



Huisartsen Rampen Opvangplan
Zwolle/Hardenberg
Deel B Flitsramp

Colofon:

Versie: 1.0
15 december 2012
Auteur: Jolanda Corré

Versiebeheer		
Versienummer	Vastgesteld	Partijen
1.0	29 november 2012	LHV Huisartsenkring Zwolle/Flevoland
	27 november 2012	Medrie

Inhoudsopgave

AFKORTINGEN EN BEGRIPPENLIJST	5
1. INLEIDING	7
1.1. Algemeen	7
1.2. Doel.....	7
1.3. Structuur HaROP.....	7
1.4. Deelnemende partijen.....	7
1.5. Samenstelling projectgroep.....	8
1.6. Geraadpleegde documenten.....	8
1.7. Samenwerking en draagvlak	8
1.8. Onderhoudsprocedure.....	8
2. RAMPSITUATIES.....	9
2.1. Definitie van een ramp.....	9
2.2. Soorten rampen:	9
2.3. Organisatie rondom rampen.....	10
2.4. Risico's op rampen en crises in IJsselland en Flevoland	10
3. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN INZET VAN DE HUISARTSENZORG BIJ RAMPEN EN CRISES	11
3.1. Wettelijke verplichtingen	11
3.2. Primair zorgproces: eigen verantwoordelijkheid van de 24-uurs huisartsenzorg	11
3.3. Inzet van huisartsen bij een ramp IJsselland.....	11
3.4. Coördinatie van de huisartsenzorg bij rampen en crises	12
3.5. Bevolkingsonderzoek als gevolg van een ramp	12
4. ALARMERING, INFORMATIE EN COMMUNICATIE	12
4.1. Alarmering en informatievoorziening	12
4.2. Mediacontacten.....	12
5. HULPVERLENING AAN PASSANTEN	13
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 IN EEN OPVANG- EN VERZORGINGSLOCATIE	14
7.1. Opvang- en verzorgingslocatie	14
7.2. De huisarts in een opvang- en verzorgingslocatie	14
7.3. Financiële vergoeding	14
7.4. Programma van eisen voor een opvang- en verzorgingslocatie	14
7.5. Slachtofferregistratie	14
7.6. Inzet huisartsen in een opvang- en verzorgingslocatie	15
8. HULPVERLENING OP EEN RAMPTERRAIN	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 Uitwerking psychosociale hulpfasen	18
Bijlage 3 Handboek Huisartsenzorg in een centrum voor Opvang & Verzorging	19

Afkortingen en begrippenlijst

Afschaling	Het einde van de acute fase: zie hoofdstuk 8
ANW	Avond- Nacht- en Weekenduren (en erkende feestdagen)
Crisisteam Huisartsenzorg Zwolle/Flevoland	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 vuurwerkram্প 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 het 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 Behandelcentrum
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
MMT	Mobiel Medisch Team bestaande uit een arts, een piloot en een verpleegkundige om dagelijks medische bijstand te verlenen; het beschikt over een voertuig, en een helikopter
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Opschaling	Vergroting van de organisatie en gelijktijdige inzet van meerdere eenheden van ambulance, brandweer- en politie

Opvang- en verzorgingslocatie	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	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 is uitgewerkt in onderliggend document: het HaROP Deel B Flitsramp.

Ten tijde van een flitsramp is het gebied van de Veiligheidsregio leidend.

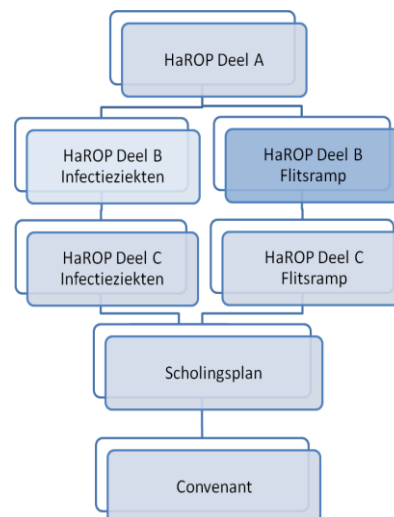
1.2. Doel

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.

1.3. Structuur HaROP

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

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



1.4. Deelnemende partijen

- Medrie
- LHV Huisartsenkring Zwolle/Flevoland
- Dienstenstructuur Hasselt / Zwartsluis¹

¹ Dienstenstructuur Hasselt/Zwartsluis wordt geacht partij te zijn vallend onder werkingsfeer van dit HaROP en heeft aangegeven akkoord te gaan met de situatie waarin zij ten tijde van een ramp of crisis gezien kan worden als ware zij onderdeel van Medrie. Dit volgt uit een e-mail d.d. 10 juli 2012 als opgenomen als bijlage 11 in het HaROP Infectieziekten Deel B.

1.5. Samenstelling projectgroep

Het HaROP is tot stand gekomen door deelname aan de projectgroep door onderstaande personen.

- Mevrouw M. Verloop Medrie (coördinator Zwolle)
- Mevrouw K. Broekman Medrie (coördinator Flevoland)
- De heer E. Knol Huisarts (bestuurslid LHV Huisartsenkring Zwolle/Flevoland)
- De heer A. Borsboom Huisarts (gemandateerd lid LHV Huisartsenkring Zwolle/Flevoland)
- Mevrouw N. Postema LHV-bureau Noord-Nederland (beleidsmedewerker)
- Mevrouw E. Bouwmeester GHOR IJsselland (medewerker beleidsimplementatie)
- De heer N. Bosman GHOR IJsselland (senior beleidsmedewerker)
- De heer A. Borgstein GHOR Flevoland (juridisch beleidsmedewerker)
- Mevrouw J. Corré Projectmanagement

1.6. 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.

1.7. Samenwerking en draagvlak

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. Vaststelling van het HaROP heeft plaatsgevonden in de Algemene Ledenvergadering van Huisartsenkring Zwolle/Flevoland d.d. 29 november 2012 en de Raad van Bestuur van Medrie d.d. 27 november 2012. In deze gremia is het HaROP geaccordeerd, waardoor commitment van de individuele huisartsen mag worden verwacht.

1.8. Onderhoudsprocedure

Het onderhoud van het HaROP Deel B en Deel C Flitsramp ligt in handen van de kwaliteitsmedewerker van Medrie en wordt afgestemd met de beleidsmedewerker van LHV-bureau Noord-Nederland. Actualisering van de gegevens zal jaarlijks plaatsvinden in het 2^{de} kwartaal.

GHOR-bureau IJsselland zal vervolgens het HaROP checken. Eventuele wijzigingen worden doorgegeven ter aanpassing.

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:

2.2.1. CBRNE

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

Deze rampen zijn uitgewerkt in bijlage 1.

2.2.2. Overige rampen

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

2.2.3. Snelheid van rampen

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

Acute ramp

Van een acute 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.

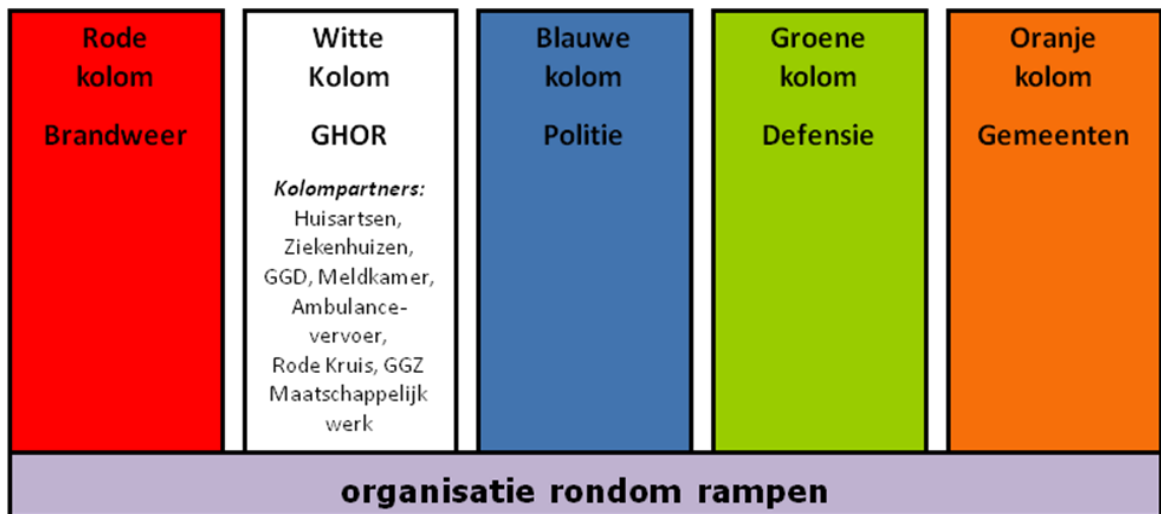
Groeirampen

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.

2.3. Organisatie rondom rampen



De organisatie rondom rampen is beschreven in hoofdstuk 4 van het HaROP Deel A.

2.4. Risico's op rampen en crises in IJsselland en Flevoland

Via de link <http://nederland.risicokaart.nl/risicokaart.html?prv=overijssel> is de risicokaart van de provincie Overijssel 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).

3. Verantwoordelijkheden en inzet van de huisartsenzorg bij rampen en crises

3.1. Wettelijke verplichtingen

In de wetgeving² 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 ketenpartners³.

3.3. Inzet van huisartsen bij een ramp IJsselland

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

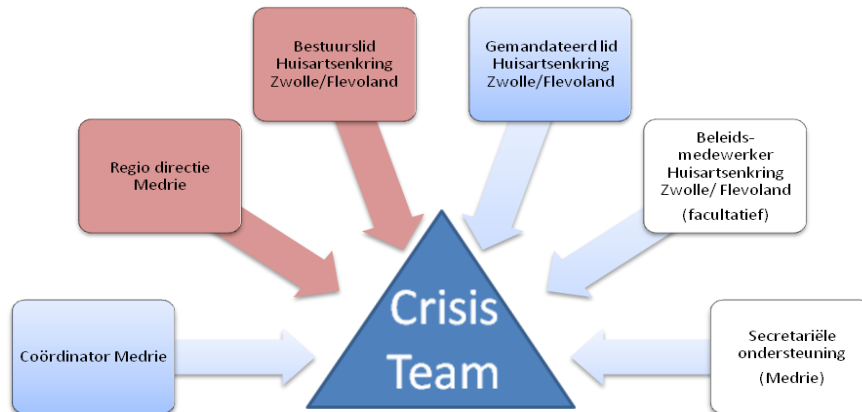
De huisarts gaat niet naar een rampterrein

² Wet BIG, WTZi, Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Veiligheidsregio's

³ De rol van de GHOR bij acute opgeschaalde zorg (flitsramp) is terug te vinden in hoofdstuk 2 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

Afhankelijk van de intensiteit, de duur en de gevolgen van een ramp of crisis kan het Crisisteam Huisartsenzorg worden geactiveerd. Afhankelijk van de ramp kan het Crisisteam Huisartsenzorg in de regio Flevoland, Zwolle en/of Hardenberg bijeenkomen. Het crisisteam bestaat uit de volgende deelnemers.



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 regionale Crisisteam Huisartsenzorg .

4. Alarmering, informatie en communicatie

4.1. Alarmering en informatievoorziening

Alle communicatie vanuit het regionale Crisisteam Huisartsenzorg wordt gezonden vanuit één herkenbaar e-mailadres (crisiszwolle@medrie.nl of crisishardenberg@medrie.nl) met voorafgaand een SMS-alert

4.2. Mediacontacten

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

Huisartsen worden geadviseerd de pers niet te woord te staan, maar voor vragen door te verwijzen naar het regionale 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 GGD/GHOR 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 (zie 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 in een opvang- en verzorgingslocatie

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 verzorgingslocatie.

Inzet van een huisarts in een opvang- en verzorgingslocatie vindt alleen plaats als de huisarts hiervoor persoonlijk wordt benaderd door GHOR IJsselland

7.1. Opvang- en verzorgingslocatie

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- verzorgingslocatie 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.

De locatie waar de men de niet-gewonde betrokkenen van een ramp c.q. 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.

7.2. De huisarts in een opvang- en verzorgingslocatie

In het 'Handboek Huisartsenzorg in een centrum voor Opvang & Verzorging' is datgene uitgewerkt wat van belang is voor de huisarts die wordt ingezet in een opvang- en verzorgingslocatie. In bijlage 3 zijn de onderwerpen benoemd, die zijn uitgewerkt in dit handboek.

7.3. Financiële vergoeding

De inzet van huisartsen in een opvang- en verzorgingslocatie behoort niet tot de reguliere dienstverlening. Dit betekent dat hier een financiële vergoeding tegenover staat als opgenomen in het convenant Huisartsenzorg-GGD-GHOR d.d. 18 december 2012.

7.4. Programma van eisen voor een opvang- en verzorgingslocatie

Huisartsen komen met eigen vervoer naar de opvang- en verzorgingslocatie en nemen hun eigen visitetas en receptenboekje mee. Ze overleggen met het Hoofd opvang en verzorgingslocatie) over welke middelen en instrumenten verder nodig zijn. De GHOR regelt deze extra benodigdheden.

7.5. Slachtofferregistratie

Huisartsen die zijn ingezet in een opvang- & verzorgingscentrum schrijven een (zeer) beknopte overdracht aan de eigen huisartsen van personen die zij hebben gezien. De GHOR verstrekt hiervoor een formulier.

7.6. Inzet huisartsen in een opvang- en verzorgingslocatie

7.6.1. Vorbereiding

- Medrie draagt zorg voor de samenstelling van een groep van vijf huisartsen en tien doktersassistenten (triagisten). De personen in deze groep zijn bereid om in opdracht van de directeur GHOR te worden ingezet in een gemeentelijke opvang- en verzorgingslocatie.
- De beschikbaarheid van huisartsen en triagisten is gebaseerd op vrije instroom. Gezien de groepsgrootte wordt aangenomen dat er voldoende personen beschikbaar zijn.
- Deze huisartsen en triagisten nemen deel aan de activiteiten, zoals opgenomen in het jaarplan OTO van GHOR IJsselland.
- Medrie beheert de groep van huisartsen en triagisten als verder uitgewerkt in het convenant Huisartsenzorg – GHOR – GGD d.d. (invullen).

7.6.2. Bij opstart van een opvang- en verzorgingslocatie.

- Op het moment dat de inzet van één of meerdere huisartsen gewenst is in een opvang- en verzorgingslocatie alarmeert de Veiligheidsregio twee triagisten en een huisarts via de communicator op de meldkamer.
- In eerste instantie gaan twee triagisten naar de opvang- en verzorgingslocatie en staat de huisarts stand-by.
- De triagisten werken onder verantwoordelijkheid van de huisarts (op afstand).
- Vanaf het moment dat de triagisten ter plaatse zijn, voeren zij de regie over de huisartsenzorg. Indien nodig, voeren zij telefonisch overleg met de huisarts.
- De huisarts komt ter plaatse als de triagisten die nodig vinden.

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 Officier van dienst-geneeskundig (OVDG) . 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 door de beleidsmedewerker van de LHV en de kwaliteitsmedewerker van Medrie worden geëvalueerd. 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 worden besproken met het regionale GHOR-bureau en met het Regionaal Steunpunt OTO.

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 wordt de Explosieven Opruimingsdienst Defensie (EOD) gealarmeerd.	afhankelijk van de situatie: regionale (multidisciplinaire) opschaling

Bijlage 2 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/GHOR is deze drie maanden na de ramp verantwoordelijk voor het aanbieden en coördineren van voldoende psychosociale nazorg. De GHOR kan de huisartsen verzoeken bij hun eigen patiënten te signaleren en te monitoren met welke gezondheidsklachten en vragen patiënten komen en de GHOR daarover te informeren. 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. Bij een omvangrijke ramp kan de gemeente in samenwerking met de GGD/GHOR besluiten een speciaal Informatie- en Adviescentrum (IAC) in te richten voor de nazorg. 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 Handboek Huisartsenzorg in een centrum voor Opvang & Verzorging

Onderstaand zijn de onderwerpen benoemd, die zijn uitgewerkt in het handboek. Het volledige document is op te vragen bij GHOR IJsselland.

- Inleiding
- Samenstelling van de opgevangen groep mensen
- Triagesysteem tijdens rampen en zware ongevallen
- Samenvatting van de taken
- Alarmering en vertrek naar locatie
- Hoe werkt de alarmering
 - Wanneer accepteert u de opdracht?
 - Hoe weet u waar u naartoe moet en hoe komt u daar?
 - Hoe hoort u wat er aan de hand is?
 - Wat neemt u mee?
 - Wie belt u als u vragen heeft of tegen problemen aanloopt?
- Aankomst op locatie
 - Waar parkeert u?
 - Bij wie meldt u zich?
 - Hoe bent u herkenbaar?
- Werken in een O&V-centrum
 - Met wie werkt u samen en hoe is de taakverdeling?
 - Hoe bent u bereikbaar?
 - Bij wie kunt u terecht met vragen?
 - Wat registreert u en hoe?
 - Hoe komt u aan informatie over patiënten?
 - Welke hulpmiddelen zijn aanwezig?
 - Hoe komt u aan materialen die niet aanwezig zijn?
 - Hoe blijft u op de hoogte van wat er aan de hand is?
 - Wanneer wordt u afgelost?

Na de inzet

- Wie vangt u op, als u daar behoefte aan heeft?
- Hoe wordt de inzet geëvalueerd?
- Hoe komt u te weten hoe het verder is gegaan met een patiënt?
- Waar kunt u uw rekening indienen?
- Bijlage: bericht aan eigen huisarts?