

AMBULANCEBIJSTANDSPLAN, GEWONDENSPREIDINGSPLAN EN BIJSTANDSVERLENING

**Interregionale bijstand en gewondenspreiding
bij ongevallen en rampen**

**voor de GHOR-regio's
Drenthe, Fryslân en Groningen**



Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

GHOR Drenthe, Fryslân en Groningen

Versie 1.3

8 november 2005

Samenvatting

Dit plan beschrijft de afspraken die zijn gemaakt over de (ambulance)bijstand en gewondenspreiding bij ongevallen en rampen in de GHOR-regio's Drenthe, Fryslân en Groningen (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen). Het doel van dit plan is om de afspraken op Noord-Nederlands niveau enerzijds te verhelderen en anderzijds meer op elkaar af te stemmen.

Het ambulancebijstandsplan beschrijft de bijstandsverlening in de vorm van ambulances, maar ook de afspraken rondom bijstandsverlening van de Geneeskundige Combinatie, de Meldkamer Ambulancezorg en GHOR-functionarissen. Samengevat zijn de afspraken over bijstand als volgt:

1. De bijstandsmeldkamer wordt ingeschakeld zodra de vraag naar geneeskundige inzet bij ongevallen en rampen het aanbod in de eigen regio overstijgt en inzet van een andere regio nodig is.
2. Groningen fungeert als bijstandsmeldkamer voor Drenthe, Drenthe voor Fryslân en Fryslân fungeert als bijstandsmeldkamer voor Groningen.
3. De meldkamer van de rampregio geeft bij de bijstandsmeldkamer aan welke geneeskundige inzet uit de andere regio's nodig is. De bijstandsmeldkamer is 'support-buddy' en verantwoordelijk voor het aanvragen/oproepen van bijstand uit verschillende regio's in de vorm van ambulances, Geneeskundige Combinatie, en/of GHOR-functionarissen. De bijstandsmeldkamer ontlast daarmee de meldkamer van de rampregio.
4. Het uitgangspunt is dat 50% van de (vrij) beschikbare ambulances ingezet kunnen worden als bijstandsambulances.
5. Per 10-tal T1/T2 slachtoffers wordt een Geneeskundige Combinatie ingezet, onder leiding van een Officier van Dienst Geneeskundig uit de desbetreffende regio. De Noord-Nederlandse capaciteit bestaat uit vier Geneeskundige Combinaties.
6. Ook de GHOR-functionarissen RGF en HS GHOR kunnen bijstand verlenen aan een buurregio in de vorm van piketdiensten in noodgevallen en aflossing en ondersteuning tijdens een incident.

Het gewondenspreidingsplan geeft een overzicht van de (medische behandel) capaciteit van ziekenhuizen en de uitgangspunten op basis waarvan de gewonden over de ziekenhuizen worden verspreid. Samengevat zijn de afspraken over gewondenspreiding als volgt:

7. Als er sprake is van een zwaar ongeval of een ramp met een groot aantal slachtoffers worden de gewonden volgens het gewondenspreidingsplan Noord-Nederland over de ziekenhuizen verspreid.
8. De centralist van de Meldkamer Ambulancezorg geeft zo snel mogelijk een voorwaarschuwing aan de betrokken ziekenhuizen, met korte informatie over de ramp of het ongeval en de mededeling dat er volgens het gewondenspreidingsplan zal worden gewerkt.
9. Er is sprake van primaire spreiding op basis van de T1- en T2-systematiek en de Medische Behandel Capaciteit van ziekenhuizen. Slachtoffers met bijzondere aandoeningen (bijvoorbeeld brandwondenslachtoffers) worden ook in de primaire spreiding opgenomen (en niet naar specialistische centra vervoerd).
10. De norm voor de vaste Medische Behandel Capaciteit is één T1/T2 slachtoffer per SEH-team in het ziekenhuis gedurende het eerste uur. In het tweede uur krijgen de level 1 en 2 ziekenhuizen twee T1/T2 slachtoffers per SEH-team erbij (een verdubbeling).
11. Ziekenhuizen zijn er verantwoordelijk voor dat de vastgestelde Medische Behandel Capaciteit van hun ziekenhuis ook waar gemaakt wordt.
12. Er is in principe alleen contact tussen de Meldkamer Ambulancezorg en de SEH-afdeling als er van het plan wordt afgeweken (in positieve of negatieve zin).
13. Na de primaire spreiding zal, indien nodig, zo snel mogelijk gestart moeten worden met secundaire spreiding. Op basis van beschikbaarheid en expertise zal het slachtoffer naar een ander ziekenhuis of gespecialiseerd centrum moeten worden vervoerd.

Bovenstaande afspraken over (ambulance)bijstand en gewondenspreiding beschrijven de kaders waarmee in de drie noordelijke regio's gewerkt wordt. Een aantal afspraken zal met de betrokken organisaties, zoals Meldkamers Ambulancezorg, de ambulancediensten en de ziekenhuizen, verder moeten worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Ook dit wordt zoveel mogelijk op Noord-Nederlands niveau opgepakt en afgestemd.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
1.1	Ambulancebijstand, gewondenspreiding en bijstandsverlening.....	1
1.2	Doel en achtergrond	1
1.3	Dynamisch GHORIS.....	2
2.	Ambulancebijstandsplan en bijstandsverlening	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Bijstandsmeldkamer Ambulancezorg: support buddy	3
2.3	Bijstand ambulances	4
2.4	Bijstand Geneeskundige Combinatie	4
2.5	Bijstand GHOR-functionarissen	4
3.	Gewondenspreidingsplan	6
3.1	Inleiding	6
3.2	Spreiding van gewonden	6
3.3	Ziekenhuisrampenopvangplan	7
3.4	Medische Behandel Capaciteit	7
3.5	Calamiteitenhospitaal Utrecht	8
3.6	Brandwondencentrum	9

1. Inleiding

1.1 Ambulancebijstand, gewondenspreiding en bijstandsverlening

Bij grote ongevallen en rampen¹ kunnen grote aantallen slachtoffers vallen. Wanneer bij een grootschalig ongeval of ramp de behoefte aan ambulances en andere geneeskundige inzet groter is dan regionaal beschikbaar, wordt door de Meldkamer Ambulancezorg een beroep gedaan op de vaste bijstandsmeldkamer om bijstand te sturen. Het aantal slachtoffers bij een ongeval of ramp kan tevens te groot zijn om door één ziekenhuis te kunnen worden opgevangen en behandeld. Daarom worden deze gewonden gespreid over meerdere ziekenhuizen, uitgevoerd aan de hand van het gewondenspreidingsplan.

De notitie 'Ambulancebijstandsplan, gewondenspreidingsplan en bijstandsverlening Noord Nederland' beschrijft de afspraken die zijn gemaakt over de (ambulance)bijstand en gewondenspreiding bij ongevallen en rampen in de GHOR-regio's Drenthe, Fryslân en Groningen (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen).

Onder het ambulancebijstandsplan valt de bijstandsverlening in de vorm van ambulances. De afspraken over de verlening van bijstand met betrekking tot de Geneeskundige Combinatie, de Meldkamer Ambulancezorg en GHOR-functionarissen vallen onder 'bijstandsverlening'. Het gewondenspreidingsplan geeft een overzicht van de (medische behandel) capaciteit van ziekenhuizen en de uitgangspunten op basis waarvan de gewonden over de ziekenhuizen worden verspreid.

Het ambulancebijstandsplan, het gewondenspreidingsplan en de afspraken omtrent bijstandsverlening maken onderdeel uit van het proces 'Geneeskundige hulpverlening - somatisch', de opvang en zorg voor gewonden bij ongevallen en rampen. Dit proces is één van de drie processen uit het Gemeentelijk Rampenplan waar de GHOR verantwoordelijk voor is.

1.2 Doel en achtergrond

Het doel van dit plan is om de afspraken op Noord-Nederlands niveau enerzijds te verhelderen en anderzijds meer op elkaar af te stemmen. Bijstand en gewondenspreiding zijn immers interregionale onderwerpen. In geval van een ongeval of ramp met een groot aantal slachtoffers moeten regio's al snel een beroep op elkaar doen, om bijstand vragen en met elkaar samen werken. De meeste afspraken die in dit plan genoemd worden, zijn een bevestiging van de afspraken die in het verleden met elkaar gemaakt zijn en op dit moment gelden. Een uitzondering hierop zijn de afspraken over de Medische Behandel Capaciteit van ziekenhuizen, paragraaf 3.4.

Dit plan bundelt al deze afspraken op overzichtelijke wijze om aan alle betrokken organisaties en hulpverleningsdiensten duidelijkheid te bieden. Daarnaast biedt dit gezamenlijke plan een kader van waaruit de implementatie en verdere uitwerking van de afspraken plaats kan vinden.

Het ambulancebijstandsplan, het gewondenspreidingsplan en de afspraken over bijstandsverlening zijn ontwikkeld door een werkgroep van GHOR-medewerkers uit de regio's Drenthe, Fryslân en Groningen. De volgende functionarissen en organisaties zijn betrokken bij het tot stand komen van dit plan en zijn akkoord met de inhoud ervan:

- Regionaal Geneeskundig Functionarissen en bureauhoofden GHOR regio's Drenthe, Fryslân en Groningen.
- Regionale Ambulance Voorzieningen regio's Drenthe, Fryslân en Groningen.
- Meldkamer Ambulancezorg regio's Drenthe, Fryslân en Groningen.
- Ziekenhuizen: Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Bethesda Ziekenhuis Hoogeveen, Scheper Ziekenhuis Emmen, Diaconesse Ziekenhuis Meppel, Talma Sionsberg Dokkum, Nij Smellinghe Drachten, Antonius Ziekenhuis Sneek, Tjongerschans Ziekenhuis Heerenveen, Medisch Centrum Leeuwarden, Universitair Medisch Centrum Groningen, Martini Ziekenhuis Groningen, Refaja Ziekenhuis Groningen, St. Lucas Ziekenhuis Winschoten, Delfzicht Ziekenhuis Delfzijl, Isala Klinieken Zwolle, Ropcke-Zweers ziekenhuis Hardenberg.

¹ Definitie uit de Wet Rampen en Zware Ongevallen. "Ramp of zwaar ongeval: een gebeurtenis 1. waardoor een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate worden bedreigd of zijn geschaad, en 2. waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken."

1.3 Dynamisch GHORIS

Momenteel zijn er op landelijk niveau belangrijke ontwikkelingen op het gebied van ambulancebijstand en gewondenspreiding. Er wordt gewerkt aan Dynamisch GHORIS, een informatiesysteem ter operationele ondersteuning bij ongevallen en rampen. Het doel van Dynamisch GHORIS is om de ambulancebijstand en gewondenspreiding op landelijk niveau te regelen en te ondersteunen met een dynamisch informatiesysteem dat 'real time' informatie bevat. De centralisten op de Meldkamers Ambulancezorg zijn de belangrijkste gebruikers van het Dynamisch GHORIS.

Het merendeel van de Meldkamers Ambulancezorg in Nederland gebruikt Ambunet, een systeem waarin de locatie en beschikbaarheid van elke ambulance in de regio zichtbaar is. In de module ambulancebijstand van Dynamisch GHORIS wordt een koppeling gelegd tussen deze gegevens van alle regio's. Het systeem is uitgerust met een bijstandsfunctie. Centralisten kunnen aangeven hoeveel auto's op welke locatie nodig zijn en Dynamisch GHORIS rekent dan uit waar ze vandaan moeten komen (afstand en beschikbaarheid). Ook het Auto Volg Locatie Systeem in de ambulances wordt bovenregionaal en bevat alle coördinaten en postcodes van loodsposten, aanlandingsplaatsen, ziekenhuizen, etc. in heel Nederland.

De module gewondenspreiding in Dynamisch GHORIS werkt met een levelindeling van ziekenhuizen en de beschikbare beddencapaciteit per ziekenhuis. De website www.zorg-capaciteit.nl geeft ziekenhuizen en Meldkamers Ambulancezorg inzicht in de beschikbare capaciteit van de diverse IC's. De website is toegankelijk voor elk Nederlands ziekenhuis en alle Meldkamers Ambulancezorg. De module gewondenspreiding heeft een koppeling met de gegevens van deze website waardoor GHORIS een dynamisch inzicht geeft in de capaciteit per ziekenhuis voor T1 en T2 slachtoffers. Het systeem zal de gewonden zoveel mogelijk spreiden over de ziekenhuizen in de buurt. Via een roulatiesysteem wordt er dan voor gezorgd dat de ziekenhuizen zo min mogelijk gewonden tegelijkertijd ontvangt.

In dit plan voor ambulancebijstand en gewondenspreiding is ervoor gekozen om zoveel mogelijk rekening te houden en aan te sluiten bij de Dynamisch GHORIS. De opzet van dit informatiesysteem en de ontwikkeling van de software zijn dusdanig positief dat de voordelen van een landelijk geautomatiseerd systeem binnen handbereik lijken. De afspraken op Noord-Nederlands niveau die in dit plan zijn vastgelegd dragen bij aan het denken over ambulancebijstand en gewondenspreiding op interregionaal niveau, wat de invoering van Dynamisch GHORIS zal vergemakkelijken.

2. Ambulancebijstandsplan en bijstandsverlening

2.1 Inleiding

Als er een groot ongeval of een ramp plaats vindt gaan de opgeroepen parate diensten zoals politie, brandweer en ambulances naar de plaats van het ongeval. Zij richten zich allereerst op het verzamelen van informatie over de situatie en de consequenties van het ongeval. Op basis van deze situatierapportage wordt de benodigde inzet bepaald. De meldkamercentralist kan de inzet ook bepalen op basis van melding(en) van het ongeval of de ramp door betrokkenen en/of ooggetuigen.

Voor de geneeskundige hulpverlening geldt dat de ambulance die als eerste op de plek van het ongeval is (de zogenaamde 'eerste ambulance'), een verkenning uitvoert om de informatie te verzamelen die nodig is om adequate geneeskundige hulpverlening te organiseren. De ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur doen eigen waarnemingen en vullen die aan met informatie van andere hulpverleners die ook ter plaatse zijn, zoals brandweer, politie en eventueel ook Wegenwacht, NS of andere betrokken organisaties. Op basis van het aantal slachtoffers en de aard en ernst van de letsels vraagt de ambulancechauffeur aan de Meldkamer Ambulancezorg om geneeskundige inzet (in de vorm van bijvoorbeeld ambulances, Mobiel Medisch Team, Geneeskundige Combinatie, etc.). Als al eerder duidelijk is dat de geneeskundige inzet uitgebreid moet worden, bijvoorbeeld op basis van meldingen van ooggetuigen, dan wordt deze door de Meldkamer Ambulancezorg geregeld.

De centralist in de Meldkamer Ambulancezorg zal een inschatting maken of het aanbod aan geneeskundige inzet in de eigen regio voldoende is om de behoefte aan inzet te voldoen. Wanneer duidelijk is (of verwacht wordt) dat de geneeskundige inzet vanuit de eigen regio niet voldoende is, wordt er een beroep gedaan op de bijstandsmeldkamer van de betreffende regio, via een 'support-buddy systeem'. In de GHOR-regio's Drenthe, Fryslân en Groningen zijn afspraken gemaakt over het verlenen van bijstand bij ongevallen en rampen. In onderstaande subparagrafen worden deze afspraken voor bijstand beschreven.

2.2 Bijstandsmeldkamer Ambulancezorg: support buddy

De Meldkamer Ambulancezorg is het centrale punt in de communicatie tussen de melder van het ongeval/de zorgvrager, de ambulancebemanningen en het ziekenhuis. De centralisten op de Meldkamer Ambulancezorg moeten ervoor zorgen dat de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en de juiste plaats wordt ingezet en dat alle in te zetten zorgverleners weten wat er van hen wordt verwacht.

In Noord-Nederlands verband is er de afspraak gemaakt dat de bijstandsmeldkamer wordt ingeschakeld zodra de vraag naar geneeskundige inzet bij ongevallen en rampen het aanbod in de eigen regio overstijgt. De vaste bijstandsmeldkamer fungeert dan als een 'support buddy'; de hulpvragende regio geeft bij de bijstandsmeldkamer aan welke geneeskundige inzet gewenst is. Elke regio heeft een vaste bijstandsmeldkamer, zie onderstaande tabel.

Rampregio	Bijstandsmeldkamer in hulpregio
Drenthe	Groningen
Fryslân	Drenthe
Groningen	Fryslân

Tabel 1: Overzicht afspraken bijstandsmeldkamers Noord-Nederland

De bijstandsmeldkamer is verantwoordelijk voor het aanvragen/oproepen van bijstand uit verschillende regio's in de vorm van ambulances, Geneeskundige Combinatie, en/of GHOR-functionarissen en ontlast daarmee de meldkamer van de rampregio.²

² De exacte verantwoordelijkheidsverdeling tussen de meldkamer in de rampregio en de bijstandsmeldkamer is in ontwikkeling. Dit wordt op Noord-Nederlands niveau afgestemd en gestandaardiseerd.

2.3 Bijstand ambulances

Het uitgangspunt voor het verlenen van ambulancebijstand is de zogenaamde 50%-regel. In geval van een grootschalig ongeval of ramp zal iedere regio:

- onmiddellijk maximaal 50% van de vrije regionale capaciteit van ambulances³ voor bijstand ter beschikking stellen, en
- na vrijmaking van besteld vervoer, maximaal 50% van de totale regionale capaciteit van ambulances⁴ voor bijstand ter beschikking stellen (afhankelijk van de omstandigheden en situatie).

Hierbij geldt dat de gevraagde bijstand in principe altijd wordt verleend. De werkelijk beschikbare capaciteit is afhankelijk van de omstandigheden op het moment van de ramp of het ongeval.

2.4 Bijstand Geneeskundige Combinatie

Bij ongevallen of rampen met grote aantallen gewonden kan het wenselijk zijn om één of meerdere Geneeskundige Combinaties in te zetten. De Geneeskundige Combinatie is een samenwerkingsverband tussen acht leden van de Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA), twee ambulanceteams en het Mobiel Medisch Team. Tot de Geneeskundige Combinatie behoren tevens hulpverleningsmaterialen, een ambulancevoertuig met aanhanger, een SIGMA-voertuig met aanhanger en een voorraadcontainer (de 'haakarmbak'). De (onderdelen van de) Geneeskundige Combinatie volgt de aanwijzingen van de Officier van Dienst Geneeskundig op.

Naast de eigen Geneeskundige Combinatie beschikken de regio's Drenthe, Fryslân en Groningen gezamenlijk over een vierde Geneeskundige Combinatie, welke gestationeerd is in Fryslân. De vier Geneeskundige Combinaties in de regio's Drenthe, Fryslân en Groningen zijn zo geplaatst dat een adequate dekking, spreiding en redelijke inzetijden zijn geborgd voor het gehele gebied.

De volgende afspraken over bijstandsverlening van de Geneeskundige Combinatie in Noord-Nederland gelden:

1. De gevraagde bijstand wordt in principe altijd verleend.
2. De Geneeskundige Combinatie wordt altijd in het geheel opgeroepen en ingezet. Ter verduidelijking: een losse inzet van een SIGMA-team is niet mogelijk. Een MMT wordt wel zelfstandig ingezet, o.a. als onderdeel van de reguliere hulpverlening.
3. Voor de (bijstand) Geneeskundige Combinatie gelden de volgende inzetcriteria:⁵
 - Per 10-tal T1/T2 slachtoffers wordt een GNK-C ingezet.
 - De Noord-Nederlandse capaciteit is vier GNK-C.
 - Indien het aantal slachtoffers deze capaciteit overstijgt worden er GNK-C bij andere regio's in Nederland aangevraagd.
4. Aandachtspunt bij de Geneeskundige Combinatie is de dekking en spreiding van de vier GNK-C 's over Noord-Nederland. Als er één of meerdere GNK-C 's worden ingezet voor een ongeval (of een oefening, of bij onderhoud) dan vervalt de bestaande dekking en moet dit op een andere manier opgelost worden. De Meldkamers Ambulancezorg informeren elkaar hierover en zorgen voor een nieuwe dekking van de Geneeskundige Combinatie.
5. Bij alarmering van een Geneeskundige Combinatie uit een hulpregio, voor bijstand:
 - a. wordt de Officier van Dienst Geneeskundig gealarmeerd en zal hij/zij met de Geneeskundige Combinatie meegaan om bijstand te verlenen.⁶
 - b. wordt het dienstdoende Hoofd Sectie GHOR en/of de Regionaal Geneeskundig Functionaris uit de bijstandsregio gealarmeerd en geïnformeerd over de inzet van de Geneeskundige Combinatie voor bijstand.

2.5 Bijstand GHOR-functionarissen

Als een ongeval of ramp langdurig van aard is, kan er behoefte zijn aan bijstand in de vorm van GHOR-functionarissen. Deze bijstandsfuctionarissen kunnen zorgen voor extra ondersteuning en/of aflossing. Ook kan men in noodgevallen een beroep op elkaar doen voor piketdiensten, bijvoorbeeld bij ziekte. De GHOR-functionarissen die onder deze vorm van bijstand vallen zijn de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) en het Hoofd Sectie GHOR (HS GHOR).

³ Vrije regionale capaciteit: ambulances die op dat moment geen hulp verlenen en/of patiënten vervoeren.

⁴ Totale regionale capaciteit: ambulances die (eventueel) vrijgemaakt zijn en over ambulancebemanning beschikken.

⁵ Vastgesteld in overleg bureauhoofden GHOR Noord-Nederland (d.d. 15 juni 2005).

⁶ De alarmeringsprotocollen hiervoor zijn in ontwikkeling.

De volgende afspraken voor de bijstandsverlening van de GHOR-functionarissen RGF en HS GHOR gelden:⁷

1. De gevraagde bijstand wordt in principe altijd verleend.
2. De bijstand kan bestaan uit een RGF en/of een HS GHOR.
3. De hulpvragende regio mag zelf bepalen aan welke regio bijstand wordt gevraagd.
4. Functionarissen van de hulpvragende regio nemen contact op met de Meldkamer Ambulancezorg van de hulpregio met het verzoek om de dienstdoende functionarissen op te piepen.
5. Bijstandsfuctionarissen informeren hun collega's in de eigen regio n.a.v. het verzoek om bijstand. Als functionarissen niet meer beschikbaar zijn voor de eigen regio, moeten hun piketdiensten worden overgenomen.
6. Als er een beroep op bijstand wordt gedaan is de hulpvragende regio ervoor verantwoordelijk dat de bijstandsfuctionarissen over alle (regiospecifieke) informatie beschikken om hun werk goed te kunnen doen. Zowel praktische informatie (Waar moet ik naar toe? Zie ook de bijlage) als inhoudelijke informatie (Hoe ziet de procedure er uit?) moet door de hulpvragende regio aangeleverd worden (24/7).

Als er behoefte is aan collegiale consultatie dan kan er een beroep worden gedaan op elkaar. In dat geval wordt er rechtstreeks contact opgenomen met de desbetreffende functionaris of persoon. Ten behoeve hiervan is een lijst met namen en nummers van alle HS GHOR-en en RGF-en in Noord-Nederland opgesteld.

⁷ Zie ook 'Bijstandsregeling RGF en HS GHOR Noord-Nederland'.

3. Gewondenspreidingsplan

3.1 Inleiding

Bij grote ongevallen en rampen kunnen grote aantallen slachtoffers vallen. Het aantal slachtoffers is dan te groot om door één ziekenhuis te kunnen worden opgevangen en behandeld. Daarom worden deze gewonden gespreid over meerdere ziekenhuizen.

Op het rampterrein voeren geneeskundige hulpverleners de triage van de gewonden uit. De triage wordt gedaan aan de hand van de toestand van de ademweg (A, airway), ademhaling (B, breathing) en circulatie (C, circulation). De triageklassen zijn:

- T1 (A, B, C-instabiele gewonden): gewonden wiens leven onmiddellijk wordt bedreigd door obstructie van de ademwegen en/of door stoornissen van de ademhaling en/of circulatie.
- T2 (op termijn A, B, C-instabiele gewonden): gewonden wiens leven na enkele uren wordt bedreigd door obstructie van de ademwegen, stoornissen van de ademhaling en/of circulatie of die gevaar lopen op ernstige infecties of invaliditeit, wanneer zij niet binnen 6 uur na het oplopen van het letsel behandeld worden.
- T3 (A, B, C-stabiele gewonden): gewonden die niet bedreigd worden door een ademwegobstructie, stoornissen van de ademhaling en/of circulatie, ernstige infectie of invaliditeit. Zij hoeven niet voor medisch operatieve behandeling naar het ziekenhuis.

De geneeskundige hulpverleners geven elke gewonde een gewondenkaart waarop aangegeven wordt of ze een T1, T2 of T3 slachtoffer zijn. Als de gewonden kunnen worden afgevoerd is de Coördinator Gewondenvervoer verantwoordelijk voor de spreiding van de gewonden over de ziekenhuizen aan de hand van het gewondenspreidingsplan Noord-Nederland. In de volgende paragrafen wordt dit plan toegelicht.

3.2 Spreiding van gewonden

Als er sprake is van een groot aantal slachtoffers kan de capaciteit van ziekenhuizen een probleem zijn. In de reguliere spoedeisende hulp is er contact tussen de centralist van de Meldkamer Ambulancezorg en de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) over de patiënt die vervoerd wordt. Zo wordt duidelijk of er plek in het desbetreffende ziekenhuis is en kan de SEH zich voorbereiden op de komst van de patiënt.

In het geval van een groot ongeval of een ramp met veel slachtoffers is dit een nogal tijdrovende manier om gewonden te spreiden. Het is dan eenvoudiger en efficiënter om als centralist of Coördinator Gewonden Vervoer uit te kunnen gaan van een vaste capaciteit per ziekenhuis, de Medische Behandel Capaciteit (MBC). Het voordeel van het werken met deze 'vaste' getallen voor de Medische Behandel Capaciteit is dat het in eerste instantie niet nodig is om bij de ziekenhuizen te achterhalen wat hun actuele MBC is (dit scheelt kostbare tijd). Alleen als er van deze getallen af wordt geweken, wordt er contact gezocht met elkaar (bijvoorbeeld Meldkamer Ambulancezorg meldt als er meer slachtoffers komen dan afgesproken).

Het spreiden van de gewonden op basis van de vaste getallen van de Medische Behandel Capaciteit en het gewondenspreidingsplan kan plaats vinden zodra er sprake is van een zwaar ongeval of ramp⁸ met veel slachtoffers. Uitgangspunt hierbij is primaire spreiding op basis van de T1- en T2-systematiek en de vaste Medische Behandel Capaciteit van ziekenhuizen. Ziekenhuizen worden door de Coördinator Gewonden Vervoer op basis van afstand tot het ongeval of de ramp geprioriteerd.

Na de primaire spreiding van de gewonden zal, indien nodig, zo snel mogelijk gestart moeten worden met secundaire spreiding (het doorplaatsen van slachtoffers). Op basis van beschikbaarheid en expertise van een ziekenhuis zal het slachtoffer naar een ander ziekenhuis of gespecialiseerd centrum moeten worden vervoerd. Dit geldt ook voor brandwondenslachtoffers.

⁸ Definitie uit de Wet Rampen en Zware Ongevallen. "Ramp of zwaar ongeval: een gebeurtenis

1. waardoor een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate worden bedreigd of zijn geschaad, en
2. waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken."

3.3 Ziekenhuisrampenopvangplan

Gewonden worden in principe vervoerd met ambulances en komen binnen op de afdeling Spoedeisende Eerste Hulp. Daarnaast zijn er ook gewonden die op eigen kracht of met hulp van anderen naar het ziekenhuis komen en om zorg vragen, de zogenaamde zelfverwijzers.

Ziekenhuizen zijn verplicht zich voor te bereiden op ongevallen en rampen waarbij veel slachtoffers zijn. Met een ziekenhuisrampenopvangplan wordt invulling gegeven aan deze plicht. Het ziekenhuisrampenopvangplan is een operationeel plan voor de interne ziekenhuisorganisatie voor het handelen bij rampen, vooral bij de opvang van grote aantallen gewonden. De Crisiscoördinator van het ziekenhuis heeft hierin een belangrijke rol.

Het kost tijd om de capaciteit van een ziekenhuis uit te breiden ('op te schalen') omdat er extra personeel moet worden opgeroepen en zorgprogramma's moeten worden gewijzigd. Als het aantal slachtoffers ongeveer bekend is en als dat de normale aantallen sterk overstijgt is het van belang dat het ziekenhuis zich zoveel mogelijk kan voorbereiden op het grote aanbod van patiënten.

De centralist van de Meldkamer Ambulancezorg geeft zo snel mogelijk een voorwaarschuwing aan de betrokken ziekenhuizen, met korte informatie over de ramp of het ongeval en de mededeling dat er volgens het gewondenspreidingsplan zal worden gewerkt. Welke ziekenhuizen gewonden krijgen aangeleverd is afhankelijk van de plaats van het ongeval of de ramp, het aantal slachtoffers en de aard van de verwondingen. De voorwaarschuwing wordt gegeven door de centralist van de Meldkamer Ambulancezorg aan de telefonist van de Spoed Eisende Hulp afdeling in het ziekenhuis. Afhankelijk van de procedure van het ziekenhuis zelf wordt de Crisiscoördinator ingeschakeld.

3.4 Medische Behandel Capaciteit

De Medische Behandel Capaciteit (MBC) van ziekenhuizen is het aantal gewonden per uur dat in een ziekenhuis kan worden behandeld. De Medische Behandel Capaciteit van een ziekenhuis wordt beïnvloed door veel factoren, zoals het tijdstip, het aanwezige personeel, de opkomstnelheid van het personeel en de beschikbaarheid van ruimtes.

Door de GHOR-regio's en de ziekenhuizen in Noord-Nederland wordt de volgende norm voor de Medische Behandel Capaciteit gehanteerd:

- a. Eén T1/T2 slachtoffer per SEH-team in het ziekenhuis gedurende het eerste uur.
- b. In het tweede uur wordt er ook uitgegaan van één T1/T2 slachtoffer per SEH-team, alleen krijgen de level 1 en 2 ziekenhuizen dan twee T1/T2 slachtoffers per SEH-team (een verdubbeling).

Het gewondenspreidingsplan werkt met de getallen per ziekenhuis zoals deze in de tabel 2 zijn opgenomen. Drie ziekenhuizen wijken af van de hierboven genoemde norm.

De overheid stelt dat ziekenhuizen verplicht zijn om 3% van het gebruikte aantal bedden beschikbaar te stellen voor het opvangen van slachtoffers van zware ongevallen en rampen. In de loop van de tijd zijn veel regio's erachter gekomen dat 3% een niet-realistische norm is en hebben met ziekenhuizen de afspraak gemaakt om de 1%-norm te hanteren voor de Medische Behandel Capaciteit. Als er een vergelijking wordt gemaakt met de 1%-norm dan valt op de Noord-Nederlandse norm redelijk dicht tegen de 1%-norm aan zit (zie tabel 2, de capaciteit van het eerste en het tweede uur worden voor de vergelijking bij elkaar op geteld). Het verschil is dat de Noord-Nederlandse norm ook een differentiatie in tijd aanbrengt.

Als er gewerkt wordt met het gewondenspreidingsplan gelden de volgende afspraken:

1. De centralist van de Meldkamer Ambulancezorg geeft zo snel mogelijk een voorwaarschuwing aan de betrokken ziekenhuizen, met korte informatie over de ramp of het ongeval en de mededeling dat er volgens het gewondenspreidingsplan zal worden gewerkt.
2. Ziekenhuizen zijn er verantwoordelijk voor dat de vastgestelde Medische Behandel Capaciteit van hun ziekenhuis ook waar gemaakt wordt.
3. Er is in principe alleen contact tussen de Meldkamer Ambulancezorg en de SEH-afdeling als er van het plan wordt afgeweken (in positieve of negatieve zin).

Ziekenhuizen Noord-Nederland (en twee ziekenhuizen uit regio IJssel Vecht)	Level ⁹	MBC Noord-Nederland		% van totaal aantal bedden ¹⁰	
		T1/T2 1 ^e uur	T1/T2 2 ^e uur	1%	3%
UMCG - Groningen	1	3	6	12	35
Martini, locatie van Swieten - Groningen	2	2	4	3	10
Martini, locatie van Ketwich - Groningen	-	-	-	3	8
Delfzicht - Delfzijl	3	1	1	2	6
St. Lucas - Winschoten	3	1	1	2	7
Refaja - Stadskanaal	3	1	1	2	6
MCL - Leeuwarden	1*	2	4	8	23
Talma Sionsberg - Dokkum	3	1	1	1	4
Nij Smellinghe - Drachten	2	2**	2	3	10
Tjongerschans - Heerenveen	2	1	2	4	11
Antonius - Sneek	2	1	2	3	9
Wilhelmina zh - Assen	2	1	2	3	8
Scheper zh - Emmen	2	2**	3	4	12
Bethesda - Hogeveen	2	1	2	2	6
Diaconessenhuis - Meppel	2-	1	2	3	10
Isala Klinieken, locatie Sophia - Zwolle	1	3	6	10	30
Röpcke-Zweers Ziekenhuis – Hardenberg	?	2**	2	2	6
Totaal		25	41	67	201

Tabel 2: Medische Behandelcapaciteit en levelindeling ziekenhuizen Noord-Nederland

* : geen neurochirurgie

** : Dit ziekenhuis wijkt af van de regel en heeft deze getallen zelf aangeleverd.

3.5 Calamiteitenhospitaal Utrecht

Het Calamiteitenhospitaal, gehuisvest in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht), is een voorziening voor de onmiddellijke opvang van slachtoffers onder bijzondere omstandigheden. Het is een samenwerkingsplatform van Defensie (Centraal Militair Hospitaal) en het UMC Utrecht, waar de voorbereiding op rampen en grootschalige opvang routine is.¹¹

Het Calamiteitenhospitaal is een voorziening voor gegarandeerde medische en daaraan gerelateerde kortdurende opvangcapaciteit bij ongevallen en rampen voor groepen (meer dan 5 personen) van militaire en burgerslachtoffers, die de reguliere opvangcapaciteit van ziekenhuizen in kwalitatief of kwantitatief opzicht te boven gaan. Het rampenopvangplan van het Calamiteitenhospitaal beschrijft de procedures voor de opvang van 100 patiënten na een opstarttijd van 30 minuten (onder bijzondere omstandigheden uit te breiden naar 300). Ook de opvang en begeleiding van familie en pers verloopt middels de procedures vermeld in het Rampenopvangplan.

Zodra duidelijk is dat het aantal slachtoffers de opvangcapaciteit in de eigen regio en de buurregio's te boven gaat, kan er een beroep worden gedaan op het Calamiteitenhospitaal. Het Hoofd Sectie GHOR of de Regionaal Geneeskundig Functionaris kan het verzoek doen om het Calamiteitenhospitaal in te schakelen. De Meldkamer Ambulancezorg van de rampregio neemt dan contact op met de SEH-afdeling van het UMC Utrecht met het verzoek tot inschakeling van het Calamiteitenhospitaal. Het Calamiteitenhospitaal toetst of het verzoek aan de eigen criteria voldoet en stelt het rampenopvangplan in werking. Zodra het mogelijk is wordt het Calamiteitenhospitaal opgenomen in de gewondenspreiding van de rampregio.

⁹ De levelindeling van de ziekenhuizen is in de Regiobijeenkomst Ziekenhuizen Trauma Regio Noord Nederland op 13 juni 2005 door de ziekenhuizen vastgesteld.

¹⁰ De getallen van het aantal bedden zijn afkomstig van www.kiesbeter.nl/ziekenhuizen op 06-09-05.

¹¹ Bron: www.calhosp.nl

3.6 Brandwondencentrum

In het Martini Ziekenhuis Groningen (locatie van Swieten) is één van de drie Nederlandse brandwondencentra gevestigd: het Brandwondencentrum Groningen voor Noord- en Oost-Nederland. Het verzorgingsgebied omvat de provincies Groningen, Fryslân, Drenthe, Overijssel, Gelderland en Flevoland. Het Brandwondencentrum verzorgt de acute opvang van patiënten, 24 uur per dag, 7 dagen in de week. Het Brandwondencentrum beschikt over 10 bedden waarvan 2 voor intensive care-patiënten. In het centrum worden patiënten met brandwonden en inhalatieletsels behandeld en verzorgd. Het Brandwondencentrum wordt in 2007 uitgebreid naar 20 bedden.

Voor de brandwondenslachtoffers in de reguliere Spoed Eisende Hulpverlening geldt dat als de toestand van het slachtoffer het toelaat, de patiënten met brandwondenletsels in principe direct naar een Brandwondencentrum worden gebracht. Als de patiënt ABC-instabiel is en de reistijd het niet toe laat, dan wordt de patiënt met het brandwondenletsel, ongeacht de aard en ernst, primair opgevangen in het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Na acute primaire opvang kan in overleg met het Brandwondencentrum/ziekenhuis met specialisatie brandwonden altijd overplaatsing plaatsvinden.

Bij een groot aantal slachtoffers in geval van een ongeval of ramp wordt er geen scheiding gemaakt tussen wel/niet brandwondenslachtoffers, maar in T1, T2 of T3 slachtoffers. Op basis van deze indeling en de aandoening worden ze naar een ziekenhuis gebracht. Brandwondenslachtoffers worden dus niet direct naar een Brandwondencentrum gebracht. Als bekend is dat er een aantal brandwondenslachtoffers in verschillende ziekenhuizen is opgevangen kan een zogenaamd brandwondenteam van het Brandwondencentrum ingezet worden. Dit team gaat langs in de desbetreffende ziekenhuizen, voert triage uit op de brandwondenslachtoffers en bepaalt waar deze patiënt het beste naar toe kan (secundaire spreiding).