

KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG OP HET WATER

Ambulancezorg Nederland

Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

V&VN Ambulancezorg

Versie 1.0, december 2017



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

TLP:WHITE

v&vn
Ambulancezorg



NVMMA
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg



●

KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG OP HET WATER

Ambulancezorg Nederland

Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

V&VN Ambulancezorg

Versie 1.0, december 2017

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4	6. Kwaliteit van zorg	20
1.1 Inleiding	4	6.1 Inleiding	20
1.2 Totstandkoming Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water	4	6.2 Goede ambulancezorg	20
1.3 Uitgangspunten van het kwaliteitskader	5	6.3 Randvoorwaarden voor goede ambulancezorg op het water	20
1.4 Opbouw kwaliteitskader en leeswijzer	6	6.4 Leren van (bijna-)incidenten en calamiteiten	21
2. De ambulancezorgpatiënt op het water	7	7. Patiëntervaringen	22
2.1 Inleiding	7	7.1 Inleiding	22
2.2 Wie is de ambulancezorgpatiënt op het water?	7	7.2 Een eiland zonder postcode en straatnaam	22
2.3 Medische inschatting: triage van de zorgvraag	7	7.3 Vermist op het IJsselmeer	23
2.4 Ambulancezorg volgens het toetsingskader	8	7.4 Marrekritenummer (on)bekend	24
2.5 Geografische begrenzing van de ambulancezorg	9	Afkortingen en begrippen	25
2.6 Schakels cruciaal in zorgketen	9	Bijlage 1	26
3. De melding van de patiënt	12	Flowcharts Kustwacht	
3.1 Inleiding	12	Bijlage 2	30
3.2 Melding via 112	12	Veiligheidsregio's IJsselmeergebied	
3.3 Melding via VHF, marifoon of sateliettelefoon	13	Bijlage 3	31
3.4 Melding via bypass-organisatie	14	Zorginstellingen met hyperbare geneeskunde	
3.5 MKA coördineert vervoltraject	14	Bijlage 4	33
4. Keten zorg rond de patiënt: ketenpartners	15	Aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers	
4.1 Inleiding	15	Bijlage 5	34
4.2 Ketenpartners binnenwateren	15	Werkgroep Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water	
4.3 Ketenpartners buitenwateren en kustgebied	15	Geraadpleegde bronnen	35
4.4 Afspraken met ketenpartners alle gebieden	15		
5. Grootschalig incident	19		
5.1 Inleiding	19		
5.2 Grootschalige Geneeskundige Bijstand – gemeentelijk watergebied	19		
5.3 Spoedeisende medische hulpverlening bij rampen en crises op de Noordzee	19		



1. INLEIDING



1.1 Inleiding

Op het moment dat iemand in Nederland een acute en ernstige zorgvraag heeft, zal veelal het landelijke alarmnummer 112 gebeld worden. Voor burgers is de toegang tot de acute zorg met dit alarmnummer laagdrempelig benaderbaar. Als op grond van de 112-melding na triage¹ door de verpleegkundig centralist van de meldkamer ambulancezorg (MKA) besloten wordt dat een ambulance-inzet moet volgen, vertrouwt de 112-beller erop dat de ambulancezorgverleners snel ter plaatse zullen zijn en de patiënt goede zorg krijgt. Hoe anders is dit als degene die de zorg nodig heeft zich niet op het land bevindt, maar ergens op het water is?

Ambulancezorg houdt niet op bij de vloedlijn of de waterkant. Nederland kent vele wateren, van de Noordzee, de Waddenzee en de Friese meren tot aan rivieren als de Maas en de Waal. Ook daar leveren Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) ambulancezorg zoals bedoeld in de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Kenmerkend voor ambulancezorg op het water is dat het een ketenproces is, met per RAV-gebied wisselende ketenpartners.

Ambulancezorg Nederland (AZN) heeft in 2009 de richtlijn "Ambulancezorg op het water" opgesteld en twee jaar later een aanvullend protocol. Aanleiding was destijds de behoefte bij de ambulancesector aan partijen die vervoer op het water konden regelen, en daarbij aan een uniforme richtlijn met betrekking tot samenwerking tussen de betrokken partijen. In 2013 is de Twaz in werking getreden. Daarin is benoemd wanneer er sprake is van reguliere ambulancezorg en wie dit mag uitvoeren. Dit is bij 25 RAV's belegd. In december 2016 is door de minister van Infrastructuur en Milieu, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gesteld² dat de uitgangspunten voor medische hulpverlening op zee vergelijkbaar zijn met de hulpverlening op het land. Dit was naar aanleiding van de uitkomsten van een onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) naar een medische

hulpverlening op de Noordzee³. De hulpverlening moet effectief, veilig en tijdig zijn. Bovendien is benoemd dat de acute zorg op de Noordzee moet aansluiten op de acute zorg op het land. En, omdat de MKA's zicht hebben op de geldende afspraken, op beschikbaarheid en op bereikbaarheid, is de keuze waar de patiënt naar toegebracht moet worden ondergebracht bij de MKA's.

Voor AZN zijn de genoemde ontwikkelingen voldoende aanleiding geweest om, met de richtlijn uit 2009 als basis, dit Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water op te stellen.

1.2 Totstandkoming Kwaliteitskader

Ambulancezorg op het water

In een werkgroep met experts uit de ambulancezorg en met vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers (NVMMA) en V&VN Ambulancezorg is vanaf voorjaar 2017 aan het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water gewerkt. De werkgroep heeft bij het ontwikkelen van het kwaliteitskader gestreefd recht te doen aan de verschillen in de organisatie van ambulancezorg op de kustwateren, op de buitenwateren⁴ en op de binnenwateren⁵ en de wijze waarop dit van invloed is op de ketensamenwerking. Daartoe is allereerst gebruik gemaakt van de uitkomsten van een enquête uit 2017

1. Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren. Triage dient eenduidig te zijn en afgestemd op de behoefte van de patiënt. De triage eindigt in een indicatiestelling, al dan niet gevolgd door de inzet van een zorgverlener en/of een zorgadvies. Ter ondersteuning van het triageproces maakt de centralist gebruik van een triagemethodiek, het gehanteerde systeem dient te voldoen aan de landelijk vastgestelde criteria. Uniforme Begrippenkader Ambulancezorg. (2013). Ambulancezorg Nederland.
2. Reactie op rapport Zorg tussen wal en schip; 15 december 2016; kenmerk IenM/DSK-2016/288633.
3. Zorg tussen wal en schip. Onderzoek naar een duikongeval en de medische hulpverlening op de Noordzee. (2016). Onderzoeksraad voor Veiligheid.
4. Buitenwateren zijn wateren waarvan de waterstand direct invloed ondergaat bij hoge stormvloed, bij hoog opperwater van een van de grote rivieren, bij hoog water van het IJsselmeer of het Markermeer, dan wel bij een combinatie daarvan, alsmede het Volkerak-Zoommeer, het Grevelingenmeer, het getijdedeel van de Hollandsche IJssel en de Veluwerandmeren.
5. Binnenwateren zijn de wateren die in Nederland zijn gelegen binnen de langs de Nederlandse kust gaande lijn. Zie ook de Binnenvaartregeling, artikel 1.2.

onder alle RAV's naar de ervaringen met de richtlijn uit 2009. Het patiëntenperspectief is bij het voorliggende kwaliteitskader in alle situaties als uitgangspunt gekozen. In welke zorgketen komt de patiënt die op het water acute zorg nodig heeft? Welke meldersinstructie⁶ is zinvol op een zeilschip? Hoe komt de ambulancezorgverlener bij de patiënt? Welke ketenpartners zijn daarbij nodig? Wie coördineert de acties opdat optimale gezondheidswinst kan worden behaald voor de patiënt op of aan het water met een acute en ernstige zorgvraag?

Met het betrekken van patiëntervaringen heeft de werkgroep een nieuwe dimensie aan het kwaliteitskader willen toevoegen. Voor drie zorgverleningen is toestemming gevraagd en gekregen om de ervaring met de ambulancezorg op het (ruime) binnenwater binnen de RAV Fryslân als interview te mogen verwerken in het voorliggende kader. Dit geeft een inkijk in het ontstaan van zorgvragen die zich daar voordoen en de wijze waarop dit kan verlopen.

De werkgroep heeft gaande het actualisatieproces de eerste opzet van het kwaliteitskader gedeeld met haar ketenpartners de Kustwacht, de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNRM) en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Het uiteindelijke conceptkader, met daarin de verwerkte reacties van deze ketenpartners, is vervolgens ter becommentariëring voorgelegd aan relevante (keten)partijen. Van de Landelijke 1-1-2 Voorziening van de Nationale Politie, de Kustwacht, de KNRM, Reddingsbrigade Nederland, Duik Ongevallen Statistiek en Analyse (DOSA), Nederlandse Olie en Gas Exploratie en Productie Associatie (NOGEPA)⁷, GGD GHOR Nederland en LNAZ zijn commentaren ontvangen. Na verwerken van deze commentaren is het kwaliteitskader ter instemming voorgelegd aan de besturen van de NVMMA en V&VN Ambulancezorg. De ledenvergadering van AZN heeft op 13 december 2017 het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water bestuurlijk vastgesteld.

1.3 Uitgangspunten van het kwaliteitskader

Dit kwaliteitskader maakt duidelijk welke randvoorwaarden gelden opdat ambulancezorg op het water zo georganiseerd kan worden dat er sprake kan zijn van goede ambulancezorg op het water⁸. In dit kader staan ook enkele aanbevelingen met een toekomstig karakter, deze zijn daarmee geen randvoorwaarden voor de huidige inrichting.

Gezien de importantie van het ketenproces dient iedere RAV op grond van het kwaliteitskader concrete afspraken te maken met de regionale en regio-overstijgende ketenpartners opdat de patiënt de juiste zorg kan krijgen binnen de mogelijkheden op en aan het water. Operationeel maatwerk blijft daarbij noodzakelijk. Van belang is om te beseffen dat de patiënt op het water zich vaak niet op één vaste plek bevindt, doch zich - bedoeld of onbedoeld - door of op het water beweegt. Bij ambulancezorg op het water, die aanvangt in de MKA, is veelal sprake van een ketensamenwerking. Tegelijkertijd met het opzetten van de zorgverlening moet mogelijk een reddingsactie gerealiseerd worden, om patiënt en zorgverleners bij elkaar te brengen. De hulpverlening die de reddingsactie omvat zal altijd door ketenpartners worden uitgevoerd. Als uitvoeringsafspraken in een specifieke casus de zorgverlening bemoeilijken, geldt dat de te behalen gezondheidswinst voor de patiënt van doorslaggevend belang is bij de te maken keuzes. Heldere communicatie tussen ketenpartners onderling is daarbij onmisbaar.

De bijzondere locatie van de patiënt betekent in veel gevallen dat tijdigheid in het kader van goede zorg een andere invulling krijgt. Het streven is om de ambulancezorg op het water zo optimaal mogelijk te organiseren, met inbegrip van de wetenschap dat de complexe locatie tijdigheid in negatieve zin beïnvloedt. Juist daarom is het zowel van belang om *best practices* te delen binnen de sector én binnen de keten, als dat het noodzakelijk is om knelpunten in de kwaliteit van (keten) zorg te monitoren om een continu verbeterproces te kunnen realiseren. Tenminste jaarlijks overleg met alle betrokken partijen is wenselijk, zowel vanuit kwaliteitsnormen⁹ als vanuit het wettelijk toetsingskader.

Uiterlijk in 2022 stelt AZN vast of dit kwaliteitskader herzien moet worden.

6. De zorginstructie en -adviesing aan de zorgvrager door de MKA-centralist ter overbrugging van de periode tot een ambulance-eenheid ter plaatse is. De instructie kan zowel medisch-inhoudelijk als van logistieke aard zijn.
7. NOGEPA: Nederlandse Olie en Gas Exploratie Associatie. Circa vijftien bedrijven hebben in Nederland een vergunning voor het opsporen of winnen van aardgas uit een aangewezen gebied. Zij doen onderzoek naar mogelijke gasvoorraden in de Nederlandse bodem en onder de Noordzee. Deze bedrijven zijn verenigd in de NOGEPA. De NOGEPA heeft voor de offshore vastgestelde procedures voor het inzetten van een back-up arts en een eventuele medevac
8. Zie ook hoofdstuk 6: kwaliteit van zorg.
9. Dit sluit aan op de HKZ-norm "Keten medische hulpverlening op zee". Deze is vastgesteld in december 2017.

Met het voorliggende Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water streeft de sector ambulancezorg transparantie na binnen haar sector en voor al haar stakeholders: patiënten, nautische- en zorgketenpartners, zorgverzekeraars, ministerie van VWS en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in oprichting.

1.4 Opbouw kwaliteitskader en leeswijzer

In het kwaliteitskader komen de volgende onderwerpen aan bod:

- de ambulancezorgpatiënt op het water (hoofdstuk 2),
- de melding van de patiënt (hoofdstuk 3),
- ketenzorg rond de patiënt: ketenpartners (hoofdstuk 4),
- grootschalig incident (hoofdstuk 5),
- kwaliteit van zorg (hoofdstuk 6),
- patiëntervaringen (hoofdstuk 7).

Het kader geeft per hoofdstuk inhoud aan een specifiek onderdeel van ambulancezorg op het water. In het eerste hoofdstuk is beschreven wie de ambulancezorgpatiënt op het water is. In de daaropvolgende hoofdstukken zijn verschillende thema's toegelicht: de melding, de ketenzorg, grootschalige incident en de kwaliteit van zorg. Het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water besluit met de beschrijving van een drietal patiëntervaringen, ter illustratie van zorgvragen op de (ruime) binnenwateren.

Het Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water veronderstelt bij de lezer enige voorkennis van de reguliere ambulancezorg. Sommige situaties die minder vaak voorkomen zijn uitgebreid beschreven om er zeker van te zijn dat de lezer zich een goede voorstelling kan vormen van hetgeen bedoeld is.



2. DE AMBULANCEZORGPATIËNT OP HET WATER



2.1 Inleiding

Dit kwaliteitskader richt zich op de ambulancezorgpatiënt op het water. Wie is de ambulancezorgpatiënt op het water?

Voor betrokken partijen is het van belang dat eenieder een gelijk kader heeft bij de ambulancezorgpatiënt op het water. Medische inschatting, het toetsingskader en de geografische locatie vormen hier het raamwerk om de ambulancezorgpatiënt te beschrijven. Dat de spoedeisende medische zorgketen verder gaat dan dit raamwerk wordt specifiek toegelicht. Tot slot is in dit hoofdstuk aandacht voor de cruciale schakels in de zorgketen.

2.2 Wie is de ambulancezorgpatiënt op het water?

Bij iedereen die zich op het water begeeft, kan een acute zorgvraag ontstaan. De variatie, die zich in zorgvragen voordoet, is vermoedelijk niet heel anders dan die van de zorgvragers op het land: traumazorg, verergering van al aanwezige pathologie of het ontstaan van een onbekende gezondheidscrisissituatie. De zorgbehoefte kan huisartsgeneeskundige zorg of ambulancezorg betreffen, doch ook prehospital medisch specialistische zorg zoals die door een Mobiel Medisch Team (MMT)¹⁰ geboden wordt. Een zorgvraag kan ontstaan bij de jeugdige kitesurfer voor de Zuid-Hollandse kust, bij de oudere binnenvaartschipper op de Rijn, bij een duiker in de Zeeuwse wateren, in de beroepsvaart op de Waddenzee of bij de recreatieve zeezeilers onderweg naar het Kanaal. Veel variabelen zijn te benoemen.

2.3 Medische inschatting: triage van de zorgvraag

Het is van wezenlijke betekenis dat de zorgvraag adequaat wordt getriaged opdat de juiste zorg tijdig en door de juiste zorgverlener wordt geboden. Dit begint al bij het gegeven of de zorgvrager de meest geschikte ingang naar de acute zorg weet te vinden én kan benutten. De zorgvrager selecteert als het ware zelf al voor, door te kiezen voor contact met bijvoorbeeld de huisarts, met 112 of het Kustwachtcentrum (KWC).

Naast het leggen van telefonisch contact met de eigen huisarts, kan voor sommige zorgvragers het digitaal benaderen van een huisarts een mogelijkheid zijn. Veelal zal het hier gaan om situaties die de zorgvrager als niet-levensbedreigend beoordeelt. De zorgvrager die 112 belt, ziet zich daarentegen vaak geconfronteerd met een (mogelijk) levensbedreigende situatie. De 112-melding vanaf het water of vanaf de wal én die betrekking heeft op een zorgvraag op of aan het water wordt door de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening in Driebergen doorgezet naar de MKA of het KWC. De incidentlocatie die de melder aangeeft is bepalend voor de keuze van doorzetten.

Binnen de MKA triert, conform het wettelijke toetsingskader, een verpleegkundig meldkamercentralist de zorgvraag. Professionele triage van de ernst van gezondheidssituatie van een patiënt of slachtoffer op het water, vraagt om relevante medische kennis. De verpleegkundig centralist bepaalt met name of en welke zorginzet noodzakelijk is en met welke urgentie de eventuele inzet plaats vindt. Deze centralist moet daarbij direct de mogelijkheden en beperkingen van de bijzondere locatie van de patiënt begrijpen, alvorens de juiste meldersinstructie gegeven kan worden en (gelijktijdig) overige zorg- en reddingsprocessen gestart worden. Triage op de MKA is ambulancezorg en als zodanig onderdeel van de spoedeisende medisch zorgketen.

¹⁰. Zie: MMT Inzet- en cancelcriteria. Een praktisch handvat voor het inzetten van MMT's en verdeling van verantwoordelijkheden tussen MKA, ambulance en MMT. (2013). Ambulancezorg Nederland en Landelijk Netwerk Acute Zorg.

Als de zorgvraag op het KWC binnenkomt zal de niet-medisch opgeleide kustwachtcentralist de melding aan de hand van een aantal standaardvragen beoordelen op urgentie¹¹ en vervolgens doorzetten aan de Radio-Medische-Dienst-arts (RMD-arts)¹² voor de medisch-inhoudelijk triage. Indien de kustwachtcentralist heeft vastgesteld dat een zorgvraag urgent is, alarmeert men parallel met het doorzetten van de zorgvraag aan de RMD-arts een Search-And-Rescue-helikopter (SAR-helikopter) met (zo mogelijk) een SAR-ambulanceverpleegkundige én de KNRM-boot. Op basis van de informatie die dan bekend is, neemt de SAR-ambulanceverpleegkundige de materialen mee¹³. Indien de RMD-arts besluit, op grond van het gevoerde triagegesprek, dat een medevac^{14, 15, 16} inderdaad noodzakelijk is, wordt in overleg met het KWC bepaald of de medevac met de SAR-helikopter en/of de KNRM-reddingboot wordt uitgevoerd. Dit kan leiden tot een aanpassing van de reeds gedane inzet. Ingeval de RMD-arts bepaalt dat de zorgvraag niet levensbedreigend is of op korte termijn kan worden, worden gealarmeerde eenheden in principe teruggeroepen.

Triage door de RMD-arts is de ingang naar de spoedeisende medische zorgketen, het is echter geen ambulancezorg. Als de RMD-arts¹⁷ de melding, voorzien van beschikbare medische informatie, doorzet naar de MKA, is dit de schakel naar de ambulancezorg.

Bij het KWC worden zorgvragen ook via andere contacten gesteld: via de marifoon, via de satelliettelefoon of met een noodoproep via het Global Maritime Distress and Safety System (GMDSS)¹⁸. Het is daarbij mogelijk dat een buitenlands kustwachtcentrum een, soms al getrieerde, zorgvraag doorzet aan het KWC betreffende een patiënt die zich in Nederlands verantwoordelijkheidsgebied bevindt. Op grond van internationale wetgeving is het KWC verplicht deze aanvragen over te nemen en zorg te bieden. Ook kan de situatie zich voordoen dat een back-up arts vanuit NOGEP-afspraken een al getrieerde zorgvraag via het KWC en de MKA afhandelt voor de respectievelijke nautisch-logistieke en zorginhoudelijk component.

2.4 Ambulancezorg volgens het toetsingskader

Ambulancezorg is volgens de Nota Goede ambulancezorg (AZN) de mobiele zorg die beroepsmatig wordt verleend aan een patiënt met een aandoening of letsel, met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is en, indien nodig, het adequate

vervoeren van een patiënt of het verwijzen van een patiënt naar een zorgverlener. Hoofddoel van ambulancezorg is het voorkomen of beperken van gezondheidsschade op basis van de zorgbehoefte van de patiënt.

De minister van VWS heeft op grond van de Twaz 25 aanwijzingen gegeven aan RAV's die binnen een specifieke veiligheidsregio als enige partij reguliere ambulancezorg mogen leveren. Het is aan anderen verboden om reguliere ambulancezorg te leveren. Ambulancezorg loopt vanaf de melding tot en met de overdracht in de keten. De Twaz stelt dat op elke aanvraag om ambulancezorg, de ambulancemeldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt, beslist of ambulancezorg nodig is, alsmede door wie en op welke wijze deze zal worden verleend. Het is bij wet verboden om reguliere ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van een meldkamer en het is aan anderen dan de RAV verboden om ambulancezorg ter verlenen¹⁹, hetgeen niet geldt voor degene die krachtens een overeenkomst met de RAV ambulancezorg verlenen. In de beleidsregels²⁰ is gesteld dat de RAV ervoor zorgt dat in de meldkamer de zorgintake en de zorgindicatie geschieden door een op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geregistreerde verpleegkundige.

11. Zie bijlage 1: flowcharts kustwacht.

12. De Radio Medische Dienst is onderdeel van de KNRM en belast met het verstrekken van Radio Medische Adviezen aan zeevarenden. De KNRM geeft invulling aan de internationale verplichting om een Radio Medische Dienst in stand te houden, dit met inzet van in Nederland geregistreerde huisartsen. Dit zijn de RMD-artsen.

13. De beschikbaarheid qua materialen en medische hulpmiddelen van de SAR-helikopter is niet gelijk aan die van een ALS-ambulance. Dit is mede beïnvloed door de beperkte ruimte in de huidige helikopter. Per opdracht dient de bemanning voor zij opstijgt materialen en hulpmiddelen te selecteren.

14. Medevac: evacuatie van een patiënt op medische gronden, geïnitieerd vanuit een zorgvraag bij het KWC.

15. Frequentie medevacs: 2015 - 111 keer/jaar; 2014 - 75 keer/jaar; 2013 - 91 keer/jaar. Jaarverslagen Kustwacht 2015/2014/2013.

16. In 2016 is 804 keer advies gevraagd aan de RMD-artsen. Op advies van de RMD-arts werd 29 keer een medische evacuatie uitgevoerd met een helikopter, en 28 keer met een reddingboot van de KNRM. SAR-inzetten met een helikopter en/of reddingboot zonder medische aanleiding zijn hierbij niet meegerekend.

17. Een NOGEP-afspraken arts zal in principe dezelfde procedureregels doorlopen als de RMD-arts.

18. GMDSS is het Global Maritime Distress and Safety System, een maritiem communicatiesysteem. GMDSS is verplicht voor beroepsvaart op zee en wordt aanbevolen voor de pleziervaart.

19. Tijdelijke wet ambulancezorg, artikel 4:3.

20. Beleidsregels uitvoering artikel 6, derde lid, Tijdelijke wet ambulancezorg.

2.5 Geografische begrenzing van de ambulancezorg

Zorg in het verzorgingsgebied van de RAV

De locatie ofwel de geografische positie van een patiënt op het water met een acute en ernstige zorgvraag bepaalt in principe of er sprake kan zijn van ambulancezorg op het water. Een RAV is verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg aan patiënten in haar verzorgingsgebied. Tot het verzorgingsgebied van de RAV behoren de binnenwateren en een deel van de (ruime) buitenwateren en van het kustgebied. Al het binnenwater in Nederland behoort toe aan het verzorgingsgebied van de diverse RAV's toe. Voor de (ruime) buitenwateren²¹ en het kustgebied is dit gelijk aan de grenzen van de Veiligheidsregio's. Voor het kustgebied gaat het hier over de Noordzee tot en met 1 kilometer uit de kust, gemeten vanuit de basislijn: de laagwaterlijn tot in de zee, zijnde het gemeentelijk gebied waarop de Wet veiligheidsregio's²² van toepassing is. Wanneer de patiënt zich buiten het verantwoordelijkheidsgebied van de RAV bevindt, is er sprake van spoedeisende medische hulpverlening die door andere partijen wordt opgestart. Het betreft dan geen reguliere ambulancezorg zoals bedoeld in de Twaz.

Zorg buiten het verzorgingsgebied van de RAV

Op zee buiten de 1 kilometer-zone én binnen de Nederlandse territoriale wateren²³ en de Nederlandse Exclusieve Economische Zone (EEZ²⁴) moeten acute zorgvrager ook kunnen rekenen op goede zorg. Buiten de 1 kilometer-zone gaat het dan niet om reguliere ambulancezorg, zoals hiervoor is toegelicht. Gezien het startpunt van de zorgverlening, de incidentlocatie, gaat het nu om spoedeisende medische hulpverlening die in principe door andere partijen uitgevoerd wordt. Als de patiënt zich verplaatst of wordt verplaatst tijdens de spoedeisende medische hulpverlening en zich daardoor in het verzorgingsgebied van de RAV gaat bevinden, is het vanuit de gedachte dat de patiënt centraal staat niet logisch om (direct) over te schakelen naar de (organisatie vanuit de) reguliere ambulancezorg. Deze schakel kan beter gemaakt worden wanneer de patiënt op de vaste wal arriveert.

Omwille van de complexiteit bij zorgvragen vanaf het water volgt een schets van partijen die buiten het verzorgingsgebied van de RAV operationeel optreden; de keten loopt immers vanaf het water tot op het land. Veelal is de inzet op de Noordzee gecoördineerd door de Kustwacht, in overleg met de RMD-artsen. Andere partijen kunnen hier ook handelend en coördinerend optreden, zoals Redwave Medical Services

vanuit NOGEPA-bepalingen. De offshore valt ook buiten het verzorgingsgebied van de RAV. De offshore maakt bij acute zorgvragen, conform de NOGEPA-bepalingen, gebruik van de back-up artsen die bij die offshoremaatschappij horen en verdere zorgprocedures kunnen opstarten.

De Kustwacht heeft als verantwoordelijkheidsgebied²⁵ de Nederlandse territoriale wateren en de aangrenzende Nederlandse EEZ, het aeronautische werkgebied en het vlucht-informatiegebied Amsterdam. Voor (maritieme) hulpverleningen behoren ook de Waddenzee, het IJsselmeer, de Zeeuwse stromen en de Zuid-Hollandse stromen tot het werkgebied van de Kustwacht. De Kustwacht maakt in de spoedeisende medische hulpverlening voor patiëntenvervoer vooral gebruik van helikopters van Noordzee Helikopters Vlaanderen (NHV) en reddingboten van de KNRM. De NHV-helikopters vliegen vanaf vliegbasis De Kooy bij Den Helder of vanaf de Heliport Pistooldhaven bij de Maasvlakte. Alleen de helikopter vanaf De Kooy heeft een SAR-ambulanceverpleegkundige aan boord, de andere helikopter is bemand met een EHBO'er. De KNRM is met reddingboten inzetbaar vanaf 45 reddingstations. De bemanning van de reddingboten is op EHBO-niveau opgeleid, aangevuld met trainingen rondom waterongevallenletsels. Minder frequent ondersteunt Reddingbrigade Nederland, welke landelijk 166 brigades heeft, in een spoedeisende medische hulpverlening buiten het verzorgingsgebied van de RAV.

2.6 Schakels cruciaal in zorgketen

Noodzaak tot redden voorafgaand aan ambulancezorg

Bij een ambulancezorgmelding waarbij de patiënt zich op of aan het water bevindt, is de RAV door de bijzondere locatie meestal niet de partij die het eerste fysieke contact met de patiënt kan realiseren. Reddingsacties zijn vaak noodzakelijk alvorens de patiënt zorg uit de handen van de ambulancezorgverleners kan ontvangen. De primaire verantwoordelijkheid voor het redden van een persoon behoort niet toe aan de ambulancezorg, doch juist het redden kan dus noodzakelijk zijn voordat ambulancezorg ter plaatse bij de patiënt gestart kan worden. Afspraken met ketenpartners zijn nodig om verantwoord invulling te kunnen geven aan deze samenwerking.

21. Zie bijvoorbeeld bijlage 2: veiligheidsregio's IJsselmeergebied.

22. Bij opsporing en redding in de 1-kilometer zone stuurt de gemeente als bevoegd gezag de directeur Kustwacht aan.

23. Nederlandse territoriale zee: 12 zeemijl zeewaarts, gemeten vanuit de basislijn; inclusief de 1-kilometerzone.

24. De EEZ omvat het gebied 200 mijl vanaf basislijn.

25. Besluit instelling Kustwacht; artikel 6. (2016).

Daarbij is voor gemeentelijk ingedeeld water de koppeling te maken naar de brandweezorg²⁶ vanuit de veiligheidsregio, waarbij (onderdelen van) de brandweezorg aan een andere, adequaat toegeruste partij overgedragen kan worden. Binnen het verantwoordelijkheidsgebied van de Kustwacht, dat voor een beperkt deel overlapt met dat van de veiligheidsregio's, kan de ambulancezorg rekenen op een aantal kundige nautische ketenpartners zoals de KNRM, de NHV, Reddingbrigade Nederland en de Kustwacht. De Kustwacht heeft een wettelijke taak²⁷ in de SAR-activiteiten. De veiligheidsregio's waarin KNRM en Kustwacht actief zijn, hebben afspraken gemaakt en vastgelegd in convenanten "SAR & Maritieme Hulpverlening".

Overname patiënt elders opgestarte melding

Indien er sprake is van spoedeisende medische hulpverlening op het water zonder dat de RAV daarin betrokken is, kan een RAV alsnog door een ketenpartner ingeschakeld worden om de betreffende patiënt over te nemen. De ketenpartner benadert hiertoe, zo tijdig als mogelijk is, de MKA. Veelal zal het KWC hierin een rol spelen. Op de MKA zal vervolgens triage plaatsvinden. Op het moment dat de melding bij de MKA getriëerd wordt, is er sprake van ambulancezorg. Aansluitend zal de MKA-centralist overleggen over de verdere zorginzet gebaseerd op de zorgindicatie. De MKA coördineert de ambulancezorg tot en met de vooraankondiging met het ziekenhuis.

Indien een RMD-arts de MKA informeert over een patiënt zal in die situatie de MKA door de RMD-arts op de hoogte worden gebracht of er al contact is geweest met een ziekenhuis voor de vervolgzorg. Het KWC zorgt dan voor aanvullende logistieke informatie, zoals bijvoorbeeld de aanlandingsplaats van de KNRM-boot of en de verwachte aankomsttijd, de *Estimated Time of Arrival* (ETA), van de SAR-helikopter.

Het is echter niet per definitie zo dat altijd een ambulance-inzet volgt na triage. De situatie kan zich voordoen dat de ketenpartner van de MKA-centralist het verzoek krijgt, na triage, om zelf het vervoer van de patiënt naar HAP of SEH te regelen. Wanneer er geen ambulancezorg-indicatie is voor de patiënt die net met de NHV-helikopter of KNRM-reddingsboot is opgehaald, is er immers ook geen reden voor overname door een ambulance. Er zijn vooralsnog geen landelijke afspraken over andere invulling in de keten vanuit de MKA²⁸. Het KWC regelt, voor deze weinig voorkomende situaties, voor de patiënt een taxi. Deze taxi kan de patiënt dan bijvoorbeeld naar de huisartsenpost brengen.

²⁶. Met een formele verantwoordelijkheid bij het college van burgemeester en wethouders. De organisatie en uitvoering wordt geregeld vanuit de veiligheidsregio. Het dagelijks bestuur van de veiligheidsregio bepaalt ook bij wie de taak van het redden belegd wordt: bij de brandweer, de Kustwacht of mogelijk een andere (particuliere) partij.

²⁷. Besluit instelling Kustwacht; artikel 6. (2016).

²⁸. Zie paragraaf 3.5: MKA coördineert vervolgtraject.

ACUTE EN ERNSTIGE ZORGVRAAG PATIËNT OP OF AAN HET WATER

Melding via landelijke 1-1-2 voorziening – MKA

Marifoon/VHF – KWC/satelliettelefoon

Melding via bypassorganisatie

RAV - triage

verzorgingsgebied op het land, aan de waterkant

RAV - triage

verzorgingsgebied op/in het water, inclusief 1-km zone

RMD - triage

SAR-gebied: Nederlandse territoriale wateren, Nederlandse EEZ, aeronautische werkgebied en vluchtinformatiegebied Amsterdam, Waddenzee, het IJsselmeer, de Zuid-Hollandse stromen, Zeeuwse stromen

Triage door derden

buiten RAV-gebied: in Kustwacht/SAR gebied of daarbuiten; vanuit NOGEPA bepalingen of vanuit internationale verdragen

Reguliere ambulancezorg op het land

RAV/MKA mono-inzet

Reguliere ambulancezorg op het water

RAV/MKA coördineert ketensamenwerking reddingspartners

Spoedeisende medische hulpverlening

KWC coördineert conform flowchart²⁹; afstemming MKA-ketensamenwerking met RAV

Spoedeisende medische hulpverlening

KWC coördineert conform flowchart³⁰; afstemmen MKA-ketensamenwerking met RAV

Figuur 1: Overzicht betrokken partijen bij aanname melding acute, ernstige zorgvraag patiënt op of aan het water

29. Zie bijlage 1: flowcharts kustwacht.

30. Zie bijlage 1: flowcharts kustwacht.



3. DE MELDING VAN DE PATIËNT



3.1 Inleiding

Bij een melding van een patiënt op het water is het bepalen van de positie van de patiënt in veel gevallen complex. Dit kan bij acute zorgvragen leiden tot onwenselijke (tijds)delay in de ketenzorgverlening, met mogelijk ernstige gevolgen voor de gezondheidssituatie van de patiënt.

Het door de melder kunnen benoemen van de actuele geografische positie aan de hand van GPS-coördinaten is om die reden zinvol bij alle hulpverleningen in afgelegen gebieden, niet alleen op het water. Ontwikkelingen als de app “KNRM-helpt”³¹ en de “Vaarwater-app”³² spelen ook in op deze behoefte. Het exact bepalen van de locatie kan de MKA-centralist, gezien de beschikbare technische ondersteuning op dit gebied, voor een complexe uitdaging zetten. Bij 112-meldingen is een toenemende behoefte om de geografische positie van een mobiele telefoon, uitgerust met GPS, te kunnen weergeven op de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening en op de MKA.

De medisch-inhoudelijke triage van een 112-melding is, afhankelijk van waar de melding binnenkomt en hoe deze wordt doorgezet, belegd bij de verpleegkundig centralisten van de MKA of bij de RMD-artsen. De MKA-centralisten zijn daarbij getraind in het geven van meldersinstructies en het coördineren van de vervolgstappen in de zorgketen, hetgeen in het belang is van de te behalen gezondheidswinst bij de patiënt. De mogelijkheden en beperkingen van de complexe locatie van de patiënt zijn daarbij van invloed.

3.2 Melding via 112

De zorgvrager op de binnenwateren kan over het algemeen gebruik maken van het reguliere netwerk om 112 te bellen. In enkele binnenwatergebieden heeft het mobiele netwerk in Nederland (structureel) geen dekking; bepaalde delen van het IJsselmeer hebben hier mee te maken. De zorgvrager op het kustwater kan zelden gebruik maken van het reguliere netwerk om 112 te bellen.

De meldingen via het reguliere mobiele netwerk komen binnen bij de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening in Driebergen. De centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening zal middels standaardvragen de positie van de zorgvrager proberen vast te stellen. Daar waar een binnenwater genoemd wordt door de melder, beschikt de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening over een overzicht van alle grotere binnenwateren met een indeling naar de verantwoordelijke regio. Onderscheid qua oeverzijde is nodig, omdat deze aan verschillende RAV's kunnen toebehoren. De centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening heeft voorsnog niet tot haar taak om eventuele aanwezige GPS-coördinaten te interpreteren. De centralist van de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening heeft daarmee geen mogelijkheid voor verdere locatiebepaling.

Locatie duidelijk

Als de locatie duidelijk is én het een RAV-gebied betreft, kan de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening de melding doorzetten aan de betreffende MKA. De MKA triert vervolgens of ambulancezorg noodzakelijk is, waarna zo nodig naast de ambulancezorgverleners ook (nautische) ketenpartners ingezet kunnen worden voor een eventuele reddingsactie, al dan niet via het KWC.

Indien de melder aangeeft dat de zorgvrager zich op een duidelijke positie bevindt binnen het verantwoordelijkheidsgebied van de Kustwacht, niet zijnde een RAV-gebied, kan de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening de melding direct aan het KWC doorzetten. In het incidentele geval dat de melder

³¹. Zie www.knrm.nl/wat-doet-de-knrm/veiligheid-voor-pleziervaart/knrm-helpt-app. (...) Omdat de gegevens van het schip bij registratie van de app worden vastgelegd, beschikt de KNRM in geval van nood of assistentie direct over de positie van de hulpvrager, de scheepsnaam, het aantal opvarenden en eventuele thuisblijvers. Dit kan de hulpverlening bespoedigen.

³². Zie marrekrite.frl/varen/veiligheid. De Vaarwater-app van de provincie Friesland heeft o.a. de Marrekritte-nummering van de aanlegplaatsen inzichtelijk weergegeven.

een duidelijke locatie van de zorgvrager geeft én duidelijk is dat het een SAR-gebied dat voor de spoedzorg valt onder de RAV, kan de centralist van de landelijke centrale de melding naar een MKA doorzetten.

Locatie onduidelijk

Als een melding met een onduidelijke positie op een van de grotere wateren (zoals IJsselmeer, de Randmeren, Waddenzee) of op het kustwater binnenkomt, zal de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening de melding doorzetten naar het KWC.

Wanneer het een onduidelijke positie op het binnenwater is, zal de melding doorgezet worden naar de MKA van de meest waarschijnlijke regio.

Als uit de aan een MKA doorgezette 112-melding blijkt dat het gaat om spoedeisende medische hulpverlening die buiten de RAV-verantwoordelijkheid valt, zal de MKA de melding omwille van patiëntenbelang én goed hulpverlenerschap adequaat overdragen aan het KWC. Het KWC coördineert de verwerking van de melding en de operationele inzet. Daarbij kan een (directe) vervolgstap zijn dat het KWC vraagt aan de MKA om na een reddingsactie de patiënt over te nemen. Ook de omgekeerde situatie kan zich voordoen: het KWC kan zich geconfronteerd zien met een bij nader inzien ambulancezorg-melding. In deze situatie kan de 112-melding door het KWC direct doorgezet worden naar de MKA zonder dat RMD-artsen geraadpleegd worden. Het vroegtijdig en laagdrempelig informeren van en afstemmen tussen ketenpartners is hierbij noodzaak om te kunnen komen tot goede zorg in de keten.

In bijzondere gevallen kan de MKA of het KWC onder bepaalde voorwaarden de centrale van de landelijke 1-1-2 voorziening vragen om te ondersteunen in de locatiebepaling met het inzetten van de rode-knop-procedure.

Complexiteit locatie

Het streven is om het ambulancezorgproces op het water zoveel als mogelijk te operationaliseren conform de standaard-procedures op het land. Als uit een melding blijkt dat de patiënt zich op een landlocatie aan de waterzijde bevindt en dit een niet met de ambulance te bereiken locatie is, kan overwogen worden om het MMT³³ in zetten.

De complexiteit van een ambulancezorgvraag die zich voordoet op het water, blijkt verder uit het feit dat een patiënt zich niet altijd op één locatie op het water bevindt, gewild of ongewild, en

mogelijk ook niet op eenvoudige wijze de communicatie hierover kan voortzetten. Zo ligt niet ieder schip voor anker als een acute zorgvraag gesteld wordt. Daarmee kan het voorkomen dat een schipper zijn zorgvraag stelt vanuit een RAV-gebied waar hij zich tien minuten later zich niet meer in bevindt. Dit vraagt om adequate inzet van ketenpartners, zoals de KNRM en Kustwacht.

3.3 Melding via VHF, marifoon of satelliettelefoon

De zorgvrager op de Nederlandse buitenwateren en langs de Nederlandse kust kan slechts beperkt het reguliere telefoon-netwerk benutten. Vaak gebruikt men de *Very High Frequency* (VHF)-marifoon om met de Kustwacht in contact te treden. Dit is ook een optie voor de zorgvrager op het binnenwater als daar het mobiele netwerk niet dekkend is. Bijzondere zorgvragers zijn de al genoemde back-up arts vanuit de NOGEP-afspraken en de zorgvrager die gebruik maakt van de satelliettelefoon. Ook kan het voorkomen dat een zorgvrager op de binnenwateren gebruik maakt van de marifoon om contact te maken met de Kustwacht. Met het gebruik van de marifoon op noodkanaal 16 kunnen ook anderen op het water invulling geven aan zorgvraag door de nautische plicht die iedereen op het water heeft. Dit kan leiden tot zowel het opstarten van lekenhulpverlening als het in de zorgketen verder informeren over de situatie bij de patiënt.

In die gevallen dat de situatie bij de patiënt vanaf het water te veel variabelen kent om gericht een MKA te benaderen, kan het KWC of de RMD-arts de MKA van de RAV Noord-Holland Noord benaderen als algemene landmeldkamer voor alle zorgcasuïstiek vanuit een SAR-gebied. Dit betekent dat de MKA Noord-Holland Noord dan een coördinerende rol vervult, ook als de patiënt zich uiteindelijk niet in het eigen verzorgingsgebied van de RAV Noord-Holland Noord blijkt te bevinden. Deze nieuwe werkwijze dient jaarlijks geëvalueerd te worden met zowel de betrokken MKA's, het KWC, met het LNAZ en met (regio-overstijgende) betrokken ketenpartner(s). De RAV Noord-Holland Noord dient de evaluatie te initiëren.

Op het moment dat bij het KWC duidelijk is dat de patiënt zich in het RAV-gebied bevindt, zet het KWC de melding door naar de MKA. Dit doorverbinden gebeurt bij voorkeur "warm", daarmee krijgt de MKA-centralist de melder zelf aan de lijn. Niet in alle gevallen zal dit echter technisch mogelijk zijn. De MKA-centralist besluit op basis van de triage van de informatie

³³. De MMT-helikopter kan zorgverleners en patiënten niet hoïsten (takelen) tussen incidentlocatie en de helikopter; de SAR-helikopter kan wel hoïsten.

die de melder of het KWC heeft, of het medisch inhoudelijk een ambulancezorgmelding betreft. De MKA-centralist kan daarbij, als de melder warm is doorgezet, direct meldersinstructie geven. Conform regionale werkafspraken kan de ambulancezorg op het water gestart worden, al dan niet met inzet van ketenpartners voor de redding. Bij het inzetplan dat dan gevolgd wordt, kan bijvoorbeeld een al door het KWC ingezette SAR-hulpverlener mogelijk de reddingsactie uitvoeren. De MKA-centralist is (en blijft) verantwoordelijk voor de regie bij het vervolg van de ambulancezorg. De ingezette ambulance-eenheid geeft directe patiëntenzorg vanaf het moment dat zij bij de patiënt aanwezig zijn. Het kan voorkomen dat dit pas aanvangt ná de redding door ketenpartners. Met het KWC kunnen logistieke afspraken gemaakt worden om de reddingsactie optimaal te laten verlopen, in overeenstemming met de per RAV vastgelegde werkafspraken.

3.4 Melding via bypass-organisatie

Enkele RAV's hanteren binnen een specifieke context regionale afspraken met andere organisaties met als doel om juist binnen die specifieke context goede en tijdige patiëntenzorg te kunnen bieden. Deze afspraken liggen regionaal schriftelijk vast en dienen tenminste driejaarlijks geëvalueerd te worden. Zo maakt de RAV Rotterdam-Rijnmond gebruik van een bypass-organisatie: er is een overeenkomst met de Divisie Havenmeester van het Havenbedrijf Rotterdam, de DHMR. Zij ondersteunen de Veiligheidsregio Rotterdam Rijnmond en de RAV in het bijzonder door vanaf schepen in het havengebied incidentmeldingen aan te nemen die binnenkomen via VHF.

3.5 MKA coördineert vervolgtraject

De MKA heeft de taak³⁴ om de keuze van het vervolgtraject in de keten van spoedeisende medische zorgverlening te coördineren. Dat wil zeggen dat de MKA-centralist allereerst triert. Bij de uitkomst dat een patiënt gepresenteerd moet worden in het ziekenhuis, overlegt de MKA-centralist met de behandelende zorgprofessional welke medisch specialistische zorginzet nodig is. Deze zorgprofessional kan zowel de RMD-arts zijn, als de (ambulance-)zorgverlener aan boord van de SAR-helikopter³⁵ of de ambulance-eenheid van de RAV. Middels inzet van een ambulance-eenheid kan uitvoering gegeven worden aan de benodigde ambulancezorg. De centralist van de MKA coördineert zowel de medisch-inhoudelijke vooraankondiging met het ziekenhuis als het logistieke proces van de patiënt naar het ziekenhuis. Het is wenselijk de telefonische vooraankondiging naar het ziekenhuis tijdig te realiseren, inclusief de ETA als

het gaat om de SAR-helikopter. Soms moet bij het ziekenhuis medische opvang buiten het ziekenhuis ingezet worden voor de overname van de patiënt vanaf de heli-landplaats. Terwijl bijvoorbeeld bij het VUmc het zo kan zijn dat verzocht moet worden om de helikopter van het MMT te verplaatsen om ruimte te creëren voor de SAR-helikopter.

De MKA dient voor deze coördinerende rol ook te beschikken over actuele informatie van beschikbaarheid in de ziekenhuizen met daarbij een specificatie voor behandel mogelijkheden zoals in de hyperbare geneeskunde³⁶. In Nederland is het AMC het enige ziekenhuis dat ook beademde patiënten kan behandelen met hyperbare zuurstoftherapie. Het Acuuu Zorgportaal geeft actuele stops van de aangesloten ziekenhuizen weer. In de wens tot verdere verbetering van de keten kwaliteit lijkt het logisch om de komende periode ook de mogelijkheden die Pariter³⁷ hier kan bieden te onderzoeken vanuit de MKA.

Op het moment dat de triage op de MKA niet leidt tot een ambulance-inzet, kan er voor de patiënt nog wel een vervoersbehoefte naar een SEH of HAP zijn, aansluitend op de medevac. Er zijn, zoals hiervoor genoemd³⁸, voorsnog geen landelijke afspraken over de mogelijkheden voor een andere invulling van vervoer zonder zorg door de MKA. Wel is taxi-inzet door KWC te realiseren. Het advies is om op korte termijn deze afspraken ketenbreed vast te leggen, gezien het belang hiervan voor de continuïteit van zorg bij de individuele patiënt en de breed gedragen wens om te komen tot verbetering in de keten.

³⁴. Zie paragraaf 1.1 Inleiding: brief van de minister van Infrastructuur en Milieu, d.d. 15 december 2016.

³⁵. Het is voor de SAR-bemanning niet altijd mogelijk om tijdens de vlucht te communiceren met de RMD-arts.

³⁶. Zie bijlage 3: Zorginstellingen met hyperbare geneeskunde.

³⁷. Pariter: landelijk systeem voor ritlogging en bijstand.

³⁸. Zie paragraaf 2.6: schakels cruciaal in zorgketen.



4. KETENZORG ROND DE PATIËNT: KETENPARTNERS



4.1 Inleiding

Bij ketenzorg op of aan het water gaat het om samenwerking tussen zorgverleners en/of reddingpartners. Op de binnenwateren is dit een andere keten dan op de ruime buitenwateren en in de kustgebieden. Ketenpartners zijn onmisbare schakels om de redding van een patiënt te realiseren en om gelijktijdig of aansluitend zorg door een ambulance-eenheid te kunnen laten verlenen.

Het redden van een patiënt betekent dat (nautische) ketenpartners de ambulancezorgpatiënt verplaatsen vanaf de incidentlocatie naar de locatie waar een reguliere ambulancezorgaanbieder de ambulancezorg kan starten. (Nautische) ketenpartners zijn tenminste opgeleid als *first responder*³⁹ op EHBO-niveau, waarbij enkele ketenpartners extra geschoold zijn in waterongevallenletsels. Tijdens de redding kan eventueel op afstand handelingsondersteuning gegeven worden aan de ketenpartner door de ambulance-eenheid of door de MKA, al dan niet in afstemming met de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA). Het kunnen benutten van goede communicatiemogelijkheden is hiertoe noodzakelijk. Indien een ambulance-eenheid als opstapper meegaat met de (nautische) ketenpartner, is de ambulance-eenheid verantwoordelijk voor de in te zetten patiëntenzorg. In deze zorgketen is de MKA de partij die coördineert waar de patiënt zo nodig gepresenteerd kan worden.

4.2 Ketenpartners binnenwateren

Ketenpartners die gealarmeerd kunnen worden om, voorafgaand aan de ambulancezorg ter plaatse, de redding op binnenwateren uit te voeren zijn:

- de waterbeheerder zoals Rijkswaterstaat, Waterschap, provincie of gemeente,
- de Kustwacht (mogelijke inzet SAR-helikopter),
- de Reddingsbrigade Nederland,
- (rivier-, haven-, strand- of water)politie,
- regionale brandweer,
- andere publieke en private partijen.

Het alarmeren van deze ketenpartners gebeurt door of op verzoek van de MKA. De RAV dient afspraken vast te leggen met de ketenpartners over de inzetmogelijkheden, de opkomsttijd en het zorgniveau als *first responder*. Deze afspraken dienen tenminste driejaarlijks in gezamenlijkheid geëvalueerd te worden

4.3 Ketenpartners buitenwateren en kustgebied

Ketenpartners die gealarmeerd kunnen worden om, voorafgaand aan de ambulancezorg ter plaatse, de redding op de ruime buitenwateren en het kustgebied, uit te voeren zijn met name:

- Reddingsbrigade Nederland⁴⁰,
- KNRM,
- Kustwacht,
- Zeehavenpolitie.

Het alarmeren van deze ketenpartners gebeurt evenzo door of op verzoek van de MKA. De RAV dient afspraken vast te leggen met de ketenpartners over de inzetmogelijkheden, de opkomsttijd en het zorgniveau als *first responder*. Deze afspraken dienen tenminste driejaarlijks in gezamenlijkheid geëvalueerd te worden.

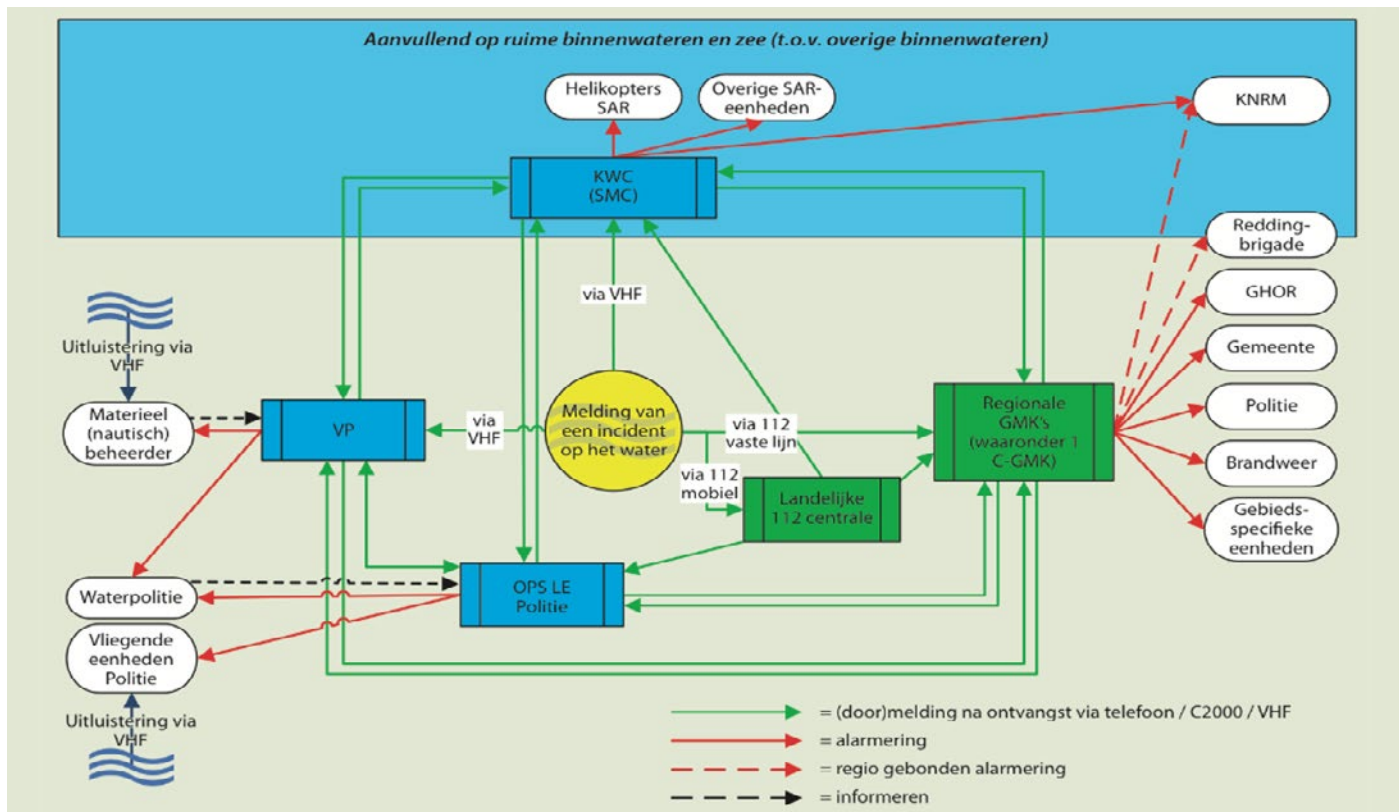
4.4 Afspraken met ketenpartners alle gebieden

RAV's dienen met de relevante ketenpartners regionale afspraken of regionale uitwerkingen van landelijke afspraken te realiseren bij de volgende thema's:

- aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers,
- communicatielijnen en -middelen,
- medische opstappers,
- waterfunctionaris en het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), als ketenoverleg.

³⁹. Kwaliteitskader First Responder. (2015). Ambulancezorg Nederland.

⁴⁰. Reddingsbrigade Nederland heeft de focus op inzet < 1 km uit de kust. De KNRM richt zich in het kustgebied met name op inzet > 1 km uit de kust. Samenvatting visie, doelstelling en meerwaarde RVR. (2010). Reddingsbrigade Nederland.



Figuur 2: Melding & Alarmering op het ruime binnenwater en zee. De melding van een incident op het water (gele cirkel) kan leiden tot alarmering van verschillende hulpverleners afhankelijk van de routing die ingezet wordt vanuit beschikbare informatie
 Bron: Handboek Incidentbestrijding op het water. (2015). Instituut Fysieke Veiligheid (IFV).

Aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers

De voorwaarden en functionele eisen die aan aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers worden gesteld⁴¹, zijn landelijk vastgesteld in het Handboek Incidentbestrijding op het water (IFV). De locaties van de aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers moeten overzichtelijk zijn vastgelegd en bekend zijn op de MKA, bij de ambulance-eenheden en bij de relevante (nautische) ketenpartners.

De (nautische) ketenpartner bepaalt in de operationele setting van welke aanlandingsplaats of ambulancesteiger gebruik wordt gemaakt voor het overdragen van de ambulancezorgpatiënt. Bij de keuze voor een aanlandingsplaats is niet alleen de afstand vanaf de aanwezigheidslocatie van de patiënt naar de overdrachtslocatie op het land van belang. Het vervolg qua (medische) opvangmogelijkheid en doorstroomcapaciteit speelt ook een belangrijke rol. Afstemming met ambulancezorgverleners en met een eventueel al betrokken RMD-arts is daarbij noodzakelijk.

Om op landelijk uniforme wijze inzichtelijk te maken wat voor soort aanlandingsplaats het betreft, is ervoor gekozen om de aanlandingsplaatsen in drie categorieën in te delen. De categorie A aanlandingsplaatsen zijn geschikt voor de opvang van grotere groepen personen c.q. slachtoffers. De categorie B aanlandingsplaatsen zijn geschikt voor de aanlanding van enkele personen c.q. slachtoffers. In de categorie "Overig" zijn plaatsen opgenomen die niet voldoen aan de criteria voor categorie A of B, maar die wel gebruikt kunnen worden als daarvoor doorslaggevende redenen zijn.

Indien een (nautische) ketenpartner de patiënt via het strand of een (brede) oever aanbiedt voor de transfer naar de ambulancezorg wordt, op het moment dat de patiënt niet per ambulancevoertuig bereikbaar is, gebruik gemaakt van bijvoorbeeld voertuigen van reddingsbrigades of de KNRM. In deze gevallen kan de ambulance-eenheid aangeven eigen materieel uit de ambulance te willen meenemen. Deze procedure moet ook regionaal zijn vastgelegd met de relevante ketenpartners voor de patiënt, waarvan al bij de melding

41. Zie bijlage 4: aanlandingsplaatsen en ambulancesteigers.

duidelijk is dat deze zich op het strand of een (brede) oever bevindt en daar niet met het ambulancevoertuig bereikbaar is, zonder dat een (water)redding nodig is. In die situatie kan de MKA ook overwegen of er redenen zijn om het MMT in zetten.

Communicatielijnen en -middelen

Daar waar in de reguliere ambulancezorg op het land gebruik gemaakt wordt van het landelijke netwerk C2000, kan er in de keten bij de ambulancezorg op het water niet standaard vanuit worden gegaan dat dit aanwezig is en/of volledig dekkend is. Ketenpartners beschikken niet altijd over C2000-communicatieapparatuur, dit geldt bijvoorbeeld voor de SAR (of NHV)-helikopters. Als C2000-communicatieapparatuur wel aanwezig is, kan alsnog door de afstand, met name op zee, het netwerk niet bruikbaar zijn. Voor het gebruik van C2000-communicatieapparatuur is voor bepaalde ketenpartners een (regionaal) gelieerde-dienstverleningsovereenkomst noodzakelijk⁴². De KNRM en Reddingsbrigades kunnen als landelijk respectievelijk regionaal gelieerde gebruik maken van C2000.

In de operationele situatie dat ketenpartners gebruik kunnen maken van C2000 kunnen de in de ambulancezorg betrokken partners door de MKA in een incidentgespreksgroep worden geplaatst. Daarmee kan efficiënte communicatie plaatsvinden.

De meeste nautische ketenpartners communiceren echter via de marifoon/VHF. Op de gewenste momenten kan men via C2000 contact maken met bijvoorbeeld de ambulancezorgverleners aan land.

Het is een gegeven dat de NHV-helikopters niet over C2000 beschikken. Daarmee is de ketencommunicatie kwetsbaar. Bij het in de toekomst verder optimaliseren van de zorgketen, dient te worden ingezet op ketenbrede communicatie met alle zorgpartners, met inbegrip van de SAR (of NHV)-helikopters⁴³, middels één systeem.

Bij de ketenafspraken is aandacht nodig voor de communicatie. Het moet duidelijk zijn op welke wijze gecommuniceerd wordt tussen de verschillende ketenpartners en met behulp van welke overdrachtsmethodiek, zoals de SBAR. De verantwoordelijkheid voor de communicatie over de vervolgzorg ligt bij de ambulancezorg, die omwille van logistieke mogelijkheden moet kunnen overleggen met de ketenpartner(s). De MKA heeft hierin, gezien het overzicht dat zij heeft op de

beschikbaarheid in de ziekenhuizen onder meer door gebruik te maken van het Acut Zorgportaal, een belangrijke rol. Overleg over de actuele behandelcapaciteit bij de instellingen met hyperbare geneeskunde kan bovendien vanuit de MKA worden geïnitieerd⁴⁴.

Medische opstappers

Het is een strategische keuze van een RAV of ambulancezorgverleners uit de rijdienst bij een zorgvraag op het water ingezet worden als medisch opstapper⁴⁵ op een reddingboot. Daarbij is van belang om de locatie van de patiënt in ogenschouw te nemen: betreft het een RAV-gebied? Een ambulance-eenheid kan bij een (nautische) ketenpartner, zoals de KNRM, als opstapper aan boord gaan met als doel de patiëntenzorg zo tijdig als mogelijk op ALS-niveau te kunnen opstarten. Vanuit het patiëntenperspectief is de inzet van medische opstappers dan ook wenselijk, omdat daarmee dus eerder zorg op ALS-niveau gegeven wordt dan wanneer de reddingboot zonder medische opstappers de patiënt ophaalt en naar de ambulance-eenheid aan de walkant brengt. Om verantwoord aan boord te stappen bij een (nautische) ketenpartner dienen de risico's, die dit mogelijk met zich meebrengt, door de schipper van de boot met de ambulance-eenheid te worden gedeeld en afgewogen⁴⁶. Als de schipper van de nautische ketenpartner bepaalt dat de eigen veiligheid van de ambulance-eenheid niet gewaarborgd is, bijvoorbeeld door de weersomstandigheden, kan de schipper de opstappers weigeren. Ook de ambulance-eenheid zelf kan besluiten niet aan boord te stappen. Bijvoorbeeld als de ambulancezorgverleners vinden dat zij onvoldoende getraind zijn, als zij hun veiligheid onvoldoende geborgd vinden of als zij zichzelf fysiek zelf niet in staat vinden om aan boord te gaan.

Indien de ambulancezorgpatiënt zorg nodig heeft en de omstandigheden zo zijn dat medische opstappers niet op de boot mee kunnen, is het aan de MKA om de zorg onder die omstandigheden zo optimaal mogelijk in te richten. Daarbij is overleg met het KWC, voor het inzetten van de SAR-helikopter met de SAR-ambulanceverpleegkundige, een van de mogelijke opties.

⁴². Zie Beleidsregels Toelating en gebruik C2000 door derden.

⁴³. Overeenkomst met NHV is afgesloten voor de duur van 5 jaar: tot en met 31 december 2019.

⁴⁴. Zie bijlage 3: zorginstellingen met hyperbare geneeskunde.

⁴⁵. Medisch opstapper: ambulancezorgverlener die op verzoek MKA aan een reddingsbootbemanning wordt toegevoegd.

⁴⁶. Zie de voorlichtingsfilm van de KNRM en ambulancezorg: youtu.be/hWoEC-cnAQc (2015).

Ketenafspraken bij inzet medische opstappers	RAV	Nautische ketenpartner
Vorbereiding		
Situatie	Triage zorgvraag – bepalen inzet en urgentie (MKA)	Bepalen opstaplocatie
	Coördinatie zorgketen (MKA)	Coördinatie reddingsactie
	Besluit veiligheid RAV-medewerkers	Besluit veiligheid RAV-medewerkers
	Besluit bekwaamheid ambulance-eenheid als opstappers	Overlevingspak/redvest voor RAV-medewerkers
Patiënt - Materiaal	Medische hulpmiddelen mee aan boord	BLS materiaal
	Evt. extra materialen: zuurstof, accu monitor, infusievloeistoffen	Conform regionale afspraak: zuurstof, AED, patiëntenbrancard, reddingsbak, thermopakket
Samenwerken/Communicatie	Afstemmen met schipper: inzet en inzetduur	Afstemmen met ambulance-eenheid: inzet en inzetduur
	C2000 portofoon	Marifoon - contact KWC
		C2000 portofoon - contact MKA
Zorgverlening		
	Meldersinstructie (MKA)	
	ALS zorg	EHBO-plus, assistentie RAV-eenheid
	Voorstel vervolgzorg -medisch inhoudelijk- organiseren	
Afronding		
	Voorstel vervolgzorg -logistiek (MKA)- organiseren	Bepalen aanlandlocatie
	Coördinatie evt. overname/assistentie 2 ^e ambulance/MMT/SAR-helikopter	Coördineren transfer patiënt van boord
	Vooraankondiging ziekenhuis uitvoeren	Registratie
	Patiënt overbrengen naar zorginstelling of dit coördineren	
	Registratie	
	Overweging terugkoppeling naar RMD-arts, bijvoorbeeld via zorgmail	

De RAV is conform de beleidsregels van de Twaz⁴⁷ verzekerd tegen risico's verbonden aan ambulancezorg. In principe regelen alle betrokken ketenpartners hun eigen verzekering, tenzij anders afgesproken. Zo is de KNRM verzekerd voor alle opvarenden van de reddingboot, inclusief eventuele opstappers.

Waterfunctionaris en ROAZ

Bij een hulpverlening op of aan het water zijn vaak meer en andere partijen betrokken dan bij een hulpverlening op het land. Om in de voorbereiding op deze inzetten alle partijen efficiënt te betrekken en afstemming te organiseren geeft het Handboek

Incidentbestrijding op het water (IFV) het advies om in iedere coördinerende veiligheidsregio en vanuit ieder samenhangend risicowatersysteem een regionale waterfunctionaris te stellen. De regionale waterfunctionaris moet voldoende kennis hebben van de (organisatie van) de ambulancezorg en de afspraken die een RAV op het gebied van ambulancezorg op het water heeft afgestemd met ketenpartners en het ROAZ. Dit betekent dat de RAV de waterfunctionaris actief informeert als relevante afspraken wijzigen of erbij komen.

⁴⁷. Artikel 15 van de Beleidsregels uitvoering artikel 6, derde lid, Tijdelijke wet ambulancezorg.



5. GROOTSCHALIG INCIDENT



5.1 Inleiding

Ambulancezorg op het water kan, gelijk aan de situatie op het land, een incident betreffen waarbij opgeschaald dient te worden.

Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB) in gemeentelijk watergebied en spoedeisende medische hulpverlening bij rampen en crisis op de Noordzee zijn daar voorbeelden van.

5.2 Grootschalige Geneeskundige Bijstand – gemeentelijk watergebied

Een grootschalig incident wil niet altijd zeggen dat er (meer) eenheden ter plaatse gaan. Dit kan ook alleen het toevoegen van een Officier van Dienst Geneeskundig (OvdG) aan de inzet zijn. Bij ambulancezorg op het water wordt opgeschaald volgens dezelfde principes als op het land. Dit kan zijn volgens GRIP-opschaling of met inzet van de GGB-structuren⁴⁸.

Primaire triage, zoals beschreven in het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) en in de GGB-structuren, kan bij een grootschalige zorginzet op/aan het water door de bijzondere locatie sterk bemoeilijkt worden. Om die reden is periodieke afstemming met de waterfunctionaris noodzakelijk, onder meer opdat er actueel zicht is op inzetmogelijkheden van de verschillende ketenpartners.

5.3 Spoedeisende medische hulpverlening bij rampen en crises op de Noordzee

Voor opschaling bij rampen en crises op de Noordzee bestaat een aparte organisatie: het Regionaal Beheersteam Noordzeerampen (RBN)⁴⁹. Het RBN bestaat uit vertegenwoordigers van de in Kustwachtverband samenwerkende departementen, desgewenst aangevuld met vertegenwoordigers van andere departementen. Daarnaast kan het voorkomen dat het incident niet meer beheersbaar is in het RBN. In die gevallen worden de beleidsmatige aspecten van de bestrijding behandeld door de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb),

dat bijeenkomt bij het Nationaal CrisisCentrum (NCC) van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Op operationeel niveau vindt dit plaats op het KWC en in het aldaar geactiveerde Operationeel Team. De eerste kilometer van de Noordzee gezien vanaf de kustlijn is gemeentelijk ingedeeld gebied, dus is de Wet veiligheidsregio's en de Gemeentewet van toepassing. Het in de Wet Bestrijding Maritieme Ongevallen (Wet BMO) bepaalde gaat echter voor, ook binnen die eerste kilometer.

⁴⁸. Zie ook: www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/opgeschaalde-ambulancezorg en www.ggdghorkennisnet.nl/thema/grootschalige-geneeskundige-bijstand-ggb.
⁴⁹. Bron: Handboek Incidentbestrijding op het water. (2015). Instituut Fysieke Veiligheid.



6. KWALITEIT VAN ZORG



6.1 Inleiding

Ambulancezorgverleners streven na dat zij onder alle omstandigheden als goed hulpverlener goede zorg verlenen. Dit Kwaliteitskader Ambulancezorg op het water geeft daarbij de randvoorwaarden aan om goede zorg aan de ambulancezorgpatiënt op of aan het water te kunnen bieden. Zowel de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) als de Nota Goede ambulancezorg bieden hiertoe een heldere basis.

Enkele kwaliteitsaspecten die er in het belang van dit kader toe doen, zijn hieronder toegelicht. In een enkel geval dat de zorg aan de patiënt minder optimaal gegeven is dan beoogd, is van belang dat de RAV de focus weet te leggen op het leren van (bijna-)incidenten en calamiteiten.

6.2 Goede ambulancezorg

De verpleegkundig centralist op de MKA beschikt over voldoende inzichten die nodig voor de specifieke context van een ambulancezorgverlening. De MKA-centralist maakt bij de triage gebruik van een standaard triagemethodiek. De methodiek dient in het inzetvoorstel de regionale organisatie op verantwoorde wijze te borgen.

Voor de ambulancezorgverleners ter plaatse biedt het LPA ondersteuning in het maken van weloverwogen beslissingen hoe de zorg aan de patiënt zo optimaal mogelijk kan worden gegeven. Relevante factoren in de concrete situatie kunnen leiden tot een beredeneerd handelen, anders dan het beschreven beleid. Dat laat onverlet dat de protocollen uit het LPA bedoeld zijn om te fungeren als standaard en houvast.

Van de zorginzet dient verslaglegging plaats te vinden. De verslaglegging dient als verantwoording voor het patiëntendossier en kan worden gebruikt voor de overdracht in de zorgketen.

De privacy van patiënten dient optimaal beschermd te zijn. Wettelijke kaders en veldnormen⁵⁰ borgen dit binnen de zorgverleningsketen. In het kader van de ontwikkelingen rondom internet en het digitaal, mobiel delen van informatie zoals beelden op *social media*, dienen de RAV en allen die voor de RAV werkzaam zijn, zich extra bewust te zijn van de privacyaspecten van de patiënt en hiernaar te handelen.

6.3 Randvoorwaarden voor goede ambulancezorg op het water Meldkamercentralist

De centralist op de MKA dient, gezien de specifieke context van de organisatie van ambulancezorg op het water, kennis te hebben van de organisatie van de gehele keten. Deze kennis dient aan iedere MKA-centralist te worden aangeboden, ook aan de niet-verpleegkundige uitgifte-centralist. De verpleegkundige MKA-centralist dient daarbij voldoende inzicht te hebben in de mogelijkheden en beperkingen van de locatie aan boord van een boot om de juiste meldersinstructie te kunnen geven.

Ambulancezorgverleners

De ambulancezorgverleners ter plaatse dienen aan de regionale randvoorwaardelijke afspraken te voldoen alvorens zij als medisch opstapper ingezet kunnen worden:

- voldoende kennis van de mogelijkheden om aan boord van een boot zorg te verlenen,
- beschikken over voldoende materiaal voor de duur van de inzet,
- voldoende kennis van zelfredzaamheid in het water in geval van nood,
- beschikken over de juiste persoonlijke beschermingsmiddelen,
- voldoende training gevolgd in bovenstaande voorwaarden om zichzelf in het toepassen daarvan bekwaam te vinden.

50. Zie: Hoe gebruik je sociale media op een verantwoorde manier? Handreiking voor verpleegkundigen en verzorgenden. (2012). V&VN.

Oefenen ketenzorg

Op RAV-niveau zijn afspraken vastgelegd over het oefenen van de ketenzorgprocessen rondom ambulancezorg op het water. Het aantal en de aard van de oefeningen worden mede bepaald door het aantal en de aard van de werkelijke inzetten. De strategische keuze of ambulancezorgverleners als opstappers functioneren speelt daarbij een cruciale rol. Het is van belang om regelmatig samen met (nautische) ketenpartners te oefenen.

6.4 Leren van (bijna-)incidenten en calamiteiten

Iedere RAV geeft mede op basis van de Wkkgz invulling aan kwaliteitsverbetering vanuit zorgevaluatie. Leren van (bijna-) incidenten en calamiteiten is daar een specifiek onderdeel van. Dit vraagt om een veilige organisatiecultuur. Zeker ook in een complexe keten, als die bij (ambulance)zorg op het water, kunnen zich situaties voordoen die achteraf gezien niet als meest optimale zorg beschouwd worden.

De Kustwacht en de RMD-artsen hebben afgesproken⁵¹ om twee keer per jaar bijeenkomsten te organiseren met alle betrokken partijen. Evalueren en leren van de (bijna-)incidenten en calamiteiten staan dan centraal. Indien een RAV hierin betrokken is, zal deze RAV zich bij de bijeenkomst aansluiten. Het landelijke calamiteiten-intervisieproject, dat AZN in 2018 start, is evenzo een overleg waar binnen de witte kolom doch RAV-overstijgend geleerd kan worden van elkaars ervaringen.

51. Brief van de minister van Infrastructuur en Milieu aan de OvV. Kenmerk: IenM/DSK-2016/288633.



7. PATIËNTERVARINGEN OP HET RUIME BINNENWATER



7.1 Inleiding

Bij het opstellen van voorliggende kader zijn enkele patiënten of diens familieleden, die betrokken zijn geweest bij een zorgverlening op of aan het (ruime) binnenwater binnen de RAV Fryslân, geïnterviewd. Voorafgaand aan het interview heeft de RAV hiervoor om toestemming gevraagd. Met deze interviews is een gedetailleerd beeld geschetst van enkele van de zorgvragen die zich op en aan het (ruime) binnenwater voordoen, verteld door de patiënten zelf of hun familie. Wij zijn hen én de RAV Fryslân zeer erkentelijk voor de medewerking!

7.2 Een eiland zonder postcode en straatnaam

We waren in de zomer op zeilvakantie in Friesland, we hadden daar een boot gehuurd. We zeilen zelf vaker en waren nu in een voor ons onbekend gebied. Het plan was om op een Marrekritte natuurhaven te overnachten, op een eilandje in de Flusse. Daar aangekomen zou ik met de landvast aan wal stappen om de boot vast te maken, mijn man stond aan het roer. Bij het van de boot stappen, klapte mijn knie zijwaarts. Nooit ergens last van gehad en nu kon ik niet meer op mijn been staan. Ik moest mijn been omhoogtrekken, en hing vervolgens aan de boot. Toen heb ik me voorzichtig in het water laten zakken. Er lagen al enkele bootjes in de natuurhaven, iemand daarvan kwam me helpen. Het lukte om me op het land te krijgen. Nog een keer geprobeerd om op mijn been te staan, dat kon gewoon niet. Ik ging er weer finaal doorheen. Mijn been voelde als pudding. Ik ben op het gras blijven zitten.

Mijn man is toen met 112 gaan bellen. Dat was een lastig gesprek. In die zin dat wat wij van onze locatie wisten, niet ingevoerd kon worden in de computer. Voor de invoer was een straatnaam of postcode nodig. Maar op het eilandje is geen straat. Het is onbewoond. We wisten wel de naam van het eilandje: Nije Krúspôlle. Maar daar kon het programma niets mee. Ook stond er een heel groot bord op het eiland, volgens ons was dat van Rijkswaterstaat, met een code erop. Dat bracht voor de software van 112 ook geen herkenning. Alles wat wij wisten,

hielp niet. Ze wilden weten onder welke gemeente het eilandje viel, dat wisten we niet. Mijn man noemde namen van plaatsen aan de Flusse dichtbij het eilandje. Maar omdat we niet zeker wisten of het eilandje daarbij hoorde, hielp dat niet. Uiteindelijk heeft een van de mensen van de andere boten de coördinaten van de waterkaart opgezocht. Dat kon wel ingevoerd worden en toen werd duidelijk waar wij waren. Of er nog gevraagd is naar het Marrekrite nummer? Nee, dat is er niet. Tot onze verbazing werd, nadat de locatie ingevoerd kon worden, gevraagd of er sprake was een levensbedreigende situatie. We waren al geruime tijd met de 112 in gesprek, en nu pas die vraag.

Alles is daarna vlot georganiseerd. Er kwam een bootje van de brandweer, met de brandweermensen in volledig pak. Daar hebben we ons wel over verbaasd, Het was een hete dag, en bovendien als je met dat pak in het water valt kan je niet zwemmen. Ze hadden wel zwemvesten over hun pak aan. En er kwamen twee ambulancebroeders, gekleed in een polo, met een rugzak vol met materiaal en een spalk.

We weten eigenlijk niet precies hoe lang het heeft geduurd voor zij bij ons waren, één uur? Vijftien minuten? Ik had geen pijn en lag gewoon in het gras. Mijn man heeft in die tijd de boot klaar gemaakt zodat we de boot zouden kunnen achterlaten. Dus een kwartier kan niet, misschien toch wel langer, bijna een uur? Na onderzoek van de ambulancebroeders was de conclusie dat ik mijn knie verzwikt had. Ze stelden voor dat ik niet naar het ziekenhuis gebracht zou worden, maar de volgende dag zelf naar de huisarts zou gaan. Dat vond ik goed nieuws. Omdat wij niet bekend waren in het gebied, hebben we wel gevraagd welke haven dan handig was, zodat ik de volgende dag makkelijk naar de huisarts zou kunnen gaan. Ik wilde die nacht sowieso niet op het eiland blijven. Als 's avonds of 's nachts zou blijken dat er meer aan de hand was, dan wilde ik dichter bij hulp zijn. De broeders hebben meegedacht waar we naartoe konden. Daar waren wij erg mee geholpen. En ze hebben me ook aan boord van onze boot geholpen. De brandweer hielp ook daarbij,

omdat de spankabel losgemaakt moest worden. Die hulp was erg prettig, want zelf kon ik dat niet. Ik kon nu alleen nog maar passagier zijn. Gelukkig kan mijn man zonder mijn hulp de boot losmaken en wegvaren. Het alleen aanmeren in de haven was lastiger, maar ook dat is hem gelukt. Als hij geblesseerd was geraakt, weet ik niet of mij dat alleen was gelukt.

De volgende dag ben ik naar de huisarts gegaan, die ook dacht dat ik mijn knie verzwikt had. Helaas ben ik nu, een half jaar later, nog aan het revalideren. Een maand na het voorval constateerde de orthopeed dat mijn kruisband toch afgescheurd was, dat er een scheur in mijn meniscus zit en een forse *bone bruise* in het scheenbeen. En dat dat gebeurd is zonder pijn, dat maakt het bijzonder.

Achteraf hebben we ons nog wel verbaasd waarom het zo moeilijk was om de locatie te bepalen. Kan men niet je mobiele telefoon uitpeilen, zodat ze weten waar je bent. En dat het niet in te voeren was omdat er geen straat of postcode was, dat moet toch anders kunnen.

Uit navraag bij de RAV is gebleken de 112-melding om 16:42 uur is binnen gekomen op de meldkamer in Drachten. Om 16:48 uur is de ambulance ingezet. Om 17:02 uur is de ambulance aangekomen bij de plek waar de ambulancebemanning in de boot konden stappen van de brandweer, daarna zijn ze gezamenlijk naar de patiënte gevaren.

7.3 Vermist op het IJsselmeer

In het voorjaar, tegen de zomer aan, gingen we varen, op het IJsselmeer, met onze eigen boot. Onze zoon van 13 jaar voer op zijn eigen bootje, een optimist. Het waaide flink en ging harder waaien. Onze zoon ging voor ons uit, wij volgden een kwartiertje later. Eenmaal op het IJsselmeer zagen we hem niet. We zochten, maar vonden hem niet. Onze zoon had geen mobiel bij zich. We hadden afgesproken van Urk naar Stavoren gaan, dus dat hebben we gedaan. Onderweg zijn we blijven zoeken, we zagen hem niet. Hij heeft wel de nodige ervaring met zijn boot, toch was ik was wel ongerust. Na een uur of vier varen waren we in Stavoren, zonder dat we de boot van onze zoon hadden gezien.

Ik ben aan wal gegaan en ben op mijn telefoon gaan zoeken naar een nummer om de KNRM te bellen. Zij zouden moeten gaan zoeken, was mijn gedachte. Ik heb de KNRM gebeld, of misschien was het wel de Kustwacht, en uitgelegd wat er aan de hand was. Er werden vragen gesteld en ze gaven aan dat het wel goed zou komen met onze zoon. Ik werd ongeruster, we hadden hem nu

al uren niet gezien. De wind was harder geworden en de golven hoger. Ze zouden dan toch gaan zoeken met twee boten, en ook een derde boot werd ingezet. Ik werd teruggebeld, ze wilden meer weten van de boot van onze zoon, de kleur van de boot en het zeil. Of een helikopter is ingezet om te gaan zoeken? Nee, dat is niet gebeurd. Mijn man is wel met een andere man het IJsselmeer weer opgegaan om onze zoon te zoeken. Ik ben aan wal gebleven.

Na een uur werd ik gebeld, het verlossende telefoontje: onze zoon was gevonden door de KNRM. Hij was in de uren dat we hem kwijt waren omgeslagen met zijn boot, was er zelf weer ingeklommen en hij had de giek twee keer tegen zijn hoofd aangekregen. Zijn drinkfles was hij kwijtgeraakt. De KNRM trof hem, liggend in zijn boot, aan in ondiep deel van het IJsselmeer. Hij was suffig en leek onderkoeld. Hij had gelukkig wel goede kleding aan, anders was hij nog kouder geworden. De KNRM heeft hem en zijn bootje aan boord genomen. Hij kreeg een warmtedeken om. Ze zijn naar Stavoren gevaren, naar het sluiswachtersgebouw. Ze kregen voorrang bij de sluis. De ambulance die was gealarmeerd moest naar een ander ongeval. Daardoor duurde het lang voor er een ambulance was. Niet heel lang, maar wel lang. Hij werd toen door de ambulance onderzocht werd. We hadden hem ondertussen al droge kleding aangedaan. Hij reageerde nog steeds wat traag, een beetje versuft en was licht onderkoeld. De ambulance heeft hem gecheckt en ook zijn hartslag gecontroleerd met een monitor. Ze hebben keurig gehandeld. Hij is met de ambulance, op de brancard, naar Sneek gebracht. Ik ben meegereden. Wat ik prettig vond is dat ze overlegden met ons naar welk ziekenhuis we wilden. In de ambulance zat ik voorin bij de chauffeur, deze heeft me gerustgesteld. We reden met spoed. In het ziekenhuis is onze zoon weer onderzocht, hij moest een nacht ter observatie blijven. Ze hebben hem 's nachts meerdere keren gecontroleerd. Ik ben bij hem gebleven. De volgende dag mocht hij naar huis.

Later dacht ik dat we eerder hadden moeten bellen, je hoopt telkens dat het goed komt. We hebben de marifoon niet gebruikt. Ik heb er ook niet aan gedacht om 112 te bellen. Omdat er gezocht moest worden dacht ik aan de KNRM, daarom zocht ik hun nummer.

7.4 Marrekritte nummer (on)bekend

Ergens in de maand mei van dit jaar waren mijn man en ik een paar dagen aan het varen op ons schip, in Friesland. We hebben een cruiser, een motorjacht, van 8 meter lang. Achteraf gezien denken we dat de keerkoppeling niet goed werkte. Want toen we wilden afmeren, maakte de boot een onverwachtse beweging. Ik tuimelde daardoor van de boot af, vanaf het hoogste punt. En viel met mijn ribben en borstkast op het ijzeren pompebléd. Dat was bij een eilandje vlak bij Heeg. Zo'n eilandje waar je alleen met de boot kunt komen, met de auto of fiets kom je er niet. Er lagen al circa 5-6 boten bij het eiland. Ik lag daar en kon niet overeind komen. Gelukkig kwamen mensen van de andere boten mij helpen. Er was een fysiotherapeut bij en een oudere Duitse huisarts. Ik voelde me steeds slechter worden, en bleef liggen waar ik lag. Het ademen ging zeer doen. Ze dachten dat ik een ingeklapte long had. Zelf wist ik niet wat er aan de hand was. Ik had ook een wond aan mijn been, dat zag ik later pas. De fysiotherapeut heeft 112 gebeld. Het was raar dat ze bij 112 niet de Marrekritte-nummers kenden. Die staan op alle afmeerpaaltjes, ze hebben allemaal een nummer. Omdat de 112 ze niet kende was het lastig om aan te geven waar we waren. De Marrekritte-nummers zijn handig en ze kende ze niet! Ik kreeg van de andere mensen een deken over me heen en iets onder mijn hoofd. Ze hielde ook mijn hartslag in de gaten. Er kwam bloed uit de wond op mijn scheenbeen.

Het duurde nu lang, ik denk een half uur, voordat de hulpverleners er waren. Het was volgens mij de brandweer. Ze kwamen met een Zodiac rubberboot, meen ik. Ze hadden een thermodeken voor me. En ik ben onderzocht. Ze hebben me geweldig geholpen. Ze hebben ook mijn man geholpen want die moest nog afmeren. Ik kon mee met de boot van de brandweer, gewoon zittend. Mijn man bleef achter bij het schip.

Op de wal ben ik in de auto, zo'n caddy, van de brandweer geholpen, op de stoel voorin. Ik ben toen niet verder onderzocht. De leider van de boot heeft mij in die auto naar het ziekenhuis gebracht. We hebben een beetje zitten praten. Ik ben toen niet meer verder onderzocht. Ik kon niet diep doorzuchten. Of die auto rood of geel was? Dat weet ik niet meer. In het ziekenhuis in Sneek ben ik onderzocht en er is een röntgenfoto gemaakt. Ik ben gehecht op mijn been. Gelukkig mocht ik na het onderzoek met pijnstillers weer weg. Ik ben teruggegaan naar het schip, ondertussen was mijn zoon gebeld. De volgende dag zijn we naar huis gegaan. Het ging toen redelijk met de pijn. Het is allemaal weer goed gekomen.

Uit navraag bij de RAV is gebleken dat mevrouw door de Rapid Responder, een ambulanceverpleegkundige, naar het ziekenhuis in Sneek is gebracht.

AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

AED automatische externe defibrillator

ALS *Advanced Life Support*

AZN Ambulancezorg Nederland

BLS *Basic Life Support*

Binnenwateren wateren, in Nederland gelegen, binnen de langs de Nederlandse kust gaande lijn

BMH Bachelor Medische Hulpverlener

Buitenwateren wateren in Nederland waarvan de waterstand direct invloed ondergaat bij hoge stormvloed, bij hoog oppervlakt van een van de grote rivieren, bij hoog water van het IJsselmeer of het Markermeer, dan wel bij een combinatie daarvan, alsmede het Volkerak-Zoommeer, het Grevelingenmeer, het getijdedeel van de Hollandsche IJssel en de Veluwerandmeren

DOSA Duik Ongevallen Statistiek en Analyse

ETA *Estimated Time of Arrival*

EEZ Exclusieve Economische Zone

GGB Grootschalige Geneeskundige Bijstand

GPS *Global Positioning System*

GRIP Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdings Procedure

HAP huisartsenpost

IFV Instituut Fysieke Veiligheid

KNRM Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij

KWC Kustwacht Centrum

LNAZ Landelijk Netwerk Acute Zorg

LPA Landelijk Protocol Ambulancezorg

Medevac evacuatie van een patiënt op medische gronden, geïnitieerd vanuit een zorgvraag bij het KWC

Medisch opstapper ambulancezorgverlener die op verzoek MKA aan een reddingsbootbemanning wordt toegevoegd

Meldersinstructie de zorginstructie en -advisering aan de zorgvrager door de MKA-centralist ter overbrugging van de periode tot een ambulance-eenheid ter plaatse is. De instructie kan zowel medisch-inhoudelijk als van logistieke aard zijn.

MKA Meldkamer Ambulancezorg

MMA Medisch Manager Ambulancezorg

MMT Mobiel Medisch Team

NHV Noordzee Helikopters Vlaanderen

NOGEP Nederlandse Olie en Gas Exploratie en Productie Associatie

NVMMA Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg

Pariter landelijk systeem voor ritlogging en bijstand

OvDG Officier van Dienst Geneeskundig

OvV Onderzoeksraad voor Veiligheid

RAV Regionale Ambulancevoorziening

RBN Regionaal Beheersteam Noordzeerampen

RMA Radio Medisch Advies

RMD Radio Medische Dienst

ROAZ Regionaal Overleg Acute Zorgketen

SAMIJ Samenwerkingsregeling Incidentbestrijding IJsselmeergebied

SAR Search-and-Rescue

SAR-ambulanceverpleegkundige verpleegkundige opgeleid tot ambulanceverpleegkundige, en als zodanig werkzaam op de SAR-helikopter. Dit is geen onderdeel van de RAV-zorgverlening.

SBAR *Situatie, Background, Assessment & Recommendation*

SEH Spoedeisende Hulp

Twaz Tijdelijke wet ambulancezorg

UBK Uniforme Begrippenkader

VHF *Very High Frequency*

VWS Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Wkkgz Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

BIJLAGE 1

FLOWCHARTS KUSTWACHT

Flowchart A (deel 1)
Situatie: schip varend in verantwoordelijkheidsgebied van de Kustwacht

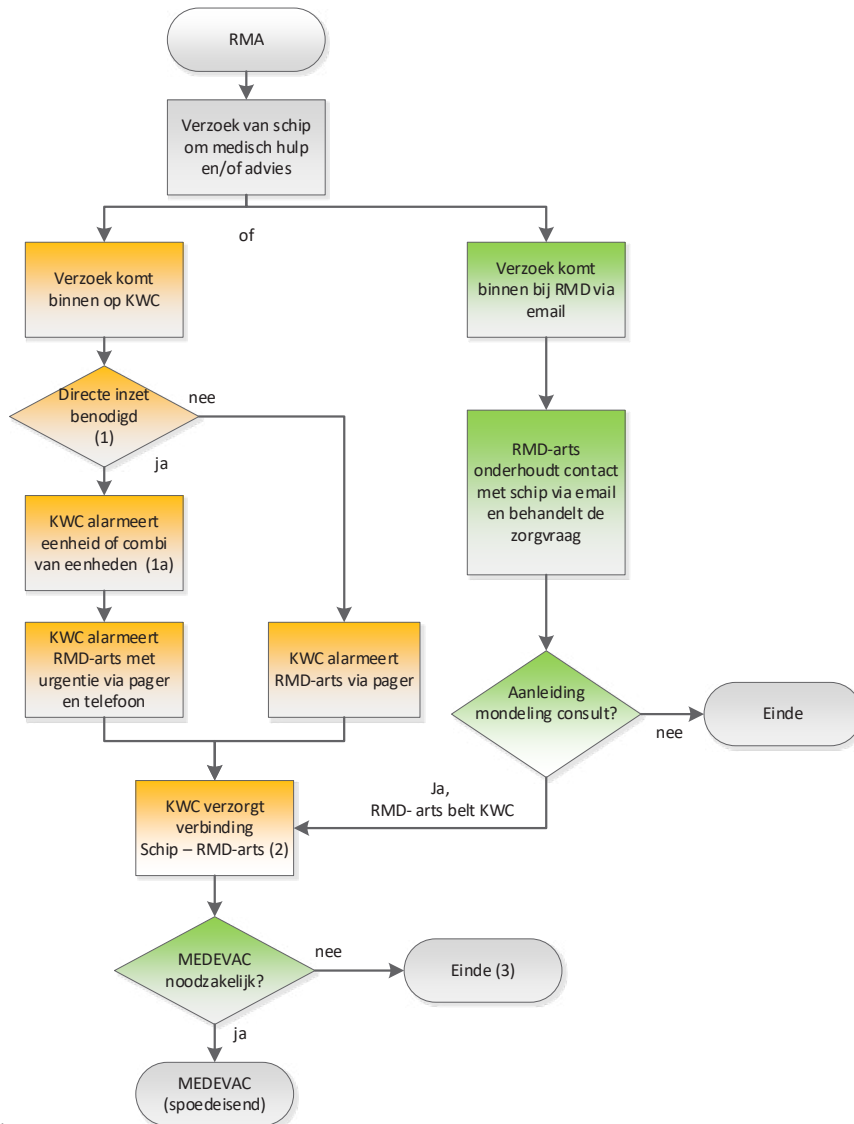
Versie november 2017
Vastgesteld n.a.v. overleg van
28-11-2017

(1) De urgentie wordt door het KWC bepaald a.d.h.v. een vragenlijst (lekenchecklist), "Uitvraagprotocol medische assistentie verzoek Kustwacht".

(1a) Ingeval urgent: alarmering SAR- helikopter met ambulancerpleegkundige (Vliegveld de Kooy) en een reddingboot van de KNRM. Hierbij de opmerking dat de alarmering van de KNRM maatwerk is, o.a. afhankelijk van afstand en weersomstandigheden.

(2) Het KWC kan tijdens het gesprek meeluisteren t.b.v. de inzet van eenheden.

3) Eventuele voortzetting behandeling zorgvraag door RMD- arts via email of voice.



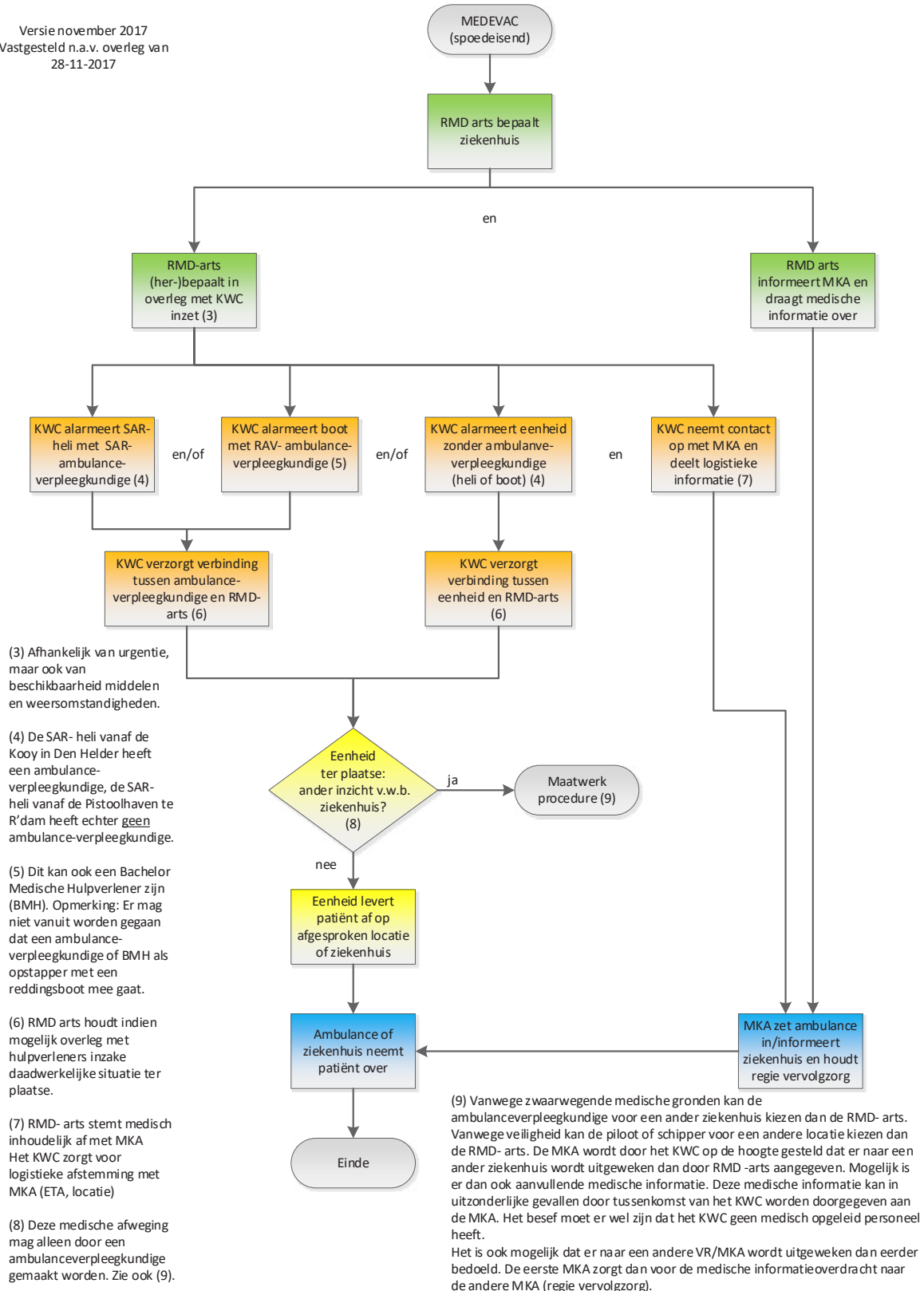
Afkortingen

- ETA = Estimated Time of Arrival
- KNRM = Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij
- KWC = Kustwachtcentrum
- MEDEVAC = Medische evacuatie
- MKA = Meldkamer Ambulancezorg
- RAV = Regionale Ambulancevoorziening
- RMA = Radio Medisch Advies
- RMD = Radio Medische Dienst
- SAR- helikopter = Search and Rescue-helikopter

- Kustwachtcentrum
- Radiomedische Dienst
- Redding eenheid (SAR-helien/of reddingboot)
- Zorgverlener land (MKA, ambulance, ziekenhuis)

Flowchart A (deel 2)
 Situatie: schip varend in verantwoordelijkheidsgebied van de Kustwacht

Versie november 2017
 Vastgesteld n.a.v. overleg van
 28-11-2017



Flowchart B (deel 1)

Situatie: schip varend in verantwoordelijkheidsgebied van de Kustwacht
verzoek tot medevac is afkomstig van buitenlandse Kustwacht

Versie november 2017
Vastgesteld n.a.v. overleg van
28-11-2017

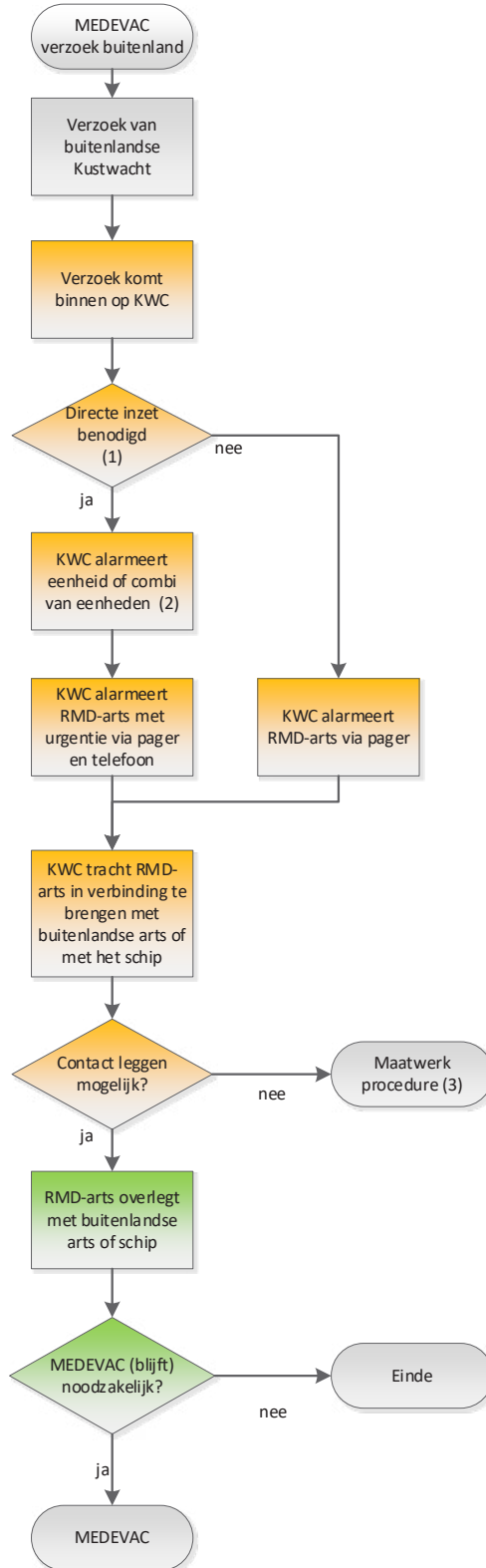
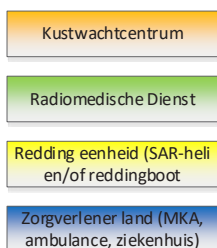
(1) De urgentie wordt door het KWC bepaald a.d.h.v. een vragenlijst (lekenchecklist), "Uitvraagprotocol medische assistentie verzoek Kustwacht".

(2) Ingeval urgent dan wordt zowel een helikopter met ambulanceverpleegkundige als een eenheid van de KNRM gearmeerd. Hierbij de opmerking dat de alarmering van de KNRM eenheid maatwerk is, o.a. afhankelijk van afstand en weersomstandigheden.

(3) Vanwege internationale verdragen is de Nederlandse Kustwacht verplicht gehoor te geven aan een verzoek tot medevac door een buitenlandse Kustwacht (RCC). In een uitzonderingsgeval is de (medische) informatie of de reden van het verzoek niet (helemaal) duidelijk. Meestal wordt er in dergelijke gevallen de SAR- heli met SAR- ambulanceverpleegkundige ingezet. Afhankelijk van wat de SAR- ambulanceverpleegkundige aan boord aantreft wordt, indien mogelijk, in overleg met de RMD-arts en KWC een ziekenhuis bepaald. Vervolgens vindt afstemming met de MKA plaats.

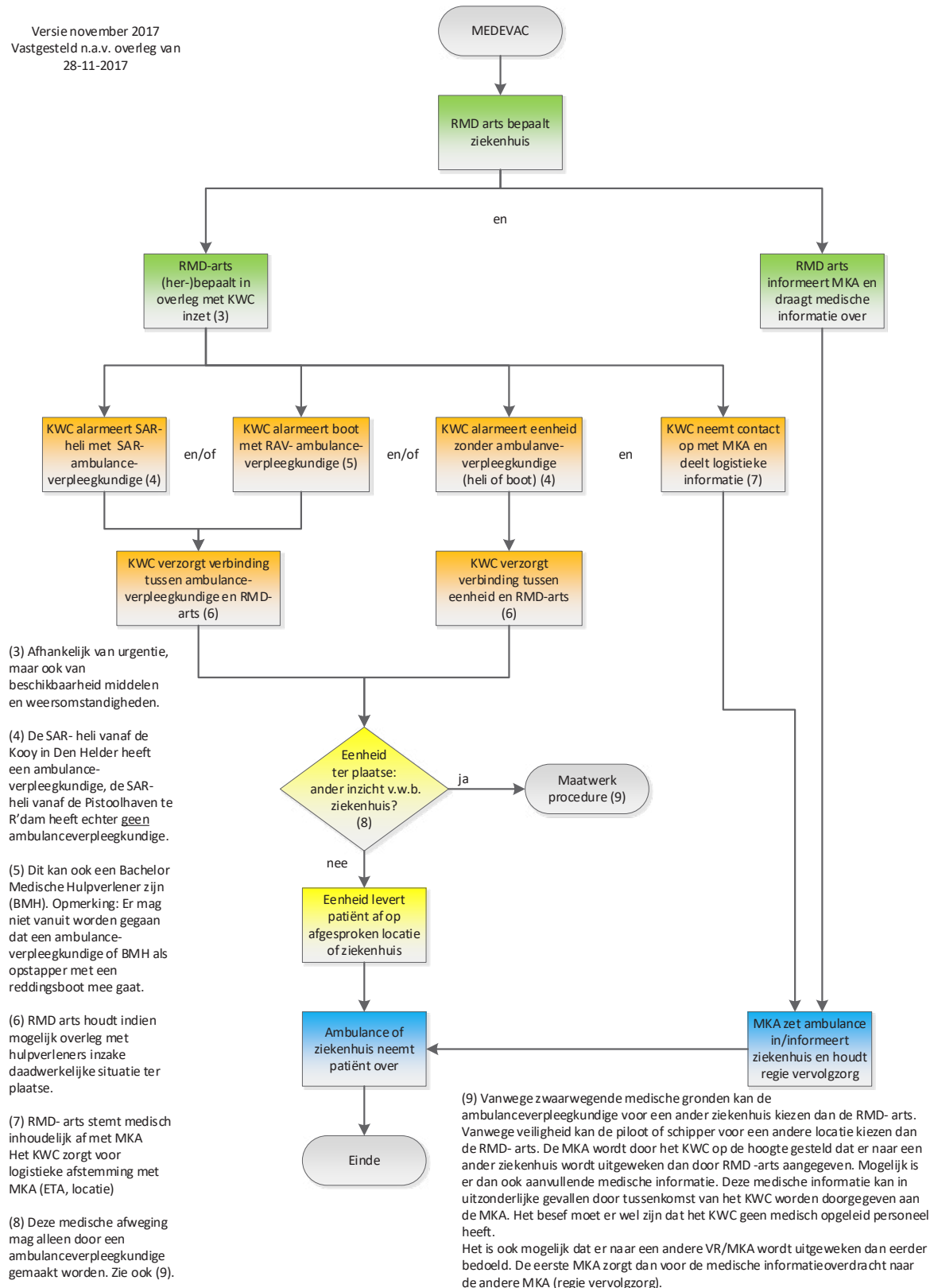
Afkortingen

ETA = Estimated Time of Arrival
KNRM = Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij
KWC = Kustwachtcentrum
MEDEVAC = Medische evacuatie
MKA = Meldkamer Ambulancezorg
RAV = Regionale Ambulancevoorziening
RMA = Radio Medisch Advies
RMD = Radio Medische Dienst
SAR-helikopter = Search and Rescue-helikopter



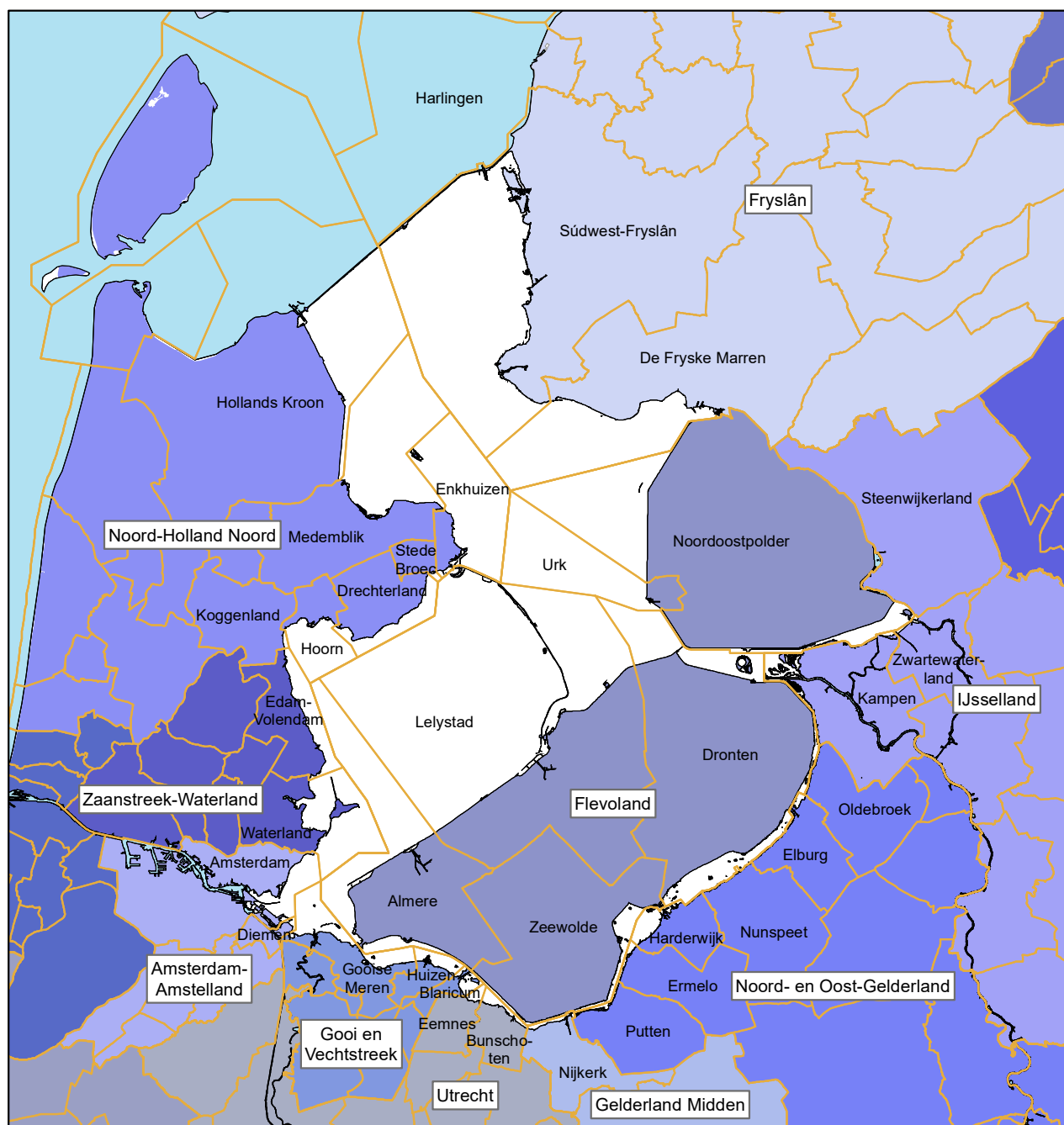
Flowchart B (deel 2)
 Situatie: schip varend in verantwoordelijkheidsgebied van de Kustwacht
 verzoek tot medevac is afkomstig van buitenlandse Kustwacht



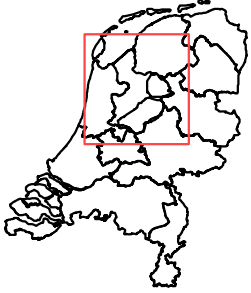
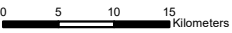

Versie november 2017
 Vastgesteld n.a.v. overleg van
 28-11-2017



BIJLAGE 2

VEILIGHEIDSREGIO'S IJSSELMEERGEBIED



Legenda  Gemeente  Veiligheidsregio		Auteur: DJIN
		Datum: 21-10-2016
		Kaartnummer:
		Referentie: M161012160
		Akkoord:
		Gecontroleerd:
		Schaal: 1:600.000
		Bron: CBS, Kadaster
		
		 Ministerie van Infrastructuur en Milieu Rijkswaterstaat Centrale Informatievoorziening

Bron: Aan het roer staan bij incidenten op het water. (2016). Samenwerkingsregeling Incidentbestrijding IJsselmeergebied.

BIJLAGE 3

ZORGINSTELLINGEN MET HYPERBARE GENEESKUNDE⁵²

3.1 Acute presentaties ziekenhuizen

Academisch Medisch Centrum

Meibergdreef 9, 1005 AZ Amsterdam

☞ www.amc.nl

hbo@amc.uva.nl

Level 1 traumacentrum

IC Level 3 (met 24/7 ECMO)

Hyperbare Geneeskunde 24/7 beschikbaar

Behandeling beademingspatiënt mogelijk m.b.v. in tank aanwezig beademingsapparaat

Contact voor presentatie: met dienstdoende SEH arts of STIP-verpleegkundige directe lijn (telefoon) via MKA Amsterdam

Acuut zorgportaal: aangesloten

Helikopterlandplaats: ja

Admiraal De Ruyter Ziekenhuis –

Medisch Centrum Hyperbare Zuurstoftherapie

's Gravenpolderseweg 114, 4465 AK Goes

☞ www.hyperbaarcentrum.nl

info@hyperbaarcentrum.nl

Level 2 traumacentrauma

IC level 2

Hyperbare Geneeskunde 24/7 beschikbaar

Geen behandeling van beademingspatiënten

Contact voor presentatie: met dienstdoende SEH spoedarts
0113 - 234 250 SEH ADRZ
0113 - 234 000 algemeen

Acuut Zorgportaal: aangesloten

Helikopterlandplaats: ja

Antonius Ziekenhuis - Antonius Hypercare

Bolswarderbaan 1a, 8601 ZK Sneek

☞ www.hypercare.nl

info@hypercare.nl

Level 3 traumacentrum

IC level 3

Hyperbare Geneeskunde 24/7 beschikbaar

Geen behandeling van beademingspatiënten

Contact voor presentatie: R. Groot via 06 - 51 15 84 43

Acuut Zorgportaal: niet aangesloten

Helikopterlandplaats: ja

Universitair Ziekenhuis Antwerpen (België)

Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem

☞ www.uza.be

hyperbare@uza.be

Hyperbare Geneeskunde 24/7 beschikbaar

Behandeling beademingspatiënt mogelijk

Contact voor presentatie: coördinerend arts spoedgevallen via 0032 - 38 214 123

Acuut Zorgportaal: niet aangesloten

Helikopterlandplaats: ja

52. Raadpleeg update overzicht zorginstellingen met hyperbare geneeskunde op de AZN-website: www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/ambulancezorg-op-het-water

3.2 Presentatie alleen na overleg, géén ziekenhuis

Duikmedisch Centrum (DMC) Koninklijke Marine

Rijkszee- en Marinehaven, Gebouw IJsdruiker

1781 ZZ Den Helder

↗ www.defensie.nl/organisatie/marine/eenheden/duikmedisch-centrum

Overleg mogelijkheid met duikerarts B (evaluatie na duikongeval, triage en verwijzing) - 24/7

Hyperbare Geneeskunde 24/7 beschikbaar (niet-acuut)

Behandeling duikongeval mogelijk alleen ná overleg

Behandeling van beademingspatiënt of instabiele patiënt ná overleg i.v.m. beschikbaarheid anesthesist/specialist van buiten het DMC)

Geen opnamecapaciteit voor patiënten

Contact voor overleg: tijdens kantooruren: 0223 - 65 30 76

buiten kantooruren: via stafofficier van dienst op 0223 - 65 82 20 en vragen naar dienstdoende duikerarts

Acuut Zorgportaal: niet aangesloten

Helikopterlandplaats: ja

3.3 Niet-acute presentaties, géén ziekenhuis

Instituut voor Hyperbare Geneeskunde –

locatie Hoogeveen en Rotterdam

Dr. G. H. Amshoffweg 7, 7909 AA Hoogeveen

Brielselaan 69e, 3081 AA Rotterdam

↗ www.ivhg.nl

info@ivhg.nl

Hyperbare Geneeskunde 24/7 beschikbaar (niet-acuut)

Beperkte behandeling duikongeval mogelijk ná 2 tot 6 uur na aanvraag

Geen behandeling van beademingspatiënt

Geen opnamecapaciteit voor patiënten

Contact voor presentatie: medisch directeur via 06 - 19 18 40 50

Acuut Zorgportaal: niet aangesloten

Helikopterlandplaats: nee

BIJLAGE 4

AANLANDINGSPLAATSEN EN AMBULANCESTEIGERS

Bron: Handboek Incidentenbestrijding op het water (2015).
Instituut Fysieke Veiligheid.

Aanlandingsplaats categorie A

Een *aanlandingsplaats categorie A* wordt geselecteerd op basis van het totale proces van aanrijden/ aanlanding, overname, opvang en doorvoer van meerdere personen c.q. slachtoffers. Ook al is de aanvaartijd naar een categorie B aanlandingsplaats korter, dan moet men zich realiseren dat de hulpverlening daarna kan stagneren op de aanlandingsplaats, waardoor vertraging in het hulpverleningsproces ontstaat.

Een categorie A aanlandingsplaats dient aan de volgende eisen te voldoen:

1. Diepte van het water ten minste 2 meter.
2. Aanrijroute minimaal tweestrooksweg met voldoende circulatiemogelijkheid.
3. Aanlegsteigers in een getijdhaven te allen tijde bereikbaar.
4. Aanlegsteigers geschikt voor het vervoer van slachtoffers/ rijden met brancard.
5. Opstelplaats biedt ruimte voor ten minste de volgende (hulpverlenings-)voertuigen:
 - a. 1 brandweereenheid
 - b. 4 ambulances
 - c. 1 geneeskundige combinatie
 - d. 2 piketauto's van de politie
 - e. 1 MMT-busje
6. Ruimte voor opzetten gewondennest of aanwezigheid van ruimtes die hiervoor in te richten zijn.
7. In de nabijheid een plaats die geschikt voor het landen van een helikopter.

Naast bovengenoemde eisen is het een pluspunt als ook de volgende mogelijkheden aanwezig zijn:

- af te sluiten voor publiek
- beweegbare kade of brug voor het overtilen van slachtoffers
- aanwezigheid van elektriciteit en stromend water
- kantinefaciliteiten, toiletten en douches
- nabij opslag aanvullende reddingsmiddelen
- opslagruimte voor bevoorrading
- nabij tankstation

Aanlandingsplaats categorie B

Een *aanlandingsplaats categorie B* is geschikt voor de overname van enkele personen of enkele slachtoffers. Wanneer tijd cruciaal is voor de behandeling van een slachtoffer (T1)⁵³ en een aanlandingsplaats van de categorie B dicht bij de plaats van het incident gelegen is, dan kan ervoor gekozen worden dat slachtoffer naar die aanlandingsplaats te brengen, mits directe overname door ambulancepersoneel mogelijk is.

Een categorie B aanlandingsplaats dient aan de volgende eisen te voldoen:

1. Verharde toegangsweg.
2. Diepte van het water ten minste 1,5 meter.
3. Aanlegsteiger/overname plaats die het gehele jaar bereikbaar is.
4. Opstelplaats voor tenminste 2 ambulances.
5. Mogelijkheid voor ambulances om te keren.

Een mogelijkheid voor het landen van een helikopter wordt, naast bovengenoemde eisen, als wenselijk beschouwd.

Aanlandingsplaats categorie Overige

Een *aanlandingsplaats categorie Overige* is in principe niet geschikt voor het overnemen van slachtoffers. De keuze voor een dergelijke aanlandingsplaats wordt alleen gemaakt in noodgevallen. Reden kan bijvoorbeeld zijn dat laagwater het de hulpverleningsvoertuigen onmogelijk maakt om een andere aanlandingsplaats te bereiken, of dat de tijdwinst in geval van een (enkel) instabiel slachtoffer een snelle maar oncomfortabele overname

53. Zie (V)LPA 8.1, protocol 2.2.

BIJLAGE 5

WERKGROEP KWALITEITSKADER AMBULANCEZORG OP HET WATER

Werkgroepleden

B. Pronk (MK Noord Nederland)

A. van Dijk (MKA RAV Hollands Midden)

A. Nauta (GMK VR Noord-Holland Noord)

A. Overduin (RAV Fryslân)

W. Breeman (V&VN Ambulancezorg, RAV Rotterdam-Rijnmond)

D. Gunther (V&VN Ambulancezorg, TMI)

M. Biekart, arts (RAV Rotterdam-Rijnmond, NVMMA)

R. Meppelder, arts, MBA (Witte Kruis, NVMMA)

T. van Duin MSc (AZN)

K. Lelieveld (AZN)

Meelezers

J. Bron (V&VN Ambulancezorg)

R. Bakker (V&VN Ambulancezorg)

GERAADPLEEGDE BRONNEN

Aan het roer staan bij incidenten op het water. Handreiking bestuurlijke aandachtspunten bij inzet van waterhulpverlening in het IJsselmeer gebied (incl. Markermeer en randmeren). (2016). SAMIJ.

Handboek Incidentbestrijding op het water. (2015). Instituut Fysieke Veiligheid.

KNRM Radio Medische Dienst Procedures – Radio Medical Services.

Kwaliteitskader First Responder. (2015). Ambulancezorg Nederland.

Ministerie van Infrastructuur en Milieu, brief 15 december 2016, Reactie op Rapport Zorg tussen wal en Schip, Kenmerk IenM/BSK-2016/288683

Nota Goede Ambulancezorg. (2017). Ambulancezorg Nederland.

Protocol Opstappen Veiligheidsregio Fryslân. Versie 17 maart 2017.

Richtlijn ambulancezorg op en rondom het water. Regio Rotterdam-Rijnmond. Versie 1.0

Uniforme Begrippenkader Ambulancezorg. (2013). Ambulancezorg Nederland.

Websites

Ambulancezorg Nederland;
www.ambulancezorg.nl

Met kwaliteitskader, protocollen en richtlijnen, en Uniforme begrippenkader.
Geraadpleegd 9 november 2017

GGD-GHOR;
www.ggdghorkennisnet.nl/thema/grootschalige-geneeskundige-bijstand-ggb
Geraadpleegd 17 juli 2017

KNRM;

www.knrm.nl/wat-doet-de-knrm/onafhankelijke-professionele-reddingorganisatie/jaarverslag ;
www.knrm.nl/wat-doet-de-knrm/veiligheid-voor-pleziervaart/knrm-helpt-app
Geraadpleegd 17 juli 2017

Kustwacht;

www.kustwacht.nl
Geraadpleegd 17 juli 2017

Onderzoeksraad voor de Veiligheid;

www.onderzoeksraad.nl/nl/onderzoek/2154/medische-hulpverlening-op-de-noordzee/publicatie/1691/medische-hulpverlening-op-zee-schiet-tekort
Geraadpleegd 30 maart 2017

Wetten

wetten.overheid.nl

Tijdelijke wet ambulancezorg

wetten.overheid.nl/BWBR0031557/2013-01-01
Geraadpleegd op 1 december 2017

Beleidsregels uitvoering artikel 6, derde lid, Tijdelijke wet ambulancezorg

wetten.overheid.nl/BWBR0030478/2013-01-01
Geraadpleegd op 1 december 2017

KWALITEITSKADER
AMBULANCEZORG
OP HET WATER



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl