

Model opschalingsplan ambulancezorg

'RAV'S VOORBEREID'

Juni 2014

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Omschrijving en doel.....	4
1.2 Context	4
1.3 Referenties.....	4
1.4 Uniformiteit.....	5
1.5 Implementatie	5
1.6 Planvorming voor de koude en warme fase	5
1.7 Leeswijzer.....	5
2. Opgeschaalde ambulancezorg	6
2.1 Processtappen opgeschaalde ambulancezorg	6
2.2 Ieder T1-slachtoffer zo snel mogelijk op transport.....	6
2.3 Onderdelen opschalingsplan ambulancezorg	6
2.4 Proces opgeschaalde ambulancezorg	7
3. Standaard inzetvoorstel voor de MKA	8
3.1 Omschrijving	8
3.2 Onderbouwing en doel	8
3.3 Dienstdoend leidinggevende RAV	8
3.4 Taakverantwoordelijke inventarisatie MBC.....	8
3.5 GRIP alarmering	8
3.6 Criteria	8
3.7 Richtlijn inzetvoorstel	9
4. Interne opschaling MKA	10
4.1 Omschrijving	10
4.2 Onderbouwing en doel	10
4.3 Criteria	10
4.4 Opmerkingen.....	10
5. Ambulancebijstand en opschaling MMT's	11
5.1 Omschrijving	11
5.2 Onderbouwing en doel	11
5.3 Criteria	11
5.4 Opmerkingen.....	11
5.5 Schema ambulancebijstand	12
6. Verbindingsschema's ambulancezorg	13
6.1 Omschrijving	13
6.2 Onderbouwing en doel	13
6.3 Criteria	13
6.4 Opmerkingen.....	13
7. Checklist MKA	14
7.1 Omschrijving	14
7.2 Onderbouwing en doel	14
7.3 Criteria	14
7.4 Opmerkingen.....	14
8. Rol 'eerste ambulance', triage en clustering gewonden	15
8.1 Omschrijving	15
8.2 Primaire triage en clustering gewonden.....	15
8.3 Onderbouwing en doel	15
8.4 Criteria	15
8.5 Opmerkingen.....	15
9. Beslisschema OD-G opschaling ambulancezorg	16
9.1 Omschrijving	16
9.2 Onderbouwing en doel	16

9.3 Criteria	16
9.4 Opmerkingen.....	16
9.5 Beslisschema OvD-G	17
10. Gewondenspreiding.....	18
10.1 Omschrijving	18
10.2 Onderbouwing en doel	18
10.3 Taakverantwoordelijke voor inventarisatie MBC.....	18
10.4 Coördinator Gewondenvervoer (CGV)	18
10.5 Calamiteitenhospitaal.....	19
10.6 Criteria	19
10.7 Opmerkingen.....	19
10.8 Processchema gewondenspreiding.....	20
11. Operationeel management geneeskundige hulpverlening	21
11.1 Omschrijving	21
11.2 Onderbouwing en doel	21
11.3 Criteria	21
11.4 Coördinatie plaats incident voorbeeld.....	22
11.5 Coördinatie plaats incident voorbeeld 2	23
11.6 Coördinatie plaats incident, voorbeeld 3	24
12. Alarmering, opkomst en inzet roostervrij personeel.....	25
12.1 Omschrijving	25
12.2 Onderbouwing en doel	25
12.3 Criteria	25
12.4 Opmerkingen.....	25
12.5 Processchema alarmering, opkomst en inzet roostervrij personeel (voorbeeld).....	26
13. Inzet Noodhulp en het Behandelcentrum (GGB, 2016).....	27
13.1 Omschrijving	27
13.2 Onderbouwing en doel	27
13.3 Secundaire triage en medische eindverantwoordelijkheid behandelcentrum	27
13.4 Criteria	27
13.5 Opmerkingen.....	27
13.6 Inzet Noodhulp (ten behoeve van opvang T3).....	28
14. Logistieke bijstand en shelter (GGB, 2016)	29
14.1 Omschrijving	29
14.2 Onderbouwing en doel	29
14.3 Criteria	29
14.4 Opmerkingen.....	29
Bijlage 1 Checklist centralist MKA	30

1. Inleiding

1.1 Omschrijving en doel

Het modelplan opschaling ambulancezorg beschrijft de voorbereiding op en werkwijzen bij opgeschaalde ambulancezorg. RAV's prepareren zich aan de hand van dit modelplan op de instandhouding van verantwoorde ambulancezorg bij een flitsramp¹.

1.2 Context

Project RAV's voorbereid

Het project RAV's voorbereid van AZN ondersteunt Regionale Ambulancevoorzieningen in hun voorbereiding op rampen en crises². Het ontwikkelt daartoe de tools en modellen voor een integraal crisisplan³, op basis van een risicobenadering⁴. De oplevering daarvan is gepland in oktober 2014. Daarna start de implementatie in de regio's, volgens de projectplanning tot eind 2015.

Project Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB)

In opdracht van de ministeries van VenJ en VWS en onder aansturing van GHOR Nederland werken GHOR NL, AZN, het IFV en het NRK een model GGB uit, ter vervanging van de GNK-c per januari 2016. GGB bestaat uit drie onderdelen⁵:

- het opschalingsplan ambulancezorg;
- opvang T3-slachtoffers/noodhulp;
- logistiek (transport en aanvullende middelen).

AZN en GHOR NL hebben afgesproken dat het opschalingsplan ambulancezorg inhoudelijk wordt uitgewerkt binnen project RAV's voorbereid. Binnen GGB wordt inhoudelijk afgestemd tussen de drie onderdelen. Vanwege de tijdsplanning van GGB heeft AZN toegezegd dat alle inspanningen erop gericht zijn het opschalingsplan ambulancezorg al voor de zomer van 2014 ter vaststelling aan de leden van AZN aan te bieden.

Dit opschalingsplan ambulancezorg is dus onderdeel van GGB en wordt onderdeel van het in oktober op te leveren model integraal crisisplan RAV. Het opschalingsplan ambulancezorg kan in het licht van het integraal crisisplan RAV's worden gezien als de preparatie op de continuïteit van zorg van de RAV bij een flitsramp.

1.3 Referenties

Referenties voor het model opschalingsplan ambulancezorg zijn:

Het visiedocument 'Verantwoorde ambulancezorg bij rampen en crises'

Dit document beschrijft de verantwoordelijkheden en ambitie van RAV's in het kader van de (voorbereiding op) rampen en crises. Dit document ligt aan de basis van het project RAV's voorbereid.

¹ Waar 'flitsramp' staat genoemd kan eveneens worden gelezen: een zich acuut voltrekkend incident met meer dan 10 gewonden.

² Naar aanleiding van het visiedocument 'Verantwoorde ambulancezorg bij rampen en crises', AZN, november 2013.

³ Het integraal crisisplan is gericht op de continuïteit van alle kritische bedrijfsprocessen bij een diversiteit aan interne en externe scenario's.

⁴ Beleidskeuzes en voorbereiding is gebaseerd op een zo objectief mogelijke analyse van kritische bedrijfsprocessen en gevolgen voor de organisatie bij scenario's. De externe scenario's zijn gebaseerd op het Regionaal Risicoprofiel.

⁵ Op weg naar een visie op Grootschalige Geneeskundige Bijstand, GHOR NL, maart 2013, ter meningsvorming besproken in de ledenvergadering AZN, juni 2013.

Het Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO

In april 2014 stelde AZN de 'specifieke normen ambulancezorg' bij het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO vast. Hierin hebben AZN en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de inhoudelijke normen ten aanzien van de opgeschaalde ambulancezorg vastgelegd.

De (rapportage van de) oriëntatiefase RAV's voorbereid

De rapportage van de oriëntatiefase bevat aanbevelingen voor het opschalingsmodel en het integraal crisisplan. Deze aanbevelingen zijn voortgekomen uit bestudering van

- a) evaluaties van grootschalige incidenten;
- b) regionale plannen, procedures en best practices;
- c) model rampen opvangplannen van ketenpartners.

De aanbevelingen zijn verwerkt in dit opschalingsplan ambulancezorg.

De uitgangspunten opschalingsplan ambulancezorg

In maart 2014 stelden de leden van AZN de uitgangspunten voor het opschalingsplan ambulancezorg vast. De uitgangspunten komen deels voort uit GGB, deels uit het Kwaliteitskader en deels uit de oriëntatiefase. Als kwantitatieve norm heeft AZN gesteld dat het opschalingsmodel moet volstaan om op iedere plaats in Nederland, op ieder tijdstip, adequate hulp te bieden aan 250 slachtoffers. Dit betekent voor RAV's dat zij met noodmaatregelen 24/7 de vrije ambulances en extra hulpverleners moeten kunnen inzetten.

1.4 Uniformiteit

Het is op een aantal onderdelen van belang dat RAV's gelijke procedures hanteren bij opschaling. Dit vanwege interregionale bijstand en de transitie van de regionale meldkamers naar de LMO. Dit staat bij de verschillende onderdelen toegelicht.

1.5 Implementatie

Na vaststelling van het model opschalingsplan ambulancezorg draagt het project RAV's voorbereid zorg voor een implementatieplan.

1.6 Planvorming voor de koude en warme fase

Het onderliggend modelplan is bedoeld als handleiding voor de preparatie. Later in 2014 volgt een vertaling naar handzame protocollen en procedures, gericht op toepassing tijdens de repressiefase.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 omvat een weergave van het proces bij opgeschaalde ambulancezorg. Dit proces is de inhoudelijke basis van het model opschalingsplan ambulancezorg.

De hoofdstukken 3 t/m 14 beschrijven vervolgens beknopt, concreet en volgens een vaste opbouw de 'bouwstenen' van de opgeschaalde ambulancezorg.

2. Opgeschaalde ambulancezorg

2.1 Processtappen opgeschaalde ambulancezorg

De definitie van opgeschaalde ambulancezorg is breed. Een incident met 5 gewonden en een ramp met 500 gewonden vallen beiden onder de noemer 'opgeschaalde ambulancezorg'. Er zal echter sprake zijn van een totaal verschillende organisatie ter plaatse. In het eerste geval wordt gewondenspreiding toegepast als in het reguliere proces. Er wordt geen behandelcentrum of gewondennest ingericht en een verkeerscirculatieplan is niet heel kritisch. Zaken die allemaal anders liggen bij meer dan 20 of 30 gewonden. Ook tijdstip, aard van de letsels, weer en omgevingsfactoren zijn van invloed op de wijze waarop de opgeschaalde ambulancezorg het beste kan worden ingericht of uitgevoerd. Er geldt in algemene termen wel een aantal processtappen die soms gedeeltelijk, soms totaal en op onderdelen zelfs dubbel kunnen worden uitgevoerd. Die zijn weergegeven in figuur 2.1⁶. Deze processtappen vormen de 'onderlegger' van het model opschalingsplan.

2.2 Ieder T1-slachtoffer zo snel mogelijk op transport

In Nederland is het proces opgeschaalde ambulancezorg erop gericht om slachtoffers gestructureerd te triëren, te clusteren, te behandelen en vervolgens in de juiste volgorde naar het meest geschikte ziekenhuis te vervoeren (zie figuur 2.1). Deze werkwijze, met alle evidente voordelen, neemt een belangrijk risico met zich mee: het organiseren van de benodigde structuur gaat in de opstart ten koste van vervoerscapaciteit en vertraagt het afvoeren van slachtoffers naar de ziekenhuizen⁷. Dit mechanisme kan gewonden het leven kosten. Om deze reden is in het model opschalingsplan ambulancezorg een aantal keuzes gemaakt om zeer snel te kunnen opschalen. Daarnaast wordt van functionarissen met een coördinerende verantwoordelijkheid verwacht dat zij de snelle afvoer van T1-slachtoffers prioriteit geven.

2.3 Onderdelen opschalingsplan ambulancezorg

Het opschalingsplan ambulancezorg bestaat uit de volgende onderdelen die in de hiernavolgende hoofdstukken zijn uitgewerkt.

Toe te passen door de MKA-centralist:

- standaard inzetvoorstel MKA;
- interne opschaling MKA;
- ambulancebijstand;
- communicatie en gebruik C2000;
- checklist MKA.

Toe te passen door de ambulance-eenheden:

- rol van de eerste ambulance, primaire triage en clustering van gewonden.

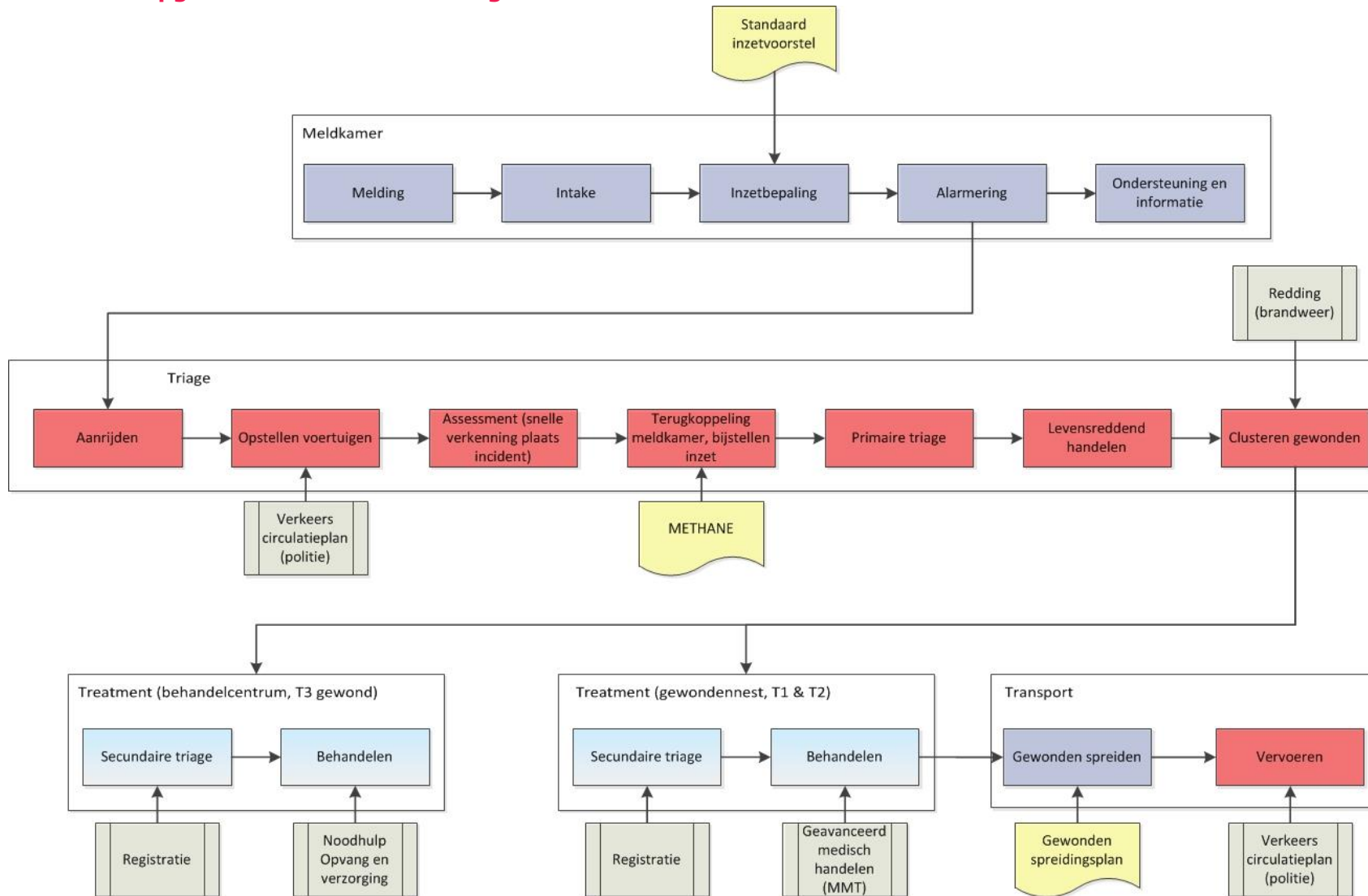
Toe te passen door de OvD-G:

- beslisschema opschaling ambulancezorg;
- gewondenspreiding;
- coördinatie plaats incident;
- alarmering, opkomst en inzet vrij personeel;
- inzet noodhulp;
- logistieke bijstand en shelter.

⁶ Om processtappen gedetailleerd genoeg te kunnen noemen is in het schema afgeweken van het Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, AZN, 2013.

⁷ Bij vrijwel alle evaluaties van flitsrampen (Cafébrand Volendam, Poldercrash en anderen) valt op dat het transport van gewonden naar de ziekenhuizen traag op gang komt. Dit is ook de ervaring bij veel operationele oefeningen.

2.4 Proces opgeschaalde ambulancezorg



Figuur 2.1 processtappen opgeschaalde ambulancezorg

3. Standaard inzetvoorstel voor de MKA

3.1 Omschrijving

RAV's gebruiken een standaard inzetvoorstel dat gerelateerd is aan het aantal slachtoffers (T1 t/m T3). De MKA-centralist alarmeert, op grond van het geschat aantal slachtoffers en zonder enige tussenkomst van derden, *direct* conform het inzetvoorstel. Opschaling van de MKA zelf maakt deel uit van het inzetvoorstel. Er wordt een code gehanteerd die een duidelijke link heeft met het (geschat) totaal aantal slachtoffers (zie figuur 3.1). In tweede instantie past de bemanning van de eerste ambulance en/of de OvD-G de inzet aan naar de werkelijk benodigde inzet.

3.2 Onderbouwing en doel

Een gestandaardiseerd inzetvoorstel voor opgeschaalde ambulancezorg ondersteunt de MKA-centralist, geeft tijdsinstaat en voorkomt het vergeten van eenheden. De in figuur 3.1 voorgestelde inzet is een richtlijn voor de inzetvoorstellen.

3.3 Dienstdoend leidinggevende RAV

In het alarmeringsschema is de rol van *dienstdoend leidinggevende RAV* opgenomen. Deze speelt in het opschalingsplan een rol bij *alarmering, opkomst en inzet vrij personeel* en *continuïteitszorg*.

3.4 Taakverantwoordelijke inventarisatie MBC

In het kader van het proces gewondenspreiding wordt in het opschalingsplan een *taakverantwoordelijke inventarisatie Medische Behandel Capaciteit (MBC)*⁸ genoemd. Bij het opstellen van het Integraal Crisisplan RAV's wordt nader bezien aan welke functie of rol deze taak wordt gekoppeld (zie hoofdstuk 10, paragraaf 6). Het is in dit stadium voor de hand liggend om over de invulling van deze taak een afspraak te maken met een buddy-meldkamer. De voorwaarschuwing aan ziekenhuizen wordt vanaf code 20 uitgevoerd door de taakverantwoordelijke inventarisatie MBC.

3.5 GRIP alarmering

Onderdeel van het standaard inzetvoorstel is een directe GRIP 1-alarmering bij een incident met meer dan 10 gewonden⁹. Hierdoor heeft de OvD-G vroeg in de hulpverlening de mogelijkheid af te stemmen met de Officieren van Dienst van de veiligheidspartners (gemeente, brandweer en politie). Deze organiseren immers vaak randvoorwaarden voor de geneeskundige hulpverlening.

3.6 Criteria

- RAV's hanteren een standaard inzetvoorstel bij opschaling, ondersteund door het gebruikt uitvraagprotocol¹⁰ en GMS. RAV's hanteren uniform de codering 10 t/m 50 conform figuur 3.1. Het schema in figuur 3.1 omvat een kwantitatieve richtlijn voor de inzet, waar op grond van regionale kenmerken van kan worden afgeweken.
- RAV's beschikken 24/7 over een dienstdoend leidinggevende (niet de dienstdoend OvD-G) met mandaat om uitvoering te geven aan het opschalingsplan ambulancezorg¹¹.
- RAV's beschikken 24/7 over een taakverantwoordelijke inventarisatie MBC (zie hoofdstuk 10, paragraaf 6) of hebben over de uitvoering van die taak een overeenkomst met een buddy-meldkamer.

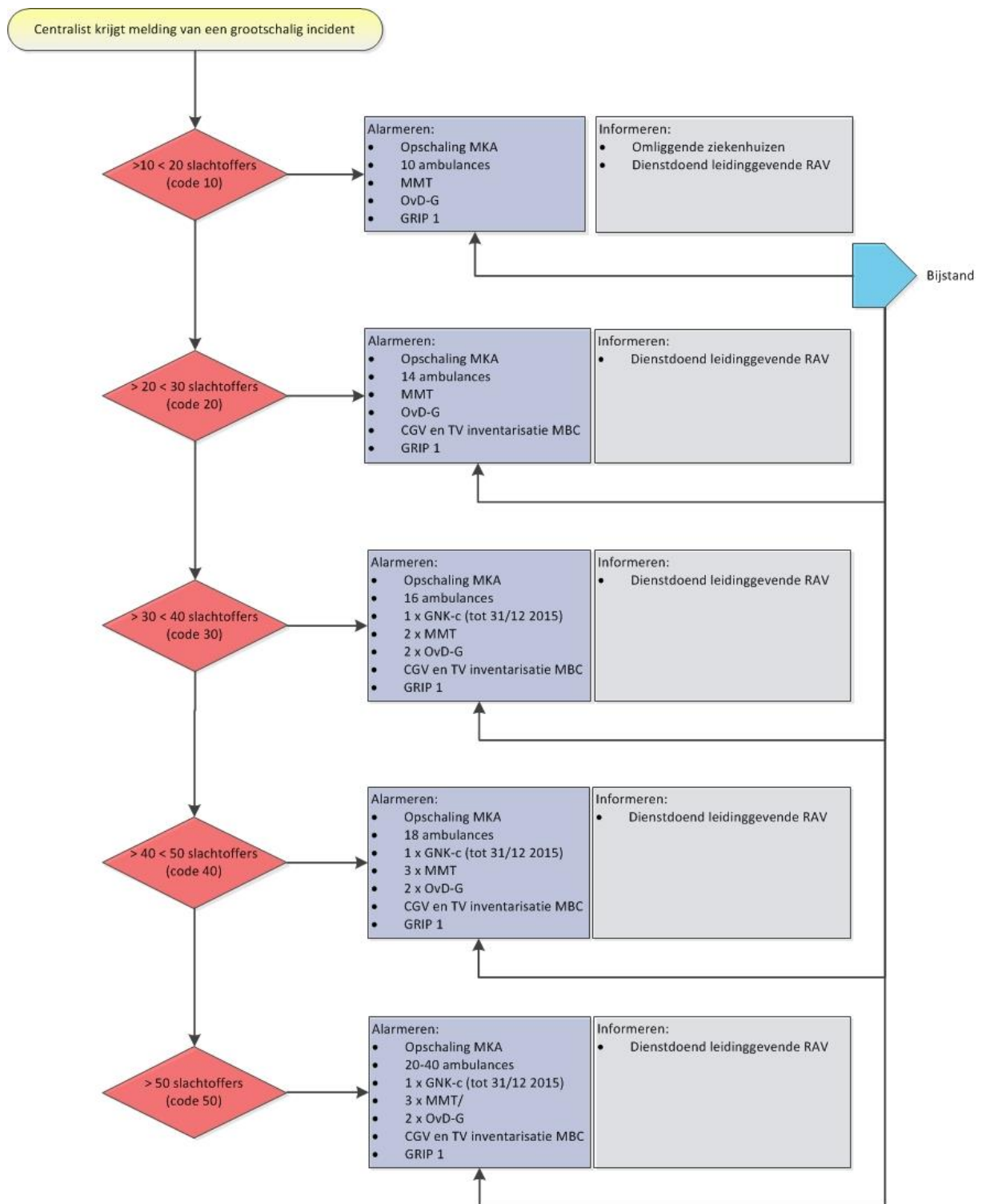
⁸ Zie verder hoofdstuk 10, paragraaf 3 en 6.

⁹ Implementatie van deze directe GRIP alarmering vraagt op regionaal niveau overeenstemming tussen RAV/GHOR en veiligheidspartners.

¹⁰ ProQA of NTS

¹¹ Zie hoofdstuk 12: Alarmering, opkomst en inzet roostervrij personeel.

3.7 Richtlijn inzetvoorstel



Figuur 3.1 Richtlijn standaardalarmering MKA

4. Interne opschaling MKA

4.1 Omschrijving

MKA's schalen standaard op met één of meer centralisten vanaf code 10. Minimaal één extra roostervrije of gepiketteerde centralist verplaatst zich naar de MKA voor ondersteuning van de MKA processen.

Opmerking: ten behoeve van het proces Gewondenspreiding (hoofdstuk 10) wordt, vanaf code 20, naast de extra centralist een Coördinator Gewondenvervoer (CGV) en een taakverantwoordelijke inventarisatie MBC¹² gealarmeerd.

4.2 Onderbouwing en doel

Het doel van de opschaling van de MKA is het opvangen van de piekbelasting op de MKA en de continuïteit van de MKA-processen te waarborgen.

Bij een flitsramp dreigt voor de MKA per direct een overbelasting. Die overbelasting wordt in het begin veroorzaakt door telefonie, intake en alarmering, later door de coördinatiefunctie van de MKA. Daarnaast zal de MKA zo snel mogelijk de regionale paraatheid weer op orde willen brengen en in een later stadium zal eventueel uitgesteld besteld vervoer opnieuw moeten worden gepland en uitgevoerd.

De ervaringen leren dat MKA's bij flitsrampen te maken krijgen met een zware piekbelasting. Daarbij voert de MKA een aantal van de meest kritische processen¹³ van de RAV uit.

4.3 Criteria

- RAV's beschikken over een regeling voor opschaling van minimaal één extra centralist vanaf code 10.
- RAV's schalen, conform het standaard inzetvoorstel MKA, automatisch met minimaal één MKA-centralist op vanaf een code 10. Deze opschaling is, zoals het gehele standaard inzetvoorstel, geprogrammeerd in het gehanteerde uitvraagprotocol en GMS.

4.4 Opmerkingen

De RAV heeft een keuze in de regeling die wordt gebruikt om een extra centralist op te roepen. Alarmering via groeps-SMS of een alarmeringscomputer kan volstaan, pikettering is een duurder en (theoretisch) meer zekere optie.

¹² Naar keuze van de RAV is deze taak te beleggen op de buddy-meldkamer of binnen de eigen organisatie.

¹³ Dat wil zeggen: processen die beslist niet mogen uitvallen.

5. Ambulancebijstand en opschaling MMT's

5.1 Omschrijving

MKA-centralisten organiseren, zonder tussenkomst van derden, via een landelijk afgesproken proces, bijstandsamblances uit omliggende regio's. Op dezelfde wijze worden extra MMT's aangevraagd.

5.2 Onderbouwing en doel

Het proces van ambulancebijstand is bedoeld om zo snel mogelijk voldoende ambulancecapaciteit te organiseren op de plaats van het incident.

De belasting van een MKA bij een flitsramp vereist een gemakkelijk te doorlopen en betrouwbaar proces om ambulances uit andere regio's en extra MMT's in te zetten op de plaats van het incident. Extra telefoonverkeer of mobilofoonverkeer is daarbij ongewenst.

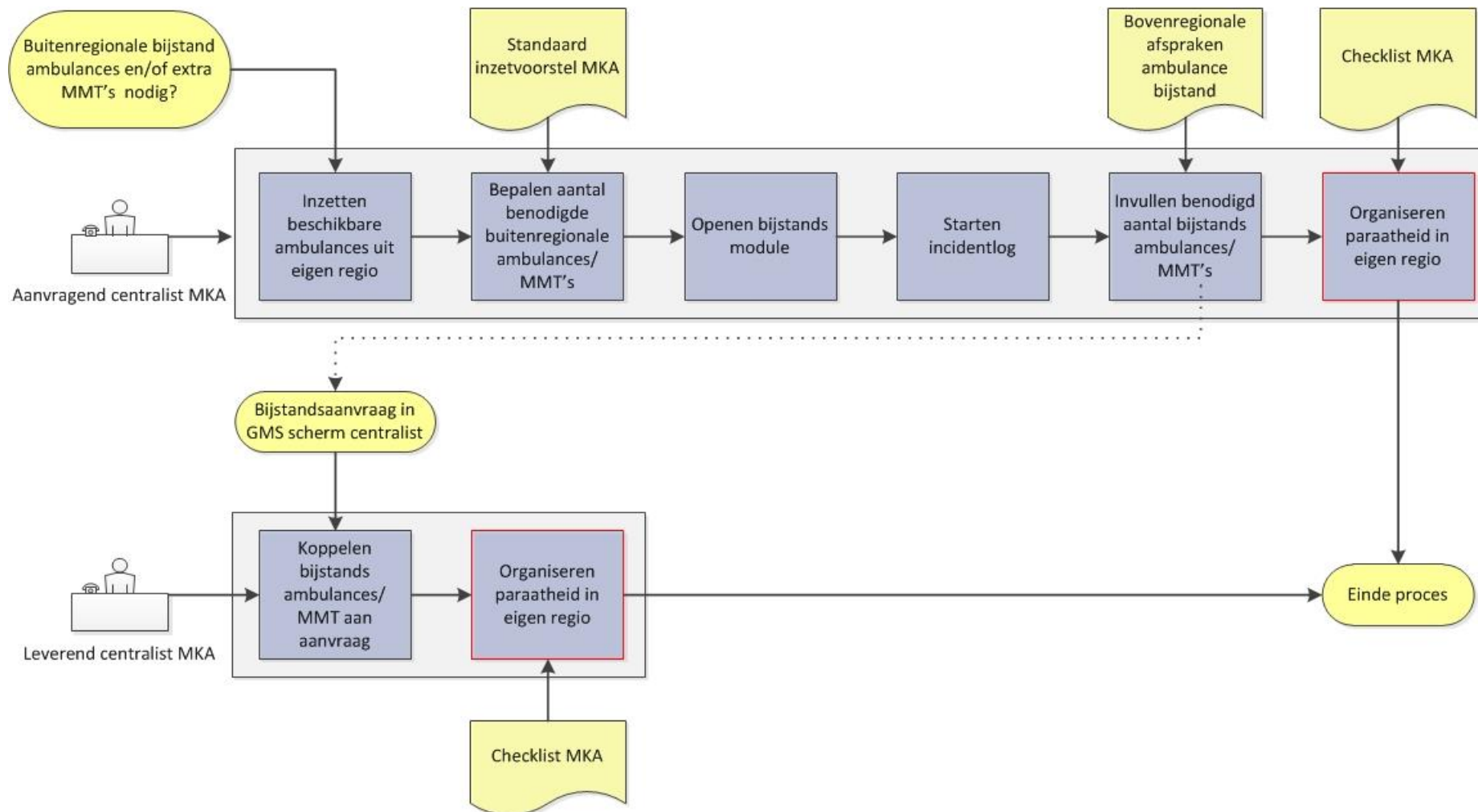
5.3 Criteria

- RAV's gebruiken de 'bijstandsmodule' (landelijke server ritlogging en bijstand) voor het organiseren van ambulancebijstand en extra MMT's.
- RAV's hebben afspraken over bijstand met omliggende regio's vastgelegd in een bijstandskonvenant en deze ingevoerd in de bijstandsmodule.
- MKA-centralisten zijn getraind in het gebruik van de bijstandsmodule.

5.4 Opmerkingen

De bijstandsmodule is een adequaat hulpmiddel voor ambulancebijstand en het genereren van slachtofferinformatie. Een landelijk uniforme werkwijze ten aanzien van het gebruik van de bijstandsmodule is noodzakelijk: ritlogging kan alleen zinvol worden toegepast indien alle RAV's de bijstandsmodule gebruiken.

5.5 Schema ambulancebijstand



Figuur 5.1 Proces ambulancebijstand

6. Verbindingsschema's ambulancezorg

6.1 Omschrijving

MKA's hanteren standaard verbindingsschema's bij opschaling van ambulancezorg. Deze verbindingsschema's zijn uitgewerkt in het handboek C2000 ambulancezorg¹⁴.

6.2 Onderbouwing en doel

De verbindingsschema's ambulancezorg structureren de communicatie binnen en tussen eenheden tijdens de opgeschaalde ambulancezorg en borgen anderzijds een verantwoord gebruik van C2000.

6.3 Criteria

- RAV's gebruiken de verbindingsschema's zoals uitgewerkt in het handboek C2000 ambulancezorg.
- MKA-centralisten, ambulanceprofessionals en de sleutelfunctionarissen GHOR en ambulancezorg zijn getraind in het toepassen van de schema's in de (opgeschaalde) praktijk.

6.4 Opmerkingen

Het gebruik van de standaard verbindingsschema's is meestal al routine op MKA's.

¹⁴ Handboek C2000 ambulancezorg, AZN, december 2013

7. Checklist MKA

7.1 Omschrijving

MKA's hanteren een bij voorkeur in GMS geïntegreerde checklist voor controle op de juiste verwerking van inzetopdrachten en gealarmeerde processen¹⁵.

7.2 Onderbouwing en doel

De piekbelasting op MKA's geeft risico's op vergissingen. Een in GMS ingebouwde checklist geeft MKA-centralisten een geheugensteun en controlemogelijkheid op inzetopdrachten en opgestarte processen.

7.3 Criteria

- MKA's gebruiken een automatisch door GMS gegenereerde checklist voor zelfcontrole op inzetopdrachten en gealarmeerde processen.

7.4 Opmerkingen

De technische haalbaarheid van een in GMS geïntegreerde checklist wordt momenteel onderzocht. Een alternatief is een checklist in een 'handboek MKA' of soortgelijk document.

¹⁵ Zie bijlage 1 Checklist MKA

8. Rol 'eerste ambulance', triage en clustering gewonden

8.1 Omschrijving

Conform de bestaande protocollen hebben de ambulanceprofessionals van de eerst aangekomen ambulance coördinerende taken. De chauffeur zorgt voor¹⁶:

- een opstelplaats/opstelplaatsen voor aankomende ambulances;
- het toekennen van taken aan aankomende ambulance-eenheden (in overleg met de verpleegkundige van de eerste ambulance).

De verpleegkundige zorgt voor:

- een assessment (snelle inschatting van de situatie en terugkoppeling aan de MKA);
- briefing van de OvD-G;
- indeling van aankomende ambulance-eenheden op de taken 'triage', 'treatment' en 'transport';
- plaatsbepaling voor het gewondennest in afstemming met brandweer en politie;
- coördinatie op de plaats incident totdat de OvD-G is gearriveerd.

8.2 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 naartoe worden getransporteerd. Gewonde T3-slachtoffers worden in een *behandelcentrum* verzameld¹⁷.

8.3 Onderbouwing en doel

De specifieke rol van de eerste ambulance en de clustering van slachtoffers zijn bedoeld voor effectieve en efficiënte zorg voor slachtoffers ter plaatse. Vervolgens worden slachtoffers in de juiste volgorde naar een ziekenhuis met passende faciliteiten¹⁸ vervoerd. Adequate gewondenspreiding voorkomt overbelasting van ziekenhuizen en geeft de beste kansen voor gewonden.

De OvD-G en ambulanceprofessionals zullen bij deze werkwijze extra alert moeten zijn op het voorkomen van vertraging in het transport van T1-slachtoffers naar ziekenhuizen.

8.4 Criteria

- Ambulancechauffeurs en -verpleegkundigen zijn getraind in het uitvoeren van de protocollen 2.1, 2.2 en 2.3 van LPA8.

8.5 Opmerkingen

De rol van de eerste ambulance is cruciaal. Uit verschillende evaluaties blijkt dat keuzes bij de start van de hulpverlening belangrijke gevolgen hebben voor het vervolg. Dit terwijl gebrek aan ervaring (routine) en stress gemakkelijk kunnen leiden tot verkeerde keuzes. Regelmatige training van deze rol is dus onontbeerlijk.

¹⁶ Een volledig overzicht van de taken van de eerste ambulance-eenheid staat beschreven in het Landelijk Protocol Ambulancezorg 8 (LPA8) in de protocollen 2.1 (grootschalig incident) en 2.2 (primaire triage).

¹⁷ Zie LPA8, protocol 2.2 (Primaire triage).

¹⁸ Zie LPA8, protocol 12.3 (Indicaties traumacentrum en keuze ziekenhuis regionaal).

9. Beslisschema OD-G opschaling ambulancezorg

9.1 Omschrijving

Een beslisschema (figuur 9.1) helpt de OvD-G om *direct* na de melding keuzes te maken in op te starten processen voor de opgeschaalde ambulancezorg.

9.2 Onderbouwing en doel

Het beslisschema is een richtlijn, bedoeld om de voor de opgeschaalde ambulancezorg belangrijke processen zo snel mogelijk te activeren.

Bij een aantal processen geldt dat er slechts kort de tijd is om ze gecoördineerd te kunnen laten verlopen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de opvang van T3-slachtoffers. Uit ervaring is bekend dat, wanneer de hulpverlening er in de aanvang niet in slaagt T3-slachtoffers adequaat op te vangen, zij zelf hun weg zoeken. Vervolgens kunnen T3-slachtoffers de ambulancezorg, ziekenhuiszorg en/of huisartsenzorg ongecontroleerd belasten. Dit geldt overigens niet alleen voor T3-slachtoffers. Het schema helpt de OvD-G om per *direct* een aantal processen te activeren om zo vroeg mogelijk greep te krijgen op processen als bijstand, gewondenspreiding en opvang van T3-slachtoffers.

9.3 Criteria

- (De GHOR is verantwoordelijk voor de 24/7 beschikbaarheid van een gekwalificeerde OvD-G, conform de eisen die de veiligheidsregio aan deze rol stelt.)
- De OvD-G activeert op grond van het aantal slachtoffers binnen 5 minuten¹⁹ na zijn alarmering de processen *Gewondenspreiding, Vrije instroom RAV, Noodhulp, Logistieke bijstand en Shelter*.
- De OvD-G stelt op basis van de eerste gegevens, in overleg met de MKA-centralist (en eventueel de eerst aangekomen ambulanceverpleegkundige) binnen 5 minuten na de alarmering de inzet van de geneeskundige eenheden bij.
- De OvD-G kondigt op basis van de eerste gegevens binnen 5 minuten na zijn alarmering het benodigd GRIP niveau af (of stelt dit bij).

(*Interne opschaling MKA en Ambulancebijstand* worden zonder tussenkomst van derden al door de MKA-centralist geactiveerd.)

9.4 Opmerkingen

'Opgeschaalde ambulancezorg'²⁰ en 'geneeskundige hulpverlening'²¹ zijn nauw met elkaar verweven. De OvD-G vervult een belangrijke rol binnen beide definities. Over de selectie, de rol, het mandaat, de kwalificatie en de financiering van de OvD-G leggen de GHOR en de RAV onderling afspraken vast in een convenant.

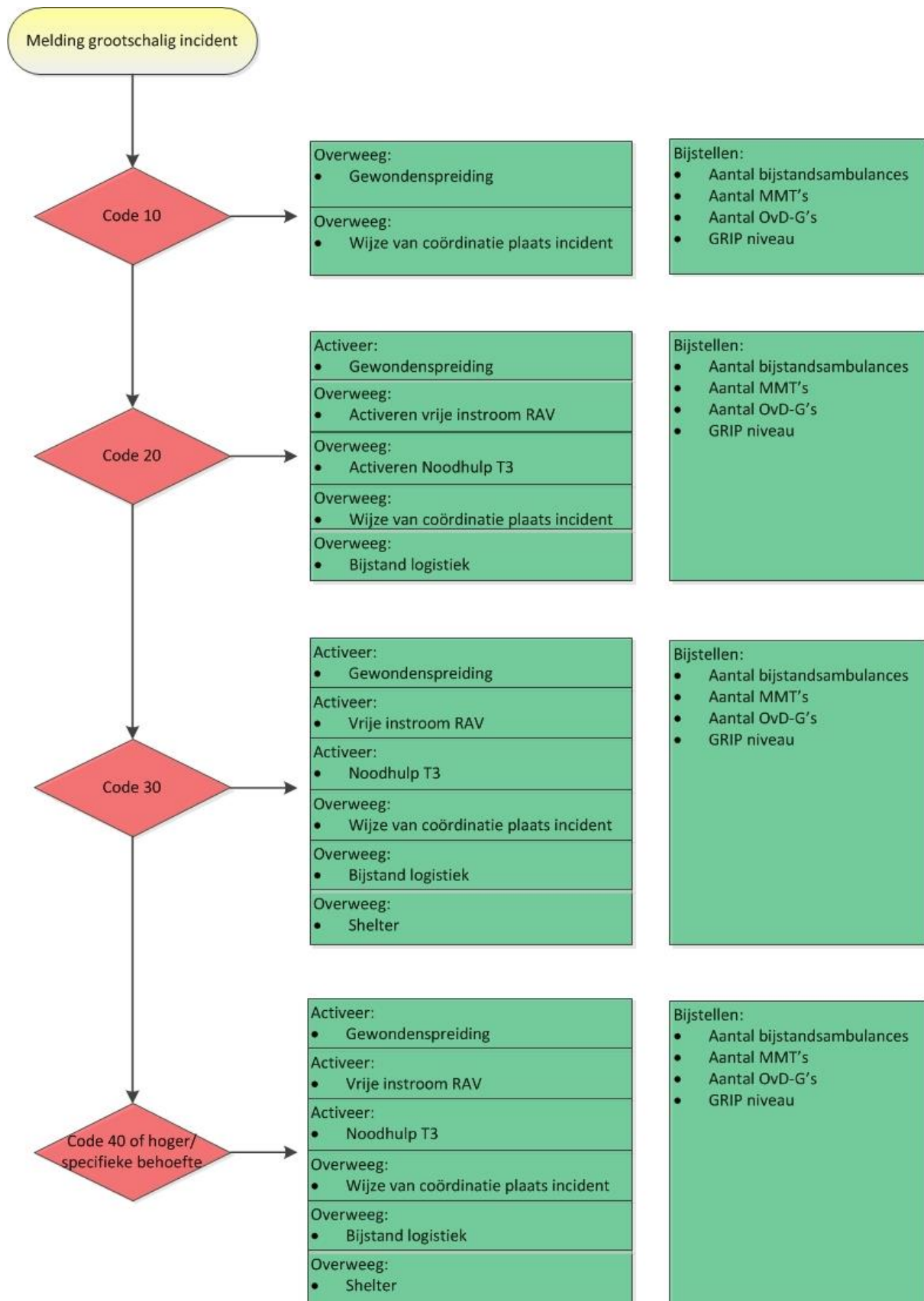
Bij de herziening van de opleiding OvD-G, naar verwachting later in 2014, wordt het model opschalingsplan ambulancezorg als referentie voorgesteld aan GHOR NL.

¹⁹ De 5 minuten is een na te streven norm, die afhankelijk van omstandigheden wel of niet kan worden gehaald.

²⁰ Verantwoorde ambulancezorg bij rampen en crises, hoofdstuk 2, AZN, 2013.

²¹ Wet veiligheidsregio's, 2010. De geneeskundige hulpverlening heeft in deze wet betrekking op de geneeskundige hulpverlening in het kader van rampenbestrijding en crisisbeheersing door daartoe aangesteld personeel, als onderdeel van een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines, door tussenkomst van een meldkamer (art. 1). De GHOR heeft de regieverantwoordelijkheid.

9.5 Beslisschema OvD-G



Figuur 9.1 Beslisschema OvD-G

10. Gewondenspreiding

10.1 Omschrijving

Gewonden worden in afstemming met de ziekenhuizen verdeeld op basis van de actuele medische behandelcapaciteit (MBC) binnen de ziekenhuizen²². Daarbij:

- inventariseert de taakverantwoordelijke voor inventarisatie MBC repeterend de actuele MBC van de ziekenhuizen in een op basis van het aantal gewonden bepaalde straal van het incident en noteert deze capaciteit in LCMS23;
- spreidt de Coördinator Gewondenvervoer (CGV) slachtoffers op basis van de door de taakverantwoordelijke voor inventarisatie MBC ingevoerde gegevens in LCMS, met inachtneming van de specifieke zorgbehoefte van het slachtoffer²⁴ (zie figuur 10.1).

10.2 Onderbouwing en doel

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 dichtst bij het incident gelegen ziekenhuizen, met als gevolg minder verstoring van de reguliere zorgtaken van deze ziekenhuizen.

10.3 Taakverantwoordelijke voor inventarisatie MBC

De taakverantwoordelijke 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 taakverantwoordelijke de ziekenhuizen waarover de slachtoffers moeten worden gespreid. Hij gebruikt hiervoor een kaart waarin de ziekenhuizen, met notering van hun gemiddelde SEH behandelcapaciteit, zijn ingekleurd.
- De taakverantwoordelijke neemt telefonisch contact op met de SEH's van de zojuist door hem/haar geselecteerde ziekenhuizen. Daarbij:
 - informeert de taakverantwoordelijke de (coördinerend) verpleegkundige over het incident conform een standaard tekst;
 - vraagt de taakverantwoordelijke hoeveel plaatsen voor T1 en T2 op de SEH beschikbaar zijn;
 - verzoekt de taakverantwoordelijke de SEH medewerker de OK- en ICU-capaciteit te checken voor zijn tweede inventarisatieronde na 30-60 minuten.
- De Taakverantwoordelijke inventarisatie MBC noteert de van de ziekenhuizen verkregen MBC in LCMS.

Hierna verplaatst de taakverantwoordelijke zich naar de MKA. Eenmaal op een werkplek op (of in de directe nabijheid van) de MKA herhaalt hij/zij de inventarisaties, totdat de OVD-G het proces gewondenspreiding beëindigt.

10.4 Coördinator Gewondenvervoer (CGV)

De CGV verplaatst zich na de alarmering en melding naar de MKA of het incidentterrein. De CGV kan, na het inloggen in LCMS, gewonden spreiden op basis van de door de Taakverantwoordelijke inventarisatie MBC ingevoerde actuele MBC.

²² Een uitgewerkt gewondenspreidingsplan op basis van dit principe is opvraagbaar via het secretariaat van AZN.

²³ LCMS: het Landelijk Crisismanagement Systeem, gebruikt binnen veiligheidsregio's en in toenemende mate binnen zorginstellingen voor ondersteuning van het informatiemanagement bij crises.

²⁴ LPA8, protocol 12.3 (Indicaties traumacentrum en keuze ziekenhuis regionaal).

Voor de ziekenhuiskeuze van de slachtoffers past de CGV protocol 12.3 van LPA8 toe, met die nuancering dat bij een grootschalige inzet de traumacentra niet worden belast met slachtoffers zonder medische indicatie voor een traumacentrum.

De CGV houdt een log bij van de vervoerde slachtoffers, met hun bestemming. Dit log wordt op verzoek afgegeven aan de GHOR, ten behoeve van registratie.

10.5 Calamiteitenhospitaal

Het Calamiteitenhospitaal²⁵ is inzetbaar bij situaties van specifieke calamiteiten, aanslagen of grote ongevallen in Nederland, die de reguliere opvangcapaciteit te boven gaan.

10.6 Criteria

- De Ovd-G beslist binnen 5 minuten na zijn alarmering over het activeren van het proces gewondenspreiding.
- RAV's beschikken over een overzicht van ziekenhuizen tot een straal van 50 kilometer rond de regio met hun gemiddelde MBC.
- RAV's hebben georganiseerd dat zij 24/7 in staat zijn per direct een inventarisatie te doen naar de actuele MBC in bovengenoemde ziekenhuizen en deze gegevens in te voeren in LCMS.
- (De GHOR is verantwoordelijk voor de 24/7 beschikbaarheid van een gekwalificeerde CGV, conform de eisen die de veiligheidsregio aan deze rol stelt. De GHOR zorgt voor een toegangsmogelijkheid van de CGV in LCMS.)
- RAV's kunnen tijdens de repressiefase op verzoek van de GHOR en uitsluitend aan de GHOR een overzicht bieden van NAW-gegevens/ registratienummers gewondenkaarten en de brengplaats van die gewonden die door de ambulance-eenheden zijn vervoerd c.q. behandeld²⁶.
- RAV's beschikken over een actueel gewondenspreidingsplan, afgestemd binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) en met de omliggende RAV's, vastgesteld door de directeur RAV, de directeur GMK en de Directeur Publieke Gezondheid²⁷.
- Meldkamers en Coördinatoren Gewondenvervoer zijn getraind in het uitvoeren van het proces gewondenspreiding.

10.7 Opmerkingen

Het inventariseren van de actuele medische behandelcapaciteit kan als taak worden belegd bij een medewerker van de RAV. De uitvoering van deze taak kan eveneens worden belegd bij een MKA-centralist op een buddy-meldkamer.

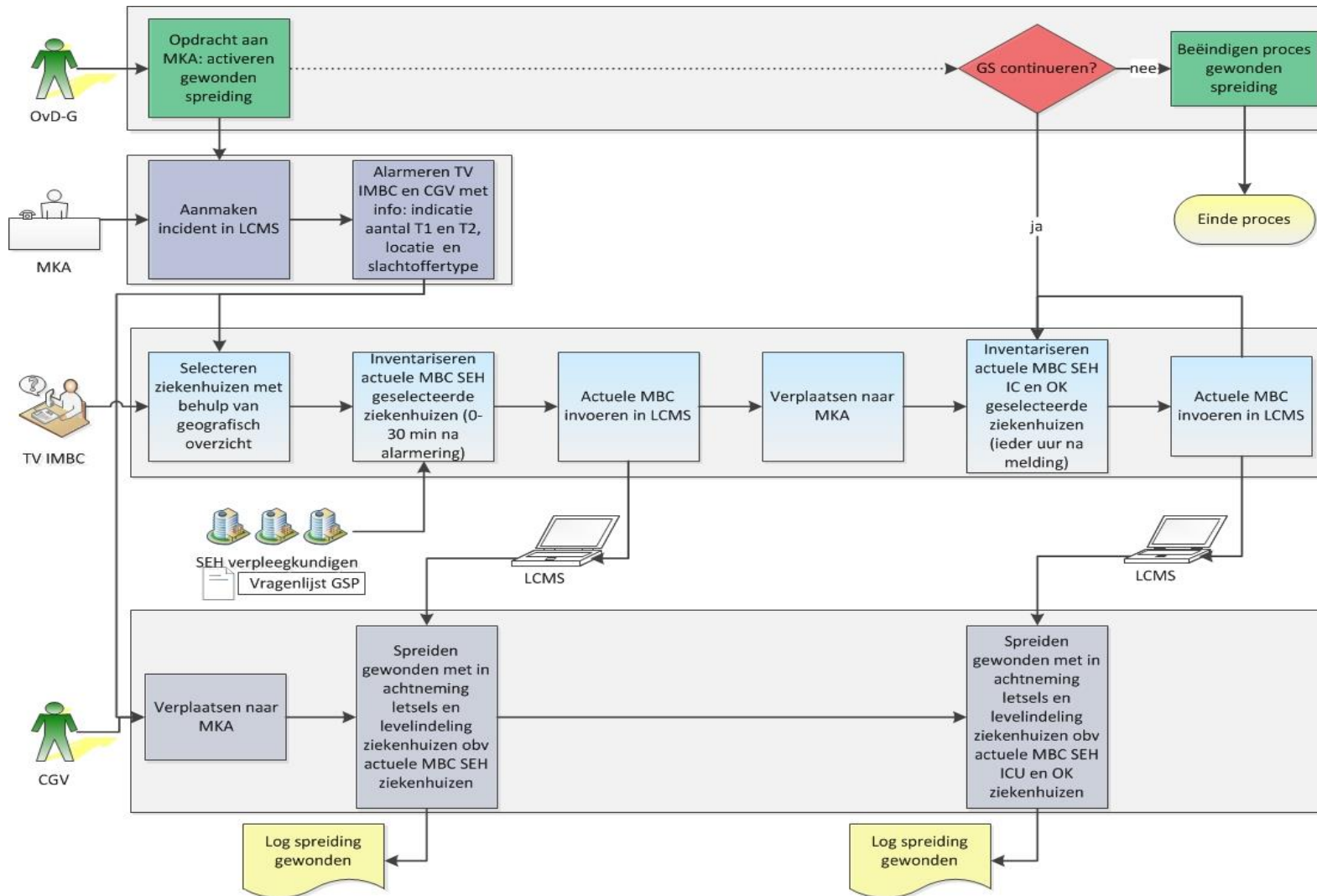
De CGV is voornamelijk benoemd in het Besluit personeel veiligheidsregio's en is derhalve een GHOR rol. De verwachting is dat de CGV in de toekomst een RAV rol wordt. Gebruikelijk is dat MKA-centralisten deze rol invullen.

²⁵ <http://www.umcutrecht.nl/subsite/Calamiteitenhospitaal>

²⁶ Zie: 'Handreiking afspraken openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises', ministerie van VWS, ministerie van VenJ, NVZ, GHOR NL en anderen, voor nadere specificatie van en juridisch kader bij te verstrekken gegevens.

²⁷ Specifieke normen ambulancezorg bij het Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO, LNAZ, 2014

10.8 Processchema gewondenspreiding



Figuur 10.1 Processchema gewondenspreiding

11. Operationeel management geneeskundige hulpverlening

11.1 Omschrijving

De mate van opschaling van ambulancezorg is afhankelijk van (de omvang van) het incident. Bij alle variaties organiseert de Ovd-G een passende coördinatiestructuur voor de aansturing van de geneeskundige hulpverlening. Deze structuur kan opgebouwd al naar gelang omvang en aard incident. Figuur 11.1, 11.2 en 11.3 zijn voorbeelden.

11.2 Onderbouwing en doel

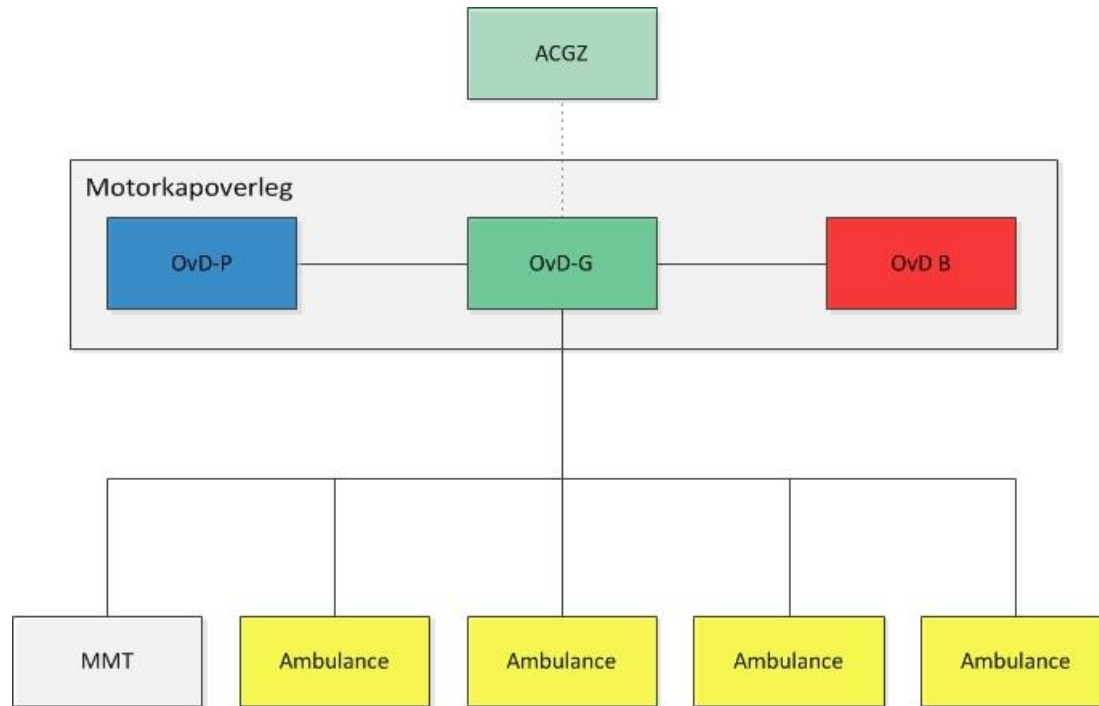
De coördinatie op de plaats incident heeft als doel (niet limitatief):

- bewaken of organiseren van de veiligheid voor de geneeskundige hulpverlening;
- het inzetten van de juiste (hoeveelheid) mensen en middelen voor de geneeskundige hulpverlening en het verdelen van de beschikbare capaciteit;
- multidisciplinaire afstemming;
- snelle en adequate triage, clustering van gewonden, opvang T3, registratie van slachtoffers, behandeling van gewonden en transport van gewonden naar ziekenhuizen;
- informatie-uitwisseling tussen locaties en tussen niveaus in de hulpverlening;
- agenderen van knelpunten en dilemma's bij het CoPI en/of de ACGZ.

11.3 Criteria

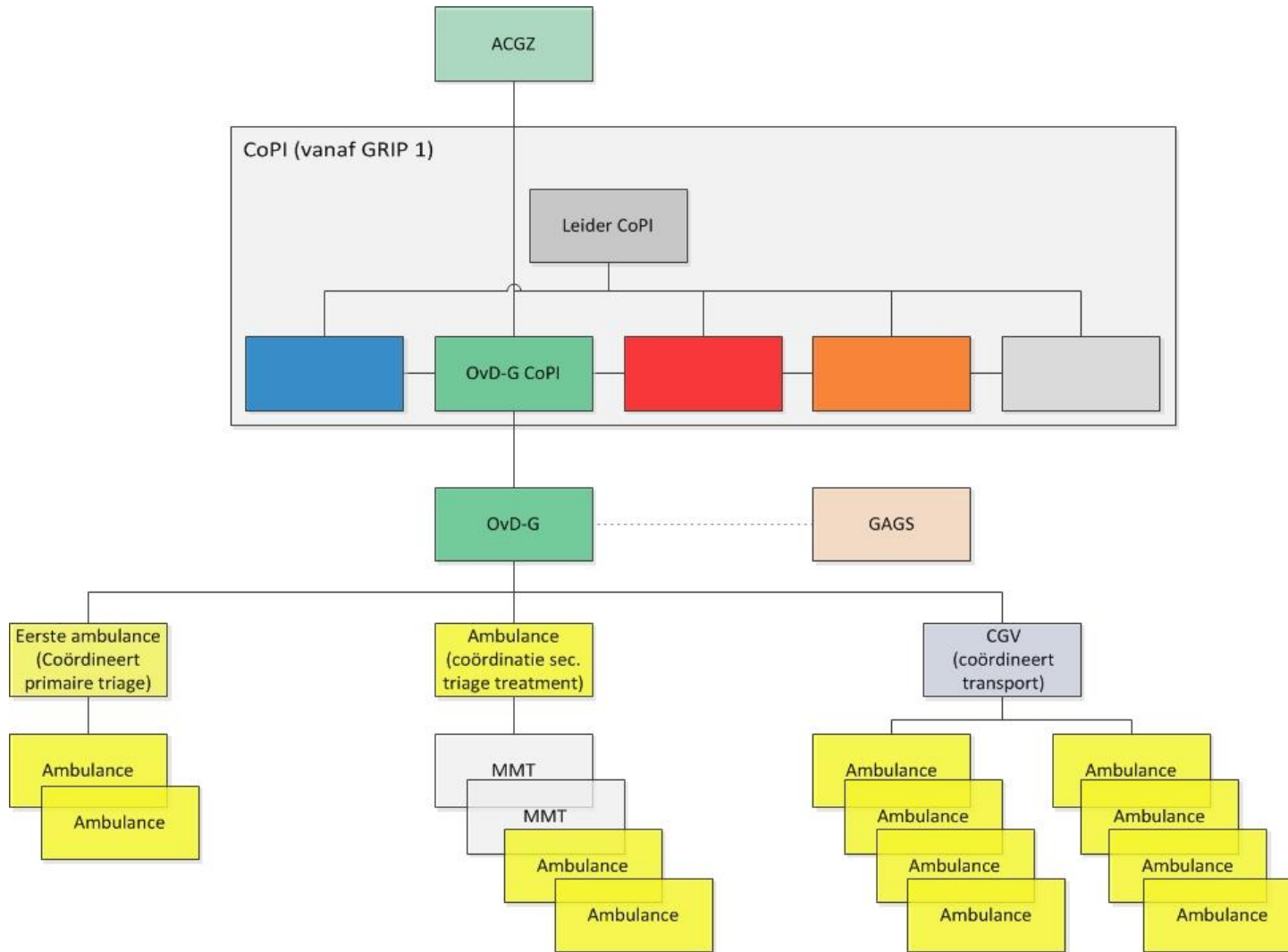
- (De GHOR is verantwoordelijk voor de 24/7 beschikbaarheid, inzetbaarheid en kwalificatie van de Ovd-G, conform de eisen die de veiligheidsregio aan deze functionaris stelt.)
- De RAV en de GHOR hebben afspraken vastgelegd over de selectie, mandaten, de kwalificatie en de financiering van de Ovd-G in een convenant.
- Ambulanceprofessionals zijn getraind in het uitvoeren van de protocollen 2.1, 2.2 en 2.3 van LPA8.
- RAV's stellen beleid op voor opleiding, training en oefening van het opschalingsplan ambulancezorg, gericht op het systematisch verbeteren van plannen en vaardigheden.

11.4 Coördinatie plaats incident voorbeeld



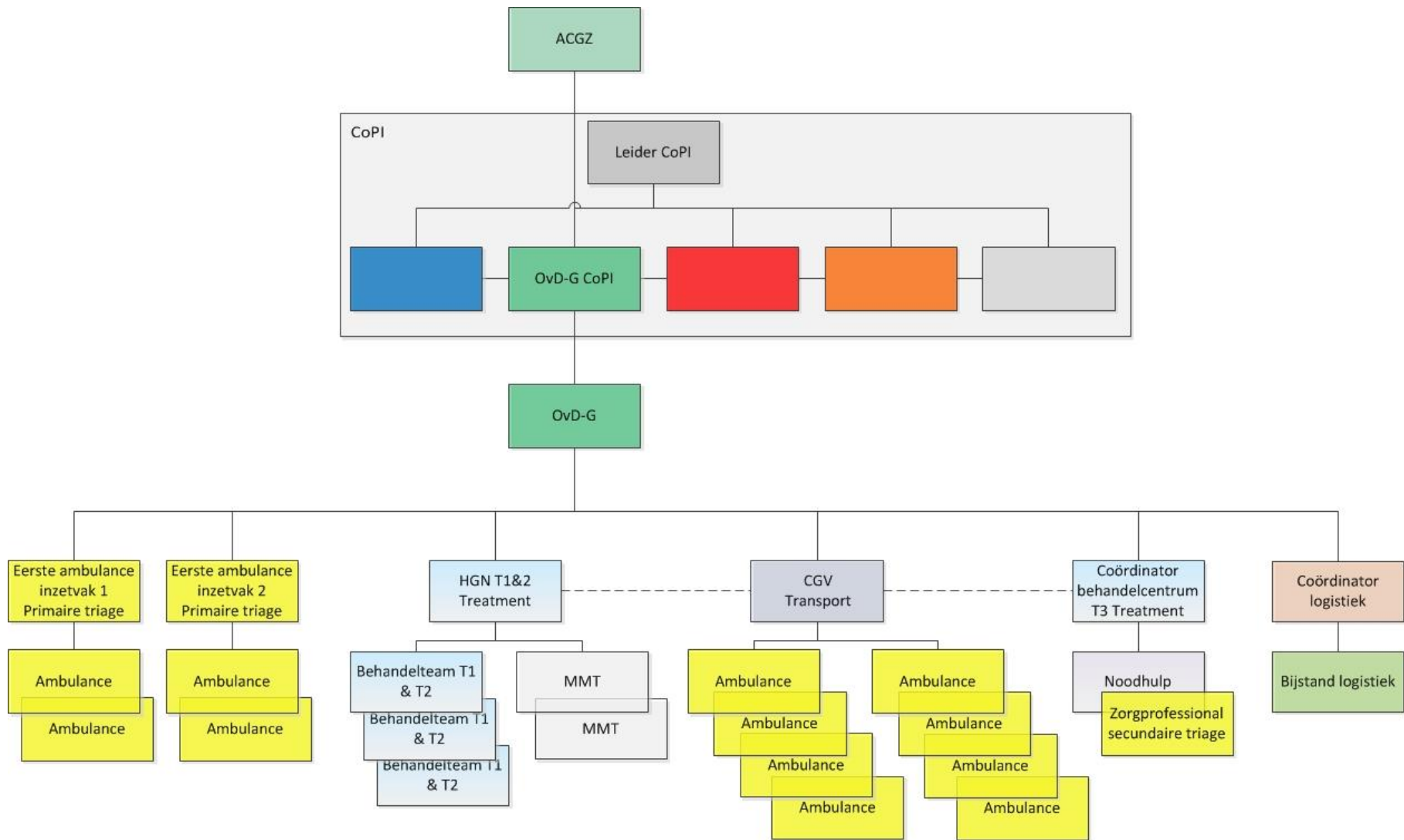
Figuur 11.1 Coördinatie plaats incident voorbeeld 1

11.5 Coördinatie plaats incident voorbeeld 2



Figuur 11.2 Coördinatie plaats incident voorbeeld 2 (code 10-20)

11.6 Coördinatie plaats incident, voorbeeld 3



Figuur 11.3, coördinatie plaats incident voorbeeld 3 (code 30 en hoger)

12. Alarmering, opkomst en inzet roostervrij personeel

12.1 Omschrijving

Vanaf een code 30 activeert de OvD-G de alarmering van roostervrije ambulanceprofessionals. De gealarmeerde professionals komen op basis van vrije instroom naar een afgesproken standplaats van de RAV, alwaar zij door de dienstdoend leidinggevende van de RAV worden ingezet op een niet in gebruik zijnde ambulance of op het *calamiteitervoertuig*²⁸ van de RAV. Het calamiteitervoertuig brengt professionals met uitrusting ter plaatse, om behandeling ter plaatse te kunnen overnemen of ondersteunen (*behandelteams*). De bemenste voertuigen melden zich in bij en ontvangen een ritopdracht van de MKA.

12.2 Onderbouwing en doel

Het doel van de alarmering, opkomst en inzet van roostervrij personeel is het snel kunnen genereren van extra capaciteit ten behoeve van de regionale paraatheid of de hulpverlening op de plaats van het incident.

Uit alle evaluaties blijkt dat ambulanceprofessionals zonder meer bereid zijn om een extra inzet te leveren bij opgeschaalde ambulancezorg. Vaak bleken niet in gebruik zijnde ambulances relatief snel inzetbaar.

12.3 Criteria

- De OvD-G beslist binnen 5 minuten na zijn alarmering over het alarmeren van roostervrij personeel.
- RAV's beschikken 24/7 over een dienstdoend leidinggevende RAV. Deze is het aanspreekpunt voor de OvD-G voor de RAV, coördineert de inzet van roostervrij personeel en bewaakt de bedrijfscontinuïteit.
- RAV's beschikken over een geoefende procedure voor de alarmering, opkomst en inzet van vrij personeel, ten behoeve van een inzet in de eigen regio of bijstand aan een andere regio.
- RAV's beschikken over minimaal één direct inzetbaar calamiteitervoertuig²⁹, met plaats voor minimaal 4 professionals en een chauffeur, uitgerust met o.a. acute koffers, zuurstof en zuurstof toedieningssystemen en infusievloeistoffen.

12.4 Opmerkingen

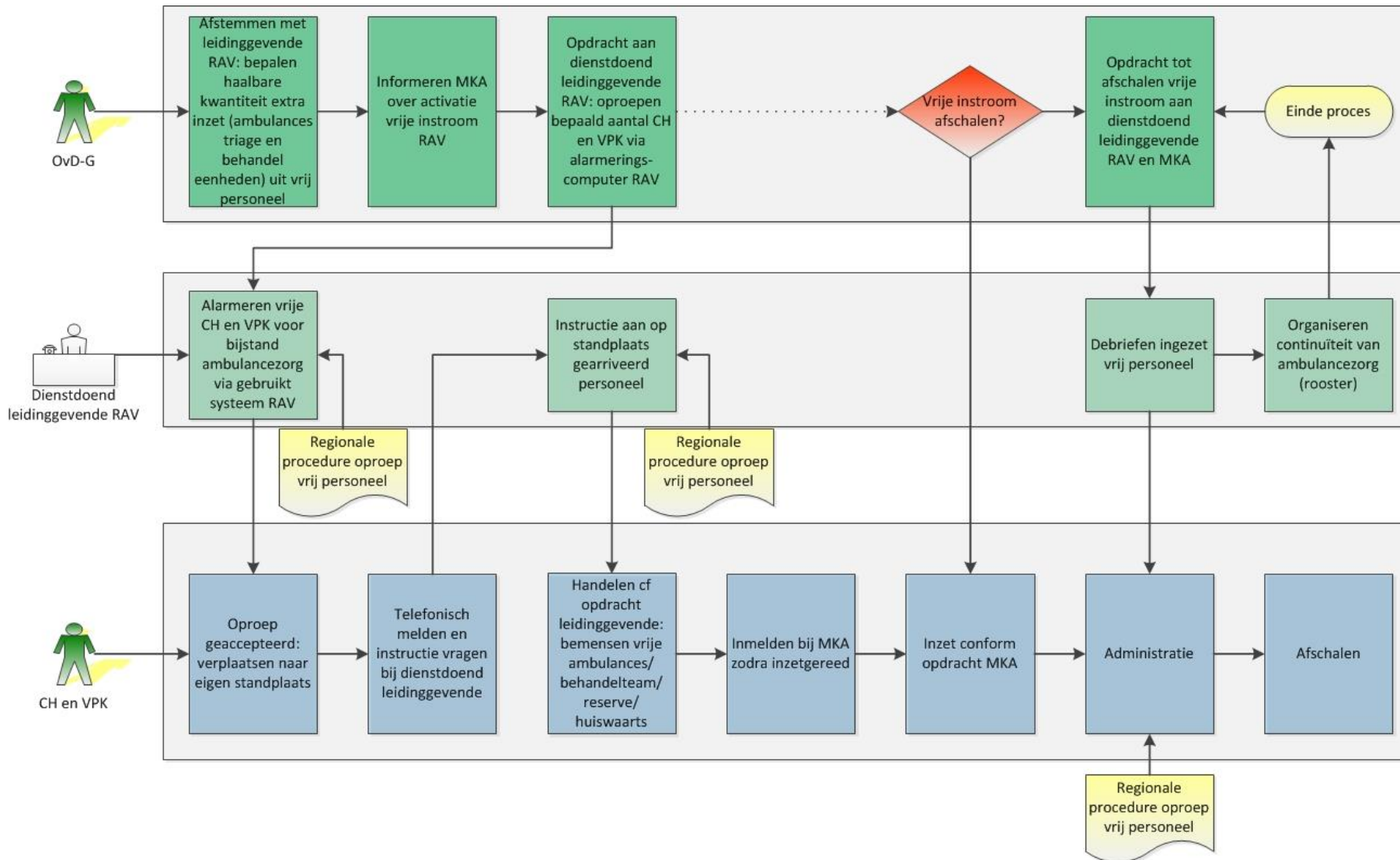
De meeste RAV's beschikken over een dienstdoend leidinggevende. Afhankelijk van de procedure voor de alarmering, opkomst en inzet van vrij personeel zal de dienstdoend leidinggevende wel of niet moeten opkomen op één van de standplaatsen.

De calamiteitervoertuigen kunnen eveneens worden uitgerust voor de inzet van de RAV bij CBRN ongevallen. Dit wordt meegenomen in het programma van eisen.

²⁸ Binnen het kader van GGB wordt voor 31 juli een programma van eisen ten aanzien van het voertuig en de inrichting opgeleverd.

²⁹ Een programma van eisen t.a.v. het voertuig wordt uitgewerkt binnen GGB.

12.5 Processchema alarmering, opkomst en inzet roostervrij personeel (voorbeeld)



Figuur 12.1 Processchema alarmering, opkomst en inzet roostervrij personeel

13. Inzet Noodhulp en het Behandelcentrum (GGB, 2016)

13.1 Omschrijving

Per januari 2016 wordt, in het kader van GGB, Noodhulp geleverd door teams van vrijwilligers, geschoold en geoefend op BLS niveau. De OvD-G laat deze teams op indicatie alarmeren en standaard vanaf code 30. De Noodhulpteams kunnen een behandelcentrum organiseren voor de opvang van T3-slachtoffers (gewond) en kunnen op verzoek van de OvD-G eveneens worden ingezet voor overige ondersteunende werkzaamheden.

13.2 Onderbouwing en doel

Ondersteuning door Noodhulp maakt het voor de acute zorg mogelijk zich te concentreren op T1- en T2-slachtoffers. Adequate opvang van T3-slachtoffers in een behandelcentrum ontlast dus RAV's, ziekenhuizen en huisartsen en creëert gunstiger condities voor die gewonden die acuut geneeskundige zorg nodig hebben.

13.3 Secundaire triage en medische eindverantwoordelijkheid behandelcentrum

Het is van belang om ook in een behandelcentrum een adequate secundaire triage te verrichten. Het organiseren van de secundaire triage wordt gezien als een verantwoordelijkheid voor de GHOR (gelet op 13.2). Qua uitvoering kan secundaire triage worden verricht door artsen, ambulanceverpleegkundigen of een combinatie. Het is aan te raden om de medische eindverantwoordelijkheid in een behandelcentrum bij een arts te beleggen.

13.4 Criteria

Per januari 2016:

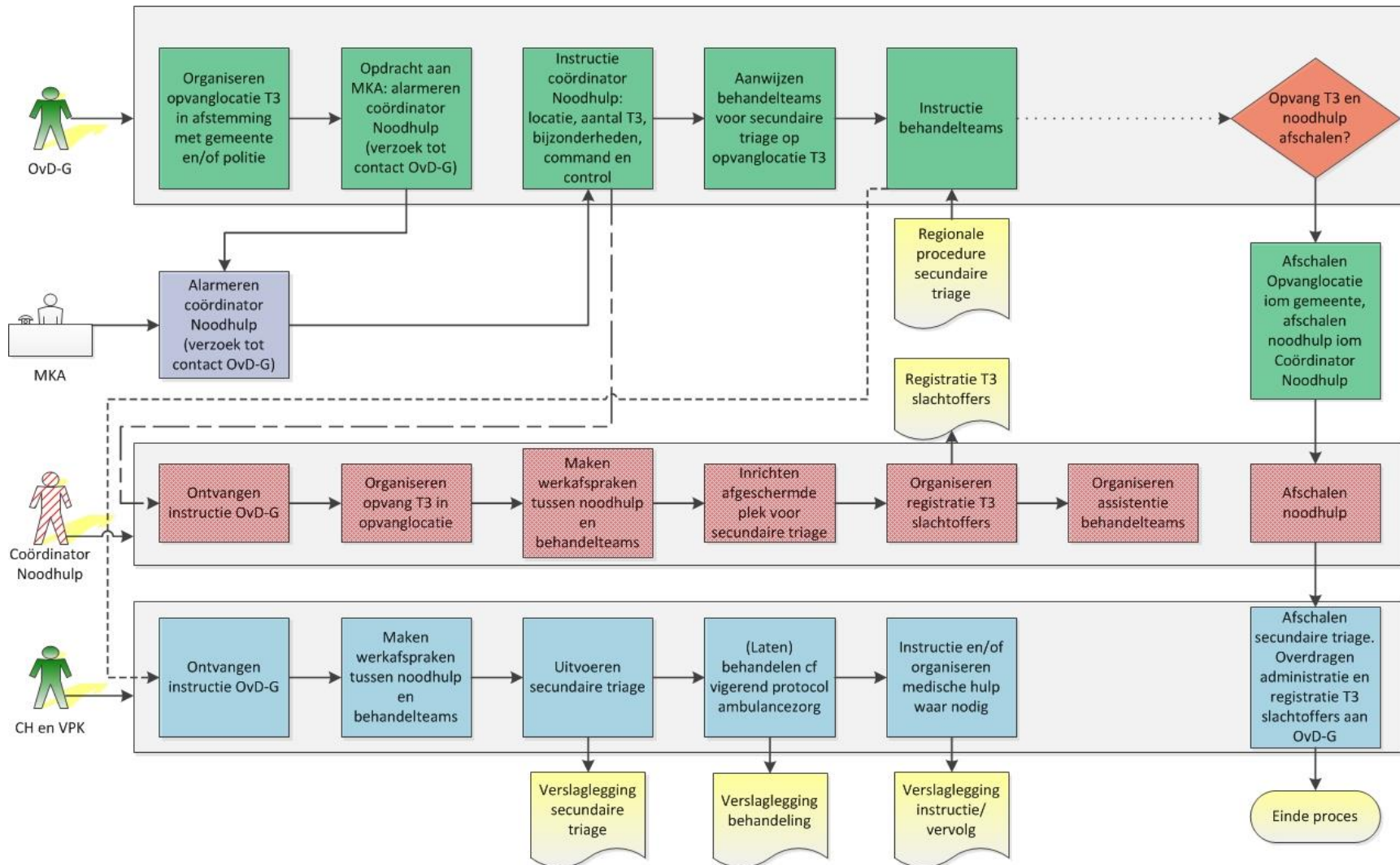
- (heeft de regionale GHOR heeft een overeenkomst met een partij welke in de regio de Noodhulp levert.)
- (heeft de regionale GHOR een overeenkomst met een partij die de secundaire triage verzorgt in een behandelcentrum (huisartsen of RAV).)
- beslist de OvD-G binnen 5 minuten na zijn alarmering over de inzet van Noodhulp;
- beschikt de MKA over een alarmeringsprocedure voor de Noodhulpteams;
- bepaalt de OvD-G welke inzet de Noodhulp teams ter plaatse regelen.

13.5 Opmerkingen

Logistieke bijstand wordt geleverd in het kader van GGB. GGB vervangt de huidige opschaling met GNK-c's per 1 januari 2016.

Binnen GGB moet nog besluitvorming plaatsvinden over de wijze waarop Noodhulp wordt georganiseerd, aangestuurd en ingezet. Vermoedelijk worden noodhulpteams uitgerust met voertuigen en een eigen (BLS) uitrusting.

13.6 Inzet Noodhulp (ten behoeve van opvang T3)



Figuur 13.1 Inzet Noodhulp ten behoeve van opvang T3

14. Logistieke bijstand en shelter (GGB, 2016)

14.1 Omschrijving

Per 1 januari 2016 heeft iedere RAV in het kader van GGB een eigen logistieke bijstandsvoorziening in beheer. Deze bijstand bestaat standaard uit acute koffers, zuurstof en zuurstoftoedieningssystemen, infusievloeistoffen en middelen voor pijnbestrijding. Deze regionale bijstand kan afhankelijk van het incidenttype naar behoefte worden aangevuld met middelen uit het eigen magazijn. De logistieke middelen worden met het calamiteitenvoertuig ter plaatse gebracht (gelijk met de behandelteams, zie hoofdstuk 12)³⁰.

Bij opgeschaalde ambulancezorg kan ook een beroep worden gedaan op de logistieke bijstandsvoorziening van omliggende regio's.

Per 1 januari 2016 worden, naast de regionaal beschikbare logistieke bijstandsvoorzieningen, op verzoek van de OvD-G extra voorzieningen vanuit ca. 5 landelijke depots hulpmiddelen binnen twee uur ter plaatse gebracht. Dit betreft voorzieningen die laag frequent nodig zijn, zoals shelter, brancards etc.³¹

14.2 Onderbouwing en doel

De regionale logistieke bijstandsvoorziening is standaard bevoorrad met

- a) een uitrusting voor de behandelteams en
- b) een extra noodvoorraad voor veel gebruikte middelen in de ambulancezorg.

Het is voorzienbaar dat tijdens een grootschalig incident de in ambulances aanwezige infusievloeistoffen, zuurstof en middelen voor pijnbestrijding etc. tekort kunnen schieten.

Andere voorzieningen (shelter, brancards etc.) zijn sporadisch nodig, maar kunnen in voorkomende gevallen wel van groot nut zijn. Het is doelmatig om dergelijke voorzieningen niet regionaal maar centraal te beheren en vanuit een vijftal landelijke depots in te zetten.

14.3 Criteria

Per 1 januari 2016:

- (heeft de GHOR een overeenkomst met het IFV over logistieke bijstand in het kader van GGB);
- beschikt de RAV over een calamiteitenvoertuig, conform de eisen in bijlage 3;
- beslist de OvD-G binnen 5 minuten na zijn alarmering over de inzet van logistieke bijstand;
- beschikt de MKA over een alarmeringsprocedure voor de logistieke bijstand;
- zijn de procedures getest door middel van oefeningen.

14.4 Opmerkingen

Besluitvorming over logistieke bijstand en het ter beschikking stellen van calamiteitenvoertuigen aan RAV's wordt eind 2014 verwacht binnen de kaders van GGB.

Het calamiteitenvoertuig kan eveneens worden uitgerust voor de inzet van de RAV bij CBRN ongevallen. Dit wordt meegenomen in het programma van eisen.

³⁰ Een programma van eisen voor het voertuig en de inventaris wordt binnen het kader van GGB voor 31 juli 2014 opgeleverd.

³¹ Een programma van eisen wordt binnen het kader van GGB voor 31 augustus 2014 opgeleverd.

Bijlage 1 Checklist centralist MKA

(15-20 minuten na de melding)

- 1 Doorschakeling mobiele telefonie via Landelijke Eenheid beëindigd?
- 2 Alarmering conform inzetvoorstel uitgevoerd:
 - Opschaling MKA?
 - Aantal ambulances?
 - Pariter geactiveerd?
 - MMT?
 - Ovd-G?
 - CGV (vanaf code 20)?
 - Taakverantwoordelijke inventarisatie MBC (vanaf code 20)?
 - GRIP alarmering?
- 3 Geïnformeerd conform inzetvoorstel?
 - Dienstdoend leidinggevende RAV?
 - Voorwaarschuwing ziekenhuizen uitgevoerd (t/m code 10)
- 4 Gehanteerd verbindingsschema correct?
- 5 Contact gehad met Ovd-G?
- 6 Is de door de Ovd-G bijgestelde inzet gealarmeerd?
 - Opschaling MKA?
 - Bijgesteld aantal ambulances gealarmeerd?
 - Bijgesteld aantal MMT's gealarmeerd?
 - Extra Ovd-G gealarmeerd?
 - GRIP functionarissen gealarmeerd?
 - Vrije instroom RAV gealarmeerd?
 - Noodhulp gealarmeerd?
 - Logistieke bijstand gealarmeerd?
- 7 Afgestemd met RAC en MK Politie