

# Leidraad GGB 2.1



## Grootschalige Geneeskundige Bijstand

versie 2.1 | maart 2023

## Colofon

Eindredactie: Carian Cools, projectleider Leidraad GGB, NIPV

Deze leidraad is tot stand gekomen in samenwerking met het programmateam GGB, dat in deze functioneert als redactieraad, bestaande uit:

- > Jan van Leeuwen, Henk Ruessink, vertegenwoordigers van GGD GHOR Nederland
- > Arjan de Kreek, AZN
- > Maurice Peters, LNAZ
- > Koert van Riemsdijk-Karman, Rode Kruis
- > Will van Roessel, Gerrit Tichelaar, NIPV

© NIPV - maart 2023

Noot: de geldende actuele versie is te raadplegen op de website van het NIPV.

Fotografie: Rode Kruis, NIPV, Erik Hijweege, Seijbel Photography, Rob Kruitwagen, Jeffrey van Buuren Fotografie.

# INHOUDSOPGAVE

Inleiding	5
Leeswijzer	7
<b>1. Beschrijving uitgangspunten, inhoud en werking GGB-model</b>	<b>8</b>
1.1 Achtergrond en aanleiding	
1.2 Betrokken partijen	9
1.3 Algemene uitgangspunten	9
1.4 Integrale onderdelen	10
1.5 Geneeskundige uitgangspunten GGB-model	11
1.6 Werking van het GGB-model in de praktijk	13
1.7 Aanvullingen op het landelijk model	14
<b>2. Melding: Alarmering en Opschaling</b>	<b>15</b>
2.1 Alarmering	15
2.1.1 Alarmering meldkamer	15
2.1.2 Alarmering eenheden	15
2.2 Opkomst gealarmeerde eenheden	18
2.2.1 Ambulancehulpverlening	18
2.2.2 OvD-G	18
2.2.3 MMT	18
2.2.4 Noodhulpteam	18
<b>3. Respons</b>	<b>20</b>
3.1 Leiding en coördinatie	20
3.1.1 Taakverantwoordelijke Command en control	20
3.1.2 OvD-G	20
3.2 Opkomst en aankomst eenheden	23
3.3 Primaire processen plaats incident	23
3.3.1 Primaire Triage slachtoffers	24
3.3.2 T1 en T2 slachtoffers: treatment	26
3.3.3 T1 en T2 slachtoffers: transport	26
3.3.4 Taakverantwoordelijke Loodspost	29
3.3.5 T3 slachtoffers: secundaire triage en treatment	29
3.4 Registratie	32
3.4.1 Slapwraps	32
3.4.2 Slachtofferregistratieformulier	32
3.4.3 Registratie vervoer	32

<b>4.</b>	<b>Afschalen en nazorg</b>	<b>35</b>
4.1	Besluit afschalen	35
4.2	Nazorg	35
<b>5.</b>	<b>Aanvullende afspraken scenario's</b>	<b>37</b>
5.1	Scenario TGB	37
5.2	Scenario Overstroming	37
5.3	Scenario Brandwonden	38
5.4	Scenario CBRN	38
<b>6.</b>	<b>Preparatie</b>	<b>39</b>
6.1	RAV	39
6.2	MMT	39
6.3	GHOR	40
6.4	Rode Kruis	40
6.5	NIPV	40
<b>7.</b>	<b>Opleiden, trainen, oefenen</b>	<b>42</b>
7.1	Vakbekwaamheid	42
7.2	RAV	42
7.3	MMT	43
7.4	GHOR	43
7.5	Rode Kruis	43
<b>8.</b>	<b>Borging en doorontwikkeling GGB model</b>	<b>45</b>
8.1	GHOR en NIPV	45
8.2	RAV en MMT	45
8.3	Rode Kruis	46

## Bijlagen:

Bijlage 1	Taakkaart Ambulancebijstand en taakkaart Gewondenspreiding	49
Bijlage 2	Woordenlijst	51
Bijlage 3	Inhoud/uitrusting calamiteitenvoertuig/noodhulpvoertuig	53
Bijlage 4	Positie van het MMT bij GGB	54
Bijlage 5	Multidisciplinaire afspraken bij extreem geweld voor first responders	57
Bijlage 6	Commander's Intent: uitgangspunten voor medische hulpverlening bij terrorisme gevolgbestrijding	59
Bijlage 7	Landelijke Protocol Coördinatie Grootchalige Brandwonden Incidenten	61
Bijlage 8	Handreiking GGB bij internationale verzoeken	64
Bijlage 9	Relevante documenten	68
Bijlage 10	Waarnemingsformulieren voor toetsing GGB-model	70

# Inleiding

De leidraad Grootchalige Geneeskundige Bijstand (GGB) biedt de borging voor de gemeenschappelijke uitgangspunten en werkwijze van het GGB-model.

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. Op basis van de opgedane ervaringen, oefeningen en systeemtesten, nieuwe inzichten en aanpassingen in de reguliere dagelijkse werkwijze bij partijen is er nu een geactualiseerde versie 2.0 van de leidraad GGB gemaakt. 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 **doelgroep** voor deze leidraad GGB is primair 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 GGB 1.0 is sinds 1 januari 2016 het vastgestelde kader voor de uitvoering en organisatie van grootschalige geneeskundige bijstand. Doelmatigheid, flexibiliteit, verbeteren van de responstijd en 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 noodzakelijk is, is het GGB-model overal in het land toepasbaar. Het uitgangspunt is immers, dat er een landelijk bijstandskoncept beschikbaar is, wat een landelijke werkwijze vergt. De formele status van de leidraad moet gezien worden als professionele veldnorm, waar de betrokken organisaties zich landelijk bestuurlijk aan verbonden hebben. De leidraad is een dynamisch instrument, dat op basis van ervaringen en voortschrijdend inzicht periodiek bijgesteld wordt.

De leidraad bestaat uit een beschrijving van de uitgangspunten en inhoud van het GGB-model, een beschrijving van de operationele processen, koppelvlakken en de veldnormen en een aantal aandachtspunten voor specifieke scenario's. Een aantal bijlagen zijn ondersteunend aan de operationele beschrijving.

Het landelijke bijstandsmodel GGB is vastgesteld in het Veiligheidsberaad van 28 november 2014, na het doorlopen van een besluitvormingstraject bij de participanten. Op grond van opgedane ervaringen wordt het model periodiek waar nodig bijgesteld, wat zich vertaalt in een aanpassing van de leidraad. De huidige aanpassingen zijn nog technisch van aard. In 2021 is een discussie over verdere doorontwikkeling voorzien in relatie tot de afspraken tussen partijen over GGB na 2021. Op basis daarvan zal bezien worden of inhoudelijke en organisatorische aanpassingen aan de orde zullen komen. De actueel geldende versie is te raadplegen op de website van het NIPV. De nu voorliggende versie geldt vanaf 4 januari 2023 en bevat technische wijzigingen t.o.v. de versie 2.0, die vanaf januari 2021 van kracht was.

Een webversie van deze leidraad is via de website [www.ggbleidraad.nl](http://www.ggbleidraad.nl) beschikbaar.

Het beheer van de leidraad als kennisdocument is belegd bij het NIPV, onder aansturing van betrokken partijen.

De Leidraad moet gezien worden in samenhang met relevante documenten (zie bijlage 9), welke onder verantwoordelijkheid van participanten zijn vastgesteld. De leidraad identificeert deze, en zorgt voor verbinding.



# Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven we de uitgangspunten, doelstelling en inhoud voor het model voor Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB). Eerst wordt de achtergrond en aanleiding geschetst. Vervolgens wordt ingegaan op de huidige uitgangspunten en tot slot wordt beschreven hoe een en ander in de praktijk verloopt.

In hoofdstuk 2 beschrijven we procesmatig wat er gebeurt vanaf het moment van melding van een incident bij de meldkamer; de opschaling en 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.

In hoofdstuk 3 beschrijven we hoe de daadwerkelijk (operationele) uitvoering c.q. respons op de plaats incident eruit ziet. Wat gebeurt er vanaf het moment van aankomst van de eerste ambulance en eenheden op de plaats incident en welke processen worden er opgestart en uitgevoerd op de plaats incident. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.

In hoofdstuk 4 beschrijven we wat er gebeurt vanaf het moment van afschalen en wordt de relatie met nazorg aangegeven. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.

In hoofdstuk 5 beschrijven we per scenario beknopt welke aandachtspunten c.q. aanvullende afspraken er per specifieke scenario gelden.

In hoofdstuk 6 beschrijven we hoe de verschillende partners zich in preparatieve zin voorbereiden op een incident. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.

In hoofdstuk 7 beschrijven we 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.

In hoofdstuk 8 beschrijven we hoe de verschillende partners borgen dat het GGB model blijft werken zoals het bedoeld is en dat het GGB model conform de hierover gemaakte afspraken wordt uitgevoerd.

# 1 Beschrijving uitgangspunten, inhoud en werking GGB model

*In dit hoofdstuk beschrijven we de uitgangspunten en inhoud voor het model voor Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB). Eerst wordt de achtergrond en aanleiding geschetst. Vervolgens wordt ingegaan op de huidige uitgangspunten en tot slot wordt beschreven hoe een en ander in de praktijk verloopt.*

## 1.1 Achtergrond en aanleiding

Zorginstellingen hebben ook bij grootschalige incidenten een verantwoordelijkheid om 'verantwoorde zorg' te bieden. Het wettelijk kader biedt een algemeen kader. Gesproken wordt over *verantwoorde zorg, waar aantoonbaar planvorming en voorbereiding op moet plaats vinden.*

De basis voor opgeschaalde acute zorg ligt in het reguliere gezondheidszorgproces. Bij calamiteiten is dit reguliere proces het vertrekpunt voor zorg, maar er is wel een aantal aanpassingen nodig om grotere aantallen patiënten (slachtoffers) in zorg te krijgen. Bij een calamiteit is er niet alleen sprake van een groot aantal slachtoffers tegelijkertijd, maar er is ook sprake van een turbulente omgeving, chaos en een verstoorde infrastructuur. Daarom is er een specifiek model ontwikkeld om de zorg in deze situatie te laten functioneren: het model voor grootschalige geneeskundige bijstand (GGB). De reikwijdte van de GGB betreft de prehospitalische grootschalige acute geneeskundige bijstand, buiten de huisartsenpraktijk. We gaan bij GGB momenteel niet uit van een reguliere rol van huisartsen(posten) in de bijstandsverlening. Dat laat onverlet, dat huisartsen eventueel wel ingezet<sup>1</sup> kunnen worden.

De hulpverlening is regionaal georganiseerd. Omdat bij grotere aantallen slachtoffers de hulp- en zorgcapaciteit van een regio snel zal overschrijden is bijstandsverlening uit andere regio's nodig. Om dat effectief te laten verlopen is een uniforme benaderingswijze nodig. GGB is ontwikkeld om daar in te voorzien.

Richtinggevend geldt, dat het GGB-model in staat is om op een kwalitatief goede manier 250 gewonden te kunnen triëren, stabiliseren, behandelen c.q. verzorgen en, afhankelijk van de ernst van de verwonding, te kunnen transporteren voor eventueel verdere behandeling. Het meest voor de hand liggende 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 aangehouden<sup>2</sup>. In het visiedocument van maart 2012 wordt benadrukt

<sup>1</sup> In sommige regio's is geëxperimenteerd met de inzet van huisartsen in de T3 verzorglocatie

<sup>2</sup> Deze indeling is overgenomen uit de Leidraad Operationele Prestaties, 2001



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 vanuit de huidige beschikbare capaciteit, 250 slachtoffers adequaat geholpen kunnen worden.

Dit aantal moet echter niet in absolute termen gedefinieerd worden. 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, zowel voor kleinere als grotere aantallen slachtoffers. Het GGB model is ontwikkeld op basis van bovenstaande geschetste situatie. In de loop van de tijd, sinds de invoering van het GGB model, is het wens geuit om het model zodanig aan te scherpen dat het voldoet voor meerdere scenario's en daarmee dus voor diverse slachtofferaantallen, letseltypen en wisselende partijen. Daarbij is wel aangegeven dat het uitgangspunt is dat we vasthouden aan de inhoudelijke uitgangspunten van het GGB model. In de praktijk van de afgelopen jaren, waarbij verschillende regio's GGB oefeningen met verschillende scenario's en grote slachtofferaantallen hebben uitgevoerd, is gebleken dat het GGB model daarbij werkbaar is.

## 1.2 Betrokken partijen

Er zijn meerdere partijen betrokken bij het invulling geven aan grootschalige geneeskundige hulpverlening (GGB). Elke partij heeft zijn eigen taken binnen GGB. De landelijke partijen die samenwerken binnen GGB zijn:

- > Ambulancezorg Nederland
- > LNAZ
- > GHOR (GGD GHOR Nederland)
- > Rode Kruis
- > NIPV

## 1.3 Algemene uitgangspunten

Het GGB-model zorgt tijdens crisissituaties voor een grotere slagkracht in de geneeskundige hulpverlening, omdat de reguliere processen van betrokken organisaties worden opgeschaald en de afstemming tussen de verschillende onderdelen optimaal is. Bovenop deze maximale inzet van de capaciteit van de acute zorg wordt binnen dit model ter aanvulling en ondersteuning ook gebruik gemaakt van de inzet van vrijwilligers in georganiseerd verband, de Noodhulpteams van het Rode Kruis.

Het model bestaat uit een vijftal integrale functionele onderdelen:

1. Adequate opgeschaalde ambulancezorg
2. Mobiele medische teams (MMT's)
3. Regie en coördinatie vanuit de GHOR, als ook borging van de ketenkwaliteit
4. Noodhulpteams van het Rode Kruis.

De slagkracht van het landelijke GGB-model is afhankelijk van de optimale samenwerking en afstemming van de ketenpartners, waarbij elke afzonderlijke partij binnen het GGB-model een zelfstandige verantwoordelijkheid voor de eigen kwaliteit en uitvoering heeft.

## 1.4 Integrale onderdelen

### Opgeschaalde ambulancezorg

Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) zijn verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg onder opgeschaalde omstandigheden op grond van de wettelijke bepalingen in de zorgwetgeving. Het vertrekpunt voor GGB is de regulier opgeschaalde ambulancezorg. Voor de ambulancesector betekent dit het optimaliseren van haar beschikbare capaciteit. Bij grote incidenten wordt, naast ambulancebijstand van andere regio's, ook gebruik gemaakt van de inzet van vrij (eigen) ambulancepersoneel. Zij begeven zich onder andere als calamiteitenteam, met behulp van het calamiteitenvoertuig, in calamiteitsituaties naar de plaats incident. In het calamiteitenvoertuig zit extra medisch materiaal en een shelter<sup>3</sup> om ook onder slechte (weers-)omstandigheden te kunnen werken. Om e.e.a. te coördineren zijn voor de diverse processen taakverantwoordelijken benoemd.

### Mobiele Medische Teams (MMT)

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 de koepels afgestemd. De alarmering van het MMT vindt plaats door toedoen van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). Voor opgeschaalde situaties heeft AZN in haar opschalingsplan een standaard inzet voorstel uitgewerkt. 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. De MMT's zijn verantwoordelijk voor het leveren van medische zorg aan zwaar gewonde slachtoffers als beschreven in de richtlijn voor Mobiele Medische Teams. De medische verantwoordelijkheid ligt bij het MMT, op de plaats incident wordt het MMT aangestuurd door de OvD-G. De MMT inzet is flexibel en de rol van het MMT kan wisselen gedurende het incident, afhankelijk van welke zorg er op welk moment nodig is.

### GHOR

De GHOR is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie in de geneeskundige (witte) kolom. Vanuit deze taak stemt de GHOR af met de verschillende ketenpartners in de witte kolom, om tot een goede aansluiting op elkaar te komen (organisatie en samenwerking in de keten). De GHOR sluit daarom op het niveau van de Veiligheidsregio's convenanten met de RAV en het Rode Kruis. Zorginstellingen hebben de wettelijke opdracht om zich aantoonbaar voor te bereiden op opgeschaalde zorg. De GHOR monitort per regio en op landelijk niveau de optimale werking van de ketensamenwerking. Daartoe moet ook de samenwerking voorbereid en beoefend worden. De GHOR zet in de warme fase binnen de crisisstructuur haar OvD-G (Officier van Dienst Geneeskundig) in. De OvD-G is een crisisrol en vervult een coördinerende taak op de plaats incident. De OvD-G is de hoogst leidinggevende van de geneeskundige hulpverlening op de plaats incident. De OvD-G stuurt daarmee de verschillende taakverantwoordelijken van de RAV, de teamleider van het NHT en het MMT aan. Daarnaast werkt de OvD-G multidisciplinair samen in een CoPI (Commando Plaats Incident).

<sup>3</sup> Een tent voor noodgevallen, wanneer er geen locatie dichtbij beschikbaar is om als gewondenverzamelplaats/ verzorglocatie in te richten

## **Noodhulpteams (NHT)**

De aandacht van de Noodhulpteams gaat tijdens grote incidenten uit naar de lichtgewonde slachtoffers (T3 slachtoffers). Doordat de Noodhulpteams deze groep snel kunnen opvangen en adequate verzorging kunnen bieden, hebben de ambulancehulpverleners de handen vrij voor de zwaargewonden (T1 en T2 slachtoffers). De leden van de Noodhulpteams hebben een specifieke opleiding gevolgd, waarin zij geleerd hebben te werken onder opgeschaalde omstandigheden conform het GGB-model. Het Rode Kruis heeft in iedere Veiligheidsregio de beschikking over een noodhulpvoertuig, uitgerust met materialen en een shelter<sup>4</sup>. Voor opgeschaalde situaties is in het opschalingsplan een standaard inzet uitgewerkt voor het Rode Kruis. Het Noodhulpteam wordt door de OvD-G via de Meldkamer Ambulancezorg gealarmeerd.

## **Landelijk uniform basismodel**

Indien een regio in Nederland getroffen wordt door een groot incident is 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 zouden moeten worden. Landelijke uniformiteit geldt ook voor de functienamen, invulling van de rollen, de herkenbaarheid van medewerkers en voertuigen en hulpverleningsmaterialen. Dit om ten tijde van een bovenregionale c.q. landelijke crisis zo optimaal mogelijk met elkaar samen te kunnen werken, omdat men elkaars werkwijze kent en elkaars taal spreekt.

## **1.5 Geneeskundige uitgangspunten GGB-model**

Het belangrijkste uitgangspunt van GGB is: *het snel vervoeren van ernstig gewonde slachtoffers naar het ziekenhuis.*

In dat kader worden een aantal geneeskundige uitgangspunten gehanteerd:

### **Scoop en run**

*Slachtoffers zo snel mogelijk vervoeren naar ziekenhuizen ('scoop en run'), omdat ze dan de grootste overlevingskans hebben. Waar nodig, zoals in geval van een grote bloeding en/of bedreigde ademweg, zal de ambulancezorg op de plaats incident levensreddende handelingen verrichten.*

### **Scheiden van slachtofferstromen**

*Ernstig gewonde slachtoffers (T1 en T2) scheiden van de minder ernstig gewonde slachtoffers (T3). De T1 en T2 slachtoffers worden behandeld en vervoerd door de ambulancemedewerkers, volgens het principe 'scoop en run'. Doordat de noodhulpteams de T3 slachtoffers snel kunnen opvangen en adequate verzorging kunnen bieden, hebben de ambulancehulpverleners de handen vrij voor de zwaargewonden (T1 en T2 slachtoffers).*

---

<sup>4</sup> Een tent voor noodgevallen, wanneer er geen locatie dichtbij beschikbaar is om als gewondenverzamelplaats/ verzorglocatie in te richten

## **Medische verantwoordelijkheid en T3-slachtoffers**

De medische verantwoordelijkheid voor de T3-slachtoffers ligt ook bij de ambulancezorg. We weten uit ervaring dat er voldoende aandacht aan de T3-slachtoffers besteed moet worden: daarom dient er een secundaire triage door een professional (zoals ambulance hulpverlener, MMT of huisarts) te hebben plaatsgevonden. Maar T3-slachtoffers hebben daarnaast ook aandacht nodig, zoals een arm om de schouder. Die zorg kan verleend worden door de leden van het noodhulpteam van het Rode Kruis. Doordat de noodhulpteams de T3-slachtoffers snel kunnen opvangen en adequate verzorging kunnen bieden, hebben de ambulancemedewerkers hun handen vrij voor de hulpverlening aan de ernstig gewonde slachtoffers.

## **Ambulancebijstand en gewondenspreiding**

Vanuit de meldkamer kan het *ambulancebijstandplan* in werking worden gesteld. Op basis van dit plan worden ambulances uit de buurregio's opgeroepen om bijstand te verlenen bij een incident. De hoeveelheid ambulances per regio is afhankelijk van de beschikbare ambulances op dat moment en de benodigde restcapaciteit per regio. Een *gewondenspreidingsplan* is een voorbereidingsplan waarin in volgorde van afstand de ziekenhuizen staan vermeld, met onder andere de medische behandelcapaciteit per ziekenhuis. De meldkamer heeft hier een overzicht van en vraagt dit uit bij de ziekenhuizen. Dit plan is de basis voor de verdeling van slachtoffers onder de ziekenhuizen.

## **Extra vervoersmiddelen en extra in te zetten ambulancecapaciteit**

Daartoe heeft iedere RAV een *calamiteitervoertuig(en)* en wordt 'vrij' ambulancepersoneel ingezet om extra capaciteit te genereren.

## **Coördinatiemechanismen**

Naast het feitelijk transport van slachtoffers is er ten behoeve van GGB inzet aanvullende coördinatie noodzakelijk. Het gaat dan om het coördineren van deelprocessen en om coördinatie van in te zetten personeel en middelen tijdens de inzet.

De GHOR is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie van de geneeskundige hulpverlening ten tijde van een crisis. De GHOR levert een OvD-G<sup>5</sup> voor het coördineren van het geneeskundig proces op de plaats incident. De ambulancezorg werkt met taakverantwoordelijken die de inhoudelijke processen Command en Control, Triage, Treatment, Transport, Secundaire Triage en Loodspost coördineren en organiseren.

## **1.6 De werking van het GGB-model in de praktijk**

Tijdens de medische hulpverlening bij een groot incident met veel slachtoffers zijn er verschillende fasen te onderkennen. Die doen zich voor in tijdsintervallen met een verschillend karakter. De fasen zijn niet strikt te scheiden, in de praktijk zullen de fasen geleidelijk in elkaar overlopen.

---

5 Of meerdere indien nodig

### **0 – 5 minuten: fase van chaos na een incident**

De eerste emoties van betrokkenen en omstanders zijn die van verbazing, angst, ongeloof en ontredding. Vrij snel herpakken enkelen zich en gaan hulp verlenen. Niet alle betrokkenen en omstanders zullen dit doen; wie kennis heeft van EHBO of anderszins medisch geschoold is, zal eerder bereid zijn te helpen. Deze omstanders brengen slachtoffers eerst in veiligheid, ze alarmeren de hulpdiensten en gaan over tot het verlenen van eerste hulp. De hulpverlening verloopt in deze fase ongecoördineerd.

### **5 – 15 minuten: Fase van inventarisatie en triage door de hulpdiensten**

De gealarmeerde hulpdiensten – waaronder ambulances – komen ter plaatse. De ambulancemedewerkers geven een situatiebeeld. De eerste ambulance (TV command en control) neemt de leiding. De ambulancemedewerkers maken een inventarisatie van het aantal gewonden en de mate van verwondingen. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen de zwaargewonden (T1/T2) en lichtgewonden (T3). Doel van dit proces is het optimaal inzetten van beschikbare capaciteit en middelen om zoveel mogelijk slachtoffers te redden en zoveel mogelijk (permanent) letsel te voorkomen. In deze fase zijn – naast hulpverlenende omstanders – slechts een beperkt aantal professionele medische hulpverleners op de rampplek aanwezig. Het is de bedoeling dat er een goede samenwerking tussen deze groepen ontstaat. Bij de meldkamer wordt het protocol Opgeschaalde ambulancezorg gevolgd. Het protocol Opgeschaalde ambulancezorg bestaat globaal uit:

- > Het alarmeren van benodigde ambulances en MMT teams
- > Het oproepen van de OvD-G en afkondigen GRIP-structuur<sup>6</sup>
- > Ambulancebijstand van naburige regio's
- > Starten procedure voor de inzet van roostervrij personeel RAV en inzet van Noodhulpteams van het Rode Kruis.

RAV calamiteitenteams en Rode Kruis Noodhulpteams gaan met voertuigen en uitrusting naar de plaats incident.

### **15 – 45 minuten: Fase van optimale samenwerking tussen RAV, MMT, zorgprofessionals en Noodhulpteams**

De OvD-G, het MMT, Calamiteitenteams en Noodhulpteam(s) komen ter plaatse. De leiding wordt genomen door de OvD-G en de chaos gaat geleidelijk over in orde. Er geldt een duidelijke taakverdeling tussen de teams als het gaat om de zorg voor gewonden. De ambulanceprofessionals en MMT's concentreren zich op de zwaargewonde slachtoffers. De taakverantwoordelijken Triage, Treatment en Transport coördineren hun processen.

De Noodhulpteams verzorgen de lichtgewonden (T3-slachtoffers). De Taakverantwoordelijke Secundaire Triage coördineert in nauwe afstemming met de Teamleider Noodhulpteam dit proces in de T3 verzorglocatie. Indien er een Loodspost wordt ingesteld is het nodig dat er één eenheid aangewezen wordt als Taakverantwoordelijke Loodspost.

<sup>6</sup> Dit punt is uitgewerkt in het 'model opschalingsplan ambulancezorg 2014', dat mede is vastgesteld door de Raad van RGF'en

Deze eenheid zal op de Loodspost de coördinatie op zich nemen en de aankomende ambulances informeren en instrueren. In deze fase is ook de samenwerking met politie en brandweer (multi) essentieel, dat gebeurt in het motorkapoverleg, in het kader van snelle command en control en de verdeling van taken door de ambulance. De multidisciplinaire afstemming is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de Taakverantwoordelijke Command en control en dit wordt later overgedragen aan de OvD-G.

#### **45 – 120 minuten: Fase van uitbreiding en opvolging**

Extra hulpverleningscapaciteit uit de rest van het land komt ter plaatse op de plaats incident. De zwaarst gewonde slachtoffers zijn dan in principe al getransporteerd naar diverse ziekenhuizen. Wanneer de lichtgewonden geen geneeskundige zorg meer nodig hebben, maar wel behoefte hebben aan ondersteuning door bevolkingszorg, dan draagt het noodhulpteam deze lichtgewonden over aan het team bevolkingszorg.

### **1.7 Aanvullingen op landelijk model**

#### **GGB 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 aanliegtijden 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 selfsupporting te kunnen zijn. Hiervoor zijn uitgebreidere skills van hulpverleners en extra hulpverleningsmiddelen ter plaatse noodzakelijk. Hiervoor zijn specifieke afspraken gemaakt door de veiligheidsregio's Noord-Holland Noord en Friesland met de onder hun zorg ressorterende Waddeneilanden. Zo geldt er bijvoorbeeld, vanwege de bereikbaarheid, een (iets) afwijkend alarmeringsschema/opschalingsmodel om snel voldoende adequate hulpverlening ter plaatse te hebben.

#### **GGB en grensoverschrijdende samenwerking**

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 en bijstand aan buurlanden. Hiertoe zijn tips en aandachtspunten opgesteld. Zie bijlage 8, handreiking GGB bij internationale verzoeken.



# 2 Melding: Alarmering en Opschaling

*Hier beschrijven we wat er gebeurt vanaf het moment van melding van een incident bij de meldkamer; de opschaling en 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.*

## 2.1 Alarmering

### 2.1.1 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 en maakt een inschatting van het aantal slachtoffers. Op basis daarvan wordt een codering afgegeven. Aan elke codering is een standaard inzet gekoppeld.

### 2.1.2 Alarmering eenheden

#### **Code 10**

Vanaf code 10 worden 10 ambulances gealarmeerd, wordt een MMT gealarmeerd en wordt een OvD-G gealarmeerd. Er is een standaard inzetvoorstel voor 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.

#### **Code 20**

Vanaf code 20 worden 14 ambulances gealarmeerd, wordt een MMT gealarmeerd en wordt een OvD-G gealarmeerd. De meldkamer en/of de OvD-G overweegt (conform het landelijke crisismodel van AZN) 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. De OvD-G heeft hierin een discretionaire bevoegdheid<sup>7</sup>.

#### **Code 30**

Vanaf code 30 worden 16 ambulances gealarmeerd, worden 2 MMT's gealarmeerd en worden 2 OvD-G's gealarmeerd. De meldkamer en/of de OvD-G activeert vanaf code 30 (> 30 slachtoffers en < 40 slachtoffers) de inzet van calamiteitenteams met het calamiteitenvoertuig en de inzet van 1 Noodhulpteam.

<sup>7</sup> Dit betreft de beslissingsbevoegdheid die in meer of mindere mate de vrijheid toekent om in concrete gevallen naar eigen inzicht een besluit te nemen

**Code 40**

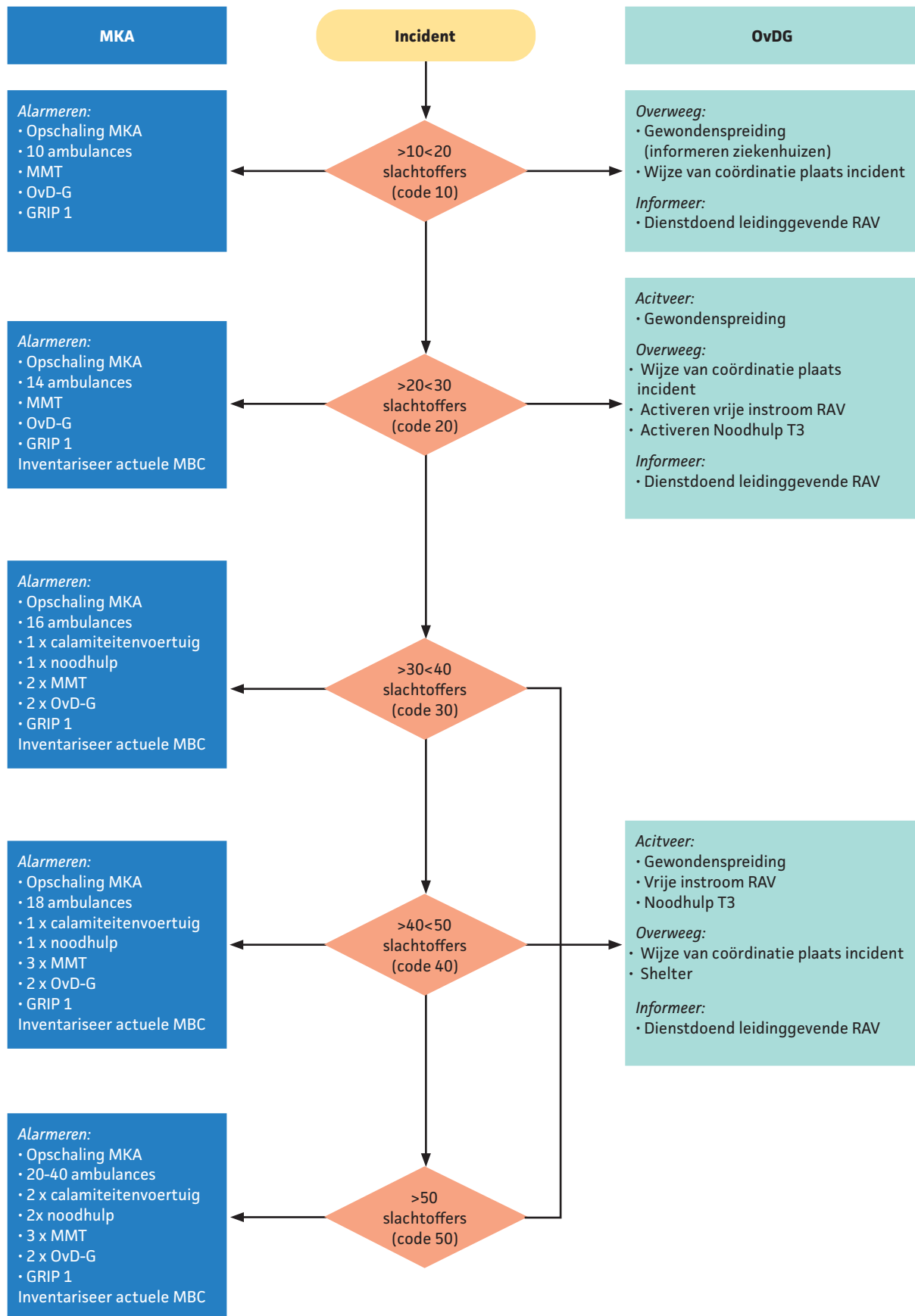
Vanaf code 40 worden 18 ambulances gealarmeerd, worden 3 MMT's gealarmeerd en worden 2 OvD-G's gealarmeerd. De meldkamer en/of de OvD-G activeert vanaf code 40 (> 40 slachtoffers en < 50 slachtoffers) de inzet van calamiteitenteams met het calamiteitervoertuig en de inzet van 1 Noodhulpteam.

**Code 50**

Vanaf code 50 worden 20 – 40 ambulances gealarmeerd, worden 3 MMT's gealarmeerd en worden 2 OvD-G's gealarmeerd. De meldkamer en/of de OvD-G activeert vanaf code 50 (> 50 slachtoffers) de inzet van calamiteitenteams met 2 calamiteitervoertuigen en de inzet van 2 Noodhulpteams.

De coderingen geven de minimale inzet weer bij het geschatte aantal slachtoffers. Afhankelijk van de behoefte kan ervoor gekozen worden om na het eerste assessment niet (alleen) op te schalen naar een volgende code, maar daar situationeel (ook) eenheden aan toe te voegen zoals extra ambulances, het beschikbare / parate MMT en/of het Noodhulpteam.

# Opschaling bij incident



## 2.2 Opkomst gealarmeerde eenheden

### 2.2.1 Ambulancehulpverlening

De gealarmeerde ambulances gaan naar de plaats van het incident. De gealarmeerde ambulanceprofessionals voor het calamiteitenteam komen op basis van vrije instroom naar een afgesproken standplaats van de RAV. Het calamiteitenvoertuig brengt de professionals met uitrusting ter plaatse. Verder kan de RAV organiseren 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.

### 2.2.2 OvD-G

De gealarmeerde OvD-G gaat naar de plaats incident. De OvD-G neemt daar contact op met de Taakverantwoordelijke Command en control.

### 2.2.3 MMT

De gealarmeerde MMT's gaan naar de plaats incident en melden zich bij de OvD-G of de Taakverantwoordelijke Command en control. Eenmaal aanwezig op plaats incident kan het 'lokale' c.q. eerst aanwezige MMT de OvD-G, of bij diens afwezigheid de Taakverantwoordelijke Command en control, adviseren over de hoeveelheid in te zetten MMT's (paraat en/of beschikbaar), het inzetten van de helikopter als vervoersmiddel en de locaties waar de MMT inzet dient te gebeuren (primaire triage, secundaire triage, treatment en/of transport). Primair heeft het MMT een medisch inhoudelijke en handelende rol. Het coördinerende aspect van het eerste MMT is ondergeschikt aan diens verantwoordelijkheid om zijn/haar medisch inhoudelijke rol te vervullen en handelend op te treden.

### 2.2.4 Noodhulpteam

De gealarmeerde Noodhulpteamleden gaan naar de afgesproken flexibele uitgangstelling en gaan van daaruit georganiseerd naar de plaats incident.

#### ***Koppelvlakken:***

##### **Mono**

- > De meldkamer alarmeert vanaf code 30 (eerder kan ook) 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.

### **Veldnormen/criteria:**

- > In principe neemt de 1e ambulance de rol van TV Command en control op zich en zet zo nodig al acties uit. In de praktijk is gebleken dat deze taak ook door de 2e of 3e ambulance op zich genomen kan worden, als blijkt dat eerdere eenheden niet (meer) een strategische plek kunnen innemen om de functie van Command en control op zich te nemen.
- > De opkomsttijd van de OvD-G is binnen 30 minuten<sup>8</sup> (GRIP 1).
- > Zodra de OvD-G aanwezig is, wordt deze gebriefd door de TV Command en control en neemt de OvD-G de coördinatie op de plaats incident over.
- > De OvD-G zal op basis van beeldvorming acties gaan uitzetten. Als de beeldvorming helder is beslist de OvD-G meestal binnen 5 minuten over het inzetten van de extra eenheden in het kader van GGB.
- > 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<sup>9</sup>. In de nacht is het parate MMT in principe binnen 5 minuten na alarmering onderweg.
- > Aanvullende capaciteit vanuit het eerste noodhulpteam is in 75% van de gevallen binnen 45 minuten ter plaatse (streeftijd)<sup>10</sup>.
- > De landelijke crisiscoördinatie van het Rode Kruis beschikt over het rechtstreekse inbelnummer van de regionale MKA, voor afstemming waar nodig.

### **Detail-/aanvullende informatie**

#### **Calamiteitenteam:**

Een calamiteitenteam bestaat uit vier ambulanceverpleegkundigen en twee ambulancechauffeurs. Het materiaal in het calamiteitervoertuig staat beschreven in bijlage 3.

#### **Noodhulpteam:**

Het eerste Noodhulpteam bestaat uit 1 teamleider, 1 chauffeur en 6 noodhulpteamleden (in de maximale variant) of 1 teamleider, 1 chauffeur en 2 noodhulpteamleden (in de minimale variant) en 1 noodhulpvoertuig. Het materiaal in het noodhulpvoertuig staat beschreven in bijlage 3.

Om de opkomsttijden van calamiteitenteam en Noodhulpteam te halen, is het werken met een eerdere alarmering (via een voorwaarschuwing bij code 10) een optie.

<sup>8</sup> De praktijk laat zien dat de OvD-G vaak eerder (binnen 15 minuten) aanwezig is op de plaats incident

<sup>9</sup> MMT inzet en cancelcriteria LNAZ en AZN 2013

<sup>10</sup> Het RIVM onderzoek omtrent bereikbaarheid van het noodhulpteam laat zien dat 95% van de bevolking bereikbaar is binnen 45 minuten

# 3 Respons

*Hier beschrijven we hoe de daadwerkelijk (operationele) uitvoering op de plaats incident eruit ziet. Wat gebeurt er vanaf het moment van aankomst van de eerste ambulance en eenheden op de plaats incident en welke processen worden er opgestart en uitgevoerd op de plaats incident. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.*

## 3.1 Leiding en coördinatie

### 3.1.1 Taakverantwoordelijke Command en control

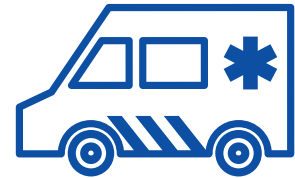
De rol van Taakverantwoordelijke (TV) Command en control wordt opgepakt door de eerst aanrijdende eenheden, liefst de eerste ambulance (of een van de eerste ambulances die in staat is de Command en control rol op te pakken). TV Command en control coördineert de taken van de ambulancezorg en MMT's tot de aankomst van de OvD-G (zie protocol 2.1 grootschalig incident, vigerend LPA<sup>11</sup>). Deze ambulance medewerkers zijn herkenbaar aan de groene hesjes. Zodra de OvD-G aanwezig is, wordt deze gebriefd door de TV Command en control 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 eerste ambulance in die coördineerde taak of dat deze ambulance een andere taak krijgt. De praktijk laat zien dat de TV Command en control coördinerende taken blijft uitvoeren in overleg met de OvD-G en gedelegeerd door de OvD-G.

### 3.1.2 De Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G)

De OvD-G coördineert de inzet van de verschillende taakverantwoordelijkheden van de RAV, het MMT en het NHT en is er verantwoordelijk voor dat de verschillende processen goed op elkaar afgestemd en in overleg met elkaar verlopen (zie LPO 2.0). 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 van belang. Het is ook mogelijk om bijstand van calamiteitenteams aan te vragen bij andere regio's. Maar hiervoor dienen dan regionale afspraken gemaakt te zijn met de betreffende regio('s).

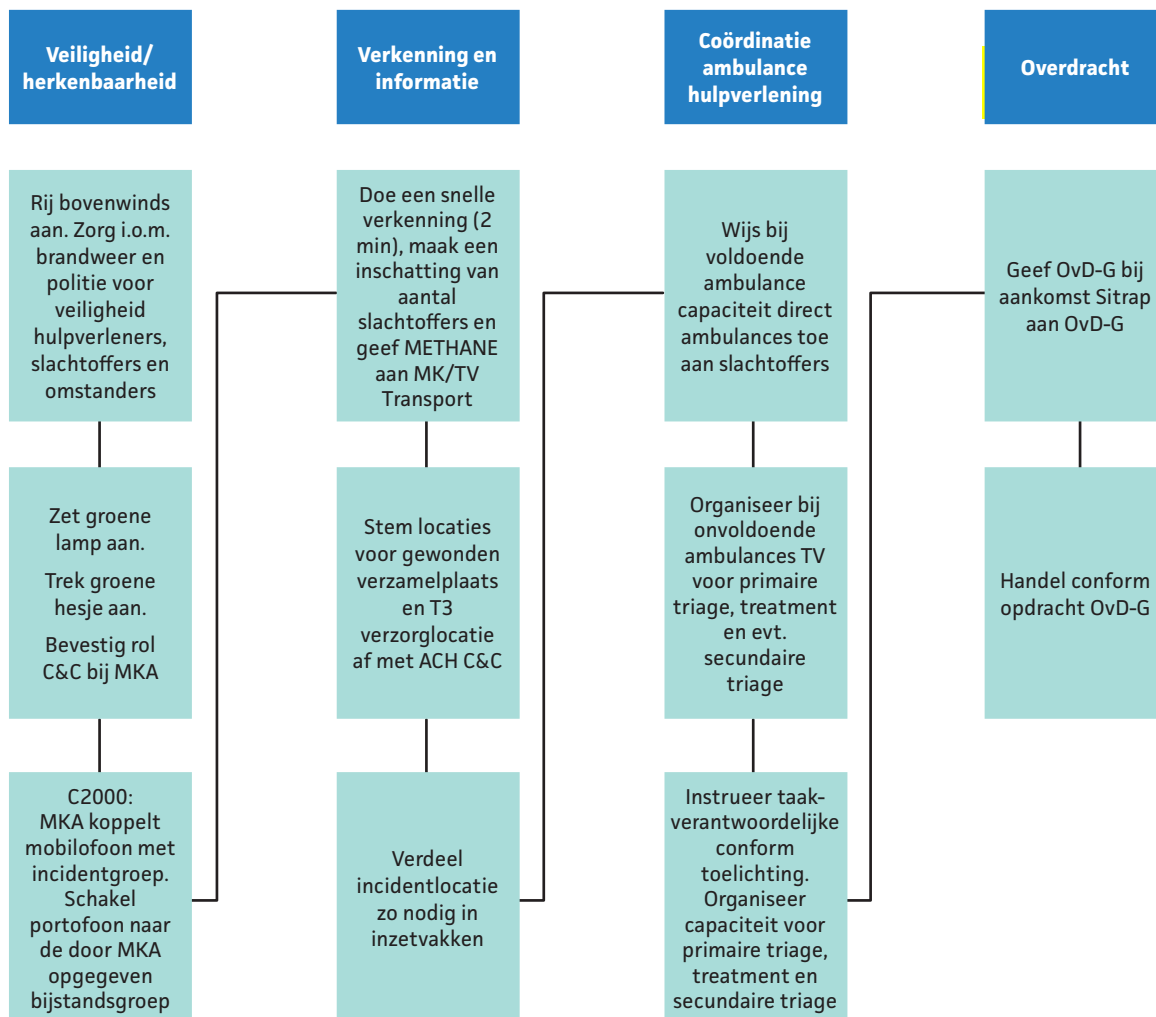
<sup>11</sup> Verwezen wordt naar de vigerende versie van het LPA





Eerste ambulance ter plaatse

## Taakkaart TV C&C AVP

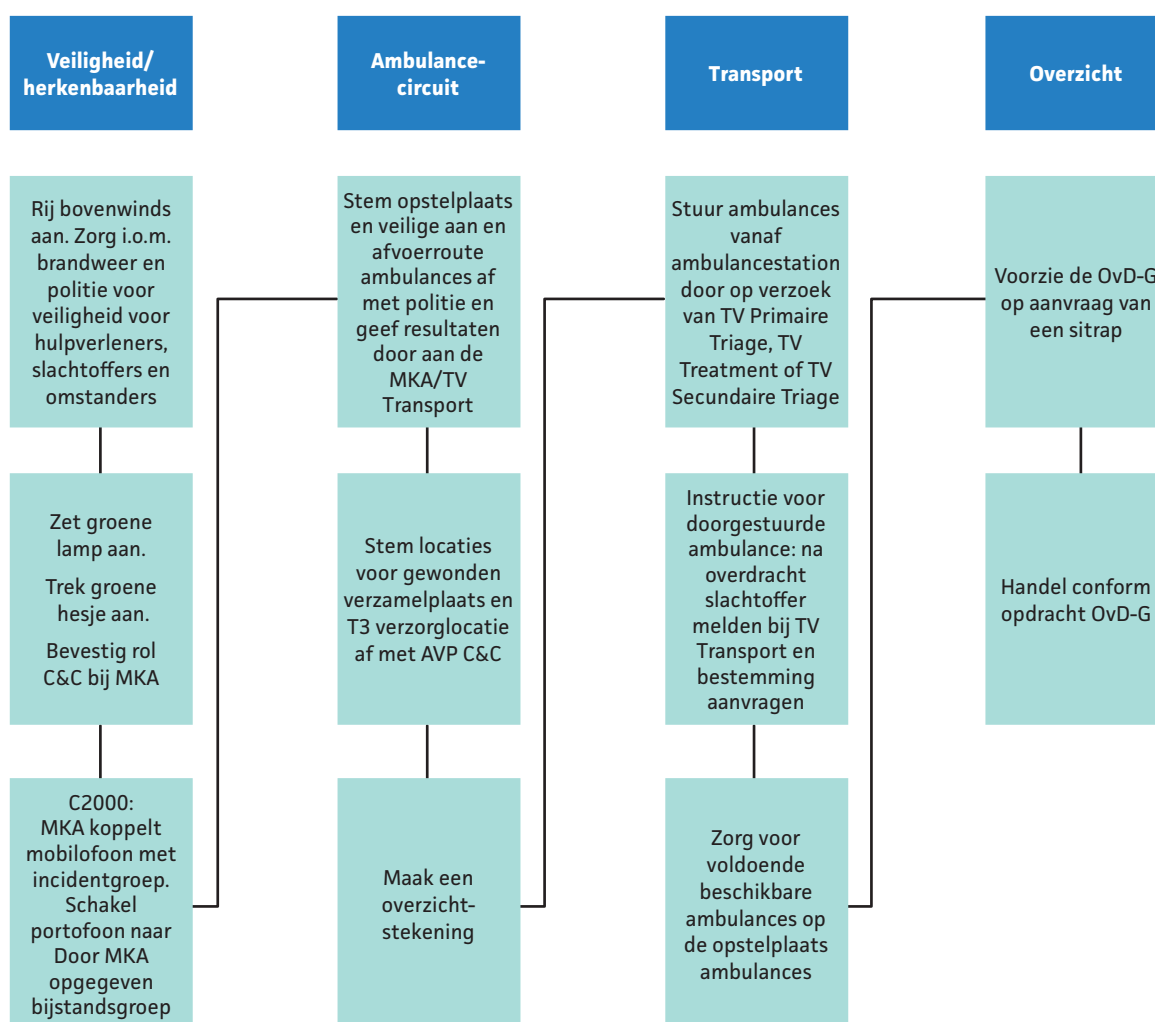


januari 2022



Eerste ambulance ter plaatse

## Taakkaart TV C&C ACH



januari 2022

## 3.2 Opkomst en aankomst 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 MKA en in overleg met het coördinerend MMT. De OvD-G heeft hierin een discretionaire bevoegdheid<sup>12</sup>. De OvD-G werkt volgens de bestaande verbindingsschema's (zie Landelijk Kader Fleetmap 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).

## 3.3 Primaire processen plaats incident

Het proces opgeschaalde ambulancezorg (zie vigerend LPA) is erop gericht om slachtoffers gestructureerd te triëren en snel te vervoeren naar het meest geschikte ziekenhuis. Alleen bij gebrek aan voldoende vervoerscapaciteit zal men gaan clusteren en behandelen op de plaats incident. Hiertoe wordt er situationeel opgeschaald, wat betekent dat gezien het incident het verschillend kan zijn welke processen wanneer en hoe worden ingezet.

De primaire processen Triage, Treatment en Transport zijn 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 aangeven van de OvD-G ingezet voor Triage, Treatment (behandeling) T1 en T2 op de plaats incident en/of gewondenverzamelplaats, Transport (vervoer) T1 en T2 en Secundaire Triage op een T3-verzorglocatie.

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.

---

<sup>12</sup> Dit betreft de beslissingsbevoegdheid die in meer of mindere mate de vrijheid toekent om in concrete gevallen naar eigen inzicht een besluit te nemen

### 3.3.1 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 (T3). Dit zijn patiënten die bij eerste triage niet ernstig gewond (lijken te) zijn of niet gewond (lijken te) zijn (zie taakkaart primaire triage, protocol 2.2. vigerend LPA).

De 2e ambulance coördineert in principe 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). In de hectiek van de praktijk kan het voorkomen dat niet de 2e ambulance maar een daarop volgende ambulance de taakverantwoordelijkheid voor triage op zich neemt. Van belang is dat iemand die verantwoordelijkheid en die rol z.s.m. op zich neemt en dat duidelijk is wie dat is. De taakverantwoordelijke primaire triage is herkenbaar aan een rood hesje.

De primaire triage vindt plaats door ambulanceprofessionals. MMT's kunnen ingezet worden voor deze triage, indien de OvD-G beoordeelt dat de inzet van het MMT daar prioriteit zou moeten hebben op grond van zijn beoordeling van de aard van het incident, de omvang en de locatie. Het MMT zou ook eerder ter plaatse kunnen 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) afweging 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 handelingen worden verricht bij de primaire triage. De triage classificatie moet zichtbaar en herkenbaar zijn bij een slachtoffer. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van slapwraps. Ieder slachtoffer krijgt een witte slapwrap<sup>13</sup> en afhankelijk van de triage klasse een gekleurde slapwrap (rood, geel of groen)<sup>14</sup>. In het kader van de WBGO dient het triage-instrument een uniek nummer te bevatten, op basis waarvan de triage, behandeling en waarneming aan een slachtoffer is te koppelen. Er wordt bij de triage gebruikt gemaakt van de triage klasse T1/ T2/ T3 en overleden. Van de klasse T4 wordt geen gebruik gemaakt. Van de MMT-arts kan, in voorkomende gevallen, worden verwacht dat er bij het afvoeren en stabiliseren van respectievelijk T1 en T2 slachtoffers de overlevingskans in de prioritering hiervan kan worden meegenomen. De TV triage vraagt ambulances voor de directe afvoer van T1 slachtoffers aan bij de ACH CC.

Bij extreem en grof geweld gelden aanvullende maatregelen ten behoeve van het snel levensreddend kunnen handelen met het daarbij accepteren van een eventueel risico. Verdere toelichting in Hoofdstuk 5.

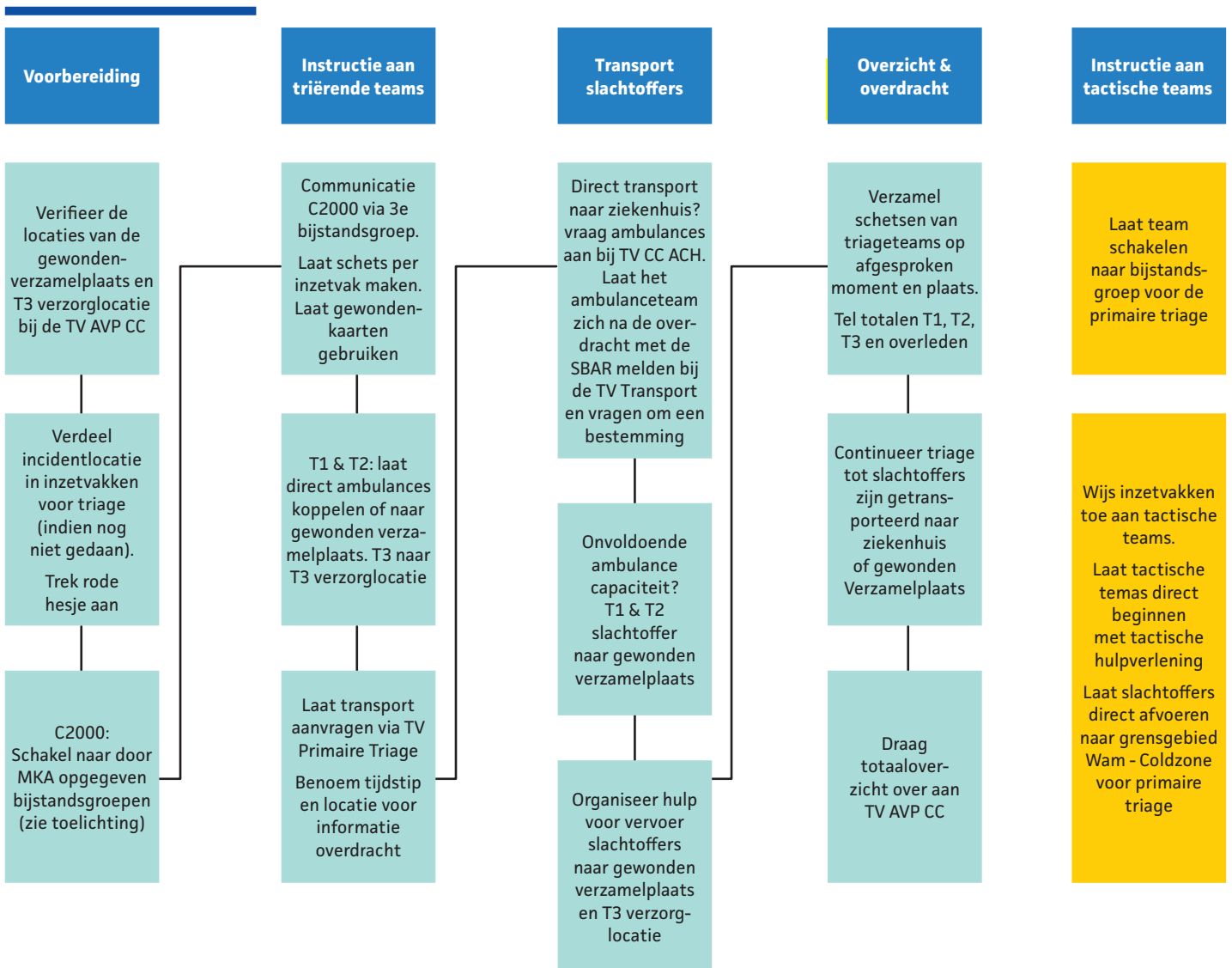
<sup>13</sup> met NAW gegevens, uniek nummer en gegevens over behandeling

<sup>14</sup> rood staat voor T1, geel staat voor T2, groen staat voor T3



Ambulance aangewezen door C&C

## Taakkaart TV (Primaire) Triage incl. tactische hulpverlening Code 20 of hoger en/of groot en onoverzichtelijk incidentterrein



januari 2022

### 3.3.2 T1 en T2 slachtoffers: treatment

De 3e ambulance is in principe taakverantwoordelijke voor het opstarten en organiseren van treatment (behandeling) (zie taakkaart treatment). De taakverantwoordelijke treatment is herkenbaar aan een wit hesje. De taakverantwoordelijke treatment bepaalt de locatie gewondenverzamelplaats, in afstemming met de OvD-G of taakverantwoordelijke Command en control als de OvD-G nog niet aanwezig is.

De als T1 en T2 geclassificeerde slachtoffers, die vanuit triage niet direct vervoerd kunnen worden, worden indien mogelijk, getransporteerd naar de gewondenverzamelplaats, alwaar treatment (in het kader van levensreddend handelen) zal plaatsvinden. 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 vigerende LPA.

Slachtoffers geclassificeerd als T1 en T2 (zie vigerend LPA) worden in de gewondenverzamelplaats geprioriteerd. In de gewondenverzamelplaats bepaalt de taakverantwoordelijke treatment in overleg met MMT en behandelend ambulanceverpleegkundige de volgorde van transport van de T1 en T2 slachtoffers. Er wordt gewerkt volgens het principe van 'Scoop en Run'<sup>15</sup>.

*Taakkaart TV Treatment: zie pagina 27*

### 3.3.3. T1 en T2 slachtoffers: transport

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 vraagt ambulances voor transport aan bij de ACH CC (ambulancechauffeur Command en control). De taakverantwoordelijke Treatment bepaalt in afstemming met het al dan niet aanwezige MMT zelf de prioritering daarin. In principe kan een helikopter MMT, indien meerdere ter plaatse, ook ingezet worden voor transport van slachtoffers. Dat ligt niet primair voor de hand, omdat dan medische capaciteit wordt onttrokken aan het incidentterrein en dat heeft dan ook niet de voorkeur. De taakverantwoordelijke Transport coördineert het vervoer en spreiding van gewonden met inachtneming van actuele medische behandel capaciteit (MBC) ziekenhuizen, level en letsels (zie taakkaart transport en gewondenspreiding, zie vigerend LPA (evt. aangevuld met regionaal protocol).

*Taakkaart TV Transport: zie pagina 28*

---

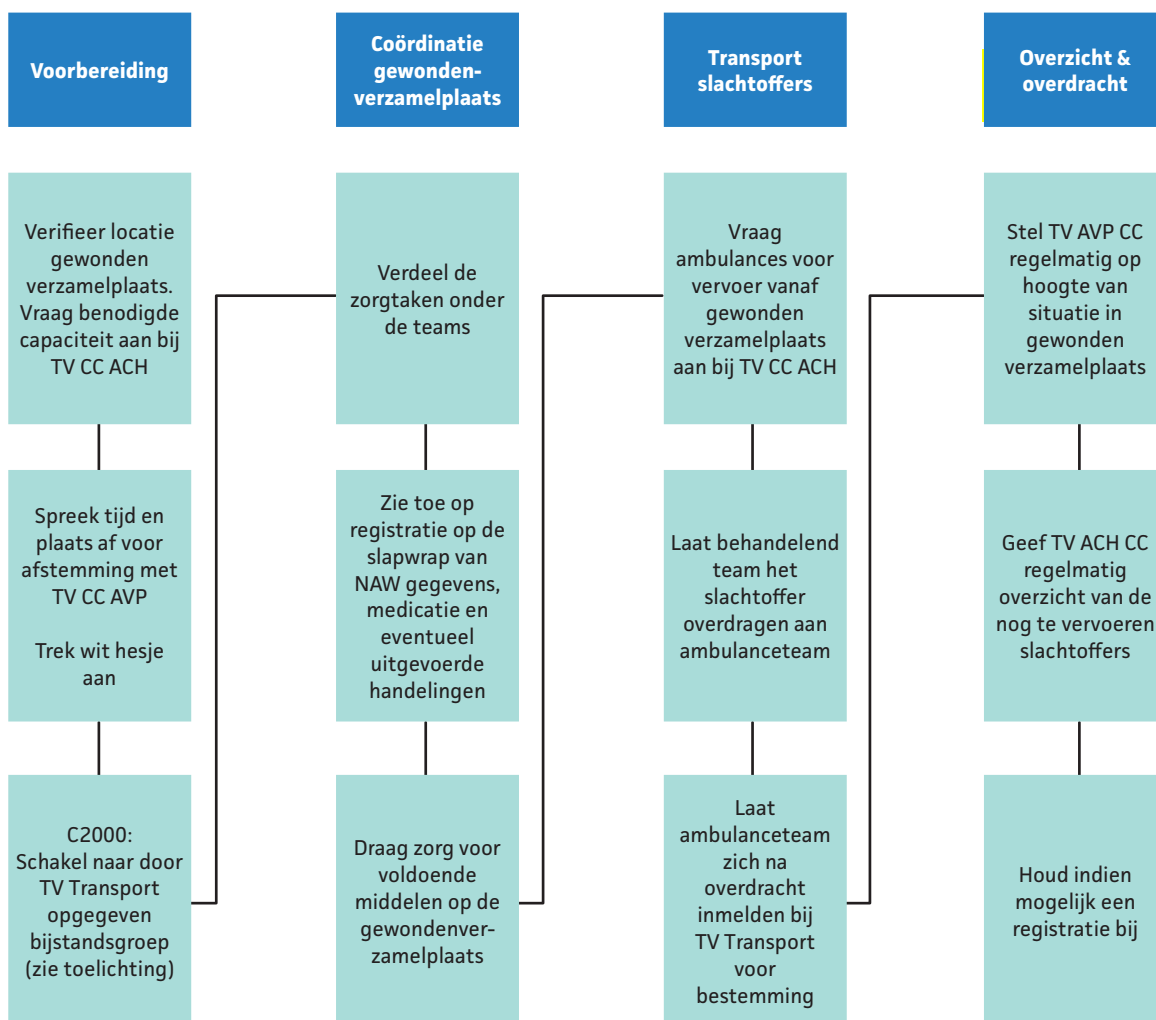
<sup>15</sup> Stabiliseren, indien nodig kort (levensreddend) behandelen en zo snel mogelijk op transport





Ambulance aangewezen door C&C

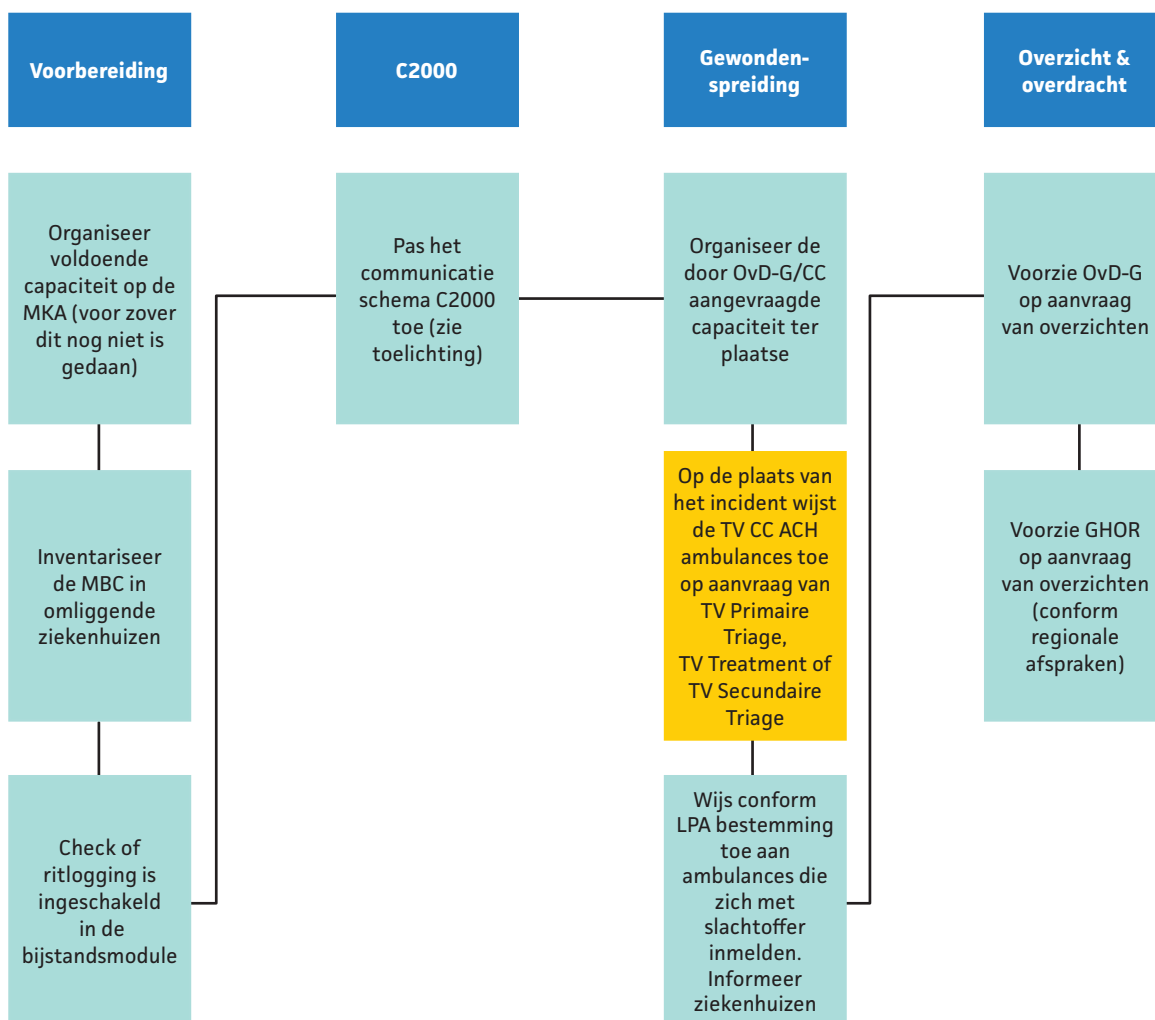
## Taakkaart TV Treatment



januari 2022



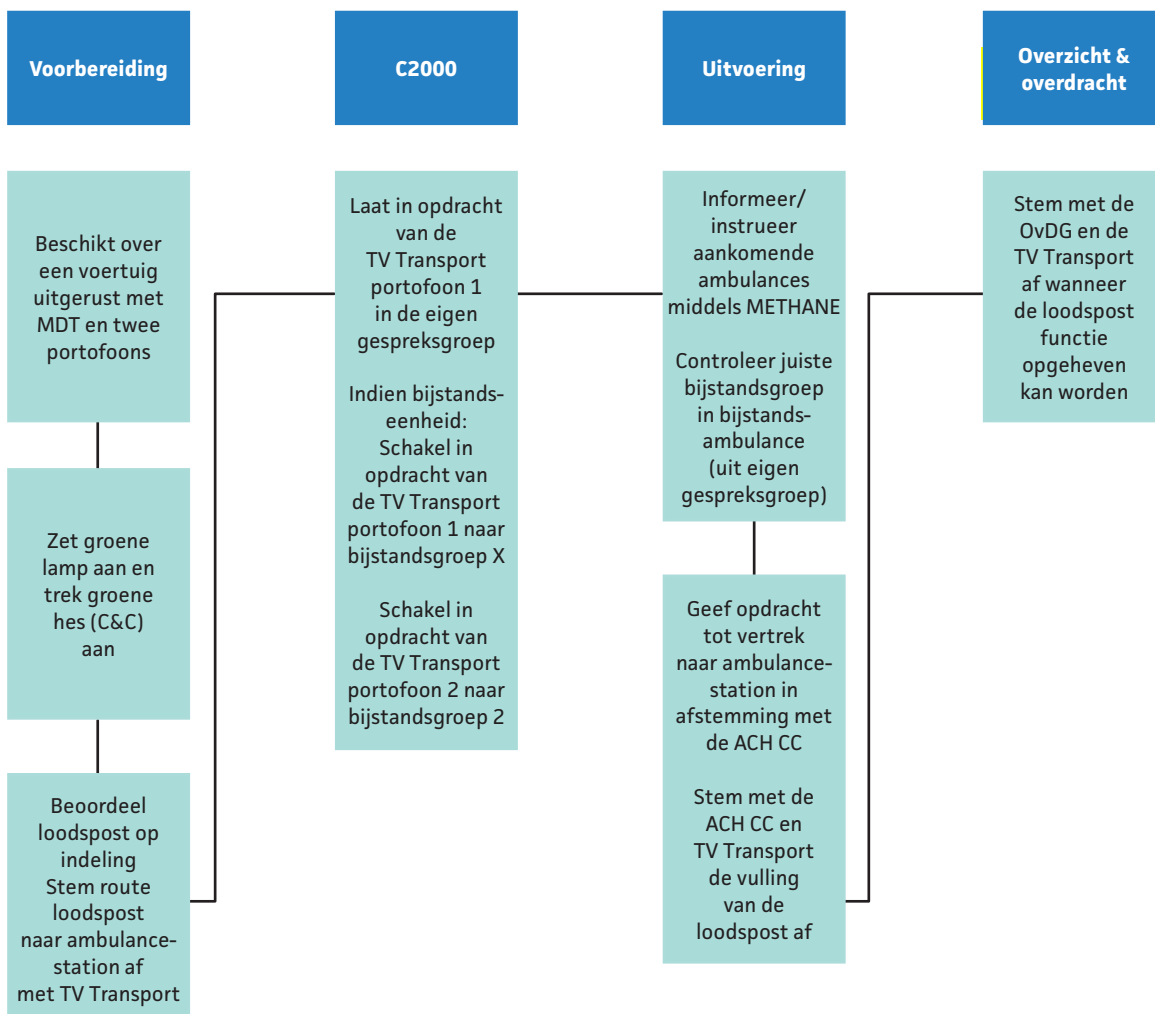
## Taakkaart TV Transport



### 3.3.4 Taakverantwoordelijke Loodspost

Indien er een Loodspost wordt ingesteld is het nodig dat er één eenheid aangewezen wordt als taakverantwoordelijke Loodspost. Deze eenheid zal op de Loodspost de coördinatie op zich nemen en de aankomende ambulances informeren en instrueren. De taakverantwoordelijke Loodspost staat in verbinding met de ACH CC en de taakverantwoordelijke Transport en zal aanvragen voor meer ambulances richting het incident opvolgen en de ambulances op de Loodspost in volgorde van aankomst doorsturen naar de door Command en control opgedragen positie.

## Taakkaart TV Loodspost



januari 2022

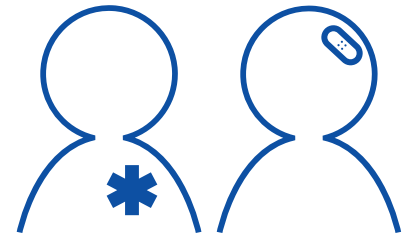
### 3.3.5 T3 slachtoffers: secundaire triage en treatment

Indien slachtoffers geclassificeerd worden als T3, worden ze doorgeleid naar de T3-verzorglocatie. De T3-verzorglocatie is (wordt) aangewezen door de taakverantwoordelijke Command en control 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 hierover regionaal gemaakt zijn (vaak regelt de politie deze begidsing, maar het Rode Kruis of de Brandweer zouden hier ook bij kunnen helpen). Er gaat ook een ambulanceteam naar de T3 verzorglocatie in verband met de medische verantwoordelijkheid voor de hulpverlening en de secundaire triage van de T3 slachtoffers. De OvDG maakt de afweging om hier een MMT naar toe te sturen. (zie vigerende LPA, taakkaart secundaire triage). De OvD-G wijst een taakverantwoordelijke Secundaire Triage T3 aan. De taakverantwoordelijke Secundaire Triage is herkenbaar aan een blauw hesje. Deze taakverantwoordelijke ziet toe op de uitvoering van de secundaire triage en treatment van T3-slachtoffers. De taakverantwoordelijke Secundaire Triage managet in de acute fase de T3-verzorglocatie ten behoeve van de opvang van T3-slachtoffers. Dit zorgt ervoor dat er een betere doorstroming van slachtoffers plaatsvindt en dit creëert rust op de plaats incident. De TV secundaire Triage vraagt eventuele ambulances aan bij de ACH CC. 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 hulpverleners van het Noodhulpteam. Hulpverleners van het Noodhulpteam voeren voor de secundaire triage een RTS (Revised Trauma Score) uit ten behoeve van de prioritering en laten de verdere beoordeling/triage over aan de zorgprofessional. 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.

*Taakkaart TV secundaire triage: zie pagina 31*

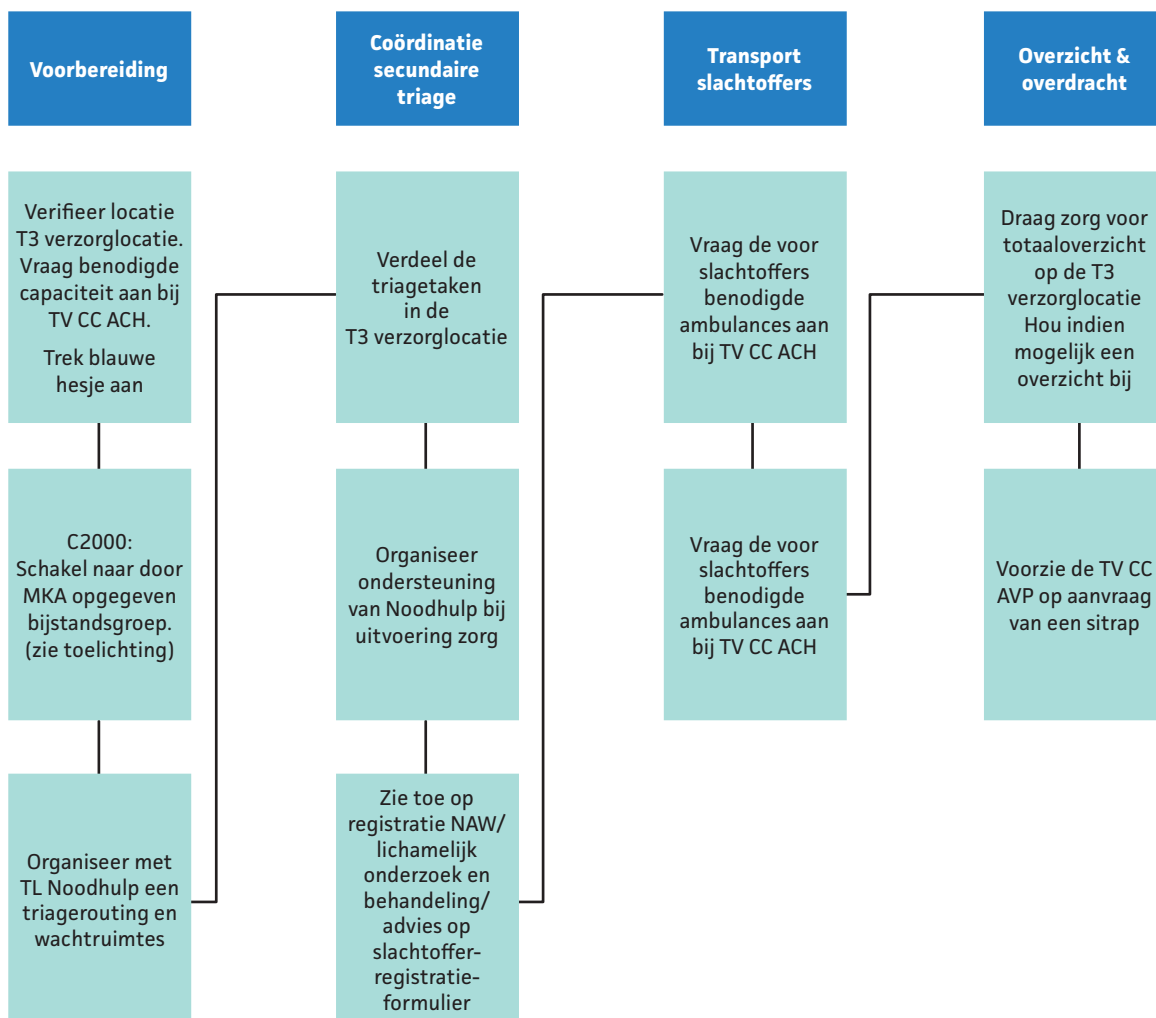
In de T3-verzorglocatie worden de slachtoffers opgevangen door hulpverleners van het Noodhulpteam. Zolang het Noodhulpteam nog niet aanwezig is, zal de opvang plaatsvinden door andere hulpverleners of door spontane hulp en/of burgerhulp. Dit is regionaal afgestemd door de ketenpartners.

Het Noodhulpteam informeert de T3-slachtoffers dat er secundaire triage zal plaatsvinden door medische professionals. De secundaire triage is een snelle (her)trriage 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 vigerende LPA).



Ambulance aangewezen door C&C

## Taakkaart TV Secundaire Triage



januari 2022

Leden van het Noodhulpteam voeren geen secundaire triage uit, maar prioriteren in opdracht van de Taakverantwoordelijke Secundaire Triage het slachtoffer. Het Noodhulpteam beschikt over kennis op het niveau Evenementen Eerstehulpverlener (zie veldnorm Evenementenzorg), aangevuld met vaardigheden die nodig zijn om de taak als Noodhulpteamlid uit te voeren. 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 de T3 verzorglocatie behandeld onder aansturing van de taakverantwoordelijk Secundaire Triage door de medische professionals (en dus niet door het noodhulpteam). Voor deze slachtoffers wordt een ambulance gevraagd aan de ACH CC.
- > 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 in principe naar huis. De taakverantwoordelijke Secundaire Triage (of iemand door deze aangewezen) beoordeelt dit. Ze 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 (toch) 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. De taakverantwoordelijke Secundaire Triage (of iemand door deze aangewezen) beoordeelt dit. 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).

## 3.4 Registratie

### 3.4.1 Slapwraps

De witte slapwraps bevatten de mogelijkheid om NAW gegevens, uniek nummer en gegevens over behandeling op te schrijven. Het is van belang om de 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 na de primaire NA triage geregistreerd moeten worden. De processen primaire triage en behandeling moeten vastgelegd worden op de witte slapwrap.

### 3.4.2 Slachtofferregistratieformulier

Bovenstaande gegevens worden genoteerd op het slachtofferregistratieformulier. Op dit formulier wordt het unieke nummer genoteerd, wat terug te vinden is op de witte slapwrap. Op de T3-verzorglocatie wordt gebruik gemaakt van een



slachtofferregistratieformulier (SRF). Dit formulier is gebaseerd op de SBAR-methodiek en sluit aan op de hulpverleningsregistratie, die door het Rode Kruis wordt uitgevoerd binnen het proces evenementenhulpverlening. Hulpverleners van het Noodhulpteam hebben training gevolgd om een SRF in te vullen.

### 3.4.3 Registratie vervoer (ritformulier)

Op het moment dat het slachtoffer vervoerd gaat worden, start de registratie door middel van een ingevuld ritformulier. De eerder geregistreerde basisgegevens (vastgelegd op de slapwrap en/of het slachtofferregistratieformulier) en het unieke slachtoffernummer worden overgenomen op het ritformulier.

#### **Koppelvlakken:**

##### **Mono**

- > Het calamiteitenteam meldt zich bij aankomst op plaats incident 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 treatment. De OvD-G draagt zorg voor de inzet van deze ambulanceprofessionals en verwijst ze naar de taakverantwoordelijke Treatment.
- > De teamleider Noodhulpteam meldt zich bij aankomst op plaats incident 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. (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 de uitvoering van het proces psychosociale hulpverlening voor slachtoffers (PSH). De GHOR coördineert op basis van bestaande afspraken het initiëren van het proces psychosociale hulpverlening.

## 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 30 minuten bereikbaar. Het beschikbare MMT gaat 25 minuten na alarmering naar de plaats incident.
- > Aanvullende capaciteit van het eerste noodhulpteam is in 75% van de gevallen binnen 45 minuten ter plaatse (streeftijd)<sup>16</sup>.
- > Een calamiteitenteam heeft een behandelcapaciteit van 16 T2 slachtoffers per uur<sup>17</sup>. 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.

## Detail-/aanvullende informatie

Het is mogelijk om bijstand van calamiteitenteams aan te vragen bij andere regio's. Regio's verlenen bijstand aan elkaar conform de landelijke opschaling.

Het triage instrument (de witte slapwrap) bevat een uniek nummer op basis waarvan het slachtoffer geregistreerd kan worden.

---

<sup>16</sup> Het RIVM onderzoek omtrent bereikbaarheid van het noodhulpteam laat zien dat 95% van de bevolking bereikbaar is binnen 45 minuten

<sup>17</sup> Inschatting op basis van een expertmeeting GGB

# 4 Afschalen en nazorg

*Hier beschrijven we wat er gebeurt vanaf het moment van afschalen en de relatie met nazorg wordt aangegeven. Bij de koppelvlakken wordt aangegeven op welk moment er afstemming/samenwerking plaatsvindt tussen verschillende partijen/partners.*

## 4.1 Besluit afschalen

Het besluit tot afschalen 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 het afschalen start. Bij het afschalen dient aandacht besteed te worden aan het gefaseerd verminderen en afbouwen van de inzet van mensen en materieel, debriefing, nazorg voor hulpverleners en evaluatie.

De OvD-G informeert de ambulanceprofessionals, MMT's, Noodhulpteams en andere eventueel ingezette eenheden en personen over het moment van afschalen. Het eerst aanwezige MMT adviseert de OvD-G over het afschalen van het (aantal) MMT('s). De teamleider Noodhulpteam schaaft de noodhulp af op aangeven van de OvD-G en draagt, na afronding van de behandelingen de administratie en registratie van patiënten informatie van de (lichtgewonde) T3-slachtoffers over aan de OvD-G. De verschillende professionals ronden dan hun werkzaamheden af. De evaluatie van de inzet wordt conform de bestaande procedures opgepakt.

## 4.2 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 het afschalen verder af te stemmen en in gang te zetten.
- > Wanneer de OvD-G besluit tot afschalen zal deze contact opnemen met het/de MMT('s) om het afschalen verder af te stemmen en in gang te zetten.
- > 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 het voorgenomen afschalen, mono, multi of RAV intern.

## **Veldnormen/criteria**

- > GHOR en gemeenten hebben in hun regionale crisisplan(nen) vastgelegd hoe het team Bevolkingszorg en de gemeentelijke taakorganisaties de bevolkingszorgtaken uitvoeren (besluit VR, art. 2.1.3.)
- > Afspraken over het uitvoeren van gemeentelijke nazorg betreffen in sommige regio's ook een overeenkomst met het Nederlandse Rode Kruis. De gemeenten maken dan gebruik van de op basis van die afspraken ingerichte verzorglocatie.

# 5 Aanvullende afspraken t.b.v. verschillende scenario's

*In de stuurgroep GGB is aangegeven dat het GGB-model zodanig aangescherpt moet worden, dat het voldoet voor zoveel mogelijk scenario's. Het GGB model is een generiek landelijk model, gebaseerd op de reguliere processen, waarin landelijke uniformiteit en generieke basisprincipes leidend zijn. Uitgangspunt is dat het huidige model de basis is en dat wordt vastgehouden aan de uitgangspunten van het GGB model. Ook voor de aanpak van verschillende scenario's blijft het uitgangspunt dat er in principe geen verschil in aanpak is, maar ieder scenario vraagt om een situationele veiligheidsbenadering. In dit hoofdstuk beschrijven we per scenario welke aandachtspunten c.q. aanvullende afspraken er zijn ten aanzien van dat specifieke scenario. Hulpverleners komen met diverse risico's in aanraking bij deze scenario's. In zijn algemeenheid kan opgemerkt worden dat (eigen) veiligheid en het accepteren van risico's van hulpverleners een belangrijk aandachtspunt is, het werken met zonerings is daarbij van belang. Let op je eigen veiligheid is regel 1.*

## 5.1 Extreem geweld en terrorisme

In dit scenario zijn de afspraken zoals verwoord in bijlagen 5 en 6 van toepassing. T.a.v. Command en control (first responder) moet opgemerkt worden dat deze rol binnen het motorkapoverleg cruciaal is betreffende het vaststellen van de zonerings en het bewaken hiervan. Opeenvolgende eenheden kunnen dan direct worden ingezet voor het uitvoeren van levensreddende handelingen waarna er door de TV Triage regie wordt gevoerd op het optreden van deze eenheden. TGB wordt zoals uitvoeringsscenario binnen GGB geplaatst tussen de Command en control/ first responder en de TV Triage. GGB geeft ruimte aan de ambulanceprofessionals om op basis van de situatie in te schatten welke werkwijze op dat moment het meest effectief is. Van belang is om te voorkomen dat ambulances in situaties 'gezogen' worden.

De ambulancehulpverleners die de tactische hulpverlening uitvoeren in de WARM zone markeren de aangetroffen (in leven zijnde) slachtoffers met een rode slapwrap. Overledenen krijgen een witte slapwrap. De slachtoffers met een rode slapwrap worden vervolgens verplaatst naar de grens van de WARM en COLD zone alwaar de feitelijke primaire triage plaatsvindt onder regie van de TV Triage. Voor het verplaatsen van de slachtoffers met de rode slapwrap uit de WARM zone kan in de regel een beroep worden gedaan op de brandweer.

## 5.2 Scenario Overstroming

Handelingsperspectieven voor hulpverlening hangen samen met de voorspelbaarheid van een overstroming, het daadwerkelijk plaats vinden van een overstroming, de grootte van het overstroomde gebied en de bereikbaarheid voor hulpverleners.

Inzet van geneeskundige hulpverlening zal afhangen van de tijd die er is om te evacueren.

- > geen inundatie; er kan hulpverlening plaatsvinden
- > minder dan 0.5 meter waterdiepte; beperkte hulpverlening kan plaats vinden. Bij een waterdiepte van > 20 cm is hulpverleningsvervoer bemoeilijkt / wordt onmogelijk.
- > tussen 0.5 en 1.5 meter waterdiepte; hulpverlening in het gebied met (leger) voertuigen is moeizaam / wordt zo niet onmogelijk.
- > meer dan 1.5 meter waterdiepte; hulpverlening Calamiteitenteam/Noodhulpteam in het gebied praktisch niet uitvoerbaar. Tenzij hulpverleners met boten het gebied in kunnen. Of uitvoering van het GGB model hiervoor geschikt is, valt nog te bezien.
- > meer dan 1.5 meter waterdiepte; binnen 12 uur – samenwerking met reddingsbrigade en Brandweervaartuigen is mogelijk te organiseren. Evacuatie van het gebied is al gestart. In de eerste 2 uur kan mogelijk nog hulpverlening geleverd worden.

Naar het zich laat aanzien is in de overstroomde gebieden zelf, GGB moeilijk te organiseren. Na redding door derden kan GGB in het niet overstroomde gebied wel ingezet worden, mits vrije instroom ambulancepersoneel en vrijwilligers noodhulpteam hun opkomstplaats weten te bereiken en te alarmeren zijn (evt. uitval telecom).

Bij een ongeval op het water met meerdere slachtoffers is GGB wel toepasbaar. In de buurt van een aanlandingsplaats kan het GGB model verder worden ingericht.

### 5.3 Scenario brandwonden

Zie het landelijk protocol grootschalige coördinatie brandwonden incidenten (bijlage 7). Eerste hulp kan wellicht verleend worden door het noodhulpteam onder supervisie van een ambulance verpleegkundige.

Primaire opvang bevat ALS handelingen en zou door MMT/ambulancezorg gedaan moeten worden.

### 5.4 Scenario CBRN

Zonering is hier van belang: hot, warm en cold zone. Er dient een bewuste afweging plaats te vinden van de veiligheidsaspecten. Er is sprake van een acceptabel risico voor professionele inzet, dan wel heeft men de beschikking over de noodzakelijke persoonlijke beschermingsmiddelen om zich te beschermen. Ook het punt 'restbesmetting' dient meegenomen te worden in de afwegingen. Zeker wat betreft de gewondenstroom richting ziekenhuizen. Dat heeft ook gevolgen voor het gewondenspreidingsplan; ziekenhuizen dienen hun decontaminatie ingericht te hebben.

### 5.5 Scenario Instorting/aardbeving

Aandachtspunt is met name hoe geconcentreerd het brongebied is. Dat heeft consequenties voor de inzet van eenheden en de coördinatie daarvan. Er dient een bewuste afweging plaats te vinden van de veiligheidsaspecten.

# 6 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.*

## 6.1 RAV

De RAV/ambulancezorg is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg tijdens bijzondere (opgeschaalde) omstandigheden (zie nota Verantwoorde Ambulancezorg, Actualisatie 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 en een model crisisplan RAV, waarin de procesafspraken en (taak)verantwoordelijkheden voor de inzet van ambulanceprofessionals zijn beschreven bij een grootschalig incident. Maatgevend is de alarmeringscode 10 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 NIPV beschikbaar gesteld(e) calamiteitenvoertuig(en) in eigendom en beheer. In het kader van de voorbereiding heeft iedere RAV ook een standplaats vastgesteld voor de opkomst van vrije instroom van ambulanceprofessionals (de calamiteitenteams). 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.

## 6.2 MMT

De MMT's zijn verantwoordelijk voor het leveren van medische zorg aan zwaar gewonde slachtoffers (zie Richtlijnen voor Mobiele Medische Teams, MMT inzet- en cancelcriteria en bijlage 4). 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. Het beschikbare MMT doet dat onder supervisie van het parate MMT. De wijze van de inhoudelijke inzet vanuit de reguliere acute zorg is in overleg tussen LNAZ en AZN vastgesteld op de volgende taken: inzet bij triage, inzet bij behandelen, inzet bij secundaire triage en inzet bij vervoer (zie MMT inzet- en cancelcriteria).



### 6.3 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.

### 6.4 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.

Er is een convenant afgesloten tussen het Rode Kruis en elke individuele GHOR-regio, waarin afspraken en prestatie-indicatoren zijn overeengekomen over de taken en verantwoordelijkheden, bereikbaarheid, opkomsttijden etc. Deze convenanten worden jaarlijks geëvalueerd door het Rode Kruis en de GHOR-regio.

### 6.5 NIPV

In het kader van het logistieke proces heeft het NIPV de calamiteitenvoertuigen en noodhulpvoertuigen geleverd. Het NIPV heeft het beheer van de calamiteitenvoertuigen overgedragen aan de RAV's. Het NIPV is nog wel verantwoordelijk voor het beheer en onderhoud van de noodhulpvoertuigen, maar deze voertuigen worden op termijn ook overgedragen naar het Rode Kruis.

Het NIPV is verantwoordelijk voor het ondersteunen van de GGB partijen en het ontwikkelen/organiseren van aanvullende wensen in het kader van de kwaliteit van GGB. Het NIPV ondersteunt door kennisontwikkeling en kennisdeling en is trekker in de verbreding van het GGB concept.

## **Koppelvlakken:**

### **Mono**

- > De meldkamer beschikt over een alarmeringsprocedure voor de Noodhulpteams. In die procedure wordt op basis van een postcodetabel bepaald welk Noodhulpteam en noodhulpvoertuig het snelst op de plaats incident aanwezig kan zijn. Dat kan dus ook een Noodhulpteam uit een ander district/veiligheidsregio zijn. Hiertoe moet een procedure opgesteld zijn.
- > Er zijn afspraken 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 die secundaire triage T3 te verrichten. In de convenanten GHOR en RAV zijn hier afspraken over gemaakt.
- > Er zijn afspraken over het leveren van de noodhulp in de T3-verzorglocatie. Dit betreft afspraken die de GHOR maakt met het Rode Kruis of een andere partner om de noodhulp te leveren. In de convenanten GHOR en Rode Kruis zijn hierover afspraken gemaakt.
- > Er zijn afspraken vastgelegd over het beheer van de Rode Kruis voertuigen. Dit betreft afspraken tussen Rode Kruis en NIPV.
- > Er zijn afspraken 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 keten) in moeten stromen. Dit betreft afspraken tussen GHOR, Rode Kruis en RAV.

### **Multi**

- > Er zijn afspraken vastgelegd 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).

### **Veldnormen/criteria**

- > GHOR en RAV hebben een convenant afgesloten, waarin afspraken over het uitvoeren van secundaire triage T3-slachtoffers zijn vastgelegd. Afwijkende afspraken worden gedeeld met betrokken partners.
- > 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 NIPV 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.

# 7 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.*

## 7.1 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.

## 7.2 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 een noodhulpteam en logistieke bijstand.

Ambulance professionals zijn getraind in het uitvoeren van de protocollen 'command en control', 'primaire triage', 'treatment' en 'secundaire triage en treatment'. De RAV professionals hebben de online cursus/e-learning opgeschaalde 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 Command en control 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 zijn afspraken gemaakt over eisen t.a.v. voorbereidingen door RAV.

### 7.3 MMT

MMT's bestaan uit een medisch specialist en een gespecialiseerd verpleegkundige, die aanvullend zijn opgeleid en getraind om alle 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. Het beschikbare MMT bestaat uit ervaren medische experts die werken onder supervisie van het parate MMT in bijvoorbeeld de gewondenverzamelplaats om slachtoffers te stabiliseren tot transport mogelijk is of tijdens het transport.

### 7.4 GHOR

De GHOR is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie van de geneeskundige hulpverlening ten tijde van een crisis. De GHOR levert een OvD-G<sup>17</sup> voor het coördineren van het geneeskundig proces op de plaats incident. 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.

### 7.5 Rode Kruis

Het Rode Kruis beschikt over functieprofielen voor Teamleider Noodhulpteam, Noodhulpteamleden, Chauffeurs en Hoofd Noodhulpteam. Deze 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 leden van het Noodhulpteam hebben de basismodule Noodhulpteam succesvol doorlopen.

De Teamleider Noodhulpteam is aanvullend opgeleid om leiding te geven aan het Noodhulpteam.

---

<sup>17</sup> Of meerdere indien nodig

De chauffeurs van het noodhulpvoertuig 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 stemt dit af met de GHOR. De coördinator hulpverlening is binnen de Veiligheidsregio hiervoor het eerste aanspreekpunt vanuit het Rode Kruis.

## **Koppelvlakken:**

### **Mono**

- > Er zijn 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. Afgesproken 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 deel oefeningen tussen 2 of meer partners. Wat zijn de oefendoelen etc.? En hoe zit het met te investeren tijd, vergoedingen, financiering (evt. aanvragen OTO gelden etc.). Verwezen worden naar de afspraken in de convenanten en naar het kwaliteitskader OTO.

### **Multi**

- > Er zijn 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 en geborgd 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.

# 8 Borging en doorontwikkeling GGB model

*Hier beschrijven we hoe de verschillende partners borgen dat het GGB model blijft werken zoals het bedoeld is en dat het GGB model conform de hierover gemaakte afspraken wordt uitgevoerd.*

## 8.1 GHOR en NIPV

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. De regierol voor de instandhoudingsstructuur sluit aan bij de rol van de GHOR, en daarmee is landelijk deze rol bij GGD GHOR Nederland belegd, waarover vanuit het perspectief van de bestuurlijke verantwoordelijkheid aan het Veiligheidsberaad zal worden gerapporteerd.

Het NIPV ondersteunt die regierol en draagt zorg voor de ondersteuning voor de werking van het geheel. Daarnaast zal vanuit het wettelijk takenpakket van het NIPV ook ondersteuning plaatsvinden op het gebied van kennisdeling, kwaliteitsborging, beheer en instandhouding van het systeem. Het NIPV is in deze verantwoordelijk voor de borging en het beheer van de leidraad GGB.

Conform de opdracht van het Veiligheidsberaad wordt nagedacht op welke wijze GGB doorontwikkeld wordt en in toegespitste vorm belegd zal worden.

## 8.2 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 geleverde 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 gewondenspreidingsplan)
- > Taakverantwoordelijke Command en control
- > Taakverantwoordelijke Triage
- > Taakverantwoordelijke Treatment
- > Taakverantwoordelijke Transport
- > Taakverantwoordelijke Secundaire Triage
- > Taakverantwoordelijke Loodspost
- > Dienstdoend leidinggevende/crisiscoördinator RAV
- > Vakbekwaamheid RAV-personeel bij opgeschaalde ambulancezorg
- > Gewondenregistratie en slachtofferinformatie
- > Informatiemanagement
- > Calamiteitervoertuig

De RAV is gehouden aan de algemene en ambulancezorg-specifieke normen in het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0.

Van de RAV mag worden verwacht dat zij medewerking verleent aan evaluaties van een grootschalige en/of GGB inzet.

AZN heeft een Kennisgroep opgeschaalde ambulancezorg ingesteld, waarin alle RAV's vertegenwoordigd zijn. In de kennisgroep kan gevraagd en ongevraagd gebruik worden gemaakt van de expertise van het MMT. 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 DPG (convenant en bestuursrapportage) en aan de Traumacentra.

### 8.3 Rode Kruis

Alle noodhulpteamleden hebben een geldig certificaat Uitgebreide EHBO. Daarnaast volgen zij de modules Basis Eerstehulpverlener en de Evenementen Eerstehulpverlener (volgens competentie-eisen die gesteld worden in de Veldnorm Evenementenzorg) en de module Portofoon, voordat zij doorstromen naar de module Noodhulpteam. In de EEH modules komen de volgende onderwerpen aan bod:

- > Uitvoeren van metingen
- > Methodisch benaderen van een slachtoffer; ABCD methodiek
- > Informeren en overdragen met de SBAR-methodiek; toepassen SBAR-methodiek, consulteren en overdragen aan een zorgprofessional, toepassen van METHANE.



> Werken in teamverband

In de module Noodhulpteam wordt verder ingegaan op de vaardigheden die specifiek nodig zijn bij grootschalige geneeskundige incidenten, onder commandostructuur van de Veiligheidsregio.

### 8.3.1 Bevoegd en bekwaam

Om bevoegd en bekwaam te blijven wordt als eis gesteld dat de Noodhulpteamleden na het behalen van het certificaat per kalenderjaar minimaal 32 uur inzet draaien binnen de evenementenhulpverlening. Hiervan moet minimaal 16 uur inzet gedraaid worden op grootschalige evenementen, waar minimaal 10 Rode Kruis hulpverleners tegelijk worden ingezet. Hiermee worden de eerdere vaardigheden geborgd. Het proces evenementenhulpverlening staat los van GGB en wordt ook niet gefinancierd vanuit publieke middelen.

Voor de module Noodhulpteam 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 het groepsassessment wordt men ingevoerd in het CRM systeem van het Rode Kruis en is de hulpverlener oproepbaar.

*Her-certificering:*

Na het succesvol doorlopen worden de volgende noodhulpbijscholingen verwacht:

1. Vaardig houden EHBO vaardigheden (bijscholing EHBO certificaat)
2. Vaardig houden vaardigheden proces Evenementenhulpverlening
  - a. 16 uur inzet reguliere evenementenhulpverlening (minder dan 10 hulpverleners tegelijk aanwezig op het evenement)
  - b. 16 uur inzet bij grootschalige evenementen (meer dan 10 hulpverleners tegelijk aanwezig op het evenement)
  - c. Herhalings- en bijscholingslessen evenementenhulp
3. Interne oefeningen Noodhulpteams (oefeningen van het RK<sup>18</sup>)
4. Herhalings- en bijscholingslessen (1 of 2 bijeenkomsten per jaar)
5. Mono- en multi-oefeningen onder regie van de GHOR (frequentie afhankelijk van jaarplan GHOR/veiligheidsregio)

Van de oefeningen worden evaluatieverslagen gemaakt. Van de meldingen (dus opkomen, maar niet ingezet) worden evaluatieverslagen gemaakt en van alle inzetten worden evaluatieverslagen gemaakt. De leerpunten worden per team direct doorgevoerd en grotere punten die voor de rest van het land ook gelden worden gedeeld en gezamenlijk geëvalueerd. De landelijke Accounthouder GGB, werkzaam binnen het

---

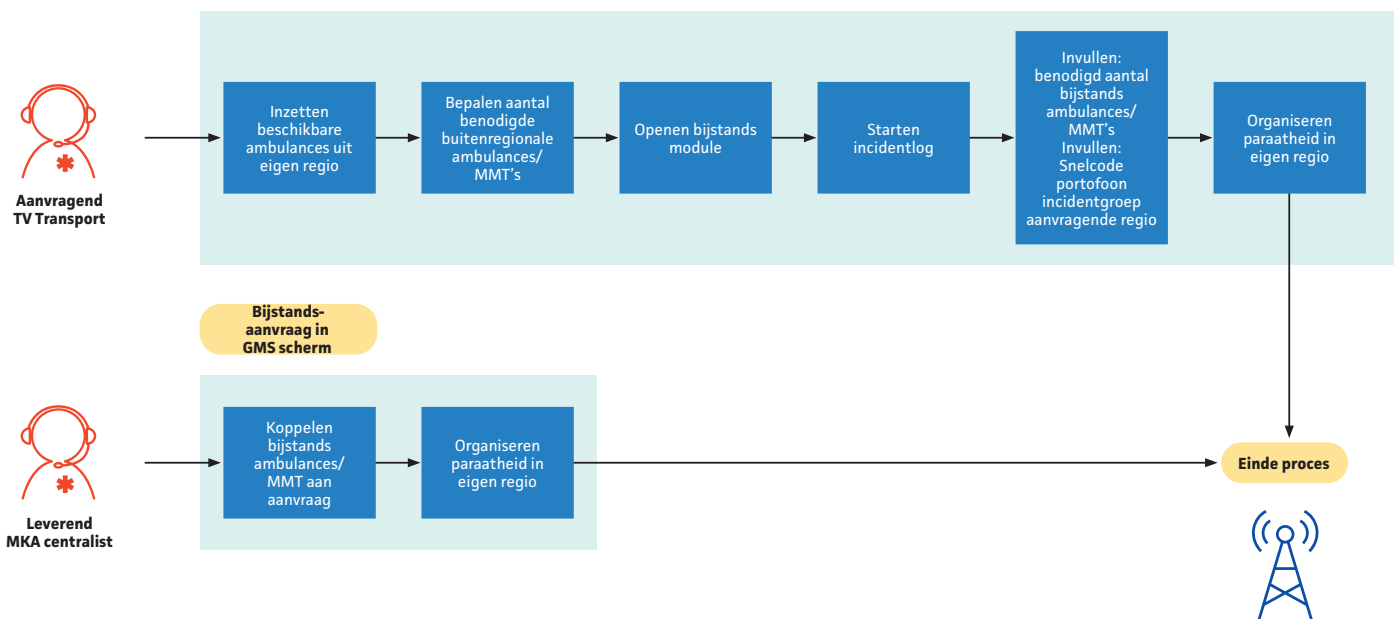
<sup>18</sup> Denk hierbij aan tent opzetten, inrichten locatie e.d.



Rode Kruis, is verantwoordelijk voor deze landelijke evaluaties. Minimaal een keer per jaar wordt er vanuit het Rode Kruis een bijeenkomst georganiseerd voor alle Hoofden Noodhulpteams, waar evaluaties worden gedeeld, nieuwe ontwikkelingen worden besproken en prioriteiten worden doorgevoerd voor het volgend jaar. Voor de borging van de prestatie indicatoren/veldnormen zoals genoemd in de regionale overeenkomsten, heeft het Rode Kruis de beschikking over een intern CRM-systeem en een evaluatie- en rapportagesysteem. Deze systemen worden, wanneer nodig, geoptimaliseerd om altijd de meest actuele en relevante informatie paraat te hebben.

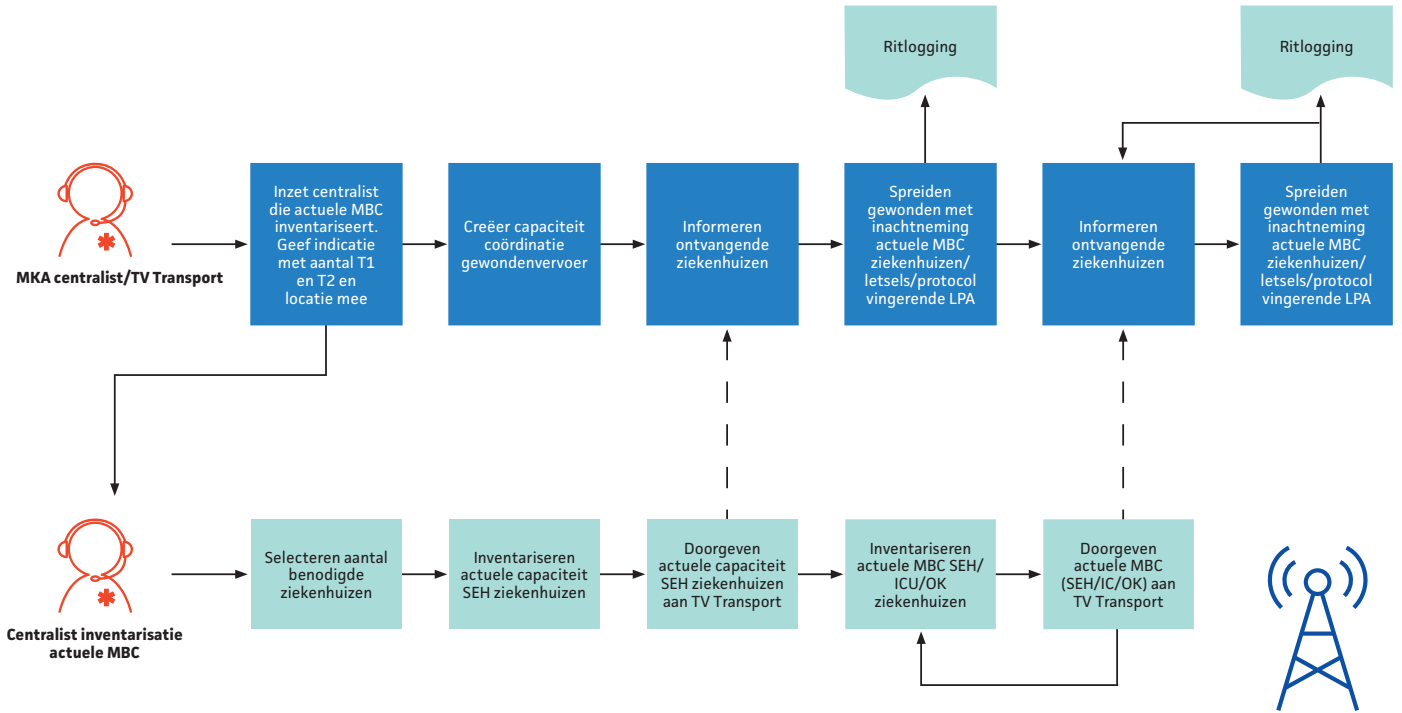
# Bijlage 1

## Taakkaart Ambulancebijstand en Taakkaart Gewondenspreiding



januari 2022

Taakkaart Ambulancebijstand



januari 2022

## Taakkaart Gewondenspreiding

## Bijlage 2

# Woordenlijst

Ambulancebijstand	Organiseren van extra ambulancecapaciteit door ambulancebijstand uit andere regio's in te zetten
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
Gewonden-verzamelplaats	Locatie waar T1 en T2 slachtoffers worden verzameld en waar levensreddend handelen plaatsvindt, totdat ze vervoerd worden naar ziekenhuizen
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 standaardinzet voorstel
MMT	Mobiel Medisch team, verantwoordelijk voor het leveren van medische zorg aan zwaar gewonde slachtoffers
Noodhulpteam	Team van getrainde (Rode Kruis) vrijwilligers die ingezet worden voor de opvang en verzorging van T3-slachtoffers in de T3-verzorglocatie
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 geluidssignalen
Opvanglocatie	Plek ingericht door gemeente voor opvang betrokkenen incident

PSH	Psychosociale hulpverlening
Plaats incident	Plek waar het incident plaatsvindt
Primaire triage	1e 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	2e/(her)triage van T3-slachtoffers in de verzorglocatie
Scoop en run	Stabiliseren, indien nodig kort (levensreddend) behandelen en zo snel mogelijk op transport
Slapwrap	Instrument voor het vastleggen van triage klasse en voor het registreren van gegevens in het kader van medische behandeling
TV Command en control	Coördineert de geneeskundige hulpverlening op plaats incident tot aankomst OvD-G
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	Taakverantwoordelijke Secundaire Triage, 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  
ondoorzichtig, Tyfex + plastic overschoen

4 sets burnshields

Navigatiesysteem

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 schepbrancards

### ***Uitrusting noodhulpvoertuig***

4 evenementenhulp-noodhulptassen

1 evenementenhulp-/noodhulpkist

1 vest, groen, Rode Kruis 'Coördinerend Teamleider'

1 vest, geel, Rode Kruis 'Teamleider'

7 vesten, geel, Rode Kruis 'Noodhulpteam'

150 poncho's

150 reddingsdekens

Shelter

6 lantaarns

3 klapstoeltjes

3 paar werkhandschoenen

2 bloeddrukmeters

3 digitale portofoons

1 digitale mobilfoon

1 C2000-portofoon

## 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. 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<sup>19</sup> (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 uitgerukt 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 GGD 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 acute dagelijkse zorg, maar is mede opgesteld om de onder opgeschaalde omstandigheden gevraagde capaciteit te kunnen leveren. Het gaat daarbij dan niet alleen over de inzet van 1 MMT, maar ook om het beschikbaar krijgen van meerdere MMT's.

---

<sup>19</sup> Het beschikbaar MMT wordt uitsluitend ingezet binnen het GGB. Bij onvoldoende capaciteit in de dagelijkse acute zorg, kan het beschikbaar MMT niet als vervanger van het parate MMT worden ingezet, vanwege het verschil in exposure aan en expertise in de dagelijkse prehospital acute zorg.

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 vigerende LPA, MMT inzet- en cancelcriteria).

In de leidraad GGB is opgenomen, dat het 'lokale' c.q. eerst aanwezige MMT de OvD-G, of bij diens afwezigheid de Taakverantwoordelijke Command en control, adviseert over de hoeveelheid in te zetten MMT's en de locaties waar die MMT's ingezet worden (primaire triage, secundaire triage, treatment en/of transport). Het eerste MMT is daarmee aanspreekpunt voor de overige MMT's en treedt als zodanig coördinerend op. Het coördinerende aspect van het eerste MMT is ondergeschikt aan diens verantwoordelijkheid om zijn/haar medisch inhoudelijke rol te vervullen en handelend op te treden.

## **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 een 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 V&J, later het NIPV de grondgebonden voertuigen ter beschikking gesteld aan de traumacentra. Deze verstrekking was eenmalig. Binnen de GGB-invulling zijn geen extra materialen voorzien t.b.v. het MMT. Aandachtspunt voor de doorontwikkeling is daarom op welke wijze toekomstige vervangingen 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 laatste 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 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 zullen met alle partijen betrokken bij het GGB model moeten worden gedeeld.

# Bijlage 5

## Multidisciplinaire afspraken bij extreem geweld voor first responders

Doel: De onderstaande afspraken voor first responders<sup>20</sup> zijn bedoeld om slachtoffers van extreem geweld snel en veilig te redden en te behandelen.

### **Afspraak 1:**

*Hulpdiensten onderscheiden een hot-, warm- en coldzone in het incidentgebied voor duiding van gevaar en handelingsperspectief.*

Het incidentgebied wordt onderverdeeld in 3 zones, te weten:

#### 1. De hotzone

Onveilig gebied waarbinnen zich aanslagplegers bevinden, (restanten van) explosieven aanwezig zijn of gevaarlijke stoffen vrijkomen. In deze zone treedt uitsluitend de politie resp. de brandweer op. Geredde personen uit de hotzone worden overgenomen door in de warmzone aanwezige hulpdiensten.

#### 2. De warmzone

Beperkt veilig gebied / geaccepteerd risicogebied, tussen de hot- en de coldzone, toegankelijk voor de hulpdiensten. In deze zone vindt zo nodig tactische hulpverlening<sup>21</sup> plaats. Slachtoffers worden zo snel als mogelijk verplaatst naar de cold zone.

#### 3. De coldzone

Veilig gebied waarbinnen de hulpdiensten veilig kunnen werken, conform de standaard bij grootschaligheid. In deze zone worden de voertuigen opgesteld en de gewonden verzameld.

### **Afspraak 2:**

*First responders van politie, brandweer en ambulancezorg bepalen in overleg met de meldkamer een plaats voor het Motorkapoverleg.*

First responders van politie, brandweer en ambulancezorg bepalen in afstemming met hun meldkamer een plek voor het Motorkapoverleg, op de grens van de warm- en coldzone. Wanneer de first responders niet kunnen komen tot een Motorkapoverleg, informeert de meldkamer de hulpdiensten over de zonegrenzen en corridors. Alle hulpdiensten dienen standaard en gelijktijdig te worden gealarmeerd bij extreem geweld.

### **Afspraak 3:**

*Het Motorkapoverleg bepaalt de zonegrenzen, de corridors en overnameplaatsen.*

Het Motorkapoverleg bepaalt de zonegrenzen van de verschillende zones, de corridors en de overnameplaatsen.

<sup>20</sup> De eerst aankomende professionele hulpverleners van politie, brandweer en ambulancezorg

<sup>21</sup> Uitsluitend snelle levensreddende handelingen

Hierbij geldt:

- Bij zich verplaatsende daders verschuift de hotzone. Er kunnen meerdere hotzones zijn.
- De deelnemers aan het Motorkapoverleg communiceren de ontwikkelingen in de veiligheidssituatie direct door naar de eigen meldkamer en de eenheden van de eigen discipline.
- Het Motorkapoverleg blijft gedurende de inzet op zicht- en spreekafstand van elkaar voor snelle informatie-uitwisseling.

**Afspraak 4:**

*Het Motorkapoverleg bepaalt opstelplaatsen, locaties voor opvang slachtoffers en aan- en afvoerroutes en de beveiliging van deze locaties.*

Het Motorkapoverleg bepaalt gelijk als in de reguliere situatie:

- Opstelplaatsen, aan- en afvoerroutes (verkeerscirculatie brongebied)
- Overnameplaatsen van de warm naar de coldzone
- Locaties voor gewondenverzamelplaatsen
- De beveiliging van deze locaties.

# Bijlage 6:

## Commander's Intent: uitgangspunten voor medische hulpverlening bij terrorisme gevolgbestrijding

Door de recente aanslagen in Europa en de blijvende dreiging op een aanslag in Nederland is een Commander's Intent met uitgangspunten ontwikkeld en geformuleerd voor medische hulpverlening bij terrorisme gevolgbestrijding. Dit is tot stand gekomen door een samenwerkingsinitiatief vanuit de GHOR van de (risico)regio's Amsterdam-Amstelland, Kennemerland, Hollands-Midden, Utrecht, Rotterdam-Rijnmond en Haaglanden met de branchevereniging GGD GHOR Nederland en het LOCC. Dit protocol betreft de voorbereiding op een aanslag en de inzet van de medische hulpverlening na een aanslag.

Vanuit deze geformuleerde uitgangspunten kunnen de verschillende ketenonderdelen van de medische hulpverlening met behoud van hun individuele verantwoordelijkheden, als systeem functioneren. Het commander's intent dat geldt voor een terroristische aanslag met een groot aantal slachtoffers vergelijkbaar met Parijs en Zaventem heet: **Commander's Intent: 'Damage Control'**

Onder dit protocol vallen de volgende vijf uitgangspunten:

### 1. Do the most for the most:

de witte hulpverlening streeft naar het behalen van een zo hoog mogelijk overlevingspercentage voor de getroffen slachtoffers. De medische zorgverlening voor de groep staat centraal en prevaleert boven de individuele patiëntenzorg.

### 2. Scoop and Run:

zoveel mogelijk slachtoffers worden door de hulpverlening meegenomen en getrieerd buiten het plaats incident en zo snel mogelijk conform specifiek spreidingsplan vervoerd naar het ziekenhuis.

### 3. Acceptable Risk & damage control voor hulpverleners:

tijdens de gevolgbestrijding van terrorisme is het niet mogelijk om een gegarandeerde veilige werkomgeving te realiseren voor de hulpverleners. Er wordt gestreefd naar een acceptabel risico. Voor, tijdens en na de inzet zijn hulpverleners in beeld en wordt ook ingezet op psychosociale hulpverlening.

### 4. Never walk alone:

bij terrorisme gevolgbestrijding is burenhulp, landelijke inzet en bijstand een noodzaak.

### 5. Standard operational procedures:

het optreden van de medische hulpverlening bij terrorisme gevolgbestrijding blijft met inachtneming van bovenstaande 4 uitgangspunten zo dicht mogelijk bij het reguliere optreden.

Dit protocol leidt tot het kader van planvorming en afspraken met ketenpartners zoals Meldkamer Ambulancezorg, regionale ambulance voorziening, ziekenhuizen (SEH, OK, IC) en toeleveranciers van de witte keten en onze hulpverleningspartners zoals politie, brandweer, defensie en de gemeentelijke kolom. De uitwerking van bovenstaande uitgangspunten leidt onder andere tot een aangepast protocol van triage bij schaarste in medische hulpverlening, een landelijke gewondenspreiding, bijstandsafspraken, afspraken met multidisciplinaire partners.

# Bijlage 7

## Landelijk Protocol Coördinatie Grootschalige Brandwonden Incidenten

### Doelstelling:

Het Landelijk Protocol Coördinatie Grootschalige Brandwonden Incidenten (LPCGBI)<sup>22</sup> beoogt een tijdige waarschuwing van de brandwondencentra. Hierdoor kunnen zij adequaat opschalen en gecoördineerd Brandwonden Triage Teams (BTT's) inzetten om ziekenhuizen te kunnen adviseren over triage, behandeling en eventueel doorverwijzen van brandwondenpatiënten naar brandwondencentra. Dit protocol zal alleen in werking treden bij een incident met 10 of meer brandwondenslachtoffers.

### Uitwerking:

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

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

### Partijen:

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

---

<sup>22</sup> Protocol opgesteld door LOCC in afstemming met brandwondenstichting in 2016

## Onderscheid waarschuwings- en coördinatieproces

### Het waarschuwingsproces:

1. Tijdens of na een incident met mogelijk 10 of meer brandwondenslachtoffers worden de MKA Kennemerland en/of het LOCC en/of een Brandwondencentrum (BWC) geïnformeerd door de getroffen regio of andere informatiebron.
2. Deze 3 partijen informeren elkaar.
3. Het LOCC start het informatieproces om de situatie nader te duiden.
4. Het LOCC deelt het informatiebeeld met MKA Kennemerland, BWC's en eventuele overige betrokken partners zoals veiligheidsregio's, het Nationaal Crisis Centrum, etc.
5. BWC's maken kenbaar wie in dit geval optreedt als coördinerend BWC (vanaf dat moment BWC I geheten).

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

### Het coördinatieproces:

1. Ziekenhuizen maken conform reguliere procedures (Ziekenhuis Rampen Opvang Plan ZIROP) hun specialistische brandwondenhulpvraag kenbaar aan één van de brandwondencentra.
2. De brandwondencentra registreren de hulpvragen vanuit de ziekenhuizen in de online applicatie "Slachtofferregistratiesysteem BWC". De geregistreerde gegevens bevatten informatie over het aantal slachtoffers per locatie en zo mogelijk; gegevens omtrent naam, geboortedatum, geslacht en het percentage verbranding.
3. BWC I bepaalt, op basis van de informatie uit de online applicatie, welke brandwondenslachtoffers in welke ziekenhuizen door BTT's bezocht dienen te worden.
4. BWC I neemt de coördinatie op zich voor het samenstellen en inzet van BTT's.
5. BWC I informeert het LOCC over:
  - a. De inzet BTT's;
  - b. Het aantal te bezoeken instellingen;
  - c. Het aantal te bezoeken slachtoffers;
  - d. Eventuele bijzonderheden.
6. In opdracht van het LOCC organiseert de Piketcentralist van Kennemerland het vervoer van de BTT's via Meldkamer Kennemerland, Noord-Nederland en/of Rotterdam-Rijnmond en koppelt dit terug aan het LOCC.

7. De piketcentralist Kennemerland informeert BWC 1 over de bijzonderheden met betrekking tot vervoer van de BTT's.
8. Bij inzet zijn de BTT's zelf verantwoordelijk voor:
  - a. het onderhouden van de communicatielijnen met BWC 1 en MKA Kennemerland gedurende de triageronde langs de ziekenhuizen;
  - b. het bevestigen van vertrek en aankomst bij een ziekenhuis aan MKA Kennemerland;
  - c. het informeren van de MKA Kennemerland bij beëindiging van de triageronde;
  - d. het rapporteren van de bevindingen aan BWC 1 per afgelegd triagebezoek.
  - e. Het (laten) aanvragen van patiëntvervoer bij de regionale meldkamer door de afdeling/ziekenhuis waar patiënt(en) is/zijn opgenomen
9. Het LOCC informeert de Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (ACGZ) van de getroffen regio over alle uitgevoerde acties onder punt 5 en 6.
10. BWC 1 bepaalt op basis van de uitkomst van de triagerondes van de BTT's welke slachtoffers naar een BWC vervoerd moet worden en welk BWC. **Het transport per ambulance wordt aangevraagd door het ziekenhuis waar de patiënt zich op dat moment bevindt.**
11. BWC 1 informeert MKA Kennemerland na de triagerondes over:
  - a. Gegevens van secundair naar BWC's te vervoeren slachtoffers;
  - b. Instellingen waar het transport begint;
  - c. Instellingen waar het transport eindigt;
  - d. Alle benodigde bijzonderheden.
12. De regionale MKA informeert MKA Kennemerland over einde rit(ten) bij secundair vervoer.
13. MKA Kennemerland houdt hier een actueel overzicht van bij en deelt dit na afloop met het BWC 1.
14. Aan het eind van de triageronde evalueert BWC 1 de inzet met het LOCC, waarbij een totaaloverzicht gedeeld wordt van slachtoffers inclusief de instellingen waar deze zijn opgenomen.
15. Tot slot zorgt het LOCC voor overdracht van alle relevante informatie aan de ACGZ van de getroffen regio.

Inhoudelijke vragen - Brandwondenstichting [bmuis@brandwondenstichting.nl](mailto:bmuis@brandwondenstichting.nl)  
Operationele vragen - LOCC (bereikbaarheid; 24/7) 088-6628048



# Bijlage 8

## Handreiking GGB bij internationale verzoeken

### Grootschalige geneeskundige bijstand bij rampen en crises, net over de grens in België en Duitsland

#### *Inleiding*

Bijna de helft van de veiligheidsregio's (12 van de 25) grenst aan Duitsland en/of België. Al deze regio's maken met hun buitenlandse burens afspraken over het verlenen van grensoverschrijdende samenwerking, zowel voor dagelijkse bijstandsverzoeken als rampen en crises.

Met de invoering van GGB in 2016 heeft een aantal regio's al nieuwe afspraken gemaakt in de vorm van een nieuw convenant waarin GGB een plek heeft gekregen, een aantal andere regio's wil bestaande convenanten op korte termijn aanpassen. Vanuit een aantal GHOR-bureaus is de vraag gesteld hoe het nieuwe GGB-model hierin kan worden opgenomen. Deze handreiking probeert hierop antwoorden te geven.

De handreiking biedt handvatten om GGB bij grensoverschrijdende bijstandsverzoeken in te zetten. De handreiking is bedoeld voor alle organisaties die betrokken zijn bij GGB, maar is primair gericht op de RAV'en, afdelingen van het Rode Kruis en GHOR-bureaus die grenzen aan het buitenland en het LOCC die een rol speelt bij internationale bijstand. Ook al heeft elke veiligheidsregio de mogelijkheid om regionaal eigen afspraken te maken, verdient het de voorkeur om hierin als GHOR-bureaus gezamenlijk eenduidig op te trekken.

#### *Vergelijking van systematieken*

In Zuid-Limburg is de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan met bijstand van en aan Duitsland en België. Veel van de inhoud uit deze handreiking is gebaseerd op ervaringen die in het land zijn opgedaan. Omdat in het buitenland wordt gewerkt met andere systematieken van aantallen slachtoffers dan in Nederland, is gekeken hoe GGB het beste aansluit op de buitenlandse systematiek. Op basis hiervan komen GGB-codes 10 en 40 in het land overeen. Deze 2 coderingen zijn dan ook verder uitgewerkt in het vervolg. (Vanzelfsprekend kan GGB ook worden ingezet vanuit de andere codes, maar vallen voor het gemak buiten deze handreiking.)

#### *Inzet van GGB, optreden als 'eenheid'*

Uit internationale ervaringen is gebleken dat bijstandseenheden het beste functioneren als zij optreden als een eigen eenheid in een eigen inzetvak. Dit principe is ook toegepast op de inzet van GGB in het buitenland. Voor de inzet van GGB is in dit hoofdstuk beschreven waaruit de eenheid bestaat en hoe deze van alarmering tot afschaling functioneert.

## Alarmering

- > In het convenant worden tussen regio's afspraken gemaakt over de inzet van GGB. Er is op dit moment niet voor gekozen om de GGB-bijstands aanvraag via het LOCC te laten verlopen. Bij een inzet in het buitenland informeert de ACGZ betreffende veiligheidsregio het LOCC wel.

## Omvang en taken van de GGB-eenheid

- > GGB levert capaciteit voor triage, behandeling, transport en T3- opvang van 10-50 slachtoffers. Voor triage, behandeling en T3-opvang is er ook een taakverantwoordelijke.
- > Inzet van GGB bij code 10 bestaat uit 24 personen met 12 voertuigen:
  - 10 ambulances, met een bezetting van 20 personen.
  - 1 mobiel medisch traumateam met een bezetting van 3 personen.
  - 1 OvD-G.
- > Inzet van GGB bij code 40 bestaat uit 55 personen met 23 voertuigen:
  - 18 ambulances, met een bezetting van 36 personen.
  - 1 calamiteitenteam, met een bezetting van 6 personen.
  - 1 noodhulpteam, met een bezetting van 8 personen.
  - 1 mobiel medisch traumateam met een bezetting van 3 personen.
  - 1 GGB haakarmbak eenheid met een bezetting van 1 persoon.
  - 1 OvD-G.
- > Er worden slechts 1 MMT en 1 OvD-G toegevoegd.

## Verplaatsing en opvang op de plaats incident - samenwerking met een liaison

- > De Nederlandse bijstandseenheden worden door een OvD-G tot een GGB-peloton geformeerd en verplaatsen zich in colonne verband naar de aangewezen grenspost.
- > Het GGB-peloton wordt bij de aangewezen grenspost opgevangen door een liaison van de buitenlandse buurregio. Het is niet vanzelfsprekend dat er altijd een liaison aanwezig is (heeft wel nadrukkelijk de voorkeur), dit dient in het convenant geregeld te worden.
- > De buitenlandse liaison wordt toegevoegd aan het Nederlandse GGB-peloton en is in afstemming met de Nederlandse OvD-G verantwoordelijk voor de communicatie naar de buitenlandse crisisstaven en buitenlandse ziekenhuizen.
- > Het is raadzaam om globaal van elkaar te weten wat je van elkaar kunt verwachten. Het heeft de voorkeur om hierover regelmatig contact te hebben en periodiek te oefenen.
- > Het GGB-peloton staat onder leiding van een Nederlandse OvD-G van de bijstand verlenende veiligheidsregio.
- > Exclusief het alarmeren, formeren en verplaatsen gaan we uit van een maximale inzet periode van 4 uren ter plaatse. Bij een langere inzet gelden dezelfde uitgangspunten als bij een inzet in Nederland en dient tijdig worden nagedacht over aflossing.

## Communicatie

- > Duitse en Nederlandse verbidingsnetwerken kunnen (nog) niet met elkaar communiceren. Het Nederlandse C2000 netwerk heeft een beperkte reikwijdte, dit varieert per gebied, gemiddeld heeft men in TMO 10 km bereik over de landsgrens.
- > In DMO kan wel onderling (portofoon naar portofoon) worden gecommuniceerd. Er zijn 10 Europese DMO frequenties beschikbaar met een bereik van 2 km in open terrein en nog geen 1 km in bebouwing.
- > Functionarissen van het GGB peloton communiceren onderling bij voorkeur rechtstreeks (face to face) met elkaar.
- > Communicatie naar buitenlandse crisisstaven en ziekenhuizen kan het beste plaatsvinden via een (toegevoegde buitenlandse) Liaison.

## Vervoer (van patiënten en opiaten)

- > Het is niet vanzelfsprekend dat onze ambulances worden geëscorteerd naar de ontvangende ziekenhuizen. In een aantal gebieden is wel zicht op ziekenhuizen en routes, bijvoorbeeld via <https://spoedzorgzondergrenzen.nl/spoedzorg-in-de-euregio/veelgestelde-vragen-professionals/>
- > Om de inzet van GGB in het buitenland mogelijk te maken zijn onderlinge afspraken nodig met het Rode Kruis en de RAV. Dit kan in de vorm van een convenant. In een overeenkomst (convenant) met de RAV kan worden vastgelegd dat de RAV "de wijze (en voorwaarden) waarop grensoverschrijdend internationale bijstand aan de Duitse (en/of Belgische) burens wordt verleend" in haar ambulancebijstandsplan vastlegt.

Q: Verschillen in "Wegerecht" tussen landen kunnen bestaan, bijvoorbeeld het gebruik van de busbaan in Nederland/ snelheidslimiet/verschil in geluidssignalen of lichtsignalen. Mag een Duitse ambulance op Nederlandse grondgebied rijden bij een spoedeisende inzet? Mag een Nederlandse ambulance op Duits grondgebied rijden?

A: Een Nederlandse ambulance kan op Duits (NRW) grondgebied zijn eigen geluids- en lichtsignalen voeren op grond van het Blauerlichterlass NRW. In Niedersachsen mag de Nederlandse ambulance dit op basis van een erkenning van het Ministerie van 2013.

A: Voor de situatie dat een Duitse ambulance op Nederlands grondgebied komt is in art. 30b van het RVV 1990 geregeld dat ze de eigen wettelijk vastgestelde Geluids- en Lichtsignalen mogen gebruiken

Q: Mag ambulancepersoneel bij een grensoverschrijdende inzet wel de in hun land voor de uitoefening van hun beroep te doen gebruikelijke opiaten in- en uitvoeren?

A: Strikt genomen mogen er in Nederland geen opiaten in- en uitgevoerd worden zonder verlof van de Minister. Maar voor een Nederlandse ambulance kan de in- en uitvoer van opiaten op basis van goed hulpverlenerschap achteraf te rechtvaardigen zijn.

A: Ook voor een Duitse Rettungswagen kan de invoer en uitvoer op grond van goed hulpverlenerschap te rechtvaardigen zijn.

- A: Het advies is wel om altijd een lijst met stofnamen en hoeveelheden aan boord van de ambulance/Rettungswagen te hebben in verband met eventuele controles.
- A: In 1988 is er een overeenkomst gesloten tussen Nederland en Duitsland over de wederzijdse bijstandsverlening bij het bestrijden van rampen, zware ongevallen daaronder begrepen. Op basis van die overeenkomst mogen verdovende middelen in en uitgevoerd worden (artikel 7 lid 6). Dit artikel is ook van toepassing op het verlenen van bijstand van aan elkaar grenzende gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de hulpverlening bij rampen en ongevallen (artikel 12 lid 1). Dus in geval van verlenen van bijstand mogen opiaten worden in- en uitgevoerd in zowel Nederland als Duitsland.
- A: In Duitsland is daarnaast wettelijk vastgelegd dat in- en uitvoer van opiaten is toegestaan door o.a. artsen die dit in- en uitvoeren op grond van grensoverschrijdende hulp. In de toekomst zal worden bekeken in hoeverre Rettungsassistenten, Rettungssanitäter en Notfallsanitäter daar ook onder vallen.

### **Verzekering van ambulancepersoneel bij grensoverschrijdende inzetten**

- Q: Heeft de geneeskundige hulpverlening aan slachtoffers in het buitenland mogelijk juridische consequenties voor de individuele hulpverlener? Onze ambulanceverpleegkundigen verrichten in Nederland namelijk handelingen die normaliter voorbehouden zijn aan artsen.
- Q: Ambulancepersoneel zou bij inzet in een ander land geen aansprakelijkheidsverzekering hebben?
- A: Dat kan indien de verzekering die is afgesloten een grensoverschrijdende inzet niet dekt dan wel indien deze (nog) niet is meeverzekerd.
- A: Werkgevers zijn verplicht een behoorlijke verzekering af te sluiten voor; -de fouten die personeelsleden kunnen maken in het verkeer en waardoor een derde schade leidt, -de fouten die gemaakt kunnen worden bij de patiënt waardoor deze schade leidt, -het eigen risico/letsel van het personeel bij een grensoverschrijdende inzet.

### **Financiële afwikkeling**

- Q: Waar mag de rekening voor deze inzet gedeclareerd worden? Voor de hand liggend is natuurlijk om te antwoorden bij de 'aanvrager van deze bijstand'. In de praktijk betekent dit wij hier hierover met betreffende partijen afspraken over moeten gaan maken.
- A: Dit wordt regionaal geregeld, er zijn regio's waar de Veiligheidsregio de internationale bijstand betaalt. De kosten voor vervoer van slachtoffers worden achteraf bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Er zijn ook voorbeelden waar afgesproken wordt dat over een weer geen kosten in rekening worden gebracht.

## Bijlage 9

### Relevante documenten

Naam document	Verantwoordelijke	Datum en versienummer
Leidraad GGB	NIPV	April 2021, versie 2.0
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
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 8.1	AZN	Juni 2016, versie 8.1
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
Handboek Noodhulpteams	Rode Kruis	28 maart 2016, versie def
Functieprofiel Noodhulpteamlid	Rode Kruis	Januari 2015, versie 2.0
Functieprofiel Teamleider Noodhulpteam	Rode Kruis	Januari 2015, versie 2.0
Functieprofiel Hoofd Noodhulpteam	Rode Kruis	Januari 2015, versie 2.0
Functieprofiel Chauffeur NHT	Rode Kruis	Januari 2015, versie 2.0

vervolg z.o.z.

Opleidingsroute NHT	Rode Kruis	
Taakkaart Chauffeur	Rode Kruis	19 december 2019, versie def
Taakkaart Teamleider	Rode Kruis	19 december 2019, versie def
Taakkaart Noodhulpteamlid	Rode Kruis	19 december 2019, versie def
MMT Inzet- en cancelcriteria Een praktisch handvat voor het inzetten van MMT's en verdeling van verantwoordelijkheden tussen MKA, ambulance en MMT	LNAZ en AZN	Juni 2013, def
Kwalificatiedossier OvD-G	NIPV/GHOR academie en GGD GHOR NL	September 2017, versie def
Curriculum OvD-G en opleiding OvD-G	NIPV/GHOR academie	Maart 2021, versie def
Brondocument basiskennis GHOR	NIPV/GHOR academie	Maart 2017, versie def
Landelijk Protocol OvD-G 2.0	GGD GHOR NL, AZN, NIPV/GHOR academie	2016, versie def
Documenten van FDC inzake logistiek	NIPV/FDC	

# Bijlage 10

## Waarnemingsformulieren t.b.v. toetsing GGB model en processen

(OvD-G, taakverantwoordelijken, teamleider Noodhulpteam)

### WAARNEMINGSFORMULIER OvD-G GGB

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			
*	<b>Koppelvlak</b> = 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 afspraken met MKA over communicatie			
G	2.5	Bepaal voorlopige inzet en opschaling			
R	2.6	Bepaal de aanrijroute en ga ter plaatse			
*	<b>Koppelvlak</b> = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers				

3. Bij inzet			V	OV	NWG
R	3.1	Let 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			
*	<b>Koppelvlak</b> = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers				

R = regulier proces

V = voldoende

G = essentieel voor GGB

O = onvoldoende

K = koppelvlak\* GGB

NWG = niet waargenomen

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			
K	4.4	Wijs taakverantwoordelijken aan (1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> 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, calamiteitervoertuigen, noodhulpteams, MMT's)			
K	4.7	Maak afspraken over overlegmomenten en wijze van communiceren			
	*	<b>Koppelvlak</b> = 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			
	*	<b>Koppelvlak</b> = 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 volgend MKO overleg			
K	6.6	Terugkoppeling aan MKA, OvDG/1 <sup>e</sup> ambulance en/of ACGZ			
	*	<b>Koppelvlak</b> = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers			

R = regulier proces                      V = voldoende  
 G = essentieel voor GGB                O = onvoldoende  
 K = koppelvlak\* GGB                    NWG = niet waargenomen



7. COPI-overleg			V	OV	NWG
G	7.1	Vorm actueel 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 <sup>e</sup> ambulance en/of ACGZ			
	*	<b>Koppelvlak</b> = 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 <sup>e</sup> ambulance en/of ACGZ			
	*	<b>Koppelvlak</b> = 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 de afgesproken contactpersoon			
G	10.2	Draag bij aan mono- en multidisciplinaire evaluatie			

R = regulier proces

G = essentieel voor GGB

K = koppelvlak\* GGB

V = voldoende

O = onvoldoende

NWG = niet waargenomen

11. Specifiek GROEP		V	OV	NWG
	<b>11.1 Bij Medische Milieukunde</b>			
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			
	<b>11.2 Bij infectieziekte</b>			
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			
	<b>11.3 Bij ingrijpende gebeurtenissen/psychosociale hulpverlening</b>			
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 dan reguliere slachtofferhulp of bedrijfsopvang, ga in overleg met ACGZ			
<b>*</b>	<b>Koppelvlak</b> = informatie uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers			

R = regulier proces

G = essentieel voor GGB

K = koppelvlak\* GGB

V = voldoende

O = onvoldoende

NWG = niet waargenomen

## WAARNEMINGSFORMULIER taakverantwoordelijken GGB

1. Inzet als taakverantwoordelijke coördinatie/1 <sup>e</sup> ambulance			V	OV	NWG
R	1.1	Is in staat om grootschalige hulpverlening te coördineren volgens vigerend LPA			
G	1.2	Verkennen (assessment) van incidentlocatie en inschatten situatie (gevaren, 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			
	*	<b>Koppelvlak</b> = 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 ambulanceteams			
R	2.2	Zie toe dat de triage wordt gedaan volgens vigerend LPA			
G	2.3	Zie toe op gebruik gewondenkaarten			
G	2.4	Organiseer hulp (van brandweer of burgers) voor transport naar gewondenverzamelplaats (T1 en T2) en/of T3 verzorglocatie (T3)			
G	2.5	Registreer optelsom getrieerde 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			
	*	<b>Koppelvlak</b> = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers			

R = regulier proces

V = voldoende

G = essentieel voor GGB

O = onvoldoende

K = koppelvlak\* GGB

NWG = niet waargenomen

3. Inzet als taakverantwoordelijke treatment T1 en T2			V	OV	NWG
G	3.1	Verken en bepaal locatie gewondenverzamelplaats en stel de indeling, gewondenverzamelplaats en inrichting van de verzorglocatie T3 vast			
G	3.2	Vraag om/organiseer voldoende personeel			
G	3.3	Verdeel capaciteit en inrichtingsactiviteiten			
G	3.4	Zie toe op gebruik slapwraps 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			
*	<b>Koppelvlak</b> = 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 vigerend LPA			
K	4.4	Rapporteer, informeer en adviseer OvDG			
*	<b>Koppelvlak</b> = 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	Spreiding gewonden met inachtneming actuele MBC bij ziekenhuizen/letsels/vigerend LPA			
K	5.6	Stem met OvDG af over inzet calamiteitenhospitaal Utrecht			
K	5.7	Deel patiëntengegevens 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			
*	<b>Koppelvlak</b> = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers				

R = regulier proces                      V = voldoende  
G = essentieel voor GGB                O = onvoldoende  
K = koppelvlak\* GGB                    NWG = niet waargenomen

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 ambulancestation			
K	6.3	Vraag MKA om een overzicht van de MBC en opnamestops van SEH's en pas het gewondenspreidingsplan hierop aan			
G	6.4	Registreer slachtoffers o.b.v. landelijke gewondenkaart			
G	6.5	Maak een overzicht (via OvDG/TV treatment) t.b.v. de MKA en GHOR van: - het totaal nog te vervoeren slachtoffers - slachtoffers die vervoer gereed zijn (afhaallocatie, triagecategorie/prio) - slachtoffers die afgevoerd zijn (bestemming en ambulnummer)			
G	6.6	Wijs 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			
	*	<b>Koppelvlak</b> = informatie-uitwisseling tussen functionaris en ontvangers			

R = regulier proces

G = essentieel voor GGB

K = koppelvlak\* GGB

V = voldoende

O = onvoldoende

NWG = niet waargenomen

## WAARNEMINGSFORMULIER teamleider Noodhulpteam GGB

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 portofoon			
	*	<b>Koppelvlak</b> = 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, bij wie u zich moet melden en welke rol/taak u met uw team heeft			
G	2.5	Verzamel een noodhulpteam van minimaal 4 en maximaal 8 personen			
G	2.6	Bepaal de aanrijroute en ga met uw noodhulpteam ter plaatse			
	*	<b>Koppelvlak</b> = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers			

3. Bij inzet			V	OV	NWG
G	3.1	Let op bij plaatsing noodhulpvoertuig			
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 portofoonverbinding 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 in opdracht van 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 Verzorglocatie, zoals beschreven in de Noodhulpmodule			
K	3.10	Rapporteer, informeer en adviseer OvDG			
	*	<b>Koppelvlak</b> = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers			

R = regulier proces

G = essentieel voor GGB

K = koppelvlak\* GGB

V = voldoende

O = onvoldoende

NWG = niet waargenomen

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			
*	<b>Koppelvlak</b> = 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			
*	<b>Koppelvlak</b> = 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	Informeert OvDG en taakverantwoordelijke secundaire triage			
*	<b>Koppelvlak</b> = informatie-uitwisseling tussen functionarissen en ontvangers				

R = regulier proces

G = essentieel voor GGB

K = koppelvlak\* GGB

V = voldoende

O = onvoldoende

NWG = niet waargenomen

