



VERVALLEN

LEIDRAAD

Grootschalige Geneeskundige Bijstand

Versie 1.0, december 2015

VERVALLEN

Colofon

Auteur: Drs. Carina Cools MScM, projectleider Leidraad GGB, IFV

Deze leidraad is tot stand gekomen in samenwerking met het programmateam GGB, bestaande uit:

Will van Boesse, GGD GHOR NL

Wiro Gruijters, Jans Roest, AZN

Arold Reusken, LNAZ

Murvin Chan, Tecla Hoekstra, Rode Kruis

Jeroen Sannen, Gerrit Tichelaar, IFV

© GGD GHOR NL/IFV
December 2015

De leidraad GGB is 29 december 2015 (op basis van enkele consultatierondes) vastgesteld door de stuurgroep GGB als een definitief concept. Op basis van de verdere implementatie en doorontwikkeling zal de leidraad jaarlijks of zoveel eerder als nodig bijgesteld worden.

VERVALLEN

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|----|
| VOORWOORD | 7 |
| INLEIDING | 9 |
| A. Systeembeschrijving | 10 |
| A. 1 Inleiding | 10 |
| A. 2 Alarmering en Opschaling | 12 |
| A. 3 Repressie | 14 |
| A. 4 Afschaling en nazorg | 21 |
| A. 5 Preparatie | 22 |
| A. 6 Opleiden, trainen, oefenen | 25 |
| B. Borging GGB-model | 27 |
| C. Toetsing GGB-model | 31 |
| Bijlage 1. Relevante documenten | 33 |
| Bijlage 2. Woordenlijst | 34 |
| Bijlage 3. Inhoud/uitrusting calamiteitenvoertuig en noodhulpvoertuig | 35 |
| Bijlage 4. De positie van het MIB bij GGB | 36 |
| Bijlage 5. Steunpunt materiaal | 38 |
| Bijlage 6. Waarschijningsformulieren t.b.v. toetsing GGB-model en processen | 40 |

VERVALLEN

VOORWOORD

De leidraad Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB) kan gezien worden als het kwaliteitsinstrument voor het GGB-model. Het bestaat uit een beschrijving van het GGB systeem (de processen en de veldnormen), een beschrijving van de operationele instandhouding en kwaliteitsborging en een beschrijving van de toetsing van het GGB-model. De leidraad GGB is ontwikkeld tijdens de implementatie van het landelijke GGB-model samen met een werkgroep bestaande uit alle partners die een rol hebben binnen het GGB-model. De leidraad is een dynamisch instrument, dat op basis van ervaringen en voortschrijdend inzicht periodiek bijgesteld kan worden.

Het project Grootschalige Geneeskundig Bijstand (GGB) is in 2011 van start gegaan om een invulling te geven aan het vervolg op de Geneeskundige Combinatie (GNK-C), die aan het einde van de (technische) levensduur is en niet meer aansluit op de huidige ontwikkelingen in de zorg. Onder regie van GGB GHOR NL is in nauwe samenwerking met Ambulancezorg Nederland (AZN), het Rode Kruis (RK), het IFV, het ministerie van VenJ en het ministerie van VWS, gewerkt aan de ontwikkeling van een visie op een definitieve invulling van het nieuwe model GGB.

In het project GGB is vooral gefocust op wat er aanvullend nodig is in het kader van grootschalige geneeskundige bijstandsverlening, waarbij het uitgangspunt is dat er veel sterker aan voorheen aangesloten diende te worden op de reguliere hulpverlening die ambulancezorg en traumacentra bieden. Dat betekent dat de eigen mogelijkheden van de ambulancezorg worden vergroot en dat er aanvullende voorzieningen worden getroffen om de zorgcapaciteit te vergroten. In het verband met het Rode Kruis gaan zorgen voor noodhulpteams, die met georganiseerde inzet van vrijwilligers de verzorging van lichtgewonde slachtoffers (T3) op zich kan nemen, waardoor de ambulancezorg zich, onder omstandigheden van schaarste, kan concentreren op de zwaargewonde (T1 en T2) slachtoffers.

Doelmatigheid, flexibiliteit, verbeteren van de responstijd, kosten efficiëntie stonden voorop bij de ontwikkeling van het GGB-model. Door in te zetten op flexibiliteit, maar ook op uniformiteit op de aspecten waar dit strikt noodzakelijk is, is het GGB-model over het land toepasbaar. Het uitgangspunt is immers, dat er een landelijk bijstandskoncept beschikbaar komt, wat een landelijke werkwijze vergt. Dat moet de basis vormen om te kunnen beschikken over een werkwijze, die voldoende robuust is en capaciteit heeft om tenminste een incident met 250 (mechanische) slachtoffers op te kunnen vangen, maar ook de slagkracht bij kleinere incidenten kan vergroten. Alleen voor de Waddeneilanden is gekozen voor een afwijkende invulling, omdat deze eilanden voor de ambulancezorg niet in korte tijd op voldoende schaal te bereiken zijn en daarom zal daar langer ter plaatse de hulpverlening invuld moeten worden met ter plaatse beschikbare mensen en middelen.

Het landelijke bijstandsmodel GGB is vastgesteld in het Veiligheidsberaad van 28 november 2014, na het doorlopen van een besluitvormingstraject bij de participanten.

De huidige geneeskundige combinatie wordt vanaf januari 2016 buiten werking gesteld. Na de besluitvorming door het Veiligheidsberaad is gestart met de implementatie voor het GGB-model, dat met ingang van 1 januari 2016 12.00 uur operationeel moet zijn.

VERVALLEN

INLEIDING

Een onderdeel van de implementatie van het model GGB is de ontwikkeling van een leidraad GGB. De leidraad GGB heeft tot doel om een aantal belangrijke aspecten in het kader van GGB vast te leggen en kan als een dynamische handreiking gezien worden.

Het doel van de leidraad is te komen tot landelijke uniformiteit door het beschrijven van een eenduidige werkwijze voor het inrichten, voorbereiden en uitvoeren van GGB.

De doelstelling van de leidraad is driedelig en de leidraad bestaat derhalve uit 3 samenhangende onderdelen.

1. Systeembeschrijving
2. Systeemborging en instandhouding
3. Systeemtoetsing

Ad 1: In de systeembeschrijving worden de verschillende processen die plaats vinden in het kader van de operationele voorbereiding en werkwijze van GGB (wie doet er wat wanneer) beschreven en wordt verwezen naar de onderliggende operationele producten, taken van betrokken professionals en documentatie. Hierbij worden ook de samenwerkingsmomenten resp. koppelvlaakten tussen de verschillende partijen beschreven. En waar beschikbaar worden de goldnormen (prestatie indicatoren) beschreven. De systeembeschrijving is uitgewerkt in de vorm van procesbeschrijvingen aan de hand van de volgende 5 onderdelen:

1. Alarmering en opschaling
2. Repressie
3. Afschaling en nazorg
4. Preparatie
5. Opleiden Trainen en oefenen

Ad 2: De systeemborging beschrijft de operationele instandhouding van het GGB-model en de borging van de GGB systematiek, zoals die door de verschillende partijen wordt georganiseerd.

Ad 3: De systeemtoetsing beschrijft de mogelijke vormen van toetsing van het GGB-model, om daarmee te borgen dat de eenduidigheid en uniformiteit gehandhaafd blijven. Tevens zal de toetsing mogelijke verbeterpunten op kunnen leveren.

Er is ruimte voor regio's om vanuit de eigen regionale verantwoordelijkheid, bovenop de landelijke eenduidige werkwijze, te komen tot een aanvullende en meer specifieke werkwijze. Mits dat niet strijdig is met de landelijke werkwijze en dekking GGB en de doelstellingen en uitgangspunten daarvan.

De leidraad GGB is primair bedoeld voor iedereen die op enigerlei wijze betrokken is of betrokken kan raken bij grootschalige geneeskundige bijstandsverlening, zowel wat betreft operationele c.q. uitvoerende taken en verantwoordelijkheden als coördinerende/regisserende c.q. bestuurlijke taken en verantwoordelijkheden.

De Leidraad moet gezien worden in samenhang met relevante documenten (zie bijlage 1), welke onder verantwoordelijkheid van participanten zijn vastgesteld. De Leidraad identificeert deze, en zorgt voor verbinding.

A. Systeembeschrijving

A. 1 Inleiding

Het GGB-model zorgt tijdens crisissituaties voor een grotere slagkracht in de geneeskundige hulpverlening, omdat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de reguliere processen van betrokken organisaties en daardoor de afstemming tussen de verschillende onderdelen optimaal is. Naast de maximale inzet van de capaciteit van de reguliere zorg, wordt binnen het model ook gebruik gemaakt van vrijwilligers in georganiseerd verband. Het GGB-model bestaat uit 4 integrale onderdelen:

4. Adequaot opgeschaalde ambulancezorg van de regionale Ambulancevoorzieningen met ondersteuning van MMT's (RAV's en Traumacentra),
5. Noodhulpteams van het Rode Kruis,
6. Aanvullende logistieke middelen vanuit het Instituut Fysieke Veiligheid (IFV),
7. Regie en coördinatie vanuit de GHOR en borging van de ketenkwaliteit.

Reikwijdte

De reikwijdte van de GGB betreft de prehospitala grootschalige acute geneeskundige bijstand, buiten de huisartsenpraktijk. We gaan bij GGB niet uit van een reguliere rol van huisartsen (posten) in de bijstandsverlening. Dat laat onverlet, dat de GHOR regionaal wel afspraken kan maken over een eventuele inzet van huisartsen bij deze vorm van bijstandsverlening. Het GGB-model moet in staat zijn om op een kwalitatief goede manier 250 gewonden te kunnen triëren, stabiliseren, behandelen o.q. verzorgen en te kunnen transporteren voor eventueel verdere behandeling. Het scenario is een incident met vooral mechanisch letsel waarbij een globale verdeling van 25 x T1, 75 x T2 en 150 x T3 slachtoffers wordt aangehouden¹. In het visiedocument van maart 2012 wordt benadrukt dat het aantal van 250 slachtoffers uitsluitend gericht is op noodzakelijke kwantificering van het model in termen van materieel en financiën. Op basis daarvan is ingeschat dat, uitgaande van de huidige beschikbare capaciteit, 250 slachtoffers adequaat geholpen kunnen worden. Dit aantal is echter niet absoluut te definiëren. Het totaal aantal slachtoffers dat uiteindelijk concreet geholpen kan worden is ook afhankelijk van de aard van de ramp, de locatie, tijdstip etc. Met het aantal van 250 slachtoffers kan echter wel een goed werkend model beschreven worden.

Betrokken organisaties

Uitvoering vindt plaats op het niveau van de 25 veiligheidsregio's met als ketenpartners de:

- Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR)
- Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV), incl. Meldkamer Ambulancezorg (MKA's)
- Traumacentra met Mobiele Medische Teams (MMT's)
- Nederlandse Rode Kruis (RK)
- Instituut Fysieke Veiligheid (IFV).

Verantwoordelijkheden

De GHOR is verantwoordelijk voor coördinatie en regie van de GGB (zie 'Actualisatie verantwoordelijkheidsverdeling tussen GHOR en RAV') en sluit daarom op het niveau van de Veiligheidsregio's convenanten met de RAV en het Rode Kruis. Op landelijk niveau maakt GGD GHOR Nederland als brancheorganisatie afspraken met het IFV voor de bovenregionale logistieke bijstand. De bewaking en doorontwikkeling van het GGB-model is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de GHOR, waarbij ook een bijdrage en input vanuit de landelijke partners van belang is. In dit kader heeft het IFV, vanuit haar wettelijke kennisfunctie, de opdracht de leidraad te ontwikkelen en te beheren (doorontwikkeling (bijvoorbeeld opnemen van de multidisciplinaire koppelvlakken) en actualisatie op basis van nieuwe ontwikkelingen of aan de hand van oefeningen en toetsing). RAV's en traumacentra met MMT's zijn verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg onder opgeschaalde omstandigheden op grond van de wettelijke bepalingen in de zorgwetgeving. Voor de ambulancesector betekent dat het optimaliseren van haar beschikbare capaciteit. Daartoe heeft AZN besluiten genomen over vaststelling van een aantal relevante documenten/instrumenten, zoals de vaststelling van haar opschalingsmodel voor de RAV's en de Meldkamers.

¹ Deze indeling is overgenomen uit de Leidraad Operationele Prestaties, 2001

Dit houdt ook in het participeren bij het implementeren van het GGB-model. De samenwerkingsafspraken RAV en GHOR worden daarbij gemaakt op basis van het in juni 2015 vastgestelde modelconvenant GHOR-AZN.

De traumacentra/acute zorgnetwerken, welke samenwerken in het LNAZ zijn verantwoordelijk voor de inzet van 4 parate (met helikopter of auto) MMT's, aangevuld met 2 beschikbare MMT's met auto. Onder opgeschaalde omstandigheden vindt de inzet plaats, als onderdeel van het GGB-model.

Het Nederlandse Rode Kruis is niet een zorginstelling in de zin van de zorgwetgeving, maar haar taken zijn belegd in het Besluit Rode Kruis 1988, dat de inzet van het Rode Kruis bij geneeskundige hulpverlening onder rampenomstandigheden regelt.

Voor het Rode Kruis betekent dat inzet van georganiseerde burgerhulpverlening in de vorm van noodhulpteams als onderdeel van het GGB-model. De noodhulpteams zijn verantwoordelijk voor het verzorgen van T3 slachtoffers en daarmee ontzorgen en ontlasten ze de ambulancehulpverlening.

Het IFV (Facilitair Diensten Centrum) heeft als taak het ontwikkelen en instant houden van bovenregionale voorzieningen voor brandweer (rode kolom) en voor de geneeskundige zorg (witte kolom). De bovenregionale voorzieningen voor de geneeskundige zorg in het kader van GGB bestaan uit ondersteuning in de operationele voorbereiding en instandhouding van het GGB-model en kwaliteitsmanagement. Voor GGB doet het IFV dit onder regie van de GHOR. Hieronder valt ook het doorontwikkelen van het GGB-model en beheren van de Leidraad.

Landelijk uniform basismodel en samenwerking met buurlanden

Indien een regio in Nederland getroffen wordt door een groot incident, samenwerking met andere regio's noodzakelijk. Daarom is GGB neergezet als een landelijk uniform basismodel waarbij de gebruikte opschalingsplannen van GHOR, RAV (incl. MKA), MMT en Rode Kruis in het hele land identiek uitgevoerd moeten worden. Landelijke uniformiteit geldt ook voor de functienamen, invulling van de rollen, de herkenbaarheid van medewerkers en voertuigen, hulpverleningsmaterialen. Bijzondere aandacht is ook nodig voor de afstemming van grensregio's met buurlanden waar eerder bijstandsafspraken mee gemaakt zijn. GGB kan als basis model dienen voor samenwerking met de bijstand aan buurlanden.(De leidraad zal hier bij doorontwikkeling op aangevuld gaan worden)

Waddeneilanden

De Waddeneilanden hebben binnen het GGB model een status aparte omdat het daar niet mogelijk is om snel meerdere ambulances ter plaatse te krijgen. Ook de MMT's hebben langere aanvliegtijden voor de Waddeneilanden.

Voor de diverse Waddeneilanden zijn de omstandigheden verschillend, omdat vaartijden en frequenties van de veerdiensten verschillend zijn. Vaartijden en mogelijke uitval vergt wel een voorbereiding om langere tijd zelfvoorziening te kunnen zijn. Hiervoor zijn uitgebreidere skills van hulpverleners en extra hulpverleningsmiddelen ter plaatse noodzakelijk.

De werkwijze voor de Waddeneilanden wordt in 2016 nog ontwikkeld door de regionale partijen waar de Waddeneilanden onderdeel van uitmaken. Tot dat moment zal op de Waddeneilanden het bestaande concept van aangepaste geneeskundige combinatie worden ingezet. De GHOR heeft daarbij de regie, RAV is medisch verantwoordelijk en het IFV is verantwoordelijk voor initiële aanschaf van de middelen. De landelijke stuurgroep GGB zal het uitgewerkte concept bekrachtigen, waarna de werkwijze zal worden verwerkt in een update van deze leidraad.

Presterend vermogen

Het presterend vermogen van het systeem is een optelsom van het presterend vermogen van de betrokken organisaties. Het operationeel presterend vermogen is een beschrijving van wat de operationele partners daadwerkelijk aan producten en diensten leveren. Daarbij wordt ook aangegeven waar de raakvlakken en afstemmings-/samenwerkingsmomenten met de andere partijen zitten (de zogenaamde koppelvlakken) en welke afspraken daarvoor gemaakt moeten worden.

De ketenkwaliteit is afhankelijk van het presteren van de zwakste schakel. Daarom is het ten behoeve van borging en toetsing van kwaliteit belangrijk om hier vooraf duidelijke afspraken over te maken. Dit geldt voor het hele proces van: preparatie, opleiden, trainen en oefenen en voor de uitvoering, alarmering en opschaling, repressie en afschaling en nazorg. En voor de samenwerking op deze terreinen. In het kader van borging en toetsing van de kwaliteit is het tevens van belang om afspraken te maken over evaluatie van de gezamenlijke processen.

De GGB systeembeschrijving zal aan de hand van de verschillende onderdelen van het te doorlopen proces beschreven worden.

A. 2 Alarmering en Opschaling

Hier wordt beschreven wat er gebeurt vanaf het moment van melding van een incident bij de meldkamer, de alarmering van de verschillende eenheden en de opkomst van die eenheden. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.

Alarmering meldkamer

Het alarmeringsproces start met een (112) melding(en) bij de meldkamer. De meldkamer centralist krijgt een melding van een (grootschalig) incident. Op basis van de (112) melding(en) vormt de meldkamer een beeld. De alarmering van verschillende eenheden verloopt op basis van de codering die de meldkamer ambulancezorg aan de hand van de beeldvorming hanteert. De meldkamer komt op basis van het regionaal toegespitste landelijke standaardinzet voorstel² tot een codering, op grond waarvan aard en omvang van in te zetten eenheden gealarmeerd worden. Er wordt opgeschaald (dat wil zeggen alarmering van ambulances, MMT, OvD-G, taakverantwoordelijke transport) (zie model crisisplan PAV pag. 80, taakkaart alarmering, taakkaart OvD-G).

Alarmering eenheden

Volledige inzet van GGB is aan de orde vanaf code 30.

Vanaf code 10 wordt al een MMT team gealarmeerd of eerder indien geïndiceerd (zie model opschalingsplan ambulancezorg richtlijn inzetvoorstel pag. 9, MMT inzet- en cancelcriteria). In het standaard inzetvoorstel (zie p. 10) is voorzien in de inzet van een of meer MMT's (code 10 1 MMT, code 20 1 MMT, code 30 2 MMT's, code 40 en hoger 3 MMT's). Hiervan kan afgeweken worden indien er meer MMT inzet is geïndiceerd op basis van het aantal slachtoffers en de ernst van de verwondingen.

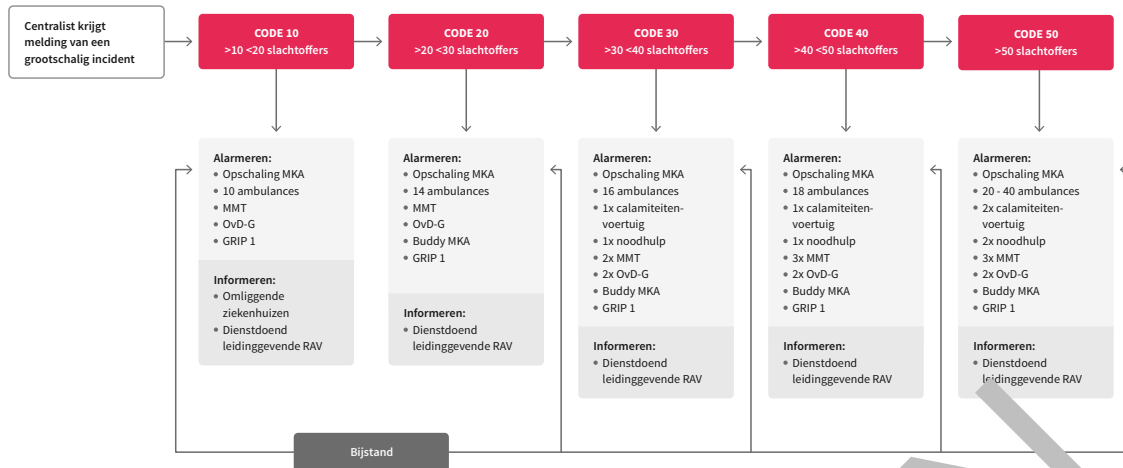
De meldkamer en/of de OvD-G overweegt (conform het landelijk crisismodel van AZN) in het kader van GGB in ieder geval vanaf code 20 (>20 slachtoffers en < 30 slachtoffers) om roostervrije ambulanceprofessionals (de zogenoemde calamiteitenteams) en het calamiteitenvoertuig te activeren, om de inzet van noodhulpteams te activeren en om logistieke bijstand te activeren (zie model opschalingsplan ambulancezorg richtlijn inzetvoorstel pag. 9). De inzet van de calamiteitenteams, noodhulpteams en logistieke bijstand kan ook al eerder overwogen worden en geïndiceerd zijn. Bij code 20 wordt conform het standaard inzetvoorstel 1 maal een MMT gealarmeerd. De OvD-G heeft hierin een discretionaire bevoegdheid. Dit betreft de beslissingsbevoegdheid die in meer of mindere mate de vrijheid toekent om in concrete gevallen naar eigen inzicht een besluit te nemen.

De meldkamer en/of de OvD-G activeert, op basis van het landelijke crisismodel van AZN, vanaf code 30 (>30 slachtoffers en < 40 slachtoffers) de inzet van calamiteitenteams met het calamiteitenvoertuig en de inzet van noodhulpteams en de meldkamer en/of de OvD-G overweegt om logistieke bijstand te activeren. Bij code 30 wordt 2 maal een MMT gealarmeerd (zie model opschalingsplan ambulancezorg richtlijn inzetvoorstel pag. 9, taakkaart alarmering). De OvD-G heeft hierin een discretionaire bevoegdheid om af te wijken van het aantal te roepen eenheden.

De logistieke bijstand wordt geregeld via het specialisme logistiek van de brandweer en vormt onderdeel van de operationele voorzieningen van de brandweer (zie voor toelichting bijlage 4).

² De Landelijke meldkamer organisatie (LMO) is in ontwikkeling, dit kan wellicht leiden tot aanpassingen in deze procesbeschrijving. Maar vooralsnog wordt uitgegaan van de huidige bestaande situatie.

Taakkaart alarmering



Opkomst gealarmeerde eenheden

De gealarmeerde ambulanceprofessionals komen op basis van vrije instroom naar een afgesproken standplaats van de RAV, waar ze dan worden ingezet als (extra) ambulance of calamiteitenteams met het calamiteitenvoertuig van de RAV. Het calamiteitenvoertuig brengt de professionals met uitrusting ter plaatse (zie model opschalingsplan ambulancezorg, pag. 25). Een calamiteitenteam bestaat uit vier ambulanceverpleegkundigen en twee ambulancechauffeurs. Het materiaal in het calamiteitenvoertuig staat beschreven in bijlage 3. Verder organiseert de RAV dat vrije ambulances worden bemenst en dat ze worden ingezet onder verantwoordelijkheid van de meldkamer. Deze kan besluiten de ambulances in te zetten voor het reguliere vervoer of ten behoeve van het incident.

De gealarmeerde MMT's gaan naar de plaats incident. Eenmaal aanwezig op plaats incident zal het 'lokale' c.q. eerst aanwezige MMT de regie nemen over de aanwezige MMT's, om daarmee de benodigde MMT inzet te coördineren. De ervaring leert dat het verantwoordelijk MMT het best kan inschatten of meerdere MMT's noodzakelijk zijn en/of blijven. Het is daarom noodzakelijk dat in de rol van een eerst aanwezig MMT de betreffende MMT-arts samen met de Ovd-G een besluit hierover kan nemen. Hetzelfde geldt voor het gebruik van de helikopter wat betreft wel of niet inzetten als vervoersmiddel. Het eerst aanwezige MMT kan ook het best adviseren aan de Ovd-G over het oproepen van extra MMT eenheden. Ook afschaling van het (aantal) MMT('s) vindt plaats in overleg tussen de Ovd-G en het eerst aanwezige MMT.

De gealarmeerde noodhulpteamleden gaan naar de afgesproken flexibele uitgangstelling en gaan van daaruit georganiseerd naar de plaats incident (zie programma GGB RK, pag. 13). Het eerste noodhulpteam bestaat uit 1 teamleider, 1 chauffeur en 6 noodhulpteamleden (in de maximale variant) of 1 teamleider, 1 chauffeur en 4 noodhulpteamleden (in de minimale variant) en 1 noodhulpoertuig. Het materiaal in het noodhulpoertuig staat beschreven in bijlage 3.

Koppelvlakken

Mono

- Vanaf code 30 alarmering door de meldkamer van het dichtstbijzijnde noodhulpteam c.q. het noodhulpteam met de snelste aanrijdtijd tot aan plaats incident. De meldkamer maakt op basis van de locatie van plaats incident een keuze voor welk noodhulpteam opgeroepen moet worden. Dit kan ook een noodhulpteam zijn vanuit een aangrenzende veiligheidsregio, als dit team sneller op het plaats incident kan zijn. De opzet is om open grenzen te hanteren voor het zo snel mogelijk ter plaatse krijgen van noodhulpteams.³

Multi

- Vanaf code 30 alarmering door de meldkamer van logistieke bijstand. De meldkamer is op de hoogte bij welke bovenregionale voorziening zij de logistieke bijstand (zie bijlage 4) kan aanvragen.

³ In 2016 zal nog een uitwerking plaatsvinden om de alarmering van het dichtstbijzijnde noodhulpteam aan te scherpen en te digitaliseren.

Veldnormen/criteria

- De 1^e ambulance neemt, totdat de OvD-G ter plaatse is, de rol van command & control op zich en zet zo nodig al acties uit.
- De opkomsttijd van de OvD-G is binnen 30 minuten (doordat activering GGB ook minimaal een GRIP 1 is). De praktijk heeft laten zien dat de OvD-G vaak eerder (binnen 15 minuten) aanwezig is op de plaats incident.
- De OvD-G zal op basis van beeldvorming een aantal acties gaan uitzetten. Als de beeldvorming compleet is beslist de OvD-G binnen 5 minuten over het inzetten van de extra eenheden in het kader van GGB. De 5 minuten is een na te streven norm, die afhankelijk van omstandigheden wel of niet kan worden gehaald (zie model opschalingsplan ambulancezorg pag. 16 en 27).
- Aanvullende capaciteit van het eerste calamiteitenteam is beschikbaar binnen 45 minuten (streeftijd).
- Het parate MMT gaat binnen 2 minuten, na alarmering, onderweg naar de plaats incident. Het beschikbare MMT gaat 25 minuten na alarmering naar de plaats incident. Dit conform de afspraken over snelheid van inzet (zie protocol 2.8 secundaire inzet MMT LPA 8 MMT inzet en cancelcriteria). In de nacht is het parate MMT binnen 5 minuten na alarmering onderweg.
- Aanvullende capaciteit vanuit het eerste noodhulpteam is in 75% van de gevallen binnen 45 minuten ter plaatse (streeftijd)⁴.
- De bovenregionale logistieke bijstand is binnen 2 uur na alarmering aanwezig op de plaats incident.

A. 3 Repressie

Hier wordt beschreven wat er gebeurt vanaf het moment van aankomst van de eerste ambulance en eenheden op de plaats incident, gevolgd door de verschillende processen die opgestart en uitgevoerd worden op de plaats incident. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.

Coördinatie

De 1^e ambulance coördineert de taken van de ambulancezorg en MMT's tot de aankomst van de OvD-G (zie protocol 2.1 grootschalig incident, LPA 8). Zodra de OvD-G aanwezig is, wordt deze gebriefd door de 1^e ambulance en neemt de OvD-G de coördinatie op de plaats incident over. Het is aan de OvD-G om zich te laten ondersteunen door de 1^e ambulance in die coördinerende taak ("command & control") of dat deze ambulance een andere taak krijgt. De praktijk laat zien dat de 1^e ambulance vaak coördinerende taken blijft uitvoeren in overleg met de OvD-G en gedelegeerd door de OvD-G.

Opkomst eenheden

De verschillende MMT's, calamiteitenteams en de noodhulpteam(s) komen op volgens hun eigen opkomstprocedures. De OvD-G bepaalt de inzet van deze teams in overleg met de meldkamer en in overleg met het coördinerend MMT. De OvD-G heeft hierin een discretionaire bevoegdheid. Dit betreft de beslissingsbevoegdheid die in meer of mindere mate de vrijheid toekent om in concrete gevallen naar eigen inzicht een besluit te nemen. De OvD-G werkt volgens de bestaande verbindingsschema's (zie Landelijk Kader Fleetrol C2000, landelijk verbindingsschema C2000). De MMT's, calamiteitenteams en de teamleider noodhulpteams melden zich bij aankomst op de plaats incident bij de OvD-G. De OvD-G wijst de capaciteiten toe op basis van de richtlijnen voor inzet van calamiteitervoertuig, noodhulp en MMT's (zie model crisisplan RAV pag. 63 taakkaart OvD-G).

Primaire processen plaats incident

Het proces opgeschaalde ambulancezorg (zie LPA 8) is erop gericht om slachtoffers gestructureerd te triëren, te clusteren, te behandelen en vervolgens in de juiste volgorde naar het meest geschikte ziekenhuis te vervoeren.

De primaire processen triage, treatment en transport zijn over het algemeen al opgestart bij aankomst van de calamiteitenteams en de noodhulpteams. MMT's zijn al eerder gealarmeerd en hebben een snelle reactietijd, dus die zijn vaak al op de plaats incident aanwezig en ingezet. De MMT's, calamiteitenteams en overige ambulancemedewerkers worden op aangegeven van de OvD-G ingezet voor triage, treatment (behandeling) T1 en T2 op de plaats incident en/of gewondenverzamelplaats en transport (vervoer) T1

⁴ Het RIVM-onderzoek omtrent bereikbaarheid van het noodhulpteam laat zien dat 95% van de bevolking bereikbaar is binnen 45 minuten.

en T2. Indien nodig wordt in overleg met de OvD-G een gewondenverzamelplaats aangewezen voor behandeling van de T1 en T2 slachtoffers, bij voorkeur is dit een bestaande locatie aan de rand van de plaats incident die goed bereikbaar is. Indien die niet beschikbaar is, wordt een shelter (tent) opgesteld.

De noodhulpteams worden ingezet voor verzorging van T3 slachtoffers in de T3 verzorglocatie. Er wordt/is in overleg met de OvD-G een T3 verzorglocatie aangewezen voor opvang en secundaire triage van T3 slachtoffers. Dit is een goed bereikbare bestaande locatie, aansluitend op de plaats incident of een goed bereikbare locatie niet te ver af van de plaats incident. Het noodhulpteam heeft ook de beschikking over een shelter (zie inhoud noodhulpvoertuig bijlage 3). Indien nodig (als er geen geschikte goed bereikbare locatie dichtbij beschikbaar is) kan deze ook dienst doen als verzorglocatie. De noodhulpteamleden richten de T3 verzorglocatie in.

Primaire triage slachtoffers

Het proces primaire triage is gericht op het classificeren van slachtoffers. De primaire triage classificeert slachtoffers in ernstig gewonde slachtoffers (T1 en T2) en slachtoffers die nog kunnen lopen, dus bij eerste triage niet ernstig gewond (lijken te) zijn of niet gewond (lijken te) zijn (T3) (zie taakkaart primaire triage, protocol 2.2. LPA 8).

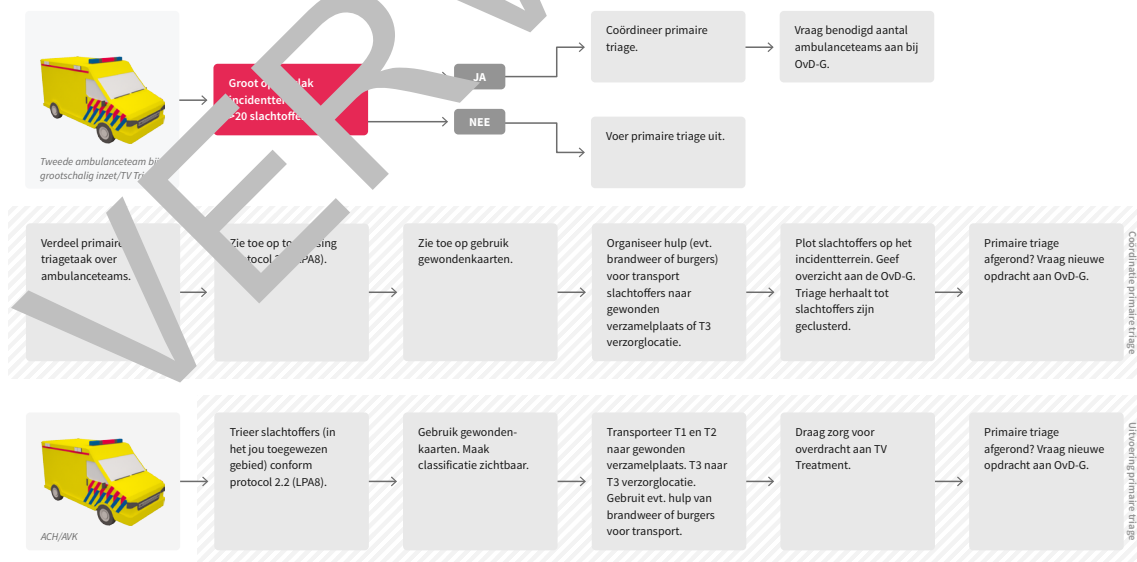
De 2e ambulance coördineert de primaire triage op de plaats incident en organiseert de primaire triage, waarbij de ambulancechauffeur de rol van taakverantwoordelijke primaire triage vervult. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van de OvD-G die de processen op de plaats incident coördineert (zie taakkaart primaire triage).

De primaire triage vindt plaats door ambulanceprofessionals en MMT's. MMT's kunnen ingezet worden voor deze triage, indien de OvD-G beoordeelt dat de inzet van het MMT naar prioriteit zou moeten hebben op grond van zijn beoordeling van de aard van het incident, de omvang en de locatie. Het MMT kan ook eerder ter plaatse zijn dan de 2e ambulance en ook dan ligt het starten met primaire triage voor de hand. De OvD-G maakt in overleg met het MMT de (protocollaire) beweging of de inzet van het MMT voor triage op dat moment het juist gebruik van de beschikbare capaciteit en hulpmiddelen is.

Indien nodig zullen kortdurende levensreddende behandelingen worden verricht bij de primaire triage.

De triage classificatie moet zichtbaar en herkenbaar zijn bij een slachtoffer. Hiertoe wordt een triage instrument⁵ gebruikt dat aan het slachtoffer wordt gekoppeld. Het triage instrument bevat een uniek nummer op basis waarvan het slachtoffer geregistreerd kan worden. Want in het kader van de WGBO moet triage, behandeling en waarneming aan een persoon gekoppeld zijn.

Taakkaart primaire triage en clustering van slachtoffers



Opmerkingen

- Grootschalig ongeval (code 10 of hoger): tweede ambulance verantwoordelijk voor primaire triage
- < 20 slachtoffers en overzichtelijk incidentterrein: team tweede ambulance voert primaire triage uit conform LPA8
- > 20 slachtoffers en/of groot incidentterrein: team tweede ambulance coördineert primaire triage
- Transport slachtoffers op het incidentterrein kan ondersteund door brandweer en/of burgers
- T1 en T2 naar gewondenverzamelplaats
- T3 slachtoffers naar T3 verzorglocatie

C2000

- Chauffeur schakelt op verzoek MKA naar tweede bijstandsgroep en heeft daarin contact met OvD-G, Command & Control ambulance, TV Treatment en TV Secundaire Triage.
- Verpleegkundige en overige triërende eenheden schakelen op verzoek naar de derde bijstandsgroep voor onderling contact.

⁵ Op dit moment wordt hiervoor de bestaande gewondenkaart/slachtofferregistratiekaart gebruikt

Treatment T1 en T2 slachtoffers

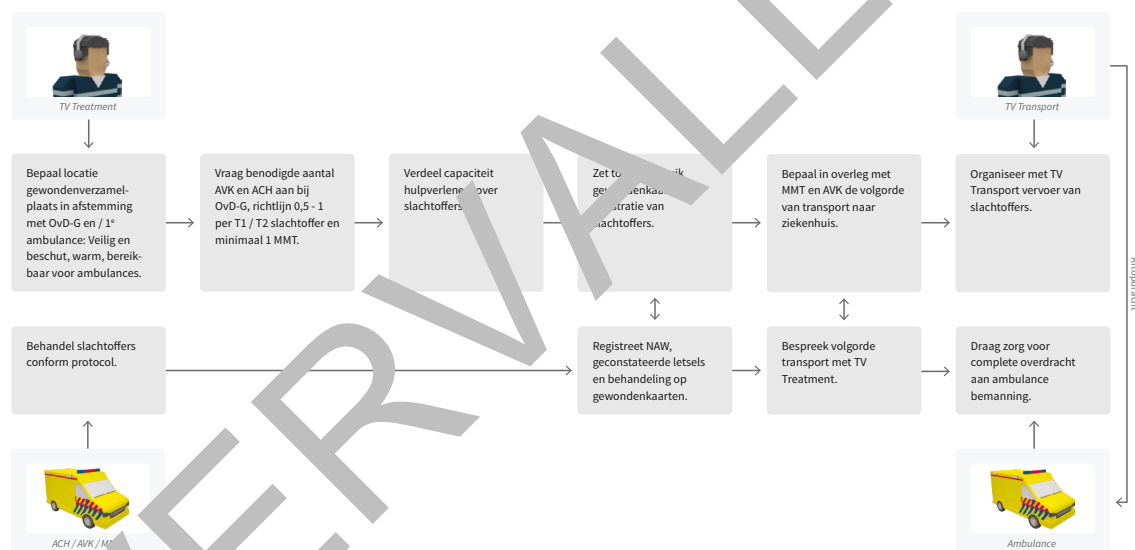
De 3^e ambulance is taakverantwoordelijke voor het opstarten en organiseren van treatment (behandeling) (zie taakkaart treatment), waarbij de verpleegkundige in verbinding staat met de taakverantwoordelijke transport en de chauffeur met de OvD-G. De taakverantwoordelijke treatment bepaalt de locatie gewondenverzamelplaats, in afstemming met de OvD-G of 1^e ambulance als de OvD-G nog niet aanwezig is.

Slachtoffers geassocieerd als T1 en T2 (zie protocol 2.2 LPA 8) worden geprioriteerd. De taakverantwoordelijke treatment bepaalt in overleg met MMT en behandelend ambulanceverpleegkundige de volgorde van transport van de T1 en T2 slachtoffers en naar welk ziekenhuis (levelindeling), op basis van de prioritering. Er wordt gewerkt volgens het principe van 'Sweep en Treat'⁶.

De als T1 en T2 geassocieerde slachtoffers, die niet direct vervoerd kunnen worden, worden indien nodig, meestal door de brandweer of anderen daartoe aangewezen, getransporteerd naar de gewondenverzamelplaats. Het transporteren van de T1 en T2 slachtoffers naar de gewondenverzamelplaats vindt plaats op basis van afspraken die hierover op regionaal niveau met andere hulpverleners zijn gemaakt over wie dit doet (vaak is dit de brandweer). De brandweer heeft daartoe een medisch protocol dat is afgestemd met het LPA.

In de gewondenverzamelplaats vindt, zo mogelijk en zonder een delay te verkrijgen, de secundaire triage plaats door de ambulanceprofessionals en MMT's, onder coördinatie van de taakverantwoordelijke treatment (zie protocol 2.3 LPA 8). Ook vindt in de gewondenverzamelplaats treatment in het kader van levensreddend handelen plaats. Ook het MMT kan op basis van afstemming/overleg met de OvD-G een taak hebben in de behandeling in de gewondenverzamelplaats.

Taakkaart treatment



Opmerkingen

- Bij ernstig incident: de aangekomen ambulanceverpleegkundige is taakverantwoordelijk voor de treatment.
- Vraag locatie gewondenverzamelplaats na bij OvD-G (of eerste ambulance wanneer OvD-G niet ter plaatse is).
- Locatie gewondenverzamelplaats: indien mogelijk in een bestaand en verwarmd gebouw, goed bereikbaar voor voertuigen.

- Taakverantwoordelijke treatment is vanuit gewondennest contactpunt voor de OvD-G.
- **(T1) slachtoffers zo snel mogelijk op transport naar ziekenhuis**

C2000

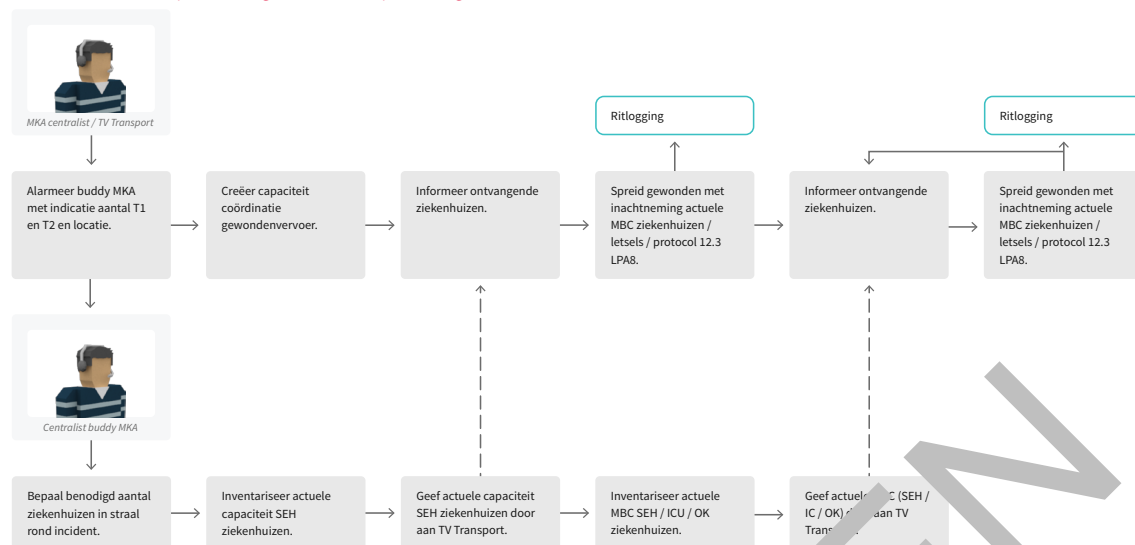
- Chauffeur schakelt op verzoek MKA naar tweede bijstandsgroep en heeft daarin contact met OvD-G, Command & Control ambulance, TV Triage en TV Secundaire Triage.
- Verpleegkundige schakelt op verzoek MKA naar de vierde bijstandsgroep voor communicatie met TV Transport.

Transport T1 en T2 slachtoffers

De taakverantwoordelijke transport (coördinatie transport en gewondenspreiding) is belegd bij de meldkamercentralisten MKA (zie taakkaart gewondenspreiding, landelijk model regionale overeenkomst GGD GHOR NL en AZN). De taakverantwoordelijke treatment stemt af met de taakverantwoordelijke transport over transport van slachtoffers en de prioritering daarin. In principe kan een helikopter MMT, indien meerdere ter plaatse, ook ingezet worden voor transport van slachtoffers, maar dat ligt niet primair voor de hand, omdat dan medische capaciteit wordt onttrokken aan het incidentterrein. De taakverantwoordelijke transport coördineert het vervoer en spreiding van gewonden met inachtneming van actuele MBC ziekenhuizen, level en letsels (zie taakkaart transport en gewondenspreiding, protocol 12.3 LPA8).

⁶ Stabiliseren, indien nodig kort behandelen en zo snel mogelijk op transport

Taakkaart transport en gewondenspreiding



Opmerkingen

- Grootschalig incident: MKA schaal standaard op met minimaal 1 extra centralist.
- De opgeroepen centralist(en) neemt (nemen) reguliere MKA taken over.
- Dienstdoend centralisten nemen afhandeling incident en gewondenspreiding voor hun rekening.

- Code 20 of hoger: schakel buddy MKA in voor inventarisatie MBC ziekenhuizen in afgesproken straal rond incident.
- Stem met Ovd-G af over eventuele inzet calamiteitenshuttle.
- Draag zorg voor ritlogging en deel op verzoek patiëntengegevens met de GHOR, conform de regionale afspraken.
- Voorzie Ovd-G gedurende hulpverlening van gevraagde overzichten.

- Gewondenspreiding: stel Ovd-G in kennis en genereer een overzicht van patiëntengegevens bij het incident.

Bekijk voor meer informatie het Gewondenspreidingsplan RAV.

Ovd-G

De Ovd-G heeft hier een cruciale rol: deze coördineert de inzet van de verschillende taakverantwoordelijkheden en is verantwoordelijk ervoor dat de verschillende processen goed op elkaar afgestemd en in overleg met elkaar verlopen (zie taakkaart Ovd-G pag. 63).

De Ovd-G is verantwoordelijk voor de balans tussen voldoende treatmentcapaciteit en vervoerscapaciteit. De Ovd-G voert deze taak in samenwerking met de MKA uit (zie model opschalingsplan ambulancezorg, model crisisplan RAV, taakkaarten gewondenspreiding en ambulancebijstand). Voor het vergroten van de treatmentcapaciteit is de inzet van de calamiteitenteams, die met het calamiteitenvoertuig worden ingezet, van belang. Het is ook mogelijk om bijstand van calamiteitenteams (vrije instroom) aan te vragen bij andere regio's. Maar hiervoor dienen dan regionale afspraken gemaakt te zijn met de betreffende regio(s).

Secundaire triage en treatment van T3 slachtoffers

Indien slachtoffers geclassificeerd worden als T3, worden ze doorgeleid naar de T3 verzorglocatie. De T3 verzorglocatie is (wordt) aangewezen door de 1^e ambulance of Ovd-G of, als de verzorglocatie al is ontstaan door hulpverlenende omstanders, heroverwogen en aangewezen door de Ovd-G. De evt. begidsing, indien nodig, van de T3 slachtoffers naar de T3 verzorglocatie wordt gedaan op basis van de afspraken die hiervoor regionaal gemaakt zijn (vaak regelt de politie deze begidsing). De Ovd-G maakt standaard de afweging om een ambulanceteam en/of MMT naar de T3 verzorglocatie te sturen in kader van de medische verantwoordelijkheid voor de hulpverlening en de secundaire triage van de T3 slachtoffers (zie protocol 2.3 LPA, taakkaart secundaire triage). De Ovd-G wijst een taakverantwoordelijke secundaire triage T3 aan (vaak is dit de 4^e ambulance, maar dat is aan de regio). Deze taakverantwoordelijke ziet toe op de uitvoering van de secundaire triage en treatment van T3 slachtoffers. Er is overeenstemming dat de primaire triage zo globaal is, dat het nodig is om voldoende medische expertise in te zetten voor secundaire triage, om toch tijdig te kunnen onderkennen dat er sprake is van ernstiger letsel dat medisch ingrijpen en behandeling vraagt. De secundaire triage vindt plaats door medische professionals en niet door het noodhulpteam. In de keten is het gebruikelijk om voortdurend de classificatie te toetsen en indien nodig bij te stellen, omdat de gezondheidssituatie van een slachtoffer kan wijzigen.

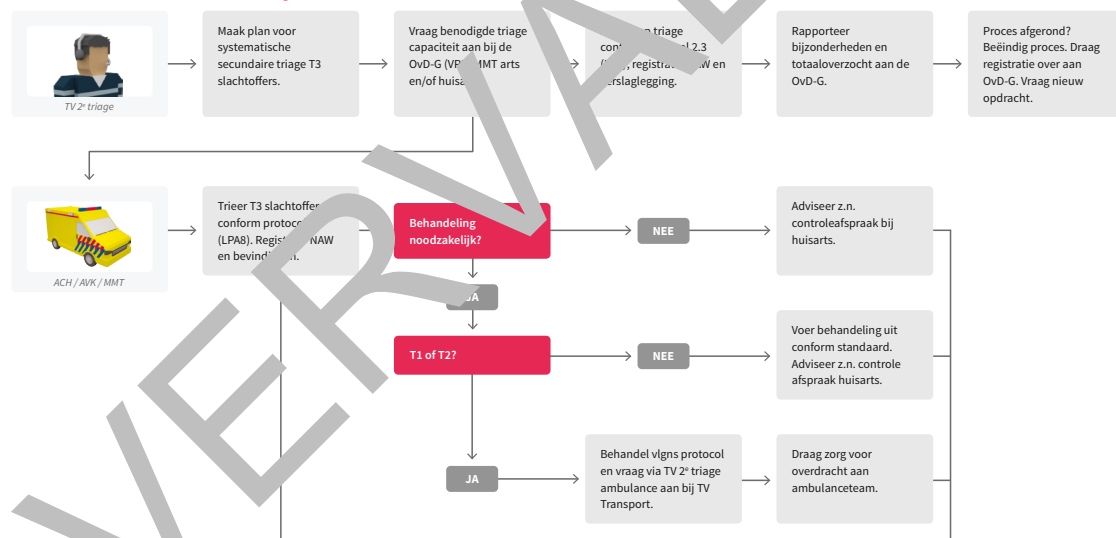
In de T3 verzorglocatie worden de slachtoffers opgevangen door het noodhulpteam. Zolang het noodhulpteam nog niet aanwezig is, zal de opvang plaatsvinden door andere hulpverleners, zoals door de GHOR regionaal afgesproken. Of door spontane en/of burgerhulp.

Het noodhulpteam informeert de T3 slachtoffers dat er secundaire triage zal plaatsvinden door medische professionals. De secundaire triage is een snelle triage waarbij zowel het onderscheid gemaakt wordt gewond of niet gewond, maar ook wordt onderkend of er sprake is van ernstiger letsel. Zodra de medische professionals aanwezig zijn, zal er gestart worden met secundaire triage van de T3 slachtoffers (zie protocol 2.3 LPA 8).

Leden van het noodhulpteam doen geen secundaire triage. Het noodhulpteam beschikt minimaal over kennis op BLS niveau⁷. Hoewel zij kennis hebben op BLS niveau ligt hun taak bij het verzorgen en opvangen van T3 slachtoffers. Als er een vermoeden is dat er sprake is van ernstiger letsel is, moet er inzet van medische professionals plaatsvinden. De noodhulpteamleden zijn getraind in het waarnemen op basis waarvan zij signalen kunnen afgeven richting medische professionals over de toestand van de T3 slachtoffers en signaleren wanneer ze een verslechtering van de toestand constateren. Naar aanleiding van de secundaire triage T3 kunnen 3 groepen onderscheiden worden:

- T3 slachtoffers die toch T1 of T2 blijken te zijn. Deze slachtoffers worden in principe in de T3 verzorglocatie behandeld onder aansturing van de taakverantwoordelijk secundaire triage door de medische professionals (en dus niet door het noodhulpteam). Indien transport naar een ziekenhuis nodig is, wordt ambulancevervoer geregeld op basis van het aanbod ambulances en gewondenspreiding via de taakverantwoordelijke transport. Een andere mogelijkheid is dat deze slachtoffers teruggebracht worden in de T1/T2 keten naar de gewondenverzamelplaats of elders.
- T3 slachtoffers die lichtgewond zijn. Deze slachtoffers kunnen verzorgd worden door het noodhulpteam. Als er na de verzorging geen medische noodzaak is om de slachtoffers in de verzorglocatie te houden, kunnen deze slachtoffers naar huis. Zij krijgen dan een verder behandeladvies mee en hen wordt geadviseerd indien nodig een controle afspraak met de huisarts te maken. Zij worden voor verdere opvang (indien nodig), informatie en advies verwezen naar de gemeente, die verantwoordelijk is voor het proces opvang en verzorging van de bevolking (taak bevolkingszorg).
- T3 slachtoffers die niet gewond blijken te zijn. Deze slachtoffers kunnen naar huis gestuurd worden. Dit is het geval wanneer er geen medische noodzaak is om de slachtoffers in de verzorglocatie te houden. Zij worden voor verdere opvang (indien nodig), informatie en advies verwezen naar de gemeente, die verantwoordelijk is voor het proces opvang en verzorging van de bevolking (taak bevolkingszorg).

Taakkaart secundaire triage en treatment



Opmerkingen

- Coördinator secundaire triage en treatment wordt aangewezen door OvD-G.
- Uitvoering secundaire triage door ambulanceverpleegkundige, MMT arts en/of huisarts.
- Draag zorg voor voor registratie van NAW, tijdstippen en bevindingen.
- Voor eventuele T1 en T2 slachtoffers ambulance aanvragen bij TV Transport.
- Assistentie door vrijwilligers van het Nederlandse Rode Kruis: logistiek en verzorgen in opdracht van professional.
- Zo nodig verwijzen naar huisarts.

C2000

- Chauffeur schakelt op verzoek MKA naar tweede bijstandsgroep en heeft daarin contact met OvD-G, Command & Control ambulance, TV Treatment en TV Secundaire Triage.
- Verpleegkundige schakelt op verzoek MKA naar de vijfde bijstandsgroep, voor contact Teamleider Noodhulp.
- Verpleegkundige vraagt via de vijfde bijstandsgroep ambulances aan voor evt. T1 en T2 slachtoffers in de T3 verzorglocatie.

Registratie (gewondenkaart of ritformulier)

Registratie plaats incident (gewondenkaart)

De processen primaire triage en behandeling moeten vastgelegd worden op basis van een minimale gegevensset (basisgegevens), bestaande uit gegevens over: triageklasse, tijdstip triage en behandeling, werkdiagnose, behandeling en toegediende medicatie en indien mogelijk NAW gegevens. Het is van belang

⁷ Het is meer dan EHBO, omdat de noodhulpteams geleerd wordt om op te treden in grootschalig verband onder regie van de OvD-G.

om deze NAW-gegevens zo snel mogelijk te noteren, indien mogelijk, vanwege evt. fysieke of mentale achteruitgang van het slachtoffer. (zie taakkaart treatment). Dit zijn de gegevens die vanaf de primaire triage geregistreerd moeten worden. De registratie van de gegevens vindt plaats op een registratie instrument. Op dit moment wordt de gewondenkaart nog als registratie instrument hiervoor gebruikt. Van belang is dat ieder slachtoffer een uniek nummer krijgt, op de gewondenkaart staat een registratienummer dat hiervoor gebruikt wordt.

Bij de secundaire triage start aanvullend de registratie van gegevens die van belang zijn voor het (verdere) zorgproces van het slachtoffer. De minimale gegevensset bestaat uit de 'werkdiagnose' (revised trauma score), toegediende medicatie, tijdstip en indien beschikbaar NAW gegevens (naam en geboortedatum).

Deze informatie wordt geregistreerd op het registratie instrument i.c. de gewondenkaart.

Na de secundaire triage volgt een advies of behandeling.

De resultaten van de secundaire triage en het advies worden vastgelegd op een uniform overdracht formulier

De huidige gewondenkaart sluit qua werkwijze voor registratie niet aan bij de dagelijkse praktijk en is niet toegesneden om de relevante slachtoffergegevens vast te leggen. In 2016 zal dan ook een meer specifiek middel voor de registratie van relevante slachtoffergegevens ontwikkeld worden. Tot dat moment zal de gewondenkaart nog voor de registratie van slachtoffergegevens gebruikt worden.

De status van de gewondenkaart wijzigt dan wel: deze wordt niet meer gebruikt voor de registratie van personen, maar heeft alleen een ondersteunende rol in het registratieproces van de ambulancezorg.

Wanneer dat tot vervoer leidt, is het ritregistratieformulier de drager van de patiënt informatie en is de gewondenkaart het vastleggingsmedium voor de stappen daarvoor. De gebruiker van de gewondenkaart is de ambulancemedewerker en/of het MMT. De noodhulpteams maken in principe geen gebruik van de gewondenkaart (want de kaart dient alleen nog voor het vastleggen van medische behandelgegevens). De kaart heeft ook geen rol meer in het ziekenhuis.

Registratie vervoer (ritformulier)

De registratie door middel van een ingevuld ritformulier begint pas als het slachtoffer daadwerkelijk in de ambulance ligt om vervoerd te worden. De eerste te registreren basisgegevens (vastgelegd op de gewondenkaart) en het unieke slachtoffernummer worden overgenomen op het ritformulier.

Logistieke bijstand

Op verzoek van de OvD-G worden naast de regionale beschikbare logistieke bijstandsvoorzieningen, extra voorzieningen vanuit 7 landelijke depots hulpmiddelen/steunpuntmateriaal ter plaatse gebracht binnen 2 uur (zie bijlage 5). Dit is gekoppeld aan het specialisme logistiek van de brandweer binnen de bovenregionale bijstandsvoorzieningen.

De brandweer ontwikkelt met specialisme logistiek tijdens bovenregionale incidenten (belegd in 6 districten en het IFV als 7^e locatie) (zie bijlage 5). Er is een overgangsplan gemaakt voor de overgang van de GNK-c naar de GGB haalbarmbakken voor de interim periode van 1 november 2015 tot uiterlijk 1 juni 2016.

Gedurende die interim periode zullen verdere afspraken met de brandweer gemaakt worden met als doel dat de logistieke voorzieningen voor dit specialisme daarna ook beschikbaar zijn voor GGB.

Koppelvlakken

Monit

- Het calamiteitenteam meldt zich bij aankomst op rampterrein bij de OvD-G, conform model opschalingsplan ambulancezorg. De OvD-G coördineert de inzet van het calamiteitenteam. Het is mogelijk dat ze als team ingezet worden op de gewondenverzamelplaats, maar de OvD-G coördineert of dit ook zo gebeurt of dat ze toch verspreid ingezet worden. Zij worden met name ingezet voor triage en treatment. De OvD-G draagt zorg voor de inzet van deze ambulanceprofessionals en verwijst ze naar de taakverantwoordelijken triage en treatment.
- De teamleider noodhulpteam meldt zich bij aankomst op rampterrein bij de OvD-G, conform model opschalingsplan ambulancezorg. De OvD-G coördineert de inzet van het noodhulpteam. De OvD-G verwijst de teamleider samen met het noodhulpteam naar de aangewezen T3 verzorglocatie. Het noodhulpteam wordt ingezet voor het verzorgen van T3 slachtoffers in de verzorglocatie.
- De teamleider noodhulpteam stemt af met de taakverantwoordelijke secundaire triage over de T3 slachtoffers en stemt af met de OvD-G over andere relevante zaken en werkzaamheden.
- Het noodhulpteam verricht werkzaamheden onder coördinerende verantwoordelijkheid van de OvD-G, het gaat dan om verzorging van en hulp aan licht gewonde slachtoffers. De medische

verantwoordelijkheid voor de secundaire triage en medische behandeling die daaruit voortkomt van T3 slachtoffers ligt bij de RAV, MMT of een andere daartoe aangewezen partij. Secundaire triage is een verantwoordelijkheid van de RAV/MMT of een andere daartoe aangewezen partij. (BLS) hulp en/of verzorging is een verantwoordelijkheid van het noodhulpteam. De GHOR maakt afspraken met de RAV t.a.v. het proces secundaire triage T3 slachtoffers en met het Rode Kruis en/of eventueel andere aan te wijzen partijen t.a.v. de inzet van het noodhulpteam. Deze afspraken liggen vast in de convenanten tussen GHOR en RAV en GHOR en Rode Kruis.

- De OvD-G signaleert en adviseert over het wel of niet opstarten van het proces psychosociale hulpverlening voor slachtoffers (PSH). De GGD is verantwoordelijk voor het proces psychosociale hulpverlening voor slachtoffers (PSH). De GHOR coördineert op basis van bestaande afspraken het initiëren van het proces psychosociale hulpverlening.

Multi

- Het IFV en de brandweer maken afspraken over de beschikbaarheid van de bovenregionale voorzieningen in het kader van GGB, specifiek voor na de interim periode.
- De GHOR maakt afspraken met de brandweer over de alarmering en inzet van de bovenregionale bijstandsvoorzieningen.

Veldnormen/criteria

- Aanvullende capaciteit van het eerste calamiteitenteam is beschikbaar binnen 45 minuten (streeftijd).
- Het parate MMT gaat binnen 2 minuten, na alarmering, onderweg naar de plaats incident. De uiterste gebieden zijn vanuit de helikopter bases in ongeveer 20 minuten bereikbaar. Het beschikbare MMT gaat 25 minuten na alarmering naar de plaats incident. Dit conform de afspraken over snelheid van inzet (zie MMT Inzet- en cancelcriteria LNAZ en AZN).
- Aanvullende capaciteit van het eerste noodhulpteam is 75% van de gevallen binnen 45 minuten ter plaatse (streeftijd)⁸.
- Een calamiteitenteam heeft een behandelcapaciteit van 6 T2 slachtoffers per uur (inschatting op basis van een experttrafiking GGB). Afhankelijk van het aantal slachtoffers zullen er dus meerdere calamiteitenteams nodig zijn.
- Het presterend vermogen van een noodhulpteam van 8 hulpverleners is 48 T3 slachtoffers per uur.

⁸ Het RIVM onderzoek omtrent bereikbaarheid van het noodhulpteam laat zien dat 95% van de bevolking bereikbaar is binnen 45 minuten.

A. 4 Afschaling en nazorg

Hier wordt beschreven wat er gebeurt vanaf het moment van afschaling en de relatie met nazorg wordt aangegeven. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partner.

Besluit afschaling

Het besluit tot afschaling vindt plaats binnen het hoogste team dat in de lead is c.q. vanuit de hoogste functionaris die in de lead is. Uitgaande van 250 slachtoffers is het waarschijnlijk dat dit besluit genomen zal worden vanuit het (regionaal) beleidsteam op advies van de DPG (dit hangt af van de GRIP fase waarin het incident zit).

De OvD-G bepaalt op basis van de bestaande procedures in overleg met de meldkamer wanneer de afschaling start. In de afschaling dient aandacht besteedt te worden aan het gefaseerd verminderen en afbouwen van de inzet van mensen en materieel, debriefing en evaluatie. Afschaling van het (aantal) MMT('s) vindt in overleg met de OvD-G plaats.

De OvD-G informeert de ambulanceprofessionals, MMT's, noodhulpteams en andere eventueel ingezet eenheden en personen over het moment van afschalen. De verschillende professionals rondom dan hun werkzaamheden af.

De teamleider noodhulpteam schaaft de noodhulp af op aangeven van de OvD-G en draagt de administratie en registratie van patiënten informatie van de (lichtgewonde) T3 slachtoffers over aan de OvD-G. Waar nodig vindt overdracht plaats naar het proces bevolkingszorg.

De evaluatie van de inzet wordt conform de bestaande procedures opgesteld.

Nazorg

In het kader van nazorg vindt er een overdracht plaats naar de processen psychosociale nazorg (in afstemming met de GGD) conform de bestaande procedures en naar de processen van bevolkingszorg conform de bestaande procedures.

Koppelvlakken

Mono

- Wanneer de OvD-G besluit tot afschalen zal deze contact opnemen met de taakverantwoordelijken om met de signalen verder af te stemmen en in gang te zetten. Hier ligt ook een relatie met de interne afschaling RAV en de mono opschaling GHOR.
- Wanneer de OvD-G besluit tot afschalen zal deze contact opnemen met de teamleider noodhulpteam om het afschalen verder af te stemmen en in gang te zetten.
- Er worden c.q. zijn afspraken gemaakt over het opstarten van het proces psychosociale hulpverlening voor slachtoffers tussen de GHOR en de GGD (die verantwoordelijk is voor psychosociale hulpverlening).

Multi

- Er worden c.q. zijn (bestaande) afspraken over overdracht van slachtoffers van de T3 verzorglocatie naar de gemeentelijke processen en/of een evt. opvanglocatie tussen GHOR, Rode Kruis en gemeenten.
- De OvD-G stemt af met de Multi partners over de voorgenomen afschaling, mono, multi of RAV intern.

Veldnormen/criteria

-

A.5 Preparatie

Hier wordt beschreven hoe de verschillende partners zich voorbereiden op een incident en wat ze dan doen. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.

GHOR

Binnen het bestuurlijk verband van de Veiligheidsregio is de GHOR verantwoordelijk voor de coördinatie en afstemming bij de voorbereiding (preparatie) van de processen Acute Gezondheidszorg en Publieke Gezondheidszorg (zie de WVR, art 33 e.v.). De basis van de crisisorganisatie is belegd in het GHOR crisismodel. De GHOR legt schriftelijk afspraken vast met de partijen en monitort deze afspraken. Er zijn landelijke modelconvenanten GHOR – RAV en GHOR – Rode Kruis. Op basis van deze modelconvenanten zijn deze 2 convenanten in iedere veiligheidsregio op regionaal niveau vastgesteld, getekend en geïmplementeerd.

RAV

De ambulancezorg is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg tijdens bijzondere (opgeschaalde) omstandigheden (zie nota Verantwoorde Ambulancezorg, Actualisatie van de verantwoordelijkheidsverdeling GHOR en RAV). Ten behoeve van de grootschalige geneeskundige hulpverlening wordt een aanvullend systeem ingericht dat tijdelijk gebruik kan maken van extra personele en materiele capaciteit. De ambulancezorg heeft een opschalingsplan geschreven in een model crisisplan RAV, waarin de procesafspraken en (taak)verantwoordelijkheden voor de inzet van ambulanceprofessionals zijn beschreven bij een grootschalig incident. Maatgevend is de alarmingscode 1 t/m 50 van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). De MKA beschikt over en werkt conform de versie van de landelijke standaard meldkamer organisatie, waarin alle juiste GGB partners in de alarmering zijn opgenomen. Ter ondersteuning van de werkzaamheden in het kader van GGB heeft iedere RAV een (of meer) door het IFV beschikbaar gesteld(e) calamiteitenvoertuig(en) in eigen beheer. In het kader van de voorbereiding heeft iedere RAV ook een standplaats vastgesteld voor de opkomst van vrije instroom van ambulanceprofessionals (de calamiteitentent(s)). De ambulancezorg heeft intern afspraken gemaakt over de inzetbaarheid van personeel in het kader van de vrije instroom (onder welke condities en voorwaarden is vrije instroom personeel ook daadwerkelijk inzetbaar). De ambulancezorg beschikt over een dekkings- en spreidingsplan waarmee de regio is gedekt en heeft op landelijk niveau afspraken vastgelegd over ambulancebijstand en gewondenspreiding.

MMT

De MMT's zijn verantwoordelijk voor het leveren van medische zorg aan zwaar gewonde slachtoffers (zie Richtlijnen voor Medische Medische Teams, MMT inzet- en cancelcriteria). Het gaat om het uitvoeren van specifieke medische handelingen zoals chirurgische en anesthesiologische hulpverlening, met als doel het stabiliseren en transport gereed maken van slachtoffers en het adviseren en ondersteunen van de aanwezige ambulancehulpverleners. De wijze van de inhoudelijke inzet vanuit de reguliere acute zorg is in overleg tussen LMAZ en LMAZN vastgesteld op de volgende taken: inzet bij triage, inzet bij behandelen, inzet bij secundaire triage en inzet bij vervoer (zie MMT inzet- en cancelcriteria). Er worden ook afspraken gemaakt over MMT restdekking.

Rode Kruis

Het Rode Kruis is verantwoordelijk voor het inrichten van een systeem dat gebruik kan maken van extra personele en materiele capaciteit ten behoeve van de verzorging van lichtgewonde slachtoffers (de T3 slachtoffers). Ze voorziet in compacte, georganiseerde teams bestaande uit getrainde hulpverleners die in noodsituaties in groepsverband in actie komen ter ondersteuning van de professionele hulpdiensten.

De taken van het noodhulpteam bestaan uit: zorg en aandacht voor de T3 slachtoffers (in de verzorglocatie), voorkomen dat T3 slachtoffers onnodig beroep doen op professionele hulpdiensten door lichte letsels te verzorgen, alert te zijn op mogelijk verkeerd getrieerden en/of een verandering/verslechtering van de gezondheidstoestand van het slachtoffer, zorgen voor goede aansluiting op het proces bevolkingszorg en bieden van aanvullende praktische ondersteuning aan medische professionals (indien gewenst en gevraagd).

Het Rode Kruis heeft in het kader van GGB een door het IFV beschikbaar gesteld noodhulpvoertuig ter beschikking, die verspreid zijn over de Rode Kruis districten. Het Rode Kruis heeft daartoe een bereikbaarheidsplan vastgesteld, dat in theorie garandeert dat de voertuigen snel kunnen uitrukken met

bijbehorende opstapplaatsen voor de vrijwilligers en daarmee ook alle regio's volledig dekken. Het Rode Kruis heeft afspraken vastgelegd over de opkomsttijden en op regionaal niveau over de uitruklocatie(s). Er dienen voldoende vrijwilligers geworven en getraind te zijn om op basis van een kanspiket voldoende snel een noodhulpteam in te kunnen zetten. Er wordt van uitgegaan dat 1 op de 3 opgeroepen vrijwilligers ook daadwerkelijk opkomt. De afspraken tussen Rode Kruis en GHOR-regio's over deze onderwerpen zijn vastgelegd in een convenant. De basis daarvoor is het modelconvenant GHOR-Rode Kruis van juni 2015. Daarin wordt ook het spreidingsplan opgenomen.

IFV

In het kader van het logistieke proces is het IFV verantwoordelijk voor het leveren van de calamiteitenvoertuigen en noodhulpvoertuigen. Het IFV is verantwoordelijk voor het beheer en onderhoud van de noodhulpvoertuigen.

Het IFV is verantwoordelijk voor het vastleggen van de afspraken met de brandweer voor het organiseren van de bovenregionale bijstand en het vastleggen waar die bovenregionale bijstand uit bestaat. Het IFV is verantwoordelijk voor het organiseren van aanvullende wensen t.b.v. de wadden en voor regio's die aanvullende specifieke wensen hebben.

Koppelvlakken

Mono

- De meldkamer beschikt over een alarmeringsprocedure voor de noodhulpvoertuigen. In die procedure wordt op basis van een postcodetabel bepaald welk noodhulp team en noodhulpvoertuig het snelst op de plaats incident aanwezig kan zijn. Dat kan dus ook een noodhulp team uit een ander district/veiligheidsregio zijn. Hiertoe moet een procedure opgesteld worden.
- De meldkamer beschikt over een alarmeringsprocedure voor de logistieke bijstand. In die procedure is helder beschreven welk bovenregionaal steunpunt gealarmeerd wordt en hoe dat gebeurt. Voorgesteld wordt om deze alarmering op een vergelijkbare wijze uit te voeren als het huidige protocol alarmering haakarmbak GNK.
- Er moeten afspraken gemaakt worden over het organiseren en uitvoeren van de secundaire triage T3 in de T3 verzorglocatie. Dit betreft afspraken tussen GHOR en RAV c.q. een andere partner aangewezen om de secundaire triage T3 te verrichten. In de convenanten GHOR en RAV worden hier afspraken over gemaakt.
- Er moeten afspraken gemaakt worden over het leveren van de noodhulp in de T3 verzorglocatie. Dit betreft afspraken die de GHOR moet maken met het Rode Kruis of een andere partner om de noodhulp te leveren. In de convenanten GHOR en Rode Kruis worden hierover afspraken gemaakt.
- Er zijn afspraken vastgelegd over het beheer van de Rode Kruis voertuigen. Dit betreft afspraken tussen Rode Kruis en IFV.
- Er moeten afspraken gemaakt worden over hoe om te gaan met de secundair getrieerden uit de T3 verzorglocatie, die ernstiger letsel blijken te hebben en die weer de hulpverleningsketen (de T1 en T2) moeten stromen. Dit betreft afspraken tussen GHOR, Rode Kruis en RAV.

Multi

- Er moeten afspraken vastgelegd worden over de aansluiting van de zorg in de T3 verzorglocatie en de overdracht naar het proces bevolkingszorg/opvanglocatie. Dit betreft afspraken tussen GHOR, Rode Kruis en gemeente(n).
- Er moeten afspraken vastgelegd worden tussen IFV en brandweer i.v.m. de bovenregionale bijstand en de taken van het specialisme logistiek van de brandweer daarin. Voorgesteld wordt om dat op een vergelijkbare wijze vast te leggen zoals het nu omschreven staat in het huidige protocol alarmering haakarmbak GNK.
- Er moeten afspraken vastgelegd worden over de inzet van logistiek (wat houdt die logistiek in, contactpersonen, opkomsttijden etc.) op regionaal niveau tussen de GHOR en de brandweer.

Veldnormen/criteria

- GHOR en RAV hebben een convenant afgesloten, waarin afspraken over het uitvoeren van secundaire triage T3 slachtoffers zijn vastgelegd.
- GHOR en Rode Kruis hebben een convenant afgesloten, waarin de afspraken over het leveren van noodhulp in de T3 verzorglocatie zijn vastgelegd.
- Rode Kruis en IFV hebben afspraken vastgelegd over beheer van de noodhulpvoertuigen.

- GHOR, RAV en Rode Kruis hebben afspraken vastgelegd over hoe om te gaan met secundair getrieerde T3 slachtoffers, die toch T1 of T2 blijken te zijn.
- GHOR en de brandweer hebben afspraken vastgelegd over de inzet van de bovenregionale bijstand en hoe dit verloopt.

VERVALLEN

A. 6 Opleiden, trainen, oefenen

Hier wordt beschreven wat de verschillende partners organiseren in het kader van vakbekwaam worden en vakbekwaam blijven met betrekking tot hun rol in GGB en hoe ze dat doen. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.

Vakbekwaamheid

Binnen de betrokken organisaties zijn competente functionarissen aangewezen en benoemd, die beschikbaar zijn en uitvoering kunnen geven aan de taken die van hen verlangd worden bij grootschalig geneeskundig optreden. Hiertoe hebben organisaties kwalificatieprofielen opgesteld voor de betrokken functionarissen, waarin de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn beschreven en waarin de benodigde competenties zijn vastgelegd. Er zijn uniforme en landelijke opleidingsmodules en de vaardigheden worden regelmatig getraind en geoefend, zowel binnen de organisatie als in samenwerking met de ketenpartners. Er zijn criteria vastgelegd waaraan voldaan moet worden. Er zijn afspraken gemaakt over het bekwaamheidsniveau van de betrokken medewerkers en over de mate van oefenen. Hierna worden per partner de afspraken rond vakbekwaamheid nader beschreven.

RAV

De RAV draagt zorg voor goed opgeleide professionals, op basis van hun functieprofiel. MKA centralisten en ambulanceprofessionals voldoen aantoonbaar aan de kwalificaties die aan hen gesteld zijn. MKA-centralisten, ambulanceprofessionals en de sleutelfunctionarissen GHOR en ambulancezorg zijn getraind in het toepassen van de schema's in de opgeschaalde situatie. MKA centralisten/ ambulanceprofessionals zijn getraind en geoefend in de procedure voor alarmering, opkomst en inzet van vrij personeel, ten behoeve van de inzet in de eigen regio of bijstand aan een andere regio en getraind en geoefend in de procedure voor alarmering, opkomst en inzet van de noodhulplandam en logistieke bijstand. Ambulance professionals zijn getraind in het uitvoeren van de protocollen 'eerste ambulance', 'primaire triage', 'treatment' en 'secundaire triage en treatment'.

De RAV professionals hebben de online cursus/evaluering opgesteld voor ambulancezorg (waarin ook uitleg over GGB) succesvol doorlopen.

De RAV oefent regionaal samen met de noodhulpteams en MMT's conform de afspraken die hierover met de GHOR en de samenwerkingspartners zijn gemaakt.

De RAV kan aantonen hoe de bekwaamheid van de 1^{ste} ambulance, taakverantwoordelijken, crisisfunctionarissen en andere sleutelfunctionarissen is gewaarborgd conform de doelstellingen van het OTO jaarplan. Dat kan bijvoorbeeld door het bijhouden van een individueel portfolio.

RAV's stellen beleid op voor opleiding, training en oefening van het opschalingsplan ambulancezorg en GGB, gericht op het systematisch verbeteren van plannen en vaardigheden.

In het kwaliteitskader OTO worden afspraken gemaakt over eisen t.a.v. voorbereidingen door RAV.

MMT

MMT's bestaan uit een medisch specialist en een gespecialiseerd verpleegkundige, die aanvullend zijn opgeleid en getraind om de prehospitalische noodzakelijke handelingen uit te voeren en het ambulancepersoneel te ondersteunen bij diagnostiek en behandeling. MMT artsen zijn getraind en geoefend in het samenwerken met ambulanceprofessionals ten tijde van een grootschalige geneeskundige inzet. MMT artsen zijn getraind en geoefend in de alarmeringsprocedures van de MKA.

Rode Kruis

Het Rode Kruis beschikt over functieprofielen voor teamleider noodhulpteam, noodhulpteamleden, chauffeurs en hoofd noodhulpteam en de functionarissen voldoen aan de kwalificaties die aan hen gesteld zijn op basis van deze functieprofielen. Het Rode Kruis draagt zorg voor goed opgeleide en getrainde hulpverleners op het niveau van BLS (Basic Life Support).

De noodhulpteams hebben de scholingsmodule noodhulpteam succesvol doorlopen.

De teamleider noodhulpteam is aanvullend opgeleid om leiding te geven aan het noodhulpteam.

De chauffeurs van het noodhulpuvoertuig moeten toegerust zijn en getraind zijn in het rijden met OGS. Ze zijn bevoegd (gecertificeerd en aangesteld door de directie van het Rode Kruis) en ze zijn vakbekwaam (OTO).

Het Rode Kruis oefent regionaal samen met de RAV en MMT's conform de afspraken die hierover met de GHOR en de samenwerkingspartners zijn gemaakt.

Het Rode Kruis stelt beleid op voor opleiding, training en oefening van de noodhulpteams en stemmen dit af met de GHOR.

GHOR

De GHOR is verantwoordelijk voor de 24/7 beschikbaarheid, inzetbaarheid en kwalificatie van de OvD-G. De OvD-G voldoet aan de eisen die gesteld zijn in het kwalificatiedossier OvD-G en is in staat om de daarin genoemde kerntaken uit te voeren en beschikt over de daarin genoemde competenties. De OvD-G is getraind en geoefend in het uitvoeren van zijn rol als OvD-G. De OvD-G is opgeleid, getraind en geoefend in het alarmeren en inzetten van GGB. De OvD-G is getraind en geoefend in het coördineren van en samenwerken met de taakverantwoordelijken. De OvD-G is getraind en geoefend in het coördineren van en inzetten van vrije instroom van ambulance professionals en in het coördineren van en samenwerken met de teamleider noodhulpteam.

De GHOR is verantwoordelijk voor een witte ketenoefening 1 keer per jaar. Hierover maakt zij afspraken met de witte ketenpartners.

Koppelvlakken

Mono

- Er worden op regionaal niveau binnen het OTO jaarplan afspraken vastgelegd over het gezamenlijk monodisciplinair oefenen in het kader van GGB: het betreft oefenen met de GGB partners te weten GHOR, RAV, MMT, Rode Kruis en logistiek. Afsproken dient te worden wie er met wie oefent en hoe vaak er wordt geoefend (kwaliteit en kwantiteit). Gaat het om een oefening in de hele keten met alle partners of om deeloefeningen tussen 2 of meer partners. Wat zijn de oefendoelen etc.? En hoe zit het met de investerings tijd, vergoedingen, financiering (evt. aanvragen OTO gelden etc.). Verwezen worden naar de afspraken in de convenanten en naar het kwaliteitskader OTO.

Multi

- Er worden op regionaal niveau afspraken vastgelegd over het multidisciplinair oefenen in het kader van GGB (met brandweer, politie en gemeenten).

Veldnormen/criteria

- In de GHOR paragraaf van het RAV OTO plan wordt aangetoond dat het RAV personeel de voor hen relevante delen van het GGB model kennen en kunnen toepassen.
- Het Rode Kruis borgt aantoonbaar dat de leden van noodhulpteams de voor hen relevante delen van het GGB model, met name wat betreft de noodhulp, kennen en kunnen toepassen.
- De MMT teams kunnen aantoonbaar maken dat ze de voor hen relevante delen van het GGB model kennen en kunnen toepassen.
- De GHOR borgt dat de OvD-G's aantoonbaar hun inzet in het kader van GGB kennen en kunnen toepassen.

B. Borging GGB-model

Hier wordt beschreven hoe de verschillende partners gaan borgen dat het GGB-model blijft werken zoals het bedoeld is en dat het GGB-model conform de hierover gemaakte afspraken wordt uitgevoerd.

GHOR en IFV

De effectiviteit van het GGB-model is afhankelijk van de onderlinge afstemming en samenwerking van de vele betrokken partijen en de (regio overstijgende) uniformiteit en consistentie van het GGB-model. Dit vraagt inzet van alle partijen, maar ook regie en ondersteuning. Daarmee is duidelijk dat voor GGB een instandhoudingsstructuur nodig is, waarin de partijen vanuit hun eigen uitvoeringsverantwoordelijkheid afstemmen, maar waarin ook regie en ondersteuning geborgd kunnen worden. Voor de instandhoudingsstructuur zullen de partijen in 2016 de samenwerking binnen de Stuurgroep GGB doorzetten. Daarbij is de regierol belegd bij GGD GHOR Nederland vanuit de samenhang van de rol van de GHOR in de regio, waarover vanuit het perspectief van de bestuurlijke verantwoordelijkheid aan het Veiligheidsberaad zal worden gerapporteerd.

Het IFV kan die regierol ondersteunen en zorgdragen voor de ondersteuning voor de werking van het geheel. Daarnaast zal vanuit het wettelijk takenpakket van het IFV ook ondersteuning plaatsvinden op het gebied van kennisdeling, borging, beheer en instandhouding van het systeem.

De ondersteuningsstructuur zal derhalve van toepassing zijn voor 5 jaar (of korter indien een ander eerder anders zal worden belegd in de regelgeving), waarvoor afspraken zijn gemaakt met de partijen voor de uitvoering van GGB. Conform de opdracht van het Veiligheidsberaad zal in deze periode ook uitgewerkt gaan worden op welke wijze GGB doorontwikkeld en in toegespitste vorm beheerd zal worden in de verdere toekomst.

Dat betekent niet, dat de daadwerkelijke werkzaamheden gedurende deze periode in vorm en omvang ongewijzigd zullen blijven. De samenwerking tussen partijen bij GGB en de context waarbinnen dat plaatsvindt is dynamisch van aard. Dat betekent dat afspraken van een zich ontwikkelende vraag, waarbij gezien de context ook innovatie aan de orde is. In onderstaande opsomming zal met name en op hoofdlijnen worden ingegaan op de werkzaamheden, welke in de eerste twee jaar worden voorzien. Een en ander wordt telkens uitgewerkt in een door de Stuurgroep GGB vast te stellen jaarprogramma:

Concrete activiteiten ten behoeve van instandhouding van het landelijk model GGB (kennisdeling en borging)

- Ondersteunen van de afstemmingsstructuur van in GGB participerende partijen om het geheel te bewaken en te borgen. Daarvoor is faciliteren nodig van trekkersoverleg/programmteam en stuurgroep.
- Ter ondersteuning van de regierol zal GGD GHOR NL een landelijk GGB overleg onderhouden. Dit is een overleg waarin, in ieder geval, de contactpersonen GGB van de GHOR regio's, waarin alle aspecten van het GGB-model en de operationele consequenties aan de orde komen. Dit overleg zou 3 tot 4 keer per jaar bij elkaar moeten komen. Het IFV kan daarbij faciliteren.
- Het actueel delen van kennis en ervaringen met de uitvoering van het landelijk GGB-model.
- Beheren en actualiseren van de leidraad GGB, waarbij de wens is geuit om minimaal 1 keer per jaar een periodieke update van de leidraad GGB te doen.
- Het ondersteunen in het beschikbaar stellen van GGB documentatie door middel van GGD GHOR kennisnet en via andere kanalen (nieuwsbrieven, artikelen in vakbladen etc.).
- Ondersteunen van partijen in het maken van relevante onderlinge afspraken (mono en multi) en de doorontwikkeling van die afspraken, specifiek ook gericht op het vertalen in kwantitatieve afspraken (prestatie indicatoren/veldnormen en criteria).
- Ondersteunen bij het bewaken en borgen van de uniformiteit van het landelijk GGB-model en de uitvoering daarvan in de regio's. Ondersteuning van de bovenregionale en landelijke afstemming van de landelijk basisdoctrine. En signaleren van evt. afwijkingen van het landelijke GGB-model en dit te sprake brengen op regionaal en landelijk niveau. Bespreekbaar maken en adviseren over gewenste wijzigingen in de basisdoctrine GGB en de daaruit voortvloeiende processen en het in kaart brengen van de consequenties daarvan.

- Het in kaart brengen en monitoren van de mono en multi dwarsverbanden in de samenwerking tussen GGB ketenpartners en het signaleren van knelpunten en verbeterpunten in het landelijk GGB-model en het adviseren over oplossingen daarvoor.
- Het ondersteunen en adviseren bij het evalueren van oefeningen en incidenten vanuit de doelstelling te komen tot het verbeteren van het GGB-model en de operationele voorbereiding en uitvoering daarvan. Het verzamelen en delen van de oefenresultaten tussen regio's en partijen.
- Ondersteunen van de voorbereiding en evt. facilitering van landelijke (en evt. regionale) GGB simulatie- en veldoefeningen teneinde het functioneren van het GGB-model te toetsen.
- Het in beeld brengen en vastleggen van prestatie indicatoren en veldnormen/criteria in de processen waarin de GGB partners met elkaar samenwerken. Hier geldt het adagium 'de keten is zo sterk als de zwakste verbinding tussen de schakels'. Op basis daarvan kan de doorontwikkeling van het landelijk GGB-model plaatsvinden en de actualisering van de leidraad GGB.
- Bewaken en borgen van de samenwerking tussen de GGB partners door periodiek te meten, testen en evalueren en waar nodig te verbeteren en te optimaliseren.

Concrete activiteiten in het kader van de verdere implementatie in de aanloofphase

- Aanpassen van de leidraad GGB in relatie tot aanscherping/afronding implementatie en opleidingsactiviteiten GGB-partners.
- Aanscherping van de leidraad GGB op basis van eerste ervaringen.
- Verwerking van de aangepaste registratiemethodiek, zodra deze gereed is.

Concrete activiteiten in het kader van doorontwikkeling GGB-model

- Ondersteunen van de GHOR bij de doorontwikkeling van het landelijk GGB-model om te komen tot een zo optimaal mogelijk model, ook in het kader van de veranderende verantwoordelijkheidsverdeling en wetgeving.
- Ondersteunen bij de doorontwikkeling van GGB voor de voorbereiding te maken van het scenario voor mechanisch letsel naar meerdere scenario's waarvoor GGB inzet gevraagd wordt en de consequenties daarvan voor het GGB-model in kaart te brengen. Concreet zijn al genoemd: chemische incidenten, brandwonden, extreme weersomstandigheden. Ook terrorisme lijkt gezien de recente gebeurtenissen een belangrijk scenario.
- Ondersteunen bij de doorontwikkeling van GGB voor wat betreft de inzet van buitenlands steunsteams (en de grensregio's) en de consequenties daarvan voor het GGB-model in kaart brengen.
- Ondersteunen bij de doorontwikkeling van GGB en de rol van burgerhulpverlening en de visie op zelfredzaamheid (met name in het eerste half uur na een incident). Hoe verhoudt zich (niet georganiseerde) burgerhulpverlening tot professionele hulpverlening en hoe gaat dit naadloos in elkaar over en hoe kan dit elkaar ondersteunen en versterken.

Concrete activiteiten in het kader van doorontwikkeling op basis van aanpassing verantwoordelijkheidsverdeling

Dit onderdeel wordt als een apart spoor opgenomen, omdat hier naast de betrokkenheid van de GGB-partijen ook de betrokkenheid van VWS en VenJ noodzakelijk is. Dit vergt ook een aanpassing /aanvulling in de projectstructuur, waarvoor specifieke afspraken nodig zijn. Hiervoor worden thans geen uren/ werkzaamheden benoemd. Wel kan ook hier in zijn algemeenheid ondersteuning vanuit de expertise van het project genoemd worden:

- Ondersteunen bij de doorontwikkeling van GGB naar aanleiding van veranderende verantwoordelijkheidsverdeling door gewijzigde (WVR en WPG) en nog te wijzigen wetgeving (Twaz) en door de ontwikkeling van de LMO en het in kaart brengen van de consequenties daarvan voor het GGB-model.

Concrete activiteiten in het kader van materieel en uitrusting

- Beheer en onderhoud van de noodhulpvoertuigen van het Rode Kruis.
- Inname GNKc.
- Beheren van de bovenregionale GGB uitrusting (haakarmbakken GGB).

- Logistieke voorzieningen voor de Waddeneilanden en beheer wadden uitrusting GNKc.
- Evalueren van het GGB materieel en de uitrusting (in samenhang met evaluatie van de werking van het GGB-model).
- Monitoren van ontwikkelingen in materieel en uitrusting en het adviseren van GHOR, RAV en Rode Kruis over gesignaleerde ontwikkelingen in materieel en uitrusting.
- Bespreekbaar maken en adviseren over gewenste modificaties in materieel en uitrusting.
- (Laten) modificeren van materieel en uitrusting op basis van nieuwe ontwikkelingen en inzichten.
- Faciliteren van de operationele voorbereiding gericht op materieel en uitrusting.

RAV en MMT

Het borgen van het vakbekwaamheidsniveau van de ambulancezorg is aan de ambulancezorg. Zie hiervoor ook de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen. In het fundament Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige is vastgelegd hoe de verantwoordelijkheid van de medische manager ambulancezorg (MMA) voor vakbekwaam worden en blijven van ambulanceverpleegkundigen vorm moet krijgen. Dit alles laat onverlet dat de spil in het bewaken van bekwaamheid de beroepsbeoefenaar zelf is.

Binnen OTO worden afspraken gemaakt over oefenen mono en multidisciplinair. De RAV kan de behaalde inspanningen op het gebied van OTO inzichtelijk maken. Intervisie modelreflectie wordt gebruikt binnen bekwaamheidsborging.

Mede ten behoeve van de borging van de GGB inzet vanuit RAV sluiten GHOR en RAV regionaal een convenant, waarin afspraken zijn opgenomen over te leveren diensten door de RAV in het kader van de geneeskundige hulpverlening:

- Risicoprofiel RAV en beleidskeuzes
- Crisisplan RAV (inclusief ambulancebijstandsplan en gewondenscheidingsplan)
- Eerste ambulance
- Taakverantwoordelijke primaire triage
- Taakverantwoordelijke coördinatie treatment
- Taakverantwoordelijke coördinatie transport
- Dienstdoend leidinggevende/crisis coördinator RAV
- Vakbekwaamheid RAV-personeel bij opgeschaalde ambulancezorg
- Gewondenregistratie en slachtofferinformatie
- Informatiemanagement
- Taakverantwoordelijke secundaire triage verzorglocatie (gedeelde verantwoordelijkheid RAV en GHOR)
- Calamiteitenvoertuig (gedeelde verantwoordelijkheid RAV en GHOR)

De RAV is gebonden aan de algemene en ambulancezorg-specifieke normen in het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO. Van de RAV mag worden verwacht dat zij medewerking verleent aan evaluaties van een grootschalige en/of GGB inzet.

Azijsicht een Kennisgroep opgeschaalde ambulancezorg op, waarin alle RAV's vertegenwoordigd zijn. De Kennisgroep heeft als taken:

- uitwisseling van kennis en best practices in het kader van opgeschaalde ambulancezorg;
- inhoudelijk beheer en doorontwikkeling van de planvorming (app);
- ontwikkeling van OTO beleid;
- gevraagd en ongevraagd advisering van de ALV in het kader van opgeschaalde ambulancezorg.

De RAV verantwoordt zich aan de GHOR (convenant en bestuursrapportage) en aan de Traumacentra.

Rode Kruis

Alle noodhulpteamleden hebben EHBO kennis en hebben de Evenementenhulp module 1 en module 2 (EHV) doorlopen, alvorens zij kunnen doorstromen naar de noodhulpteammodule. In de EHV modules leren zij o.a. ABCDE, SBAR, Methane, etc.. Ook leren zij te werken in teamverband, te werken met een portofoon en hoe de overdracht aan RAV te doen (indien nodig). In de noodhulpmodule (NHT module) leren zij deze vaardigheden in te zetten in grootschalige geneeskundige incidenten onder commandostructuur van de Veiligheidsregio.

Om competent en vakbekwaam te blijven wordt als eis gesteld dat de noodhulpteamleden 32 uur evenementen draaien in 1 jaar (na het behalen van certificaat). Hiermee worden de eerder genoemde vaardigheden geborgd. Dit proces staat los van GGB en wordt ook niet gefinancierd vanuit publieke middelen.

Voor de NHT module zijn de volgende afspraken gemaakt:

Certificering initiële opleiding:

1. Succesvol doorlopen van de E-module (2-3 uur). In de E-module wordt de kandidaat meegenomen in zijn taken tijdens een inzet. De module wordt afgesloten met een toets en digitaal certificaat.
2. Na het succesvol doorlopen van de E-module volgt de kandidaat de Noodhulpteammodule (5 dagdelen) en sluit deze af met een groepsassessment.
3. Na het behalen van de groepsassessment wordt men ingevoerd in het CRM systeem en is men oproepbaar.

Her-certificering:

Na het succesvol doorlopen worden de volgende noodhulpbijscholingen verwacht:

1. Vaardig houden EHBO vaardigheden (bijscholing EHBO certificaat)
2. Vaardig houden Evenementenhulp vaardigheden
 - a. 32 uur bij grootschalige evenementen (meer dan 10 hulpverleners)
 - b. Bijscholingslessen evenementenhulp
3. Interne oefeningen Noodhulpteams (oefeningen van het RK⁹)
4. Bijscholing (1 of 2 bijeenkomsten per jaar om de ontwikkelingen te delen)
5. Mono- en multi-oefeningen onder regie van de GHOR (frequentie afhankelijk van jaarplan GHOR/veiligheidsregio)

Van alle oefeningen worden evaluatieverslagen gemaakt. Van alle meldingen (dus opkomen, maar niet ingezet) worden evaluatieverslagen gemaakt. Van alle inzetten worden evaluatieverslagen gemaakt. De leerpunten worden per team direct doorgevoerd (bijv. geen benzine in de generator) en grotere punten die voor de rest van het land ook gelden, worden gedeeld en gezamenlijk geëvalueerd met het Verenigingskantoor. 1 per jaar wordt er vanuit het Verenigingskantoor een bijeenkomst georganiseerd met alle hoofden noodhulpteams, waar dit wordt besproken en prioriteiten doorgevoerd worden voor het volgend jaar.

Voor de borging van de prestatie-indicatoren/veldnormen zoals genoemd in de overeenkomst, worden in november en december 2019 tools ontwikkeld. Daarbij komen de volgende vragen aan de orde:

1. Hoe lang heeft het geduurd van alarmering tot aan opkomst?
2. Hoe veel noodhulpteamleden kwamen er daadwerkelijk op de melding af?
3. Hoe veel slachtoffers hebben we kunnen verzorgen en komt dit overeen met het operationeel presterend vermogen?

Dit borgt het RK nu middels zogenaamde sitraps, maar het RK wil naar meer digitale vormen.

⁹ Denk hierbij aan tent opzetten, inrichten locatie e.d.

C. Toetsing GGB-model

Hier wordt beschreven welke (vormen van) toetsingen ingezet kunnen worden bij de toetsing van het GGB-model en worden de eerste ervaringen uit de regionale toetsingen van het GGB-model gedeeld.

Inleiding

Om de werking van het GGB-model te onderzoeken en te toetsen, kunnen verschillende vormen van toetsing ingezet worden. In dit onderdeel van de leidraad worden een aantal vormen benoemd. Het oefenen in de acute zorg met het GGB concept vormt een belangrijke basis om het GGB-model verder te implementeren. Een samenhangend oefenprogramma met uitwisseling van leerervaringen tussen regio's is daarbij van belang. Daarnaast is het wenselijk om regelmatig (hierbij wordt nu gedacht aan 1 keer per jaar/2 jaar) een brede en integrale (bovenregionale) toetsing van het GGB-model plaats te laten vinden, die de bovenregionale samenwerking laat zien. Daarmee wordt onderstreept dat grootschalige bijstand steunt op samenwerking tussen regio's en dat daarvoor een eenduidige doctrine vereist is. De resultaten van de oefeningen en van de landelijke toets worden gebruikt om het GGB-model verder te optimaliseren en om input te verkrijgen voor de verdere doorontwikkeling van het model.

Toetsing van het GGB-model op regionaal niveau

In de regio's zal op regionaal niveau getoetst en geoefend worden hoe het GGB-model werkt. Deze toetsing vindt plaats door middel van een oefening, waar vooral ingestoken wordt op het toetsen van de processen, de koppelvlakken en de veldnormen. Dit is een oefening die vooral monodisciplinair van aard is en een tactische insteek kent. Hiermee wordt de samenwerking en afstemming tussen de verschillende partners beoefend en worden de koppelvlakken getoetst. Dit levert input voor de verdere implementatie in de regio en voor opleiden, trainen en oefenen.

Daarnaast kan gekozen worden om de operationele insteek mee te nemen in de oefening. Dit is vooral gericht op het toetsen van het functioneren van de verschillende functiemarissen en eenheden binnen het GGB-model en de samenwerking tussen die functiemarissen en eenheden. Tevens kan getoetst worden of de unite doctrine van GGB daadwerkelijk wordt uitgevoerd in de praktijk.

Toetsing van het GGB-model op landelijk niveau

Op landelijk niveau is de wens uitgesproken dat in 2017 een grote landelijke GGB toets met 250 slachtoffers plaats zou moeten vinden, om de werking van het GGB-model op grootschalig niveau te toetsen en de afgesproken slagkracht van GGB te toetsen. Daarnaast zou op basis van landelijke scenario's ook GGB moeten deelnemen aan landelijke oefeningen.

Op landelijk niveau wordt bevestigd dat het vervolg na 2016 minimaal 1 keer per 5 jaar een landelijke oefening te organiseren waarbij de werking van het GGB-model in ieder geval benoemd is als concreet oefendoel en waarbij ook daadwerkelijk waargenomen wordt op dit doel en een evaluatie daarop plaatsvindt.

Evaluatie van inzetten en oefeningen op regionaal niveau

Na iedere inzet van GGB of oefening rond GGB vindt onder regie van de regionale GHOR evaluatie plaats, deze gegevens worden landelijk gedeeld met GGD GHOR Nederland en waar nodig en relevant opgenomen in preparatie en in Opleiden, Trainen en Oefenen.

Visitatie

Op verzoek van de DPG kunnen audits gedaan worden waarbij visitatie plaatsvindt om het kwaliteitsniveau van het totale systeem van GGB te toetsen en de afzonderlijke rollen van de samenwerkende partners. Het IFV (de AGOZ) zou hierbij behulpzaam kunnen zijn. Hiermee geeft het IFV ook uitvoering aan hun (wettelijke) rol van operationele voorbereiding en instandhouding.

Ervaringen uit de toetsingen van het GGB-model (oktober/november 2015)

In oktober 2015 hebben in drie regio's (Noord Nederland, Haaglanden en VNOG) toetsingen van het GGB-model plaatsgevonden. Daarnaast heeft op 7 november 2015 in de regio Brabant Zuidoost een multidisciplinaire oefening plaatsgevonden, waar ze ook het GGB-model getoetst hebben inclusief enkele verbeteringen n.a.v. de oefeningen die in oktober waren gehouden. Er was groot enthousiasme onder de deelnemers van alle vier de regio's. Tijdens de toetsen bleek dat de deelnemers soms nog zoekende waren naar hun rol en dat de neiging bestond om te vervallen in de oude manier van werken. Tegelijkertijd was de slagkracht die GGB met zich meebrengt bij de oefeningen in de praktijk goed zichtbaar. Uit de toetsen zijn

een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, waar mee aan de slag wordt gegaan.

De belangrijkste conclusies en leerpunten zijn als volgt:

1. Het GGB-model is in de regio's goed ontvangen, met name de scheiding tussen zwaar en lichtgewonde slachtoffers bevalt goed. Door het apart opvangen van de T3 slachtoffers door het Rode Kruis Noodhulpteam kregen medewerkers van de RAV en het MMT meer handen vrij voor behandeling en transport van de T1 en T2 slachtoffers.
2. Het kennis- en handelingsniveau van hulpverleners om in GGB-situaties conform het model te kunnen acteren is nog onvoldoende. Dit kon maar ten dele opgelost worden door ze voor de oefentoets te brieven. Men viel snel terug in de basisroutines. Hierdoor kon niet optimaal volgens het GGB-model gewerkt worden. Aanbeveling: er zal de komende periode nog veel werk verzet moeten worden op het gebied van GGB Opleiden, Trainen en Oefenen.
3. Specifieke aanbevelingen:
 - a. Meer aandacht voor de implementatie van de meldkamercodering voor GGB-opschaling en niet te zuinig opschalen.
 - b. Goede omschrijving van de verschillende rollen en taken van de Ovd'G, de Taakverantwoordelijken (TV), de Calamiteitenteams en de Noodhulpteams. De huidige taakkaarten zijn te summier.
 - c. Invoeren van de rol van TV Transport veld als aanvulling op de TV Transport rol op de Meldkamer.
 - d. Goede herkenbaarheid van de verschillende rollen door invoeren van landelijke uniforme hesjes met opdruk van de rol. En herkenbaarheid van de ambulances, die bij de taakverantwoordelijken horen.
 - e. Verbeteren van het verbiidingsbord C2000.
 - f. Uitwerken van het proces Secundaire Triage, met name op het gebied van: wie doet wat, hoe te handelen bij een T3 slachtoffer dat verslechtert en registratie hiervan op een triage/registratie instrument.
4. Het gebruik van de nieuwe landelijke GGB-waarneemformulieren is goed bevallen, hiermee kon snel een goed inzicht verkregen worden over de voor GGB kritische processen. Tijdens de oefentoetsen werd dit door de waarnemers ook gebruikt om direct feedback te geven, zo ontstond een situatie van 'Training on the job'.
5. Dit soort GGB-oefentoetsen zouden in de loop van volgend jaar ook in andere regio's geïmplementeerd moeten worden omdat gebleken is dat het ontwikkelen van een GGB-oefentoets een goed instrument is om betrokken partijen bij de materie te betrekken.
6. Over ongeveer twee jaar zou de tijd rijp kunnen zijn voor een grote landelijke oefening die regio-overschrijdende samenwerking zou kunnen toetsen.
7. De komende twee jaar dient er ook aandacht te zijn voor doorontwikkeling van het GGB-model op bestuurlijk niveau, met name op het terrein van verduidelijking van verantwoordelijkheden, financiering en wetgeving.

Bijlage 1. Relevante documenten

| Naam document | Verantwoordelijke | Datum en versienummer |
|---|-----------------------------------|--|
| Leidraad GGB | GGD GHOR NL | December 2015, versie 1.0 |
| Modelconvenant GHOR - RAV | GGD GHOR NL en AZN | 15 juni 2015, versie def |
| Modelconvenant GHOR – Rode Kruis | GGD GHOR NL en Rode Kruis | 15 juni 2015, versie def |
| Landelijk protocol OvD-G (LPO) | GGD GHOR NL en AZN | 2011, versie 1.0, wordt geactualiseerd |
| Actualisatie verantwoordelijkheidsverdeling tussen GHOR en RAV | GGD GHOR NL en AZN | 11 juni 2015, versie 010 |
| Convenant GHOR - RAV | GHOR regio en RAV | Regio afhankelijk |
| Convenant GHOR – Rode Kruis | GHOR regio en Rode Kruis district | Regio afhankelijk |
| Meldkamer protocol/landelijke standaard meldkamer ambulancezorg | AZN | |
| Verbindingsschema C2000 | AZN | |
| Landelijk Kader Fleetmap | AZN | 2002 |
| LPA 8 | AZN | Maart 2014, versie 8 |
| Model opschalingsplan ambulancezorg 'RAV's voorbereid' | AZN | Juni 2014, versie def |
| Model crisisplan RAV | AZN | Januari 2015, versie |
| Nota Verantwoorde ambulancezorg | AZN | 2013, versie def |
| Ambulancebijstand/Pariter | AZN | |
| Gewondenspreidingsplan AZN | AZN | |
| Taakkaarten RAV | AZN | Juni 2015, versie def |
| Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige | AZN | Mei 2015, versie def |
| Kaderstelling dienstverlening noodhulpteam | Rode Kruis | Versie april 2015 |
| Functieprofiel noodhulpteam | Rode Kruis | Versie februari 2015 |
| Functieprofiel teamleider noodhulpteam | Rode Kruis | Versie februari 2015 |
| Functieprofiel hoofd noodhulpteam | Rode Kruis | Versie februari 2015 |
| Programma GGD, voorstel inzet Rode Kruis noodhulpteam | Rode Kruis | Oktober 2014, versie def |
| MMT Inzet en casuscriteria | LNAZ en AZN | Juni 2013, def |
| Een praktisch handvat voor het inzetten van MMT's en verdeling van verantwoordelijkheden tussen MKA, ambulance en MMT | | |
| Kwalificatiedossier OvD-G | IFV/AGOZ en GGD GHOR NL | 11 mei 2015, versie 6 |
| Curriculum OvD-G en opleiding OvD-G | IFV/AGOZ | Mei 2015, versie def |
| Basiskennis GHOR (4 kennispublicaties) | IFV/AGOZ | Maart 2012, versie def, wordt geactualiseerd |
| Documenten van FDC inzake logistiek | IFV/FDC | |

Bijlage 2. Woordenlijst

| | |
|------------------------------|---|
| Ambulancebijstand | Organiseren van extra ambulancecapaciteit door ambulancebijstand uit andere regio's in te zetten. |
| 1 ^e ambulance | Coördineert de geneeskundige hulpverlening op plaats incident tot aankomst OvD-G en kan daarna belast blijven met ondersteunende taken op gebied van Command & Control. |
| Bovenregionale voorzieningen | Op zeven locaties (verspreid door het land) worden aanvullend logistieke GGB materialen paraat gehouden en via de GGB haakarmbakken uitgereden door toedoen van de brandweer. |
| Calamiteitenteam | Vrije instroom van ambulanceprofessionals om extra capaciteit te genereren. |
| Calamiteitervoertuig | Voertuig waarmee het calamiteitenteam naar de plaats incident gaat. |
| CoPI | Commando Plaats Incident, multidisciplinair overleg op de plaats incident. |
| Gewondenverzamelplaats | Locatie waar T1 en T2 slachtoffers worden verzameld en waar het noodhulpsysteem handelen plaatsvindt, totdat ze vervoerd worden naar ziekenhuizen. |
| Gewondenkaart | Instrument voor het vastleggen van triage klassen voor het registreren van gegevens in het kader van medische behandeling. |
| Gewondenspreiding | Verdeling van slachtoffers over verschillende ziekenhuizen. |
| Medische professional | Medische en paramedische professionals (verpleegkundigen, artsen etc.). |
| MKA | Meldkamer Ambulancezorg, neemt 112 melding(en) aan en alarmeert de verschillende eenheden op basis van een standaardinzele voorstel. |
| MMT | Mobiel Medisch team, verantwoordelijk voor het leveren van medische zorg aan zwaar gewonde slachtoffers. |
| Noodhulpteam | Team van getrainde (Rode Kruis) vrijwilligers die in georganiseerd verband ingezet worden voor de opvang en verzorging van T3 slachtoffers in de verzorglocatie T3. |
| Noodhulpvoertuig | Voertuig waarmee het noodhulpteam naar de plaats incident gaat. |
| OvD-G | Officier van Dienst Geneeskundig, coördineert de geneeskundige hulpverlening op plaats incident. |
| OGS | Optische vluidsignalen. |
| Opvanglocatie | Plek ingericht door gemeente voor opvang betrokkenen incident. |
| PSH | Psychosociale hulpverlening. |
| Plaats incident | Plek waar het incident plaatsvindt. |
| Primaire triage | 1 ^e triage op de plaats incident. |
| Registratie | Registreren van NAW gegevens en basisset gegevens in het kader van medische behandeling. |
| Ritformulier | Registratie middel dat gebruikt wordt in de ambulance t.b.v. vervoer. |
| Secundaire triage T3 | 2 ^e triage van T3 slachtoffers in de verzorglocatie. |
| Sweep & treat | Stabiliseren, indien nodig kort behandelen en zo snel mogelijk op transport naar een ziekenhuis. |
| TV Triage | Taakverantwoordelijke Triage, coördineert proces primaire triage. |
| TV Treatment | Taakverantwoordelijke Treatment, coördineert proces treatment. |
| TV Transport | Taakverantwoordelijke Transport, coördineert proces transport en gewondenspreiding. |
| TV Secundaire triage T3 | Taakverantwoordelijke Secundaire triage T3, coördineert proces secundaire triage van T3 slachtoffers. |
| Triage | Het classificeren van slachtoffers in triageklasse T1, T2 (zwaar gewond) of T3 (licht gewond) op plaats incident |
| Treatment | Het levensreddend behandelen van T1 en T2 slachtoffers op plaats incident |
| Transport | Het organiseren van gewondenspreiding en vervoer van T1 en T2 slachtoffers naar ziekenhuizen |
| Verzorglocatie T3 | Locatie waar T3 slachtoffers worden opgevangen en verzorgd en waar secundaire triage plaatsvindt |

Bijlage 3. Inhoud/uitrusting calamiteitenvoertuig en noodhulpvoertuig

Uitrusting calamiteitenvoertuig

PSU en eigen kleding door RAV, m.u.v.:

PSU deco sets

6 helmen, 6 hoofdlampen, 6 veiligheidsbrillen, 6 veiligheidshesjes

ALS tassen (8 volwassenen- en 2 kindertassen)

5 liter zuurstof inclusief reduceer (5 flessen)

Infuussystemen (100)

Infuustoedieningssystemen: zakken ringers conform LPA 8 (100)

20 sets disposable OK kleding t.b.v. kleinschalige decontaminatie, winddicht of voorzichtig, Tyvek + plastic overschoen

4 sets burnshields

Navigatie systeem

Locator

1 mobilfoon

1 portofoon

Shelter (t.b.v. 6 behandel-plaatsen)

16 matrasjes van noppenfolie

50 aluminium isolatiedekens

50 gele disposable isolatie deken

8 scheidingsbrancards

Uitrusting noodhulpvoertuig

8 EHBO rugtassen Rode Kruis

8 helmen, 8 hoofdlampen, 8 veiligheidsbrillen

1 vest, geel Rode Kruis vlamleidend

7 vest, geel Rode Kruis

150 poncho's

150 reddingsdekens

Shelter

6 lantaarns

3 klapstoeltjes

2 paar werkhandschoenen

2 bloedzuikers

3 analoge portofoons

1 mobilfoon

1 C2000 portofoon

10 gewondenkaarten

Bijlage 4. De positie van het MMT bij GGB

In de eerdere besluitvorming over de inzet van de onderdelen van GGB is ten aanzien het MMT nooit specifiek vastgelegd op welke wijze het MMT daadwerkelijk ingezet zou worden. In de GNK-C maakte het MMT deel uit van het geheel, waarbij werd gewerkt vanuit de tent. Voortzetting van de inzet heeft nooit ter discussie gestaan, gezien de behoefte aan specifieke medische expertise in het veld, maar de wijze van inzet moet wel opnieuw benoemd worden. In de Leidraad GGB is die inzet nu uitgewerkt, mede op basis van de inbreng tijdens de expertsessie van 1 juni jl. Ter verdere verduidelijking wordt hierbij het kader geschetst, van waaruit de inzet van het MMT mogelijk is.

Aan de orde komen de volgende punten:

1. Inzetbare capaciteit
2. Alarmering en inzet
3. Takenpakket
4. Materieel en bekostiging.

Ad 1: Inzetbare capaciteit

De traumacentra, welke samenwerken in het LNAZ zijn verantwoordelijk voor de inzet van 4 parate MMT's (Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Nijmegen) met helikopter, (welke tevens voorzien zijn van een MMT-voertuig voor die omstandigheden, dat niet gevlogen kan worden), aangevuld met 2 beschikbare MMT's (Utrecht, Twente) met voertuig. Deze inzet is gebaseerd op het MMT-spreidingsplan, dat zowel voorziet in de beschikbaarheid van MMT's in situaties, dat er gevlogen kan worden, als in de beschikbaarheid van MMT's in situaties, dat er niet gevlogen kan worden om toch voldoende landelijke dekking te hebben. Indien er alleen met de grondgeboden voertuigen uitpakkt kan worden is een bereikbaarheid van 90% binnen 40 minuten. Aantal en spreiding zijn overeengekomen tussen LNAZ en het ministerie van VWS. Het spreidingsplan is afgestemd met GGB GHOR Nederland. Aanvullend kan dan ook nog gebruik gemaakt worden van de inzet van Belgische en Duitse teams in de grensregio's. Dit spreidingsplan is primair uitgewerkt t.b.v. de actuele dagelijkse zorg maar is mede opgesteld om de onder opgeschaalde omstandigheden onder alle omstandigheden capaciteit te kunnen leveren. Het gaat daarbij dan niet alleen over de inzet van 1 MMT, maar om het beschikbaar krijgen van meerdere MMT's.

Voor de opgeschaalde situatie is het van belang, dat zowel de beschikbaarheid van het huidige aantal parate heli-MMT's als de grondgebonden voertuigen gegarandeerd blijven. Ook de aanvullende capaciteit en dekking van de twee beschikbare MMT's blijft noodzakelijk, zowel om de spreiding onder alle omstandigheden te kunnen garanderen, als om extra capaciteit te genereren. Eventuele aanpassing van het spreidingsplan en capaciteit is dan ook een afstemmingspunt tussen GGB-partijen en departement.

Ad 2: Alarmering en inzet

Zowel in de dagelijkse zorg als de opgeschaalde zorg is de inzet van het MMT een afstemmingspunt tussen AZN en LNAZ. De inhoudelijke inzetcriteria zijn door beide koepels afgestemd. Ten behoeve van de inzet onder opgeschaalde omstandigheden maakt de DPG met het traumacentrum ook afspraken als bedoeld in artikel 32 Wet Veiligheidsregio's.

De alarmering van het MMT vindt plaats door toedoen van de meldkamer. Voor de opgeschaalde situatie heeft AZN in haar model opschalingsplan van AZN een standaard inzetvoorstel uitgewerkt, dat door de meldkamers in de regio in de eigen procedures vastgelegd moet worden. In dit standaard inzetvoorstel (zie p. 10) is ook voorzien in de inzet van een of meer MMT's (code 10 1 MMT, code 20 1 MMT, code 30 2 MMT's, code 40 en hoger: 3 MMT's). De OvD-G kan besluiten tot bijstelling van het inzetvoorstel, indien er meer MMT inzet is geïndiceerd op basis van het aantal slachtoffers en de ernst van de verwondingen.

Als norm worden hierbij aangehouden, dat het parate MMT binnen 2 minuten, na alarmering onderweg gaat naar de plaats incident. Het beschikbare MMT gaat 25 minuten na alarmering naar de plaats incident.

Dit conform de afspraken over snelheid van inzet (zie protocol 2.8 secundaire inzet MMT LPA 8, MMT inzet- en cancelcriteria).

In de leidraad GGB is opgenomen, dat het 'lokale' c.q. eerst aanwezige MMT de regie zal nemen over de aanwezige MMT's, om daarmee de benodigde MMT inzet te coördineren. Deze zal daartoe afstemmen met de OvD-G.

Ad 3: Takenpakket

De MMT's zijn verantwoordelijk voor het leveren van medische zorg aan zwaar gewonde slachtoffers als beschreven in de Richtlijnen voor Mobiele Medische Teams, MMT inzet- en cancelcriteria. Het gaat om het uitvoeren van specifieke medische handelingen, zoals chirurgische en anesthesiologische hulpverlening, met als doel het stabiliseren en transport gereed maken van slachtoffers en het adviseren en ondersteunen van de aanwezige ambulancehulpverleners.

In de expertmeeting is aangegeven, dat er een aantal taken zijn, waarvoor het MMT kan worden ingezet: inzet bij triage, inzet bij behandelen, inzet bij secundaire triage zowel op de gewondenverzamelplaats als de T3-verzorglocatie. Een en ander is uitgewerkt in de Leidraad GGB.

Ad 4: Materieel en bekostiging

Het MMT werkt met eigen materieel, dat bekostigd wordt uit de reguliere financiering van het traumacentrum.

Vanuit de overweging om de beschikbaarheid onder alle omstandigheden veilig te stellen en ook onder moeilijke omstandigheden te kunnen beschikken over een MMT heeft aanvankelijk VenJ, later het IFV de grondgebonden voertuigen ter beschikking gesteld aan de traumacentra. Deze verstrekking was eenmalig. Binnen de GGB-invulling zijn geen extra maatregelen voor het MMT. Aandachtspunt voor de doorontwikkeling is daarom op welke wijze toekomstige verstrekkingen van voertuigen moeten worden geregeld. Dit wordt als uitwerkingpunt benoemd voor het uitwerken van de nieuwe afspraken tussen partijen en departementen.

De kosten van opleiden en oefenen zullen moeten worden opgevangen binnen de reguliere exploitatie en de beschikbare OTO gelden. Dit plaats binnen de randvoorwaarden die hiervoor van toepassing zijn. Daarbij is ook een aandachtspunt dat de mogelijkheden van de MMT's om fysiek mee te oefenen met de andere ketenpartners beperkt zijn vanwege het beperkte aantal MMT's. Afspraken hierover (lees MMT) moeten bij voorkeur gemaakt worden in het bovenregionaal verband. Het trainen en oefenen van het GGB-model met het MMT gebeurt in samenwerking met ketenpartners (GHOR, RAV's, Rode Kruis en anderen) tijdens reguliere ketenbrede oefeningen. Afstemming hierover dient plaats te vinden regionaal in overleg met betrokken MMT's. Evaluaties van met alle partijen betrokken bij het GGB-model moeten worden gedeeld.

Bijlage 5. Steunpunt materiaal

Er is voorzien dat op zeven locaties in Nederland (in zes brandweerdistricten verspreid door het land en 1 bij het IFV Zoetermeer) aanvullend logistieke GGB materialen paraat worden gehouden.

Onder het GGB materieel verstaan we:

1. De materiele voorzieningen voor de calamiteiten teams (voertuigen met bepakking en GGB specifieke PSU) van de RAV.
2. De materiele voorzieningen voor de noodhulpteams (voertuigen met bepakking en GGB specifieke PSU) van het NRK.
3. Een bovenregionale materiele GGB voorziening op 7 locaties in het land, het zogenoemde steunpunt materieel.

Materiaal

Er is afgesproken om een aantal gebruiksmiddelen op zeven steunpuntlocaties op voorraad te nemen, zodanig dat 2 uur na de start van het incident over de steunpuntmaterialen beschikt kan worden. Voor het geval een incident niet verloopt volgens het dominante scenario of binnen 2 uur niet alle slachtoffers zijn afgevoerd. Het steunpunt materieel voor de GGB wordt zoveel als mogelijk opgebouwd uit de bestaande GNKc materialen. Het betreft bij voorkeur gebruiksmiddelen en verzorgingsmaterialen die geen of een langdurige expiratie kennen. De steunpunten worden zo gekozen dat het materieel, na alarmering, in 2 uur op elke locatie in Nederland inzetbaar is.

Het IFV zorgt voor de samenstelling, opbouw en financiering van het steunpunt materieel GGB. Het IFV en de GHOR uit de steunpuntregio maken samen afspraken over stalling, beheer en operationele inzet van het steunpunt materieel GGB. Met de Brandweer wordt een overeenkomst gesloten voor stalling, beheer en inzet. Het IFV organiseert en financiert dit volledig.

De GHOR is procesverantwoordelijke voor de organisatie van de haakarmbakken GGB in de koude en warme fase. Dit steunpunt materieel zal vijf jaar na de implementatie van het GGB-model geëvalueerd worden.

Er wordt gekozen voor opslag en vervoer in een bestaande GNKc haakarmbak. Zo'n haakarmbak heeft weinig onderhoud en een beperkte stallingruimte nodig. Een haakarmbak kan op meerdere chassisvoertuigen van de brandweer of particulieren getransporteerd worden. Als model voor inrichting van de GGB haakarmbak heeft inrichting met rolcontainers de voorkeur. Na het verwijderen van de huidige stellingen en het aggregaat biedt een GNKc haakarmbak ruimte aan maximaal 15 standaard rolcontainers.

Naar aanleiding van een praktijktest wordt op basis van maatvoering, gewicht en functionaliteit vervanging van enkele materialen uit de GNKc geadviseerd. Ter vervanging van de huidige GNKc brancard (Raam de Mooy) en de vouwbrancard (model 65) wordt een vouwbrancard als draagbaar voorgesteld. Ter vervanging van de huidige GNKc houten opklapbank (190 cm) wordt een kunststof model van maximaal 150 cm voorgesteld.

Inhoud haakarmbak GGB

Bovenstaande traject leidt tot modificatie en inrichting van 7 haakarmbakken als een bovenregionale materiele GGB voorziening. Hiervan worden 6 GGB haakarmbakken verdeeld over Nederland gestald conform de CBRNe steunpunten regio's van de brandweer. Daarnaast wordt 1 GGB haakarmbak gestald op de IFV locatie in Zoetermeer.

Elke GGB haakarmbak wordt identiek ingericht met:

- 10 rolcontainers voor clustering & comfort, elk samengesteld met de volgende materialen:
 - 4 tassen met foamspalken voor volwassene.
 - 1 tas met foamspalk voor kind.
 - 4 vouwbrancards.
 - 4 stoelen.
 - 1 tafel.
 - 3 krat of pak met 6 flessen van 1,5 liter drinkwater.

- 1 koffer¹⁰ blauw (kinderkoffer GNKc) met water benodigdheden.
- 1 koffer geel (verbandkoffer GNKc) met isolatie benodigdheden.
- 24 gele disposable dekens.
- 6 thermo-lok poncho's.
- 3 thermo-lok hypothermiepakketen.

- 3 rolcontainers voor reiniging & verzorging, elk samengesteld met de volgende materialen:
 - 1 koffer wit (administratiekoffer) met schrijf benodigdheden.
 - 1 bezem.
 - 1 schop.
 - 1 spade.
 - 1 brandblusser
 - 10 opklapbanken.
 - 1 kist-aluminium met verbandmaterialen¹¹ (samenstelling zoals GNKc)
 - 1 bak-klein met verzorgingsartikelen (samenstelling zoals GNKc)
 - 1 bak groot met reinigingsartikelen (nieuwe samenstelling)

- 2 rolcontainers voor shelter & benodigdheden, één shelter conform het calamiteitenteam en één shelter zoals voor het noodhulpteam.

De haakarmbakken GGB zijn in de eerste helft van 2016 gereed om in gebruik genomen te worden. Tot die tijd wordt een tijdelijke voorziening als tussenoplossing gecreëerd in de vorm van gebruik van de bestaande GNK's.

Alarmering steunpuntmateriaal

Alarmering geschiedt via de meldkamer ambulancezorg nadat de OvD-G de haakarmbak(ken) heeft aangevraagd. De OvD-G zal ook bepalen welke materialen uit de haakarmbak(ken) ingezet worden, in overleg met de teams. Ook zal de OvD-G de inzet van de materialen op het rampterrein coördineren.

¹⁰ in plaats van een koffer kan ook een kleine kunststofbak zoals voor vliegenlamp in GNKc worden gebruikt.

¹¹ kan vervallen als het NRK voor het noodhulpteam bevoorradingsmechanismen heeft voorzien.

Bijlage 6 Waarnemingsformulieren t.b.v. toetsing GGB-model en processen

Waarnemingsformulier OvD-G GGB

R= regulier proces

V= voldoende

G= essentieel voor GGB

O= onvoldoende

K= koppelvlak* GGB

NWG= niet waargenomen

| 1. Uitgangspunten | | | V | OV | NWG |
|-------------------|-----|---|---|----|-----|
| R | 1.1 | Reageer direct op de oproep | | | |
| R | 1.2 | Denk aan de operationele middelen | | | |
| R | 1.3 | Uitruk conform Rijtechnische Richtlijnen Ambulancezorg | | | |
| R | 1.4 | De OVDG gaat altijd ter plaatse | | | |
| R | 1.5 | Plot je status op de portofoon | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 2. Bij alarm | | | V | OV | NWG |
|--------------|-----|---|---|----|-----|
| R | 2.1 | Bevestig het alarm en start logboek | | | |
| R | 2.2 | Neem portofonisch contact op met MKA | | | |
| R | 2.3 | Ontvang METHANE-bericht van de MKA | | | |
| R | 2.4 | Maak afspraak met MKA over communicatie | | | |
| G | 2.5 | Bepaal voorlopig inzetplan en opscrewing | | | |
| R | 2.6 | Bepaal de aanrijroute en ga ter plaatse | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 3. Bij inzet | | | V | OV | NWG |
|--------------|-----|---|---|----|-----|
| R | 3.1 | Plot op bij plaatsing eigen voertuig | | | |
| R | 3.2 | Check METHANE-bericht en vul aan | | | |
| G | 3.3 | Maak een (voorlopig) inzetplan en stel prioriteiten | | | |
| R | 3.4 | Informeer MKA (en ACGZ) op logische momenten | | | |
| G | 3.5 | Geef leiding aan en maak afspraken met geneeskundige eenheden ter plaatse | | | |
| R | 3.6 | Bepaal behoefte aan rust en aflossing | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 4. Leidinggeven | | | V | OV | NWG |
|-----------------|-----|---|---|----|-----|
| G | 4.1 | Check of veiligheidsmaatregelen door (aanrijdende) eenheden worden nageleefd | | | |
| G | 4.2 | Toetsende verkenning (assessment) van incidentlocatie en inschatten situatie (gevaren, grootte incidentterrein, bebouwing) | | | |
| G | 4.3 | Overweeg fysieke inrichting hulpverlening: aan- en afvoerroute ambulances, opstelplaats ambulances, locatie gewonden verzamelplaats, locatie opvang T3 en noodhulp, HAB GGB | | | |
| K | 4.4 | Wijs taakverantwoordelijken aan (1 ^e , 2 ^e en 3 ^e ambulance) | | | |
| K | 4.5 | Bepaal inzetvakken (bepaal afbakening in mono- en copi-overleg, teken inzetvakken met nummers op het plot, regel aansturing, eenheden per inzetvak, koppel per inzetvak aanspreekpunt aan de taakverantwoordelijke transport, regel afstemming en mono-overleg) | | | |
| K | 4.6 | Verdeel capaciteit (aantal ambulances, calamiteitenvoertuigen, noodhulpteams, MMT's, HAB) | | | |
| K | 4.7 | Maak afspraken over overlegmomenten en wijze van communiceren | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 5. Monodisciplinair overleg | | | V | OV | NWG |
|-----------------------------|-----|---|---|----|-----|
| K | 5.1 | Bepaal samenstelling monodisciplinair overleg | | | |
| K | 5.2 | Formuleer gemeenschappelijk beeld van het incident | | | |
| K | 5.3 | Werk in de BOB-structuur | | | |
| K | 5.4 | Bepaal thema's en prioriteiten | | | |
| K | 5.5 | Verstrek informatie en uit te voeren/uitgevoerde acties aan MKA en ACGZ | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 6. Motorkapoverleg (MKO) | | | V | OV | NWG |
|--------------------------|-----|---|---|----|-----|
| R | 6.1 | Maak contact met multidisciplinaire partners | | | |
| R | 6.2 | Formuleer een gemeenschappelijk beeld van het incident | | | |
| R | 6.3 | Adviseer vanuit geneeskundig perspectief over de multi-samenwerking | | | |
| R | 6.4 | Maak een inzetplan en verdeel de werkzaamheden | | | |
| R | 6.5 | Maak afspraken over volgorde MKO overleg | | | |
| K | 6.6 | Terugkoppeling aan MKA, OVDG/1 ^e ambulance en/of ACGZ | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 7. COPI-overleg | | | V | OV | NWG |
|-----------------|-----|---|---|----|-----|
| G | 7.1 | Vorm eenueel monodisciplinair beeld en bepaal je thema's | | | |
| G | 7.2 | Maak contact met multi-partners | | | |
| G | 7.3 | Vorm gemeenschappelijk beeld, bepaal multi-thema's en prioriteit | | | |
| G | 7.4 | Adviseer vanuit geneeskundig perspectief over de multi-samenwerking | | | |
| K | 7.5 | Terugkoppeling aan MKA, OVDG/1 ^e ambulance en/of ACGZ | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 8. Afschaling | | | V | OV | NWG |
|---------------|-----|---|---|----|-----|
| G | 8.1 | Schaal pas af na afstemming met overige partners | | | |
| G | 8.2 | Afschaling geneeskundige eenheden op basis van behoefte | | | |
| G | 8.3 | Afschaling communicatie terug naar regulier verbindingsschema | | | |
| K | 8.4 | Informeer MKA, OVDG/1 ^e ambulance en/of ACGZ | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

| 9. Nazorg | | | V | OV | NWG |
|-----------|-----|---|---|----|-----|
| G | 9.1 | Maak een inschatting van de behoefte aan nazorg van hulpverleners, slachtoffers en omstanders | | | |
| G | 9.2 | Maak afspraken over deelname aan nazorgtraject van ingezette eenheden | | | |
| G | 9.3 | Organiseer indien gewenst debriefing | | | |
| G | 9.4 | Denk aan operationele middelen | | | |

| 10. Evaluatie | | | V | OV | NWG |
|---------------|------|--|---|----|-----|
| G | 10.1 | Maak inzetrapportage en stuur deze naar ghor@vnog.nl | | | |
| G | 10.2 | Draag bij aan mono- en multidisciplinaire evaluatie | | | |

| 11. Specifiek GROEP | | | V | OV | NWG |
|---------------------|--------|--|---|----|-----|
| | 11.1 | Bij Medische Milieukunde | | | |
| R | 11.1.1 | Laat de MKA bij inzet MMK-proces de GAGS alarmeren | | | |
| R | 11.1.2 | Ontvang bericht GAGS | | | |
| R | 11.1.3 | Bepaal behoefte, aard en omvang van de inzet | | | |
| R | 11.1.4 | Informeer GAGS/vraag telefonisch contact | | | |
| R | 11.1.5 | Informeer ACGZ | | | |
| | 11.2 | Bij infectieziekte | | | |
| R | 11.2.1 | Laat de MKA bij infectieziekte GGD-arts infectieziekte alarmeren | | | |
| R | 11.2.2 | Ontvang bericht GGD-arts | | | |
| R | 11.2.3 | Bepaal behoefte, aard en omvang van de inzet | | | |
| R | 11.2.4 | Informeer arts GGD/vraag telefonisch contact | | | |
| R | 11.2.5 | Informeer ACGZ | | | |
| | 11.3 | Bij ingrijpende gebeurtenissen/psychosociale hulpverlening | | | |
| G | 11.3.1 | Maak inschatting van de behoefte aan psychosociale hulpverlening en meld dit aan de ACGZ | | | |
| K | 11.3.2 | In geval van andere zorg aan reguliere slachtofferhulp of bedrijfsopvang, ga in overleg met ACGZ | | | |
| | * | Kopwielak = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | |

Waarnemingsformulier taakverantwoordelijken GGB

R= regulier proces

V= voldoende

G= essentieel voor GGB

O= onvoldoende

K= koppelvlak* GGB

NWG= niet waargenomen

| 1. Inzet als taakverantwoordelijke coördinatie/1 ^o ambulance | | V | OV | NWG | |
|---|-----|---|----|-----|--|
| R | 1.1 | Is in staat om grootschalige hulpverlening te coördineren volgens LPA8 protocol 2.1 | | | |
| G | 1.2 | Verkennen (assessment) van incidentlocatie en inschatten situatie (gevaaren, grootte incidentterrein, bebouwing) | | | |
| G | 1.3 | SITRAP n.a.v. METHANE versturen naar MKA | | | |
| G | 1.4 | Maak overzicht/situatieschets (plot) van incident | | | |
| G | 1.5 | Overweeg fysieke inrichting hulpverlening: aan- en afvoerroute ambulances, opstelplaats ambulances, locatie gewondennest, locatie opvang T3 en noodhulp | | | |
| G | 1.6 | Stem fysieke inrichting af met OVDG, politie en brandweer | | | |
| G | 1.7 | Overhandig overzicht/situatieschets aan OVDG | | | |
| G | 1.8 | Wees alert op veranderingen en noteer bevindingen | | | |
| K | 1.9 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers | | | |

| 2. Inzet als taakverantwoordelijke (primaire) triage | | V | OV | NWG | |
|--|-----|--|----|-----|--|
| R | 2.1 | Is zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van de primaire triage of delegeer dit (bij meer dan 20 slachtoffers) aan meerdere ambulance teams | | | |
| R | 2.2 | Zie toe dat de triage wordt gedaan volgens protocol LPA8 protocol 2.2 | | | |
| G | 2.3 | Zie toe op gebruik gewondenkaarten | | | |
| G | 2.4 | Organiseer hulp (van brandweer en burger) voor transport naar gewondennest (T1 en T2) en/of verzamel/verzorgingslocatie (T3) | | | |
| G | 2.5 | Registreer optiesom getraumeerde slachtoffers en communiceer dit met de OVDG | | | |
| K | 2.6 | Draag zorg voor overdracht slachtoffers aan TV Treatment | | | |
| K | 2.7 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers | | | |

| 3. Inzet als taakverantwoordelijke treatment T1 en T2 | | V | OV | NWG | |
|---|------|--|----|-----|--|
| G | 3.1 | Markeren en bepaal locatie gewondenverzamelplaats en stel de indeling, behandelplek en inrichting van de verzamelplaats vast | | | |
| G | 3.2 | Vraag om/organiseer voldoende personeel | | | |
| G | 3.3 | Verdeel capaciteit en inrichtingsactiviteiten | | | |
| G | 3.4 | Zie toe op gebruik gewondenkaart en registratie in de gewondenverzamelplaats | | | |
| G | 3.5 | Coördineer de logistieke voorzieningen | | | |
| G | 3.6 | Bewaak de ontwikkeling van het patiëntenaanbod | | | |
| G | 3.7 | Bewaak de veiligheid, orde en structuur in een gewondenverzamelplaats | | | |
| K | 3.8 | Neem (in overleg met/opdracht van de OVDG) aanvullende maatregelen (bijstand) om de ontwikkeling van het incident op te vangen | | | |
| K | 3.9 | Stem af met de TV transport over afvoer/transport gewonden | | | |
| K | 3.10 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers | | | |

| 4. Inzet als taakverantwoordelijke secundaire triage/treatment T3 | | | V | OV | NWG |
|---|-----|--|---|----|-----|
| G | 4.1 | Maak plan voor secundaire triage | | | |
| K | 4.2 | Vraag benodigde capaciteit (RAV, MMT, HA) aan bij OVDG | | | |
| R | 4.3 | Zie toe op/verricht zelf triage conform LPA 8 protocol 2.3 | | | |
| K | 4.4 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers | | | |

| 5. Inzet als taakverantwoordelijke gewondenspreiding op MKA | | | V | OV | NWG |
|---|-----|---|---|----|-----|
| G | 5.1 | Alarmeer buddy MKA | | | |
| G | 5.2 | Creëer capaciteit coördinatie gewondenvervoer | | | |
| G | 5.3 | Schakel buddy in voor inventarisatie MBC bij ziekenhuizen in afgesproken straal rond incident | | | |
| G | 5.4 | Informeert ontvangende ziekenhuizen | | | |
| G | 5.5 | Spreading gewonden met inachtneming actuele MBC bij ziekenhuizen/letsels/LPA protocol 2.3 | | | |
| K | 5.6 | Stem met OVDG af over inzet calamiteitenhospitaal Utrecht | | | |
| K | 5.7 | Deel patiëntgegevens volgens afspraken met de GHOR | | | |
| K | 5.8 | Stem af met en informeer de taakverantwoordelijken ter plaatse | | | |
| K | 5.9 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers | | | |

| 6. Inzet als taakverantwoordelijke transport in het veld | | | V | OV | NWG |
|--|-----|--|---|----|-----|
| K | 6.1 | Maak werkafspraken met OVDG over rolinvulling | | | |
| K | 6.2 | Organiseer in opdracht van de OVDG een ambulance station | | | |
| K | 6.3 | Vraag MKA om een overzicht van de MIST en opname stops van SEH's en pas het gewondenspreidingsplan aan | | | |
| G | 6.4 | Registreer slachtoffers t.b.v. landelijk gewondenkaart | | | |
| G | 6.5 | Maak een overzicht (via OVDG/TV treatment) t.b.v. de MKA en GHOR van: <ul style="list-style-type: none"> - het totaal nog te vervoeren slachtoffers - slachtoffers die vervoer gereed zijn (afhaallocatie, triagecategorie/prio) - slachtoffers die vervoerd zijn (bestemming en ambulnummer) | | | |
| G | 6.6 | Wijst op basis van het gewondenspreidingsplan voor elk slachtoffer een bestemming (ziekenhuis) aan | | | |
| K | 6.7 | Geef aan de ambulances op de Ambstat vervoersopdrachten uit: afhaallocatie, route naar afhaallocatie, triagecategorie, afvoerroute en bestemming, laat ambu MIST geven aan ziekenhuis | | | |
| K | 6.8 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG, TV treatment en MKA | | | |
| | * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers | | | |

Waarnemingsformulier teamleider Noodhulpteam GGB

R= regulier proces

V= voldoende

G= essentieel voor GGB

O= onvoldoende

K= koppelvlak* GGB

NWG= niet waargenomen

| 1. Uitgangspunten | | | V | OV | NWG |
|-------------------|---|--|---|----|-----|
| G | 1.1 | Reageer direct op de oproep | | | |
| G | 1.2 | Denk aan de operationele middelen en kleding | | | |
| G | 1.3 | Verzamel bij uitgangstelling en wacht op definitieve inzetopdracht | | | |
| G | 1.4 | Plot je status op de portfoon | | | |
| * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | | |

| 2. Bij alarm | | | V | OV | NWG |
|--------------|---|--|---|----|-----|
| G | 2.1 | Bevestig het alarm en start logboek | | | |
| G | 2.2 | Neem portofonisch contact op met MKA | | | |
| G | 2.3 | Ontvang METHANE-bericht van de MKA | | | |
| K | 2.4 | Maak afspraken met MKA over communicatie, vraag naar inzetlocatie, wie u ziele moet melden en welke rol/taak u met uw team heeft | | | |
| G | 2.5 | Verzamel een noodhulpteam van minimaal 4 en maximaal 6 personen | | | |
| G | 2.6 | Bepaal de aanrijroute en ga met uw noodhulpteam ter plaatse | | | |
| * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | | |

| 3. Bij inzet | | | V | OV | NWG |
|--------------|---|---|---|----|-----|
| G | 3.1 | Let op bij plaatsing noodhulpteamsttuig | | | |
| K | 3.2 | Meld u op de inzetlocatie bij de OVDG | | | |
| G | 3.3 | Maak een werkverdeling en communiceer dit met uw team | | | |
| G | 3.4 | Stem de portofonische verbinding af op basis van uw rol/taak, conform verbindingsschema GHOR | | | |
| G | 3.5 | Geef leiding aan en maak afspraken over inzet en aflossing met uw noodhulpteamleden | | | |
| G | 3.6 | Zorg dat de noodzakelijke registratie van T3 slachtoffers wordt uitgevoerd | | | |
| K | 3.7 | Geef opdracht voor de OVDG aanwijzingen aan uw noodhulpteamleden | | | |
| K | 3.8 | Stem inzet af met taakverantwoordelijke secundaire triage, eventueel teamleider PSHOR en/of teamleider Bevolkingszorg | | | |
| G | 3.9 | Adequaat omgaan met (sociale) media en pers in de T3-V, zoals beschreven in de Noodhulpmodule | | | |
| K | 3.10 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG | | | |
| * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | | |

| 4. Leidinggeven | | | V | OV | NWG |
|-----------------|---|---|---|----|-----|
| G | 4.1 | Check of veiligheidsmaatregelen door uw noodhulpteamleden worden nageleefd | | | |
| K | 4.2 | Maak afspraken met noodhulpteamleden en taakverantwoordelijke secundaire triage en/of OVDG over overlegmomenten en wijze van communiceren | | | |
| K | 4.3 | Rapporteer, informeer en adviseer OVDG | | | |
| * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | | |

| 5. Monodisciplinair overleg | | | V | OV | NWG |
|-----------------------------|---|---|---|----|-----|
| G | 5.1 | Neem indien gewenst deel aan monodisciplinair overleg onder leiding van de OVDG | | | |
| G | 5.2 | Formuleer uw beeld van het incident | | | |
| G | 5.3 | Werk in de BOB-structuur | | | |
| K | 5.4 | Verstrek informatie en status van de uit te voeren/uitgevoerde acties aan OVDG en taakverantwoordelijke secundaire triage | | | |
| * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | | |

| 6. Afschaling | | | V | OV | NWG |
|---------------|---|--|---|----|-----|
| K | 6.1 | Schaal pas af na toestemming van OVDG en taakverantwoordelijke secundaire triage | | | |
| K | 6.2 | Afschaling noodhulpteam na overdracht aan Teamleider Bevolkingszorg | | | |
| G | 6.3 | Afschaling communicatie terug naar regulier verbindingsschema | | | |
| K | 6.4 | Informeer OVDG en taakverantwoordelijke secundaire triage | | | |
| * | Koppelvlak = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers | | | | |

VERVALLEN