



# HaROP

## Deel B Flitsramp

Huisartsen Rampen Opvangplan

Oost Brabant

## ***Colofon***

Versie: 1.2  
1 december 2019

Auteurs:	Frank Benne	Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken
	Frederieke Berendsen	Huisartsenposten Oost-Brabant
	Berdien van den Heuvel	LHV Huisartsenkring Zuidoost Brabant
	Renske Kramer	LHV Huisartsenkring Noord Brabant Noordoost
	Ed Smeets	GHOR Brabant-Zuidoost

# Inhoudsopgave

<b>INHOUDSOPGAVE</b>	<b>3</b>
<b>AFKORTINGEN EN BEGRIPPENLIJST</b>	<b>5</b>
<b>1. INLEIDING</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Doel en structuur HaROP</b>	<b>7</b>
<b>1.3. Deelnemende partijen</b>	<b>8</b>
<b>1.4. Geraadpleegde documenten</b>	<b>8</b>
<b>1.5. Samenwerking en draagvlak</b>	<b>8</b>
<b>1.6. Onderhoudsprocedure</b>	<b>8</b>
<b>2. RAMPSITUATIES</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Definitie van een ramp</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Soorten rampen</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Snelheid van rampen</b>	<b>10</b>
<b>2.4. Organisatie van rampen</b>	<b>11</b>
<b>3. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN INZET VAN DE HUISARTSENZORG BIJ RAMPEN EN CRISES</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Wettelijke verplichtingen</b>	<b>12</b>
<b>3.2. Primair zorgproces: eigen verantwoordelijkheid van de 24-uurs huisartsenzorg</b>	<b>12</b>
<b>3.3. Inzet van huisartsen bij een ramp</b>	<b>12</b>
<b>3.4. Coördinatie van de huisartsenzorg bij rampen en crises in Brabant-Zuidoost</b>	<b>13</b>
<b>3.5. Bevolkingsonderzoek als gevolg van een ramp</b>	<b>13</b>
<b>4. INFORMATIE EN COMMUNICATIE</b>	<b>14</b>
<b>4.1. Alarmering en informatievoorziening</b>	<b>14</b>
<b>4.2. Mediacontacten</b>	<b>14</b>
<b>5. HULPVERLENING AAN PASSANTEN</b>	<b>14</b>
<b>6. PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING BIJ RAMPEN EN CRISES</b>	<b>15</b>
<b>6.1. Organisatie van psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen</b>	<b>15</b>
<b>6.2. De rol van huisartsen</b>	<b>15</b>
<b>6.3. LHV toolkit 'goed voorbereid op nazorg bij rampen'</b>	<b>15</b>
<b>7. HULPVERLENING HUISARTSENZORG IN EEN OPVANG- EN BEHANDELCENTRUM</b>	<b>16</b>
<b>7.1. Financiële vergoeding</b>	<b>16</b>

<b>7.2.</b>	<b>Opvang- en behandelcentrum</b>	<b>16</b>
<b>7.3.</b>	<b>Programma van eisen voor een opvang- en behandelcentrum</b>	<b>16</b>
<b>7.4.</b>	<b>Slachtofferregistratie</b>	<b>16</b>
<b>7.5.</b>	<b>Behoeft huisartsen behandelcentrum versus reguliere zorg</b>	<b>16</b>
<b>7.6.</b>	<b>Huisartsen oproepen voor het opvang- en behandelcentrum</b>	<b>17</b>
<b>8.</b>	<b>HULPVERLENING OP EEN RAMPTERREIN</b>	<b>18</b>
<b>9.</b>	<b>AFSCHALING EN EVALUATIE</b>	<b>18</b>
<b>9.1.</b>	<b>Afschaling</b>	<b>18</b>
<b>9.2.</b>	<b>Evaluatie</b>	<b>18</b>
<b>9.3.</b>	<b>Psychosociale hulpverlening voor medewerkers</b>	<b>18</b>
<b>10.</b>	<b>OPLEIDEN, TRAINEN, OEFENEN EN PRAKTIJKERVARING BIJ RAMPEN EN CRISIS</b>	<b>18</b>
	<b>BIJLAGEN</b>	<b>19</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Soorten rampen CBRNE</b>	<b>20</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Uitwerking psychosociale hulpfasen</b>	<b>21</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>De organisatie van een opvang- en behandelcentrum</b>	<b>22</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Inrichting van een opvang- en behandelcentrum</b>	<b>23</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>METHANE</b>	<b>24</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Risicodiagram risicoprofiel Veiligheidsregio ZOB</b>	<b>25</b>

## 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	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	Gemeentelijke of gewestelijke 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 Huisartsen Rampenopvangplan
HaROP Deel B Infectieziekten	Praktische uitwerking van de rol en verantwoordelijkheden van huisartsen, Huisartsenpost 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, Huisartsenpost 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
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 Brabant-Zuidoost	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

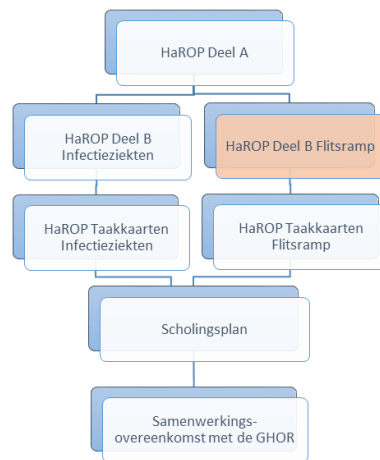
De organisatie van de huisartsenzorg bij een flitsramp is uitgewerkt in onderliggend document: het HaROP Deel B Flitsramp.

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.

## 1.2. Doel en structuur HaROP

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

In de Taakkaarten zijn de communicatieactiviteiten beschreven (waaronder alarmering en informatievoorziening), zodat de huisartsenzorg zo adequaat mogelijk zorg kan bieden aan de slachtoffers van een flitsramp.



### 1.3. Deelnemende partijen

- Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken (SHoKo)
- Huisartsenposten Oost-Brabant
- LHV Huisartsenkring Zuidoost-Brabant
- LHV Huisartsenkring Noord-Brabant Noordoost

### 1.4. 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.

### 1.5. Samenwerking en draagvlak

Voor een doelmatige uitvoering van de activiteiten in het HaROP Flitsramp is het van belang dat huisartsen opvolging geven aan de afspraken en de adviezen van het Crisis team Huisartsenzorg opvolgen (zie hoofdstuk 3.4.). Dit is overeengekomen door het vaststellen van het HaROP met meerderheid van stemmen in de ledenraadvergadering van de Huisartsenkring Zuidoost-Brabant d.d. 8 december 2011, van Huisartsenkring Noord-Brabant Noordoost van 2 november 2011, door CHP Zuidoost Brabant d.d. 13 juni 2012 en in de Bestuursvergadering van SHoKo d.d. 30 augustus 2012.

### 1.6. Onderhoudsprocedure

Het onderhoud van het HaROP Deel B Flitsramp en de Taakkaarten ligt in handen van de beleidsmedewerkers van de Huisartsenkringen Zuidoost Brabant en Noord-Brabant Noordoost, de directeur SHoKo, en de directieadviseur van Huisartsenposten Oost-Brabant. Actualisering van de gegevens zal jaarlijks plaatsvinden in de maanden mei/juni.

De GHOR-bureaus Brabant-Zuidoost en Brabant-Noord zullen vervolgens het HaROP checken. Eventuele wijzigingen worden doorgegeven ter aanpassing.

<b>Versiebeheer</b>		
<b>Versienummer</b>	<b>Datum</b>	<b>Verantwoordelijken</b>
1.0	09-08-2012	Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken
	09-08-2012	Centrale Huisartsen Posten Zuidoost-Brabant (CHP)
	09-08-2012	LHV Huisartsenkring Zuidoost-Brabant



0.3	21-08-2013	Huisartsenpost HOV, Huisartsenkring NBNO
2.0	01-10-2013	SHoKo, CHP ZOB, Huisartsenkring ZOB
3.0	20-05-2015	SHoKo, Huisartsenposten Oost-Brabant, Huisartsenkring ZOB
1.1	01-06-2016	SHoKo, Huisartsenposten Oost-Brabant, Huisartsenkring NBNO, Huisartsenkring ZOB
1.2	01-12-2019	SHoKo, Huisartsenposten Oost Brabant, Huisartsenkringen NBNO en ZOB

## 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

Rampen zijn onderverdeeld in de CBRNe-categorieën (uitgewerkt in bijlage 1).

- 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, e.d.

Een regionaal risicoprofiel (voor Zuidoost Brabant) is opgenomen in bijlage 6.

### 2.3. Snelheid van rampen

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

#### Instantane ramp of een flitsramp

Van een instantane ramp is sprake als de gebeurtenis zich onverwacht en heftig voordoet. De vuurwerkrampe 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.

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

#### 3.1. Wettelijke verplichtingen

In de wetgeving <sup>1</sup> 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 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 <sup>2</sup>.

#### 3.3. Inzet van huisartsen bij een ramp

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

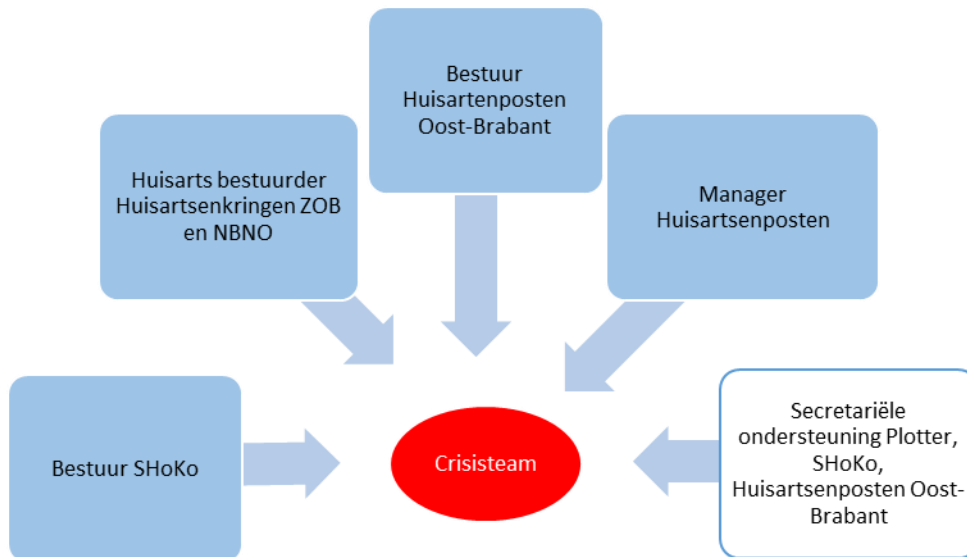
**De huisarts gaat niet naar een rampterrein**

<sup>1</sup> Wet BIG, WTZi, Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Veiligheidsregio's

<sup>2</sup> 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 Brabant-Zuidoost

Afhankelijk van de intensiteit, de duur en de gevolgen van een ramp of crisis kan het Crisissteam Huisartsenzorg worden geactiveerd. Het crisissteam bestaat uit de volgende kernbezetting.



Voorzitter van het crisissteam is de bestuurder van de Huisartsenposten Oost-Brabant. In geval van een ramp in het gebied van Huisartsenposten Oost-Brabant, ligt het voorzitterschap bij de directeur van SHoKo.

Het crisissteam vergadert op een vaste locatie: ofwel ROC VRBZO, Engelse Tuin 1 te Waalre, of het kantoor van Huisartsenposten Oost-Brabant in Den Bosch, Bruistensingel 660.

### 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 Crisissteam Huisartsenzorg.

## 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 Nucleus Zorg Huisartsenposten, conform METHANE (zie bijlage 5). Dit is uitgewerkt in de Taakkaarten.

De GHOR is verantwoordelijk voor de alarmering van de crisis coördinator GGD. De crisis coördinator GGD draagt zorg voor de verdere uitrol en invulling van de alarmering.

**Alle communicatie vanuit het Crisisteam Huisartsenzorg wordt gezonden vanuit één herkenbaar e-mailadres: [crisisteam@shoko.nl](mailto:crisisteam@shoko.nl) of [info@hapoostbrabant.nl](mailto:info@hapoostbrabant.nl)**

### 4.2. Mediacontacten

Woordvoering namens de huisartsenzorg vindt plaats door de aangewezen leden van het Crisisteam Huisartsenzorg (zie hoofdstuk 3.4.).

**Huisartsen worden geadviseerd de pers niet te woord te staan, maar voor vragen door te verwijzen naar het Crisisteam Huisartsenzorg**

## 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 bij ongevallen en rampen (PSHOR) omvat de psychosociale nazorg aan getraumatiseerde slachtoffers van rampen en zware ongevallen, die primair geleverd wordt door de instellingen voor GGZ, de huisartsen, Slachtofferhulp en maatschappelijk werk. 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) zijn de GHOR en 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 door een huisartsenpost 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 artikel 12 van het convenant met de GHOR d.d. 13 juni 2012.

### 7.2. Opvang- en behandelcentrum

Mensen die het slachtoffer zijn van een ramp of crisis kunnen opvang en verzorging behoeven. Dit kunnen daklozen, evacués 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 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. Dit programma dient als leidraad bij het inrichten van een gemeentelijk opvangcentrum. Dit inrichten is een gemeentelijke verantwoordelijkheid (vaak in samenwerking met het NRK). Van een huisarts wordt verwacht dat hij/zij zijn/haar expertise inzet t.b.v. de aldaar aanwezige T3-slachtoffers.

### 7.4. Slachtofferregistratie

Het is noodzakelijk dat slachtoffers worden geregistreerd. Binnen het opvang- en behandelcentrum zullen administratieve medewerkers beschikbaar moeten zijn om patiënten en behandelingen te registreren. De gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk. Het wordt aanwezige huisartsen echter geadviseerd om zelf registratie te voeren m.b.t. het aantal uitgevoerde consulten/behandelingen ter plaatse.

### 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 BZO 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**

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 GHOR BZO een verzoek aan de Huisartsenpost in het rampgebied.
- De betreffende huisartsenpost roept het aantal gewenste huisartsen op en verwijst hen voor verdere informatie naar de Algemeen Commandant – Geneeskundige zorg.

## 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<sup>3</sup>. 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.

**De huisarts gaat niet naar een rampterrein**

## 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 door de crisiscoördinator, de directeur SHoKo, en de directieadviseur van Huisartsenposten Oost-Brabant worden geëvalueerd middels het evaluatieformulier. Vervolgens worden zo nodig aanpassingen gemaakt in het HaROP Deel B en in de Taakkaarten 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 leidinggevendenden hebben hierin een belangrijke regisserende rol. Bij Huisartsenposten Oost-Brabant worden de leidinggevendenden ondersteund door het Bedrijfsopvangteam (BOT).

## 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.

---

<sup>3</sup> Per 1-1-2016 vervalt de Geneeskundige Combinatie (SIGMA). Er zal dan gewerkt worden met het Grootchalige Geneeskundige Bijstand (GGB). Het SIGMA gaat dan over in NRK Noodhulpteams.

# Bijlagen

## Bijlage 1 Soorten rampen CBRNE

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

## **Bijlage 2      Uitwerking psychosociale hulpfasen**

Psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen en bij ingrijpende gebeurtenissen is een onderdeel van de publieke gezondheidszorg en behoort derhalve tot de verantwoordelijkheden van de GGD. De GHOR is verantwoordelijk voor de instandhouding van twee functies in de opschaling: Leider Kernteam en Leider Opvangteam. De GHOR draagt zorg voor de training en oefening van deze beide functionarissen.

### **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 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 eerste nazorgfase is uitgewerkt in bijlage 6 van het HaROP Deel A.

#### *Rol van de huisarts*

Huisartsen hebben in de nazorg een hele centrale rol. Taken van de huisarts zijn bijvoorbeeld:

- actief luisteren
- het prioriteren van en reageren op behoeften van getroffenen
- 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. De tweede nazorgfase is uitgewerkt in bijlage 7 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 3 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 (OBC)**

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 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).

De GHOR zorgt er voor dat de huisartsen in het opvang- en behandelcentrum voldoende informatie hebben over mogelijke klinische verschijnselen en de manier van behandelen.

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

#### Bijlage 4 Inrichting van een opvang- en behandelcentrum

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

## Bijlage 5    **METHANE**

Een melding van een ramp wordt volgens uitvraagprotocol (METHANE) door de HAP in ontvangst genomen.

- Major Incident            Grootschalig incident stand-by of uitgeroepen
- Exact location            Exacte locatie van het incident
- Type of incident           Ramptype (natuurramp, vervoersramp, industriële ramp)
- Hazards                    Potentiële of aanwezige gevaren
- Access                      Aanrijroute (bovenwinds)
- Number of casualties    Geschat aantal en type slachtoffers
- Emergency services      Aanwezige en benodigde hulpverlening



