



HaROP

Huisartsen Rampen Opvangplan

Kop van Noord Holland

Deel B Flitsramp

Colofon

auteurs:	Leonie Steenvoorden-van den Hoek	Centrale Huisartsenpost kop van NH
	Lucas Vos	HKN
	Bob de Dood	Project Management

Inhoudsopgave

AFKORTINGEN EN BEGRIPPENLIJST	4
1. INLEIDING.....	6
1.1. Algemeen	6
1.2. Doel en structuur HaROP	6
1.3. Geraadpleegde documenten	6
1.4. Deelnemende partijen	7
1.5. Samenstelling projectgroep.....	7
1.6. Adherentiegebied.....	7
1.7. Samenwerking en draagvlak	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.8. Onderhoudsprocedure	7
2. RAMPSITUATIES	8
2.1. Definitie van een ramp	8
2.2. Soorten rampen: CBRNE.....	8
2.3. Snelheid van rampen	8
2.4. Organisatie van rampen	9
2.5. Risico's op rampen en crises in de kop van Noord Holland.....	9
3. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN INZET VAN DE HUISARTSENZORG BIJ RAMPEN EN CRISES.....	10
3.1. Wettelijke verplichtingen	10
3.2. Primair zorgproces: eigen verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg	10
3.3. Inzet van huisartsen bij een ramp.....	10
3.4. Coördinatie van de huisartsenzorg bij rampen en crises in de kop van Noord Holland11	
3.5. Bevolkingsonderzoek als gevolg van een ramp	11
4. INFORMATIE EN COMMUNICATIE.....	12
4.1. Alarmering en informatievoorziening	12
4.2. Mediacontacten	12
5. HULPVERLENING AAN PASSANTEN	12
6. PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING BIJ RAMPEN EN CRISES	13
6.1. Organisatie van psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen.....	13
6.2. De rol van huisartsen	13
6.3. LHV toolkit 'goed voorbereid op nazorg bij rampen'.....	13
7. HULPVERLENING HUISARTSENZORG IN EEN OPVANG- EN BEHANDELCENTRUM.....	14
7.1. Financiële vergoeding.....	14
7.2. Opvang- en behandelcentrum	14
7.3. Programma van eisen voor een opvang- en behandelcentrum	14
7.4. Slachtofferregistratie.....	14
7.5. Behoeft huisartsen behandelcentrum versus reguliere zorg	14
7.6. Huisartsen oproepen voor het opvang- en behandelcentrum	15
8. HULPVERLENING OP EEN RAMPTERREIN	16
9. AFSCHALING EN EVALUATIE	16
9.1. Afschaling	16
9.2. Evaluatie	16
9.3. Psychosociale hulpverlening voor medewerkers	16
10. OPLEIDEN, TRAINEN, OEFENEN EN PRAKTIJKERVARING BIJ RAMPEN EN CRISIS ...	16
BIJLAGEN	17
Bijlage 1 Soorten rampen CBRNE	17
Bijlage 2 Risicodiagram regionaal risicoprofiel de kop van Noord Holland.....	18
Bijlage 3 Uitwerking psychosociale hulpfasen	19
Bijlage 4 De organisatie van een opvang- en behandelcentrum.....	20
Bijlage 5 Inrichting van een opvang- en behandelcentrum	21

Afkortingen en begrippenlijst

Actiecentrum GHOR	Centraal operationeel coördinatiepunt bij rampen en crisis: zie 3.1
Afschaling	Het einde van de acute fase: zie hoofdstuk 8
ANW	Avond- Nacht- en Weekenduren (en erkende feestdagen)
Behandelcentrum (BC)	de locatie waar lichtgewonde slachtoffers (T3) van een ramp kunnen worden behandeld; het gaat om zorg aan de slachtoffers op het gebied van EHBO, ontregeling van chronische aandoeningen, vergeten medicatie etc.
Crisisteam Huisartsenzorg Kop van NH	Ten tijde van een flitsramp wordt een crisisteam ingericht, bestaande uit vertegenwoordigers van de Huisartsenpost en de Huisartsenkring: zie hoofdstuk 3.4
Flitsramp	Een ramp of crisis die zich onverwacht en heftig voordoet: voorbeeld: de vuurwerkramp in Enschede
GGD	Gemeenschappelijke gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio: verantwoordelijk voor de coördinatie van de medische ketenzorg bij rampen en crises
GRIP	Gecoördineerde Regionale IncidentbestrijdingsProcedure
HAP	Huisartsenpost
HaROP	HuisArtsen RampenOpvangPlan
HaROP Deel A	Theoretisch en wettelijk kader van het Huisartsen Rampenopvangplan
HaROP Deel B Infectieziekten	Praktische uitwerking van de rol en verantwoordelijkheden van huisartsen, Huisartsenposten en Huisartsenkring bij de uitbraak van een infectieziekte
HaROP Deel C Infectieziekten	Actielijst (taakkaarten) voor het crisisteam, de HCH's en de huisartsen bij de uitbraak van een infectieziekte (afgeleid van het HaROP Deel B Infectieziekten)
HaROP Deel B Flitsramp	Praktische uitwerking van de rol en verantwoordelijkheden van huisartsen, Huisartsenposten en Huisartsenkring bij een flitsramp
HaROP Deel C Flitsramp	Actielijst (taakkaarten) voor het crisisteam en de huisartsen bij een flitsramp (afgeleid van het HaROP Deel B Flitsramp)
HBC	Hoofd Behandel Centrum
IAC	Informatie- en Adviescentrum Ingericht door gemeente en GHOR voor de nazorg (psychosociaal, maar ook materiële nazorg) en bemenst door GGZ, maatschappelijk werk, Slachtofferhulp, welzijnsinstellingen, rechtshulp en gemeentelijke diensten
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team van het Traumacentrum, bestaande uit een traumaheli of een zogenaamd 'grondgebonden' MMT met ambulancevoertuig

NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OBC	Opvang- en behandelcentrum
Opgeschaalde fase	Zogenaamde 'warme' fase: periode van ramp of crisis
Opschaling	Vergroting van de organisatie en gelijktijdige inzet van meerdere eenheden van ambulance, brandweer- en politie
Opvangcentrum	de locatie waar men de niet-gewonde slachtoffers van een ramp al dan niet voor langere tijd opvangt; een voorbeeld van een medische zorgvraag is tekort aan eigen reguliere medicatie
OTO	Opleiden, trainen, oefenen
Preparatieve fase	Zogenaamde 'koude' fase: periode dat er geen sprake is van een (dreigende) ramp of crisis; inclusief de voorbereidingsperiode
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
SEH	Spoedeisende hulp
Veiligheidsregio Noord-Holland Noord	Samenwerking van besturen en diensten ten aanzien van taken op het terrein van brandweertzorg, rampenbeheersing, crisisbeheersing, Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) en handhaving van de openbare orde en veiligheid
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen

1. Inleiding

1.1. Algemeen

“De ramp kwam op een zonnige zaterdagmiddag, letterlijk als een donderslag bij heldere hemel. De meeste huisartsen waren vrij. Toen het bericht van de ramp zich verspreidde, kregen zij ineens de rol van hulpverlener en dat wierp veel vragen op. Het was hen niet duidelijk wat hun rol in een dergelijke grootschalige ramp kon zijn. Hun onzekerheid werd nog versterkt door de verwarring bij de GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio) toen huisartsen daar hun hulp aanboden: op huisartsen als hulpverleners was niet gerekend. In het rampgebied zelf zijn twee huisartsen gaan helpen met de opvang en triage van de soms ernstig gewonden. Eén van hen kwam daarbij in een gevaarlijke en gruwelijke situatie terecht. Twee jaar na de ramp bleek hij te lijden aan een posttraumatisch stresssyndroom, hoewel hij tussentijds had doorgewerkt.” (Rik Soeteman, Mij mankeert niets: ervaringen van huisartsen tijdens en na een ramp).

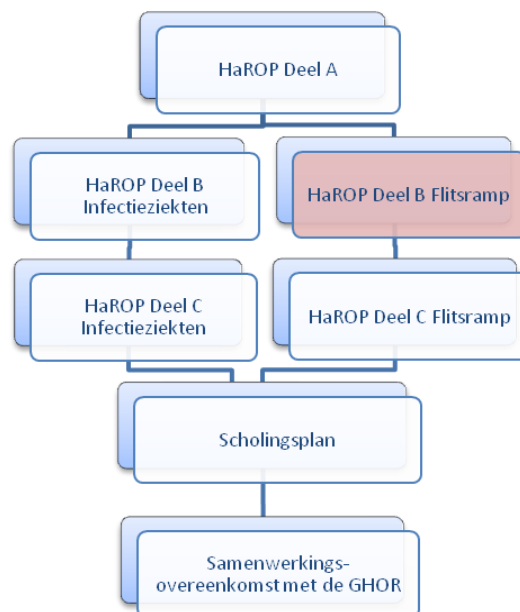
De organisatie van de huisartsenzorg bij een flitsramp zijn uitgewerkt in onderliggend document: het HaROP Deel B Flitsramp.

1.2. Doel en structuur HaROP

Dit HaROP Deel B Flitsramp heeft tot doel de richtlijnen en afspraken inzake de organisatie van de huisartsenzorg ten tijde van een flitsramp in beeld te brengen.

Dit plan vormt een onderdeel van de HaROP-structuur als nevenstaand weergegeven.

In Deel C Flitsramp zijn de communicatieactiviteiten beschreven (waaronder alarmering en informatievoorziening), zodat de huisartsenzorg in de Kop van Noord Holland zo adequaat mogelijk zorg kan bieden aan de slachtoffers van een flitsramp.



1.3. Geraadpleegde documenten

Bij het samenstellen van dit document is gebruik gemaakt van:

- het LHV Model HaROP
- de LHV Praktische Psychosociale nazorg bij rampen
- de Handreiking, samenwerking tussen huisartsen en GHOR.

1.4. *Deelnemende partijen*

- *HONK*
- *Huisartsenpost Alkmaar E.O.*
- *WFHO*
- *CHP*
- *HKN Bureau*
- *HKN centrale huisartsenpost*
- *Veiligheidsregio Noord-Holland Noord*

1.5. *Samenstelling projectgroep*

Dit HaROP is ontwikkeld door een projectgroep, bestaande uit

- Dennis Overgaauw Veiligheidsregio Noord Holland Noord
- Yvonne Grapendaal, Huisarts en bestuurslid HONK en portefeuillehouder kring NHM
- Lucas Vos HKN
- Leonie Steenvoorden-van den Hoek Centrale huisartsenpost HKN
- Bob de Dood Projectbegeleiding LHV

1.6. *Adherentiegebied*

Regio Kop van Noord Holland

Voor een doelmatige uitvoering van de activiteiten in het HaROP is het van belang dat huisartsen opvolging geven aan de afspraken en de adviezen van het Crisisteam Huisartsenzorg Kop van Noord Holland/ veiligheidsregio NHN opvolgen.

1.7. *Onderhoudsprocedure*

Het onderhoud van het HaROP deel B en Deel C Infectieziekten ligt in handen van de beleidsmedewerker van de LHV regio Noordwest nederland in samenwerking met de deelnemende partijen. Actualisering van de gegevens zal jaarlijks plaatsvinden. Een maal per jaar zal in een bestuurlijk overleg tussen partijen een toetsing van de actualisatie plaatsvinden bij voorkeur in de periode juni/juli.

Het GHOR bureau van de veiligheidsregio NHN zal vervolgens het HaROP checken. Eventuele wijzigingen worden doorgegeven ter aanpassing.

Versiebeheer		
Versienummer	Opleverdatum	Verantwoordelijken

2. RAMPSITUATIES

2.1. *Definitie van een ramp*

Een ramp is een gebeurtenis waarbij een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan,

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

2.2. *Soorten rampen: CBRNE*

Rampen zijn onderverdeeld in de CBRNE-categorieën (uitgewerkt in bijlage 1). Daarnaast is er voor de volledigheid het risicoprofiel Kop van Noord Holland opgenomen in bijlage 2. Dit is gebiedsspecifiek

- Chemisch (fosgeen, chloorgas, sarin)
- Biologisch (antrax)
- Radiologisch ("vuile bom" kobalt/cesium)
- Nucleair (kernwapen/kerncentrale, plutonium/uranium)
- Explosief

Onder een rampsituatie wordt ook verstaan stroomuitval, overstromingen, grote verkeersongevallen.

2.3. *Snelheid van rampen*

Onderliggend plan heeft betrekking op alle drie de rampen als genoemd in deze paragraaf.

Instantane ramp

Van een instantane ramp is sprake als de gebeurtenis zich onverwacht en heftig voordoet. De vuurwerkramp in Enschede is daarvan een voorbeeld. Bij de flitsramp hoort een eerste fase van chaos, de eerste uren na de ramp worden gekenmerkt door het ontbreken van gestructureerde coördinatie van de hulpverlening. Ook de communicatie is in de eerste fase van een flitsramp ongeorganiseerd. Bestuur en crisismanagers moeten zich in deze fase formeren, het communicatienetwerk in werking stellen, informatie verzamelen en analyseren en zich een beeld vormen van de situatie. Pas hierna kan van een gecoördineerde aanpak sprake zijn.

Groeirampen

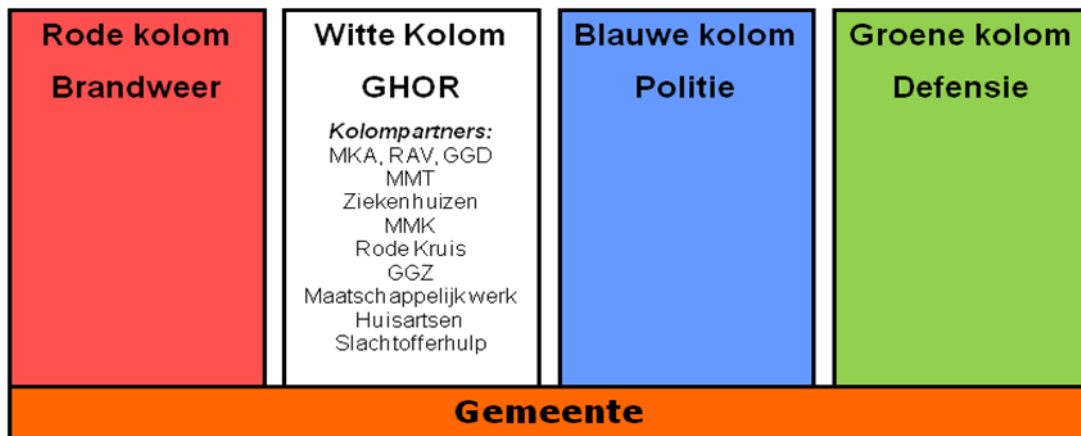
Een tweede categorie rampen zijn de zogenoemde groeirampen, bijvoorbeeld de Maas die in 1995 buiten haar oevers trad of de MKZ-crisis. Ze geven bestuurders en crisismanagers kortstondig de gelegenheid zich voor te bereiden.

Predictieve rampen

Predictieve rampen zijn bijvoorbeeld de millenniumbug of voetbalrellen en bieden meer tijd op voorbereiding en daarmee een grotere kans op de reductie van de effecten en de omvang ervan.

Rampenbestrijding vraagt om operationele coördinatie op meerdere niveaus.

2.4. Organisatie van rampen



De organisatie rondom rampen is beschreven in hoofdstuk 4.1. van het HaROP Deel A.

2.5. Risico's op rampen en crises in Kop van Noord Holland (in te vullen door veiligheidsregio Noord Holland Noord)

Via de link <http://nederland.risicokaart.nl/?prv=Kop van Noord Holland> (link nakijken door veiligheidsregio NHN) is de risicokaart van Kop van Noord Holland op te halen. De risicokaart laat zien welke risicovolle situaties zich in een bepaalde omgeving bevinden. Daarnaast is informatie zichtbaar over de kans dat zich in die situaties een ongeval voordoet. Bovendien is op de achtergrond te zien of zich in een risicocontour gebouwen bevinden en of daar gebouwen bij zijn waarin zich veel mensen bevinden die bij een calamiteit hulp nodig hebben (bijvoorbeeld ziekenhuizen of scholen).

In bijlage 2 is het risicodiagram regionaal risicoprofiel voor de veiligheidsregio Kop van Noord Holland opgenomen. Dit regionaal risicoprofiel geeft inzicht in de risico's die aanwezig zijn in de regio. Het regionaal risicoprofiel inventariseert welke risico's en kwetsbaarheden zich voordoen in de regio en een inschatting gemaakt van de waarschijnlijkheid dat een crisis zich voor gaat doen en van de mogelijke impacts.

3. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN INZET VAN DE HUISARTSENZORG BIJ RAMPEN EN CRISES

3.1. *Wettelijke verplichtingen*

In de wetgeving ¹ is de verplichting opgenomen voor zorginstellingen (waaronder huisartsenposten) en zorgaanbieders (waaronder huisartsen) om 'de nodige maatregelen te treffen met het oog op hun taak bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en de voorbereiding daarop'.

3.2. *Primair zorgproces: eigen verantwoordelijkheid van de 24-uurs huisartsenzorg*

Onder alle omstandigheden ligt de primaire taak van de huisarts bij de zorg van patiënten in de eigen praktijk

De daadwerkelijke uitvoering van de primaire zorgprocessen is en blijft altijd de verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg zelf. Als gevolg van wet- en regelgeving zijn zij er zelf verantwoordelijk voor dat zij kwalitatief goede zorg leveren onder alle omstandigheden. De zorgverzekering maakt daarbij geen onderscheid tussen dagelijkse hulpverlening en grootschalige hulpverlening bij rampen en crises.

Voor de huisartsen betekent dit dat de somatische en psychosociale zorg die zij in hun praktijk verlenen aan eigen patiënten en 'passanten' die slachtoffer zijn van een ramp, onder de reguliere contractafspraken met de zorgverzekeraars vallen. Hetzelfde geldt voor de behandeling van patiënten in de avond, nacht en het weekend door de huisartsenpost.

De GHOR is verantwoordelijk voor de regionale coördinatie van (de voorbereiding op) de geneeskundige hulpverlening in het rampgebied en het maken van afspraken hierover met de ketenpartners ².

3.3. *Inzet van huisartsen bij een ramp*

Hulp aan passanten	Wettelijke taak huisarts	Zie hoofdstuk 5
Psychosociale nazorg bij rampen	Wettelijke taak huisarts	Zie hoofdstuk 6
Hulp in een behandelcentrum	Alleen als de huisarts persoonlijk wordt benaderd	Zie hoofdstuk 7
Hulp op een rampterrein	Geen rol voor de huisarts	Zie hoofdstuk 8

De huisarts gaat niet naar een rampterrein

¹ Wet BIG, WTZi, Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Veiligheidsregio's

² De rol van de GHOR bij acute opschaalde zorg (flitsramp) is terug te vinden in bijlage 5 van het HaROP Deel A. De verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de verschillende overheidsinstanties ten tijde van een ramp of crisis zijn uitgewerkt in bijlage 2 van het HaROP Deel A.

3.4. Coördinatie van de huisartsenzorg bij rampen en crises in Kop van Noord Holland

Afhankelijk van de intensiviteit, de duur en de gevolgen van een ramp of crisis kan het Crisisteam Huisartsenzorg Kop van Noord Holland worden geactiveerd. Als de ramp beperkt in omvang is, is een coördinator namens de huisartsenzorg vaak voldoende als eerste aanspreekpunt. Bij voorkeur is dat de directeur van de huisartsenpost.

Het crisisteam bestaat uit de volgende deelnemers:

- bestuurslid HKN(portefeuillehouder)+vervanger
- bestuurslid / directeur huisartsenpost CHP Kop van Noord Holland
- kwaliteitsfunctionaris/ medisch coördinator CHP
- kwaliteitsmedewerker LHV Kring (facultatief)



3.5. Bevolkingsonderzoek als gevolg van een ramp

Het opzetten en uitvoeren van een bevolkingsonderzoek is de taak en verantwoordelijkheid van de gemeente, in samenwerking met GHOR en GGD. Zij kunnen de huisartsen verzoeken dat onderzoek geheel of gedeeltelijk uit te voeren bij hun eigen patiënten. Verzoeken hiertoe verlopen altijd in overleg met het Crisisteam Huisartsenzorg Kop van Noord Holland. In het convenant met de GHOR en GGD zal dit gezondheidsonderzoek ook benoemd worden.

4. INFORMATIE EN COMMUNICATIE

4.1. *Alarmering en informatievoorziening*

De communicatieactiviteiten in het kader van alarmering en informatievoorziening vanuit de GHOR naar de huisartsenzorg verloopt via de Huisartsenposten. Dit is uitgewerkt in Deel C Flitsramp.

Per ziekenhuis moet de rol van HAP-SEH duidelijk gemaakt worden. Dit wordt zowel in het Zirop van het desbetreffende ziekenhuis als in de bijlage van het HaROP vastgelegd. Afspraken zullen primair gaan over communicatie in de driehoek (ziekenhuis (SEH), Huisartsenpost en GHOR) en over het logistiek gebruik van de ruimte in het ziekenhuis die voor de huisartsenpost geormerkt is. Dit verschilt per ziekenhuis en tijdstip van de dag.

Alle communicatie vanuit het Crisissteam Huisartsenzorg Kop van Noord Holland wordt gezonden vanuit één herkenbaar e-mailadres.

4.2. *Mediacontacten*

Woordvoering namens de huisartsenzorg vindt plaats door de aangewezen leden van het Crisissteam Huisartsenzorg Kop van Noord Holland (zie hoofdstuk 3.4.).

Huisartsen worden geadviseerd geen pers te woord te staan, maar voor vragen door te verwijzen naar het Crisissteam Huisartsenzorg Kop van Noord Holland.

5. HULPVERLENING AAN PASSANTEN

Binnen de dagelijkse acute zorg vervullen huisartsen en huisartsenposten een eerstelijns rol als verlener van basis acute zorg en als doorverwijzer naar de ambulancezorg (112) en ziekenhuizen (SEH). Op basis van triage wordt onderscheid gemaakt tussen hulpvragen die de huisarts kan afdoen, en hulpvragen waarvoor wordt doorverwezen naar ambulancezorg of ziekenhuis.

De ervaring is dat mobiele slachtoffers van een ramp vaak zelf op zoek gaan naar hulp. Zij kunnen onder andere aankloppen bij de eigen huisarts, een praktijk in de buurt van het rampterrein of, buiten kantooruren, bij de Huisartsenpost.

6. PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING BIJ RAMPEN EN CRISES

6.1. *Organisatie van psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen*

De psychosociale hulpverlening (PSH) omvat de psychosociale nazorg aan getraumatiseerde slachtoffers van rampen en zware ongevallen, die primair geleverd wordt door de instellingen voor GGZ, de huisartsen, Slachtofferhulp, Leger des Heils en maatschappelijk werk onder de coördinatie van de GGD Kop van Noord Holland. Naast de slachtoffers zijn ook indirecte getroffenen en betrokkenen, zoals familie, klasgenoten, (professionele) reddingswerkers en huisartsen geconfronteerd met een niet-alledaagse en ingrijpende situatie. Vaak hebben ook zij een vorm van zorg en/of beroepsinhoudelijke ondersteuning nodig.

In de acute fase en de eerste nazorgfase (zie bijlage 2) is de GGD primair verantwoordelijk voor de nazorg. Vanaf de tweede nazorgfase zijn de reguliere organisaties, en dus ook de huisartsen, verantwoordelijk.

6.2. *De rol van huisartsen*

De hulp aan getroffenen wordt in drie fasen geboden. Deze fasen zijn uitgewerkt in bijlage 2. Huisartsen hebben in alle nazorgfasen een centrale rol. Hierbij ligt de nadruk op

- behandeling van lichamelijke klachten
- signaleringsfunctie voor de behoefte aan psychosociale zorg. Huisartsenorganisaties moeten daarom een centrale rol hebben bij het opstellen van het deelplan nazorg. Over de inhoud en werkwijzen van de psychosociale nazorg zullen huisartsen goed geïnformeerd moeten zijn.
- directe contacten met de psychosociale opvangteams (bij gelijktijdige inzet in een opvang- en behandelcentrum)
- bevolkingsonderzoek (zie hoofdstuk 3.5.).

Een bredere omschrijving van deze rollen is terug te vinden in hoofdstuk 4 van het HaROP Deel A.

6.3. *LHV toolkit ‘goed voorbereid op nazorg bij rampen’*

Bij een ramp of crisis kunnen huisartsen te allen tijde informatie terug vinden in de toolkit (februari 2011 verspreid door de LHV). Hierin is ook een checklist opgenomen ter ondersteuning van de activiteiten van de huisartsenzorg. De toolkit is te downloaden via de link: <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Samenwerking/Bij-ongevallen-en-rampen/Producten-samenwerking/Toolkit-Nazorg-na-rampen-1.htm>.

7. HULPVERLENING HUISARTSENZORG IN EEN OPVANG- EN BEHANDELCENTRUM

Huisartsen dienen hun eigen reguliere zorgverlening adequaat te continueren. Alleen nadat zij persoonlijk worden opgeroepen en aan dit verzoek gehoor kunnen geven worden zij ingezet op een opvang- en behandelcentrum.

Inzet van een huisarts in een opvang- en behandelcentrum vindt alleen plaats als deze hiervoor persoonlijk wordt benaderd.

7.1. Financiële vergoeding

De inzet van huisartsen in een opvang- en behandelcentrum behoort niet tot de reguliere dienstverlening. Dit betekent dat hier een financiële vergoeding tegenover staat zoals opgenomen in het convenant met de GHOR d.d. (invullen najaar 2012).

7.2. Opvang- en behandelcentrum

Mensen die het slachtoffer zijn van een ramp of crisis kunnen opvang en verzorging behoeven. Dit kunnen daklozen, evacues of lichtgewonden zijn. Voor zwaargewonden bieden ziekenhuizen de opvang en verzorging. Gekoppeld aan de ziekenhuizen en de behandelcentra kunnen in de nabije omgeving van een rampterrein opvang- en verzorgingsvoorzieningen noodzakelijk zijn voor degenen die niet of licht gewond zijn en niet meteen naar huis kunnen terugkeren. De betreffende gemeente i.s.m. de GHOR draagt zorg voor de opvang van deze personen. De organisatie en de bemensing van een opvang- en behandelcentrum zijn vastgelegd in bijlage 3.

Huisartsen kunnen zorg leveren in het opvang- en behandelcentrum huisartsenzorg. Daar zijn in principe geen extra richtlijnen voor nodig, behalve als er bijvoorbeeld giftige stoffen zijn vrijgekomen.

7.3. Programma van eisen voor een opvang- en behandelcentrum

Het programma van eisen voor een opvang- en behandelcentrum is opgenomen in bijlage 4.

Huisartsen komen in beginsel met eigen vervoer naar het opvang- en behandelcentrum en nemen hun eigen visitetas en receptenboekje mee. Ze overleggen met het HBC over welke middelen en instrumenten verder nodig zijn. De GHOR regelt dat die extra benodigdheden er komen.

7.4. Slachtofferregistratie

Het is noodzakelijk dat slachtoffers worden geregistreerd. Binnen het opvang- en behandelcentrum zullen administratief medewerkers beschikbaar moeten zijn om patiënten te registreren. De behandelingen worden door de artsen geregistreerd.

7.5. Behoefte huisartsen behandelcentrum versus reguliere zorg

Het kan zijn dat er bij een echt grote ramp op een gegeven moment spanning ontstaat tussen de behoefte aan huisartsen op het opvang- en behandelcentrum en de beschikbaarheid voor de gewone zorg. In dat geval beslist de directeur GHOR na overleg met het Crisisteam Huisartsenzorg KOP VAN NOORD HOLLAND over de verdeling van de beschikbare capaciteit. De reguliere zorg zal dan eventueel moeten omschakelen naar alleen nog acute zorg (GRIP 3 of 4).

7.6. *Huisartsen oproepen voor het opvang- en behandelcentrum*

Vorbereiding.

- Het projectteam draagt zorg voor de werving van huisartsen die zich beschikbaar willen stellen voor de inzet in een opvang- en behandelcentrum.
- De Veiligheidsregio NHN verzorgt een training voor de poule van huisartsen, die wordt gefinancierd middels de OTO aanvragen.
- De veiligheidsregio NHN verstrekt een taakkaart aan de huisartsen die lid zijn van de poule.

Bij opstart opvang- en behandelcentrum.

- Op het moment dat de inzet van één of meerdere huisartsen gewenst is in een opvang- en behandelcentrum doet de veiligheidsregio NHN een verzoek aan één van de expliciet getrainde huisartsen zoals die bekend is bij de GHOR.
- De betreffende huisartsenpost/ of GHOR roept het aantal gewenste huisartsen op en verwijst hen voor verdere informatie naar de Algemeen Commandant GHOR/Hoofd Actiecentrum.
- Als de inzet van huisartsen tijdens een flitsramp gewenst is op de huisartsenpost tijdens de reguliere ANW diensten, wordt er in eerste instantie gebruik gemaakt van de dienstdoende artsen en worden niet de specifiek getrainde artsen opgeroepen.
- De huisarts(en) die zich hebben ingezet in een opvang- en behandelcentrum ontvangen voor hun geleverde diensten (inclusief reistijd) een uurtarief van € 95,-. (prijspeil 2012)

8. Hulpverlening op een rampterrein

De geneeskundige hulp op een rampterrein wordt verleend door ambulancemedewerkers van de Regionale Ambulancevoorziening, Mobiel Medisch Team (MMT) en Rode Kruisvrijwilligers, samenwerkend in de Geneeskundige Combinatie. De geneeskundige hulpverlening op het rampterrein staat onder leiding van coördinerende GHOR-functionarissen. Zij stemmen de geneeskundige hulpverlening af op de werkzaamheden van brandweer, politie, gemeente en andere betrokkenen.

9. Afschaling en evaluatie

9.1. *Afschaling*

Bij het einde van de acute fase worden alle betrokken praktijken en posten geïnformeerd over de 'afschaling' van de hulpverlening. De GHOR geeft aan wanneer afschaling plaatsvindt.

Huisartsen kan worden gevraagd nieuwe slachtoffers die zich zelf melden te blijven doorgeven.

9.2. *Evaluatie*

Na de afschaling zal de werkwijze en de effectiviteit van het Crisisteam Huisartsenzorg KOP VAN NOORD HOLLAND door de beleidsmedewerker van de Kring NHN / cooperatie, in samenwerking met de directies van de Huisartsenposten, worden geëvalueerd middels het evaluatieformulier. Vervolgens worden zo nodig aanpassingen gemaakt in het HaROP Deel B en C Flitsramp op grond van de verkregen inzichten.

9.3. *Psychosociale hulpverlening voor medewerkers*

Door de gebeurtenissen rondom een flitsramp kunnen medewerkers geconfronteerd worden met mensen of gebeurtenissen die door de medewerkers als schokkend worden ervaren. De leidinggevenden hebben hierin een belangrijke regisserende rol.

10. Opleiden, trainen, oefenen en praktijkervaring bij rampen en crisis

De activiteiten in het kader van opleiden, trainen, oefenen en praktijkervaring worden opgenomen in de OTO-jaarplannen, die samen met de GHOR, jaarlijks worden besproken.

Bijlagen

Bijlage 1 Soorten rampen CBRNE

Soort ramp	Voorbeeld	Gevolgen	Coördinatie
Chemisch	Brand bij Chemipack in Moerdijk (12 januari 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ besmetting van een (groot) aantal mensen ▪ inhalatie en opname door de huid zijn de belangrijkste bronnen van besmetting ▪ aandacht voor de symptomen van mogelijke slachtoffers (spontaan neervallen, veel speeksel aanmaken, rood worden van de huid, blaren op de huid, ademhalingsmoeilijkheden) ▪ aandacht voor dode planten en dieren, (rare) geuren en (raar) gekleurde rookpluimen en wolken. 	regionale opschaling en alarmering van deskundigheid
Biologisch	Antrax / miltvuur in de Verenigde staten (2006)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhalatie is de belangrijkste bron van besmettingsgevaar (adembescherming) ▪ de reactie kan pas later plaatsvinden vanwege incubatietijd ▪ directe detectie/identificatie is vaak niet mogelijk ▪ afzetten van de omgeving van het verdacht pakket. 	regionale opschaling en alarmering van specifieke deskundigheid
Radiologisch /Nucleair	Ongeluk kernreactor Fukushima in Japan (maart 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ besmetting van een groot aantal mensen in het effectgebied ▪ ziektebeeld kan later / vertraagd optreden ▪ besmette slachtoffers hoeven (nog) geen duidelijke klachten te hebben ▪ inhalatie van radioactief stof is de gevaarlijkste besmetting ▪ de drie A's: afstand, afscherming en aflossing (tijd van blootstelling). 	landelijke organisatie voor kernongevallenbestrijding
Explosief	Bommelding Breda (9 maart 2010) Bommelding in de Beneluxtunnel (21 maart 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ na ontvangst van de melding start de politie een bomverkenning ▪ afhankelijk van de bevindingen worden maatregelen getroffen conform de procedure voor explosieven. ▪ zo nodig word het Explosieven Opruimings Commando Koninklijke Landmacht (EOCKL) gealarmeerd. 	afhankelijk van de situatie: regionale (multidisciplinaire) opschaling

Bijlage 2 **Risicodiagram regionaal risicoprofiel Kop van Noord Holland**

Zie aanvullende informatie op website

[http://www.veiligheidsregio-Kop van Noord Holland.nl/\(invullen door veiligheidsregio!\)](http://www.veiligheidsregio-Kop van Noord Holland.nl/(invullen door veiligheidsregio!))

Bijlage 3 Uitwerking psychosociale hulpfasen

Acute fase

De eerste fase is de acute fase en beslaat de periode direct na de gebeurtenis. Die duurt in principe 3x24 uur, met een verlengingsmogelijkheid tot maximaal 7x24 uur. In deze fase zorgt de GGD/GHOR voor de beschikbaarheid van psychosociale opvangteams. Deze teams worden ingezet in het opvang- en behandelcentrum en soms ook bij een ziekenhuis.

Rol huisartsenzorg

In de acute fase hebben huisartsen in beginsel geen rol op het rampterrein of in een gemeentelijk opvangcentrum. Huisartsen zullen dus doorgaans pas in aanraking komen met een slachtoffer als deze naderhand op consult komt in de praktijk. Dan wordt al gesproken over de eerste nazorgfase, waarin de huisarts een centrale spilrol vervult.

Eerste nazorgfase

Na de acute fase begint de eerste nazorgfase, die ongeveer drie maanden duurt. De GGD is deze drie maanden na de ramp verantwoordelijk voor het aanbieden en coördineren van voldoende psychosociale nazorg. De GGD kan de huisartsen verzoeken bij hun eigen patiënten te signaleren en te monitoren met welke gezondheidsklachten en vragen patiënten komen en de GGD daarover te informeren. De eerste nazorgfase is uitgewerkt in bijlage 7 van het HaROP Deel A.

Rol van de huisarts

Huisartsen hebben in de nazorg een hele centrale rol. Taken van de huisarts zijn onder andere

- actief luisteren
- het prioriteren van en reageren op behoeften van getroffen
- het herkennen van lichte psychische problemen en hier informatie over geven
- het herkennen van potentieel ernstige psychische problemen en informatie hierover geven
- het overbrengen van technieken om ASS te hanteren
- het herkennen van risicofactoren voor een slechte uitkomst van psychische gezondheid en dit risico verkleinen door een verhoogde alertheid
- het herkennen en inzetten van informele en formele bronnen voor inter-persoonlijke steun
- weten wanneer en hoe te verwijzen naar meer formele vormen van geestelijke gezondheidszorg.

Tweede nazorgfase

Hierna volgt de tweede nazorgfase, waarin de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening bij de reguliere verantwoordelijken (huisartsen en GGZ) ligt, onder regie van de GGD. Deze fase kan enkele jaren duren. Bij een omvangrijke ramp kan de gemeente besluiten een speciaal Informatie- en Adviescentrum (IAC) in te richten voor de nazorg. De tweede nazorgfase is uitgewerkt in bijlage 8 van het HaROP Deel A.

Rol van de huisarts

Ook in deze tweede nazorgfase hebben huisartsen een hele centrale rol. De eerste psychologische hulp is achter de rug, maar nu draait het om het diagnosticeren, behandelen en doorverwijzen van patiënten die blijvende klachten ontwikkelen. Dit wijkt niet wezenlijk af van de hulpverlening die huisartsen aan 'reguliere' patiënten bieden, behalve dat de huisarts bekend moet zijn met de specifieke organisatievormen die na de ramp zijn ingesteld, zoals een IAC of een gespecialiseerd GGZ-team. Voor goede afstemming van de hulpverlening en informatievoorziening richting de huisartsen, is het wenselijk om een huisartsenvertegenwoordiger zitting te laten nemen in het nazorgoverleg van de GGD.

Bijlage 4 De organisatie van een opvang- en behandelcentrum

De gemeente is primair verantwoordelijk voor de opvang en verzorging van niet-gewonde en/of lichtgewonde slachtoffers. De behandeling van lichtgewonde slachtoffers is in de normale dagelijkse praktijk een taak van de huisarts. Het ligt van de hand deze zorg ook te bieden in een opvang- en/of behandelcentrum dat gezien kan worden als een vooruitgeschoven huisartsenpost.

Ook de registratie van slachtoffers valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. De medewerkers van de aanwezige opvang- en verzorgingsteams geven hier invulling aan via een slachtofferregistratiesysteem.

Opvangcentrum

De locatie waar de men de niet gewonde slachtoffers van een ramp c.q. groot incident al dan niet voor lange tijd opvangt. In een opvangcentrum voor ontheemden kan huisartsenzorg nodig zijn, bijvoorbeeld voor verstrekking van reguliere medicatie of bij gezondheidsproblemen die zich in het opvangcentrum voordoen.

Behandelcentrum (BC)

De locatie waar de lichtgewonde slachtoffers (T3) van een ramp c.q. groot incident behandeld kunnen worden.

Opvang- en behandelcentrum (BC)

Het geniet de voorkeur om een behandelcentrum samen te voegen met de opvanglocatie. We spreken dan over een Opvang- en Behandelcentrum. Deze locatie bevindt zich veelal nabij het rampterrein, maar staat er wel los van.

Bemensing OBC

Op een OBC worden de taken verricht door de geneeskundige eenheid van speciaal opgeleide vrijwilligers van het Rode Kruis.

Rol huisarts in een OBC

- Voorschrijven medicatie: veelal niet specifiek, maar 'vergeten' reguliere medicatie.
- Behandelen van onregelde chronische aandoeningen.
- Hertriage: hoe heftiger de impact van het incident, hoe groter de kans op hertriage.
- EHBO: aanvullend op de rode kruis vrijwilligers.

De huisarts draagt zelf zorg voor:

- dokterstas (standaard)
- receptenboekje (de organisatie treft een regeling met bijvoorbeeld een ziekenhuisapotheek).

Het aantal in te zetten huisartsen is afhankelijk van het aantal slachtoffers. Veelal blijft dit beperkt tot één of twee huisartsen.

Bijlage 5 Inrichting van een opvang- en behandelcentrum

Ruimte	Inrichtingseisen	Wie?	Personele bezetting	Specifiek kenmerk ligging
Triageplaats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 tafel ▪ 3 stoelen ▪ bewegwijzering 	Gemeente Gemeente Gemeente	1 huisarts met mobiele telefoon 1 medewerker Rode Kruis	In algemene opvangruimte
Wachruimte huisartsenpost	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibel aantal stoelen ▪ 2 brancards ▪ 2 rolstoelen ▪ toilet ▪ Afleiding ▪ bewegwijzering 	Gemeente NRK NRK Gemeente Gemeente Gemeente	2 medewerkers Rode Kruis	Afgescheiden ruimte
Spreekkamer (bij voorkeur 2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per spreekkamer: ▪ 1 PC ▪ Internet ▪ U-zorg/Nachtwacht ▪ 1 Onderzoeksbank/brancard ▪ 1 Tafel ▪ 1 stoel ▪ 1 Lamp ▪ 1 Wastafel ▪ Minimumset aan instrumentarium ▪ Minimumset aan verbandmiddelen 	Gemeente NRK Gemeente Gemeente Gemeente NRK GHOR NRK	1 huisarts met mobiele telefoon 2 medewerkers Rode Kruis	Afgescheiden ruimtes, dicht bij de PSHOR
Overig	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koelkast tbv medicatie 	Gemeente		