert de van de ziekenhuizen verkregen informatie in een overzicht en deelt dit met de CGV.

De buddy-centralist herhaalt de inventarisaties, totdat de OvD-G het proces gewondenspreiding beëindigt.

De centralist op de buddy-MKA geeft *geen* advies over ZiROP opschaling binnen het ziekenhuis.

3.4 De Coördinator Gewondenvervoer

De CGV start met het uitvoeren van het proces gewondenspreiding, met behulp van de door de centralist op de buddy-MKA verstrekte MBC van de omliggende ziekenhuizen.

Voor de ziekenhuiskeuze van de slachtoffers past de CGV protocol 12.3 van de landelijke protocollen ambulancehulpverlening (LPA) 8 toe (zie bijlage 5), met de nuancering dat bij grootschalige inzet de level 1 ziekenhuizen zo weinig mogelijk mogen worden belast met slachtoffers zonder medische indicatie voor een level 1 ziekenhuis.

⁶ Model opschalingsplan ambulancezorg, AZN, juni 2014

⁷ Noot: de MKA schaalte bij meer dan 20 slachtoffers (code 20 of hoger) standaard en zonder tussenkomst van de OvD-G het proces gewondenspreiding op (model opschalingsplan ambulancezorg, 2014)

De CGV informeert de ziekenhuizen over het aantal slachtoffers dat wordt ingestuurd.

3.5 Opschaling ziekenhuizen

De dicht bij het incident gelegen ziekenhuizen krijgen bij grootschalige incidenten doorgaans te maken met een spontane aanvoer van slachtoffers. Dit kan voor deze ziekenhuizen reden zijn om op te schalen.

Daarnaast kan de CGV tot de conclusie komen dat de door de dichtbij gelegen ziekenhuizen/traumacentra opgegeven MBC niet toereikend is voor het aantal slachtoffers. In dat geval zal de CGV één of meerdere ziekenhuizen verzoeken meer slachtoffers op te vangen dan de aan de buddy-MKA opgegeven MBC. Ziekenhuizen wegen daarop zelfstandig een ZiROP opschaling af, conform de eigen procedures.

3.6 Calamiteitenhospitaal

Het inzetten van het Calamiteitenhospitaal⁸ is altijd een overweging wanneer a) het aantal slachtoffers van calamiteiten, aanslagen of grote ongevallen de reguliere opvangcapaciteit binnen de traumaregio overschrijdt of b) er een reden is om een groep slachtoffers bij elkaar op te vangen. In geval de OvD-G en/of CGV de inzet van het Calamiteitenhospitaal nodig of wenselijk acht, adviseert de OvD-G dat aan de Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (ACGZ). De ACGZ besluit over het opvangverzoek bij het Calamiteitenhospitaal en draagt zorg voor het contact met het Calamiteitenhospitaal.

3.7 Communicatie en informatie

3.7.1 Communicatie

- De MKA/ CGV krijgt van de buddy MKA periodiek een overzicht van de actuele MBC van de omliggende ziekenhuizen.
- De ambulanceteams melden zich voor transport van een slachtoffers bij de MKA/CGV met een traumascoring en beschrijving van de letsels, op basis waarvan de MKA een bestemming doorgeeft aan het ambulanceteam.
- De MKA/ CGV meldt desgewenst de komst van het slachtoffer aan bij het ontvangend ziekenhuis.
- Het Actiecentrum GHOR/ de ACGZ stemt met het crisisteam/ de crisiscoördinator van de ziekenhuizen af over alle andere operationele, tactische en strategische vraagstukken. Hieronder vallen ook knelpunten in het aanbod van MBC.

3.7.2 Patiëntgegevens

- De CGV geeft op verzoek een sitrap aan de OvD-G en/of het Actiecentrum GHOR, met een overzicht van de vervoerde en te vervoeren slachtoffers.
- De CGV houdt een log bij van de door de RAV's vervoerde slachtoffers, met hun bestemming⁹. Een kopie van dit log wordt afgegeven aan het Actiecentrum GHOR, ten behoeve van het registratieproces.

3.8 Aansturing van het proces gewondenspreiding

De OvD-G activeert en deactiveert het gewondenspreidingsplan. In principe voeren de buddy-centralist en de CGV het plan zelfstandig uit. De OvD-G (of, afhankelijk van het probleem en het opschalingsniveau: de ACGZ) lost eventuele knelpunten op en laat zich regelmatig informeren. De OvD-G informeert de ACGZ en de dienstdoend leidinggevende RAV over knelpunten in het proces gewondenspreiding.

- Blijken knelpunten in de *ketenafstemming* niet oplosbaar op het niveau van de OvD-G, dan legt de OvD-G dit knelpunt voor aan de ACGZ.
- Blijkt het *intern proces* verstoort en niet oplosbaar op het niveau van de OvD-G, dan legt de OvD-G dit knelpunt voor aan de dienstdoend leidinggevende RAV/ MKA.

⁸ <http://www.umcutrecht.nl/subsite/Calamiteitenhospitaal>

⁹ Module ritlogging op de MKA

4 Specifieke situaties

4.1 Grootschalige brandwonden incidenten

Conform de protocollen ambulancezorg worden slachtoffers met brandwonden eerst vervoerd naar een ziekenhuis met Spoedeisende Hulp-functionaliteit om daar te worden gestabiliseerd. Bij 10 of meer brandwondenslachtoffers coördineren de meldkamer Kennemerland, het LOCC en de brandwondencentra de inzet van de Brandwonden Triage Teams en de verdeling van de brandwondenslachtoffers over de brandwondencentra. De werkwijze staat beschreven in het Landelijk Protocol Grootschalige Brandwonden Incidenten (bijlage 4).

4.2 Kinderen

Kinderen van alle leeftijden worden conform protocol 12.3 van LPA8 verspreid over de ziekenhuizen. Kinderziekenhuizen delen soms een SEH met het nabij gelegen level 1 ziekenhuis (Wilhelmina kindziekenhuis Utrecht) of gaan dit in de toekomst doen. Op aangeven van het MMT kunnen kinderen jonger dan 18 jaar zonder stabilisatie in een algemeen ziekenhuis direct naar het kindziekenhuis vervoerd.

4.3 Slachtoffers van gevaarlijke stoffen (CBRN)

Slachtoffers van CBRN incidenten worden, indien door een GAGS geïndiceerd, voorafgaand aan vervoer naar het ziekenhuis ontsmet. Medisch en verpleegkundig personeel op de SEH afdelingen van alle ziekenhuizen beschikken over de middelen en vaardigheden om zich tegen eventuele restbesmetting (zoals uitwaseming) te beschermen.

Enkele ziekenhuizen beschikken over decontaminatie faciliteiten, in principe alleen voor zelfverwijzers. Dit zijn:

- Het Erasmus MC Rotterdam;
- Het Albert Schweitzer Ziekenhuis, locatie Dordtwijk.
-

4.4 Slachtoffers uit penitentiaire inrichtingen

Penitentiaire inrichtingen beschikken over calamiteitenplannen waarin voorschriften voor transport en gewondenspreiding zijn opgenomen. Deze plannen zijn leidend. Waar deze plannen niet voorzien worden nadere afspraken gemaakt in het multidisciplinair overleg (Motorkapoverleg, CoPI of ROT).

4.5 Rivaliserende groepen

Omwille van de veiligheid kan het nodig zijn slachtoffers van rivaliserende partijen in verschillende ziekenhuizen aan te bieden. Voor zover dat niet in planvorming is opgenomen worden hierover in het motorkapoverleg/ CoPI afspraken gemaakt en doorgegeven aan de CGV.

5 Opvang en behandeling T3 slachtoffers

5.1 Primaire triage en clustering gewonden

De verpleegkundige van de eerste ambulance zet, afhankelijk van de omvang van het incident, één of meerdere aangekomen ambulance-eenheden in voor triage. De triage is gericht op snelle indeling in gewondencategorieën, onderverdeeld in *T3 niet gewond*, *T3 gewond*, *T2*, *T1* en *overleden*. Hierbij worden gewondenkaarten gebruikt.

In overleg met brandweer en politie kiest de verpleegkundige van de eerste ambulance een locatie voor een *gewondennest* waar T1 en T2 slachtoffers naar toe worden getransporteerd. T3 slachtoffers worden in een *verzamel en verzorglocatie* verzameld¹⁰.

5.2 T3 slachtoffers op de plaats van het incident

Bij de primaire triage geldt ieder lopend slachtoffer als een T3 slachtoffer. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen T3 slachtoffers met zichtbare verwondingen en T3 slachtoffers zonder zichtbare verwondingen.

Op de plaats van het incident organiseert de OvD-G zo snel mogelijk een veilige opvang voor T3 slachtoffers. Aldaar vindt secundaire triage plaats. Zoveel als mogelijk ontvangen T3 slachtoffers adequate zorg en behandeling door artsen of ambulanceverpleegkundigen in het behandelcentrum.

Voor slachtoffers die bij de secundaire triage toch als T1 of T2 slachtoffer worden geclassificeerd wordt een ambulance aangevraagd bij de MKA/CGV.

T3 slachtoffers die wel een ziekenhuisbehandeling nodig hebben worden vanuit de verzamel- en verzorglocatie naar een ziekenhuis gebracht.

5.3 T3 slachtoffers in het ziekenhuis

Zowel door zelfverwijzing als door begeleiding van familie of bekenden kunnen T3 slachtoffers in ziekenhuizen wel degelijk de adequate opvang van T1 en T2 slachtoffers of de rust en concentratie in een ziekenhuis negatief beïnvloeden.

Het is primair aan ziekenhuizen om zich op deze situatie voor te bereiden. Indien desondanks noodzakelijk, kan in overleg tussen ziekenhuis en GHOR een oplossing worden gezocht, hetzij door het instellen van een patiëntenstop, hetzij door herverdeling van patiënten, hetzij door het organiseren van ondersteuning.

¹⁰ Zie LPA8, protocol 2.2 (Primaire triage).

Bijlage 1 Leidraad inventarisatie buddy-centralist

Telefonisch contact SEH

"Mijn naam is ..., centralist van de Meldkamer... Vanwege een groot incident inventariseer ik de beschikbare capaciteit op SEH's in de regio.

Hoeveel plaatsen heeft u op uw SEH beschikbaar voor:

- T1 slachtoffers:
- T2 slachtoffers:

Over ca. 30-60 minuten bel ik u terug om opnieuw de behandelcapaciteit te vragen. Wilt u er voor zorgen dat u dan ook weet hoeveel plaatsen er op de IC beschikbaar zijn en of de OK beschikbaar is?

Dit gesprek is geen verzoek tot ZiROP opschaling. Ik heb geen informatie of en zo ja welke slachtoffers naar uw SEH worden vervoerd. Daarover wordt u apart door de Coördinator Gewondenvervoer geïnformeerd. Ik inventariseer alleen het aantal opvangplaatsen op jullie SEH."

Bijlage 2 Invulformulier inventarisatie

Ziekenhuis	Plaats	Level	Capaciteit SEH		Capaciteit ICU	Capaciteit OK
			T1	T2		

Bijlage 3 Gegevens ziekenhuizen

Volledig overzicht ziekenhuizen

plaats	naam	level	Capaciteit		tel nr SEH	bijzonderheden
			T1	T2		
Dordrecht	Albert Schweitzer ziekenhuis	2			078-6523210	
Rotterdam	Dijkzigt; Erasmus Medisch Centrum	1			010-7040145	academisch
Rotterdam	Sophia; Erasmus Medisch Centrum	1			010-7036157	academisch kinderziekenhuis
Rotterdam	Maasstad Ziekenhuis	2			010-2912750	brandwonden centrum
Rotterdam	Havenziekenhuis	3			010-4043307	
Rotterdam	Ikazia Ziekenhuis	3			010-2975870	
Capelle aan den IJssel	IJsselland Ziekenhuis	3			010-2585125	
Rotterdam	Sint Franciscus Gasthuis	2			010-4613395	
Delft	Reinier de Graaf Groep				015-2603844	
Den Haag	Medisch Centrum Haaglanden	1			070-3302377	
Den Haag	HagaZiekenhuis, Ieyenburg	1			070-2102738	
Den Haag	HagaZiekenhuis, Rode Kruis				070-2107249	
Den Haag	HagaZiekenhuis, Juliana Kinderziekenhuis				070-2107249	perifeer kinderziekenhuis
Leidschendam	Medisch Centrum Haaglanden				geen	via centraal nummer
Den Haag	Ziekenhuis Bronovo				070-3124733	
Zoetermeer	't Lange Land Ziekenhuis				079-3462539	
Leiden	Leids Universitair Medisch Centrum	1			071-5261120	academisch
Leiderdorp	Rijnland Ziekenhuis				071-5828905	
Gouda	Groene Hart Ziekenhuis				0182-505630	
Woerden	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis				0348-427205	
Leiden	Diaconessenhuis				071-5178182	alleen tijdens kantooruren
Gorinchem	Beatrix Ziekenhuis				0183-644444	
Dirksland	Van Weel Bethesda	3			0187-607290	

Breda	Amphia ziekenhuis, Molengracht				076-5953000	
Tilburg	St. Elisabeth Ziekenhuis	1			013-5398010	
Tilburg	TweeSteden Ziekenhuis				013-4655216	
's-Hertogenbosch	Jeroen Bosch Ziekenhuis				073-5536161	
Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	1			040-2399600	
Veldhoven	Maxima Medisch Centrum				040-888811	
Hoofddorp	Spaarne Ziekenhuis				023-8907520	
Amstelveen	Ziekenhuis Amstelland				020-7556282	
Amsterdam	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	1			020-5992993	
Amsterdam	Slotervaartziekenhuis				020-5124113	
Amsterdam	Lucas Andreas Ziekenhuis				020-5108911	
Goes	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis				0113-234250	
Vlissingen	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis				0118-425856	
Amsterdam	Academisch Medisch Centrum	1			020-5662222	academisch
Amsterdam	VU Medisch Centrum	1			020-4443636	academisch
Utrecht	UMC Utrecht	1			088-7566666	academisch
Utrecht	Calamiteiten hospitaal	1			088-7566666	militair
Utrecht	Wilhelmina kinderkliniek				088-7566666	kinderziekenhuis

Kinderziekenhuizen

Plaats	Naam	Adres	Level	Capaciteit		Tel nr. SEH
				T1	T2	
Rotterdam	Sophia					
Den Haag	Juliana					
Utrecht	Wilhelmina					
Amsterdam	Emma					
Nijmegen	St. Radboud					

Brandwondencentra

Plaats	Naam	Adres	Level	Capaciteit		Tel nr. SEH
				T1	T2	
Rotterdam	Maasstad Ziekenhuis					
Beverwijk	Rode Kruis ziekenhuis					
Groningen	Martini Ziekenhuis					

Bijlage 4 Landelijk Protocol Coördinatie Grootschalige Brandwonden Incidenten

Versie: 9 september 2013, Openbaar 1

Doelstelling

Het Landelijk Protocol Coördinatie Grootschalige Brandwonden Incidenten (LPCGBI) beoogt een tijdige waarschuwing van de brandwondencentra. Hierdoor kunnen zij adequaat opschalen en gecoördineerd Brandwonden Triage Teams (BTT's) inzetten om ziekenhuizen te kunnen adviseren over triage, behandeling en doorverwijzen van brandwondenpatiënten naar brandwondencentra. Dit protocol zal alleen in werking treden bij een incident met 10 of meer brandwondenslachtoffers.

Uitwerking

Dit protocol sluit aan op bestaande protocollen die worden gebruikt binnen het preklinische Landelijk Protocol Ambulancezorg 7 en de klinische Emergency Management of Severe Burns (EMSB) setting. Deze protocollen schrijven voor dat slachtoffers met brandwonden vervoerd moeten worden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met Spoedeisende Hulp-functionaliteit om daar conform het gangbare EMSB-protocol te worden gestabiliseerd.

Bij vragen over of escalatie van de behandeling van een brandwondenslachtoffer wordt veelal contact gelegd met een brandwondencentrum. Zolang het hierbij gaat om een beperkt aantal gevallen is coördinatie niet noodzakelijk.

Incidenten met 10 of meer brandwondenslachtoffers hebben een dusdanige impact op de hulpverlening rondom brandwondenzorg, dat schaarste ontstaat aan expertise en middelen. Om te zorgen dat deze schaarste aan expertise en middelen optimaal wordt ingezet ten behoeve van de brandwondenslachtoffers, zal worden opgeschaald naar een landelijke coördinatiestructuur. De werkwijze van deze landelijke coördinatiestructuur staat beschreven in dit LPCGBI.

Partijen

Bij het LPCGBI zijn betrokken:

- Brandwondencentrum Martini Ziekenhuis in Groningen
- Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk
- Brandwondencentrum Maasstadziekenhuis in Rotterdam
- Nederlandse Brandwonden Stichting
- Meldkamer Ambulancezorg Kennemerland (MKA Kennemerland)
- Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC)

In dit protocol zijn de volgende processtappen te onderscheiden:

- het alarmerings- en informatieproces
- het coördinatieproces rondom het leveren van specialistische BTT's.

Het alarmerings- en informatieproces

1. Tijdens of na een incident met mogelijk 10 of meer brandwondenslachtoffers worden de MKA Kennemerland en/of het LOCC en/of een Brandwondencentrum (BWC) geïnformeerd door de getroffen regio.
2. Deze 3 partijen informeren vervolgens elkaar.
 - i. Het brandwondencentrum dat hoort bij de getroffen regio conform het overzicht in bijlage 2 dient gebeld te worden. BWC's overleggen vervolgens met elkaar over de verdeling van taken (wie coördineert, wie levert BTT en wie vangt patiënten secundair op).
3. Het LOCC start het informatieproces om de situatie nader te duiden.
4. Het LOCC deelt het situatiebeeld met MKA Kennemerland, BWC's en eventuele overige betrokken partners zoals veiligheidsregio's, het Nationaal Crisis Centrum, etc.

5. BWC's maken kenbaar wie in dit geval optreedt als coördinerend BWC (vanaf dat moment BWC I geheten).

Op basis van dit informatieproces treffen betrokken organisaties hun voorbereidingen. In geval van gelijktijdigheid op basis van "best effort".

Het coördinatieproces rondom het leveren van specialistische BTT's

1. Ziekenhuizen maken conform reguliere procedures (Ziekenhuis Rampen Opvang Plan) hun specialistische brandwondenhulpvraag kenbaar aan één van de brandwondencentra.
2. De brandwondencentra registreren de hulpvragen vanuit de ziekenhuizen in de online applicatie "Slachtofferregistratiesysteem BWC". De geregistreerde gegevens bevatten informatie over het aantal slachtoffers per locatie en, zo mogelijk, gegevens omtrent naam, geboortedatum, geslacht en het percentage verbranding.
3. BWC I bepaalt, op basis van de informatie in de online applicatie, welke brandwondenslachtoffers in welke ziekenhuizen bezocht dienen te worden.
4. BWC I neemt de coördinatie op zich voor het samenstellen en inzetten van BTT's. Daarnaast werkt BWC I een triage planning uit en zorgt zij ervoor dat de BTT's gebriefd worden over hun inzet.
5. BWC I informeert het LOCC over:
 - a. De inzet BTT's;
 - b. Het aantal te bezoeken instellingen;
 - c. Het aantal te bezoeken slachtoffers;
 - d. Eventuele bijzonderheden.
6. In opdracht van het LOCC organiseert de Coördinator Gewondenvervoer (CGV) Kennemerland het vervoer van de BTT's via Meldkamer Kennemerland, Noord-Nederland en/of Rotterdam-Rijnmond en koppelt dit terug aan het LOCC.
7. Het LOCC informeert BWC I over de bijzonderheden met betrekking tot vervoer van de BTT's.
8. Bij inzet zijn de BTT's zelf verantwoordelijk voor:
 - a. het onderhouden van de communicatielijnen met BWC 1 en MKA Kennemerland gedurende de triageronde langs de ziekenhuizen;
 - b. het bevestigen van vertrek en aankomst bij een ziekenhuis aan MKA Kennemerland;
 - c. het informeren van de MKA Kennemerland bij beëindiging van de triageronde;
 - d. het rapporteren van de bevindingen aan BWC I per afgelegd triagebezoek.
9. Het LOCC informeert de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) van de getroffen regio over alle uitgevoerde acties onder punt 5 en 6.
10. BWC I bepaalt op basis van de uitkomst van de triagerondes van de BTT's welke slachtoffers naar een BWC vervoerd moet worden en welk BWC.
11. BWC I informeert MKA Kennemerland na de triagerondes over:
 - a. Gegevens van secundair naar BWC's te vervoeren slachtoffers;
 - b. Instellingen waar het transport begint;
 - c. Instellingen waar het transport eindigt;
 - d. Urgentie waarmee het transport dient te worden uitgevoerd;
 - e. Alle benodigde bijzonderheden.
12. De MKA Kennemerland doet vervoersverzoeken aan de regionale MKA o.v.v.:
 - a. Instellingen waar het transport begint;
 - b. Instellingen waar het transport eindigt;
 - c. Gegevens van te vervoeren slachtoffers;
 - d. Urgenties;
 - e. Overige bijzonderheden;
 - f. Afspraken m.b.t. einde rit.
13. De regionale MKA informeert MKA Kennemerland over einde rit(ten) bij secundair vervoer.
14. MKA Kennemerland houdt hier een actueel overzicht van bij en deelt dit na afloop met het BWC I.

15. Aan het eind van de triageronde evalueert BWC I de inzet met het LOCC, waarbij een totaaloverzicht gedeeld wordt van slachtoffers inclusief de instellingen waar deze zijn opgenomen.
16. Tot slot zorgt het LOCC voor overdracht van alle relevante informatie aan de DPG van getroffen regio.

Vragen

Indien u inhoudelijke vragen of opmerkingen heeft over dit protocol, dan kunt u terecht bij de Brandwondenstichting via baardenburg@brandwondenstichting.nl.

Voor acute operationele vragen kunt u terecht bij het LOCC op 0343 53 69 53.

Lijst met gebruikte afkortingen

BTT	Brandwonden Triage Team
BWC	Brandwonden Centrum
BWC I	Brandwonden Centrum met coördinerende rol
CGV	Coördinator Gewondenvervoer
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
EMSB	Emergency Management of Severe Burns
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
LOCC	Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum
LPCGBI	Landelijk Protocol Coördinatie Grootchalige Brandwonden Incidenten
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MPC	Multi Proces Coördinator

Bijlage 5 Indicaties traumacentrum (12.3)

(bron: LPA8).

12.3

Indicaties traumacentrum

primary survey

- ABC niet te stabiliseren
- D (P)GCS < 9
(P)GCS dalend
pupilverschil
neurologische uitval (≥ 1 extremiteit)
- E hypothermie ≤ 32 °C
RTS < 11 of
PTS < 9

secondary survey

- penetrerend letsel hoofd, thorax en/of buik/flank
- fladderthorax
- instabiel bekken
- ≥ 2 fracturen (femur-, tibia en/of humerus)
- amputatie proximaal pols/enkel



traumacentrum



bij ernstige ABCD instabiliteit kan het in sommige gebieden in Nederland met lange aanrijtijden naar een traumacentrum beter zijn om de patiënt eerst op te laten vangen in het dichtstbijzijnde ziekenhuis met adequate opvang indien rendez-vous met MMT niet mogelijk is