

ZiROP

Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen
Opvang Plan (ZiROP)

Leidraad ZiROP 2009

Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

Checklist ZiROP

I Preparatiefase

- 1 Functionarissen per hiërarchische functie benoemen
- 2 Instructie personeel
- 3 Aanschaffen van herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen
- 4 Beschikbaarheid actuele NAW gegevens personeel en artsen
- 5 Vrijwilligersinzet
- 6 Aflossingsschema werkvloer
- 7 Registratiesysteem
- 8 Communicatie
- 9 Slachtoffers
- 10 Personeel
- 11 Familie
- 12 Pers
- 13 In- en externe routing bepalen
- 14 Evaluatieformulieren samenstellen
- 15 Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, familie
- 16 Kinderopvang personeel, familie en slachtoffers
- 17 Bevoorrading
- 18 Veiligheid

II Rampsituatie

Fase van Berichtgeving

- 1 Meldpunt: plaats waar de melding binnenkomt
- 2 Aannemen van de melding
- 3 Actie ondernemen na melding
- 4 De allereerste slachtoffers – zelfverwijzers

Fase van Besluitvorming (voorheen Fase van Overleg)

- 1 In werking stellen van het ZiROP
- 2 Besluitvorming

Fase van Alarmering

- 1 Cascade en/of geautomatiseerd
- 2 Binnen en buiten kantoortijd
- 3 Als de telefoon niet te gebruiken is
- 4 Omvang extra menskracht
- 5 Besluitvorming over benodigde extra menskracht

Fase van Opschaling (voorheen Fase van Voorbereiding)

- 1 Oproepen coördinerend team
- 2 Stopzetten normale activiteiten, voor zover nodig en medisch verantwoord
- 3 Inrichten meldpunt personeel
- 4 Inrichten plotkamer en coördinatiecentrum voor rampenstaf
- 5 T1-, T2-, T3- en T4-slachtofferopvang voorbereiden
- 6 Opvang van overledenen voorbereiden
- 7 Voorbereiding buiten de ziekenhuismuren
- 8 Inventarisatie behandelcapaciteit
- 9 Registratiemiddelen gereed maken
- 10 Communicatie

Fase van Ontvangst

- 1 Triage
- 2 Registratie
- 3 Treatment (behandeling)
- 4 Transport (intern of extern)

Fase van Definitieve behandeling

- 1 Zorg voor de slachtoffers van de ramp
- 2 Zorg voor de 'reguliere' patiënten
- 3 Communicatie
- 4 Geestelijke bijstand
- 5 Tolken

Fase van Afschaling

- 1 Beëindigen van 'noodtoestand'
- 2 Debriefing
- 3 Posttraumatische begeleiding
- 4 Evaluatie

Fase van Normalisatie

- 1 Patiënten overplaatsen
- 2 Temporeringsin normalisatie
- 3 Tijdsbeslag
- 4 Geestelijke belasting
- 5 Overwerkregistratie
- 6 Administratie en financiën
- 7 Rampenvoorzieningen
- 8 Bevoorrading
- 9 Communicatie van de leerpunten

Colofon



ZonMw

ZonMw is de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorg-innovatie.

Als intermediair tussen maatschappij en wetenschap werkt ZonMw aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. ZonMw staat voor kennisvermeerdering, kwaliteit en vernieuwing in het gezondheidsonderzoek en de zorg. De organisatie bestrijkt het hele spectrum van fundamenteel gezondheidsonderzoek tot en met de praktijk van de zorg – van preventieve en curatieve gezondheidszorg tot en met de jeugdzorg. ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail rampenopvang@zonmw.nl of telefoon 070 349 53 29.

1 September 2009
750/09/2009/5

ZonMw
Laan van Nieuw Oost Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
Fax 070 349 53 58
www.zonmw.nl

Ontwerp Studio Bau Winkel
Eindredactie Ontwerpteam Leidraad ZiROP 2009
Productiebegeleiding ZonMw (Marja Westra)
Drukwerk Veenman Drukkers

Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen
Opvang Plan (ZiROP)

Leidraad ZiROP 2009

ZiROP

Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

Voorwoord 7

Inleiding 10

Deel A 14

Enkele centrale thema's bij het ZiROP 15

- 1 Organisatie van de rampenopvang 16
- 2 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden 25
- 3 Communicatie voor en tijdens een ramp 29
- 4 Implementatie en onderhoud van een ZiROP 34

DEEL B 38

Format ZiROP 39

Checklist ZiROP 40

I Preparatiefase 43

II Rampsituatie 53

Fase van Berichtgeving 54

Fase van Besluitvorming (voorheen Fase van Overleg) 57

Fase van Alarmering 59

Fase van Opschaling (voorheen Fase van Voorbereiding) 63

Fase van Ontvangst 70

Fase van Definitieve behandeling 73

Fase van Afschaling 77

Fase van Normalisatie 80

Bijlagen 84

- 1 Samenstelling Ontwerpteam en Klankbordgroep 86
- 2 Lijst met afkortingen en begrippen 87
- 3 Type rampen 89
- 4 Specifieke rampen 90
- 5 Functieprofiel ZiROP-beheerder 99
- 6 Voorbeeld Organogram voor Command en Control bij een ramp 102
- 7 Operationeel Team Acute Zorg (OT-AZ) 104
- 8 Informatiefolders 106
- 9 Richtlijnen omgang met de media 107
- 10 Standaard Situatie Rapport 109
- 11 Voorbeeld Invulling taken en verantwoordelijkheden voor onderhoud van ZiROP 110
- 12 Voorbeeld actiekaart 112
- 13 Vrijwilliger Registratie Formulier 114
- 14 Voorbeeld Evaluatieformulier 115
- 15 Standaard informatieset G-BIV 116
- 16 Matrixen voor whiteboards 118
- 17 Slachtoffer volg kaart 122
- 18 Actiekaart Secundaire triage (Sort) 124
- 19 Actiekaart Primaire triage (Sieve) 125
- 20 Identificatie formulier niet aanspreekbaar slachtoffer/overleden slachtoffer 126

Voorwoord

In 2005 is een eerste Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP) opgesteld¹. Deze Leidraad is door veel ziekenhuizen gebruikt bij het opstellen van een eigen ZiROP. Het evaluatieonderzoek van Research voor Beleid² geeft aan dat ziekenhuizen positief tot zeer positief zijn over de bruikbaarheid van de Leidraad, met een heldere structuur en checklist.

Na drie jaar ervaring in de praktijk, wordt de Leidraad ZiROP uit 2005 nu geactualiseerd tot Leidraad ZiROP 2009. De afgelopen jaren is binnen het ZonMw Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen ervaring opgedaan met het ontwikkelen en implementeren van een ZiROP. Er zijn tal van goede voorbeelden³ beschikbaar gekomen die behulpzaam kunnen zijn voor andere ziekenhuizen. Doordat de Leidraad uit 2005 in de praktijk veel is toegepast, zijn verbeterpunten naar voren gekomen die de Leidraad verder kunnen aanscherpen.

¹ Rampenopvang volgens plan, Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP), november 2005

² Research voor Beleid, Referentiekader Eindmeting, eindrapport, juni 2008.

³ ZonMw, Goede voorbeelden: (leer)ervaringen met opleiden, trainen, oefenen en borgen. Den Haag, december 2008.

Ook hebben recente grootschalige nationale en internationale rampen en bedreigingen het thema van veiligheid en rampenopvang hoog op de agenda gezet, zowel politiek als bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de ziekenhuizen zelf. Daarnaast is met de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) nieuwe wetgeving ontwikkeld, waarin is opgenomen dat ziekenhuizen een ZiROP dienen op te stellen. Dit is uitgewerkt in enkele beleidsregels⁴ betreffende de artikelen 4 en 13 van de WTZi. Tevens is de wet Publieke Gezondheid per 1 december 2008 van kracht geworden en hierin staan onder andere de taken en bevoegdheden van de GGD en de burgemeester bij uitbraak van infectieziekten vermeld.

Aan het eind van het inleidend hoofdstuk is een leeswijzer opgenomen om het gebruik van deze Leidraad te vergemakkelijken. Zowel beginnende als meer ervaren ZiROP geïnteresseerden kunnen hier lezen hoe ze zo makkelijk en efficiënt mogelijk gebruik kunnen maken van de Leidraad en de onderdelen daarbinnen.

Voor de actualisatie van de Leidraad ZiROP 2005 is gebruik gemaakt van de resultaten van het evaluatieonderzoek van Research voor Beleid. Ook zijn enkele voorbeelden en instrumenten uit HMIMS (Hospital Major Incident Management and Support) in deze Leidraad opgenomen. Dit is aangevuld met ervaringen en goede voorbeelden uit de praktijk.

⁴ Rampenopvang volgens plan, Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP), november 2005

Hiertoe is een ontwerpteam samengesteld, bestaande uit de expertgroep die in 2005 de eerste Leidraad heeft ontwikkeld aangevuld met leden van het ontwerpteam voor de Leidraad OTO.

Hun kennis en ervaring hebben geleid tot een voorstel voor een Leidraad die is voorgelegd aan een bestuurlijke klankbordgroep, met daarin vertegenwoordigers van de brancheorganisaties in het veld. Bijlage 1 bevat een overzicht van de deelnemers aan het ontwerpteam en de klankbordgroep.

De totstandkoming van deze Leidraad ZiROP 2009 is ondersteund door prof. dr. Robbert Huijsman MBA en ir. Marloes Hendriks van Zorg Consult Nederland te Bilthoven.

**Ontwerpteam Leidraad ZiROP 2009
Maart 2009**

Inleiding

Doel van de Leidraad ZiROP

De Leidraad ZiROP 2009 biedt een leidraad voor ziekenhuizen bij het opstellen van een Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP). Het ZiROP omschrijft de interne ziekenhuisorganisatie vanaf de melding van een ramp door de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). Het plan is bedoeld om alle betrokken afdelingen en functionarissen duidelijke instructies te verschaffen over hoe te handelen in geval van een ramp die buiten het ziekenhuis plaatsvindt, waarbij een acute disbalans ontstaat tussen zorgvraag en zorgaanbod. Hierin verschilt het ZiROP van een intern calamiteitenplan, dat aandacht besteedt aan calamiteiten binnen het ziekenhuis, waaronder brand of uitval van elektriciteit.

Bij een aantal ramptypes voltrekt de ramp zich zowel binnen als buiten het ziekenhuis, wanneer het personeel zelf bedreigd wordt (in geval van besmetting door een Chemische, Biologische, Radiologische of Nucleaire ramp (= CBRN) of een pandemie) of wanneer het functioneren van het ziekenhuis in gevaar komt (overstroming). In het ZiROP moet rekening gehouden worden met eventuele effecten van de externe ramp op het ziekenhuis en de medewerkers zelf. In dit kader is het van belang om de aansluiting bij het continuïteitsplan van de zorginstelling te realiseren.

Deze Leidraad richt zich op de planvorming rondom rampenopvang: welke onderwerpen zijn van belang bij het opstellen van het ZiROP. Het startdocument Leidraad OTO 2008 sluit hierop aan door het bieden van handvatten voor het Opleiden, Trainen en Oefenen van het ZiROP, waardoor ten tijde van een ramp bekend is wat er moet gebeuren, én hoe dit uitgevoerd moet worden.

De Leidraad ZiROP 2009 dient uitdrukkelijk als hulpmiddel en is niet bedoeld als een voorschrift voor de volledige invulling van een ZiROP. Ieder ziekenhuis dient zijn eigen situatie goed te overdenken en een eigen ZiROP te ontwikkelen. Bovendien is deze Leidraad bedoeld als richtinggevend advies, wat betekent dat afwijken is toegestaan en soms zelfs wenselijk is om zo goed mogelijk aan

te sluiten op de eigen situatie en context. Dit document is ook zeker niet opgesteld als hulpmiddel voor externe toetsing of verantwoording, bijvoorbeeld in de richting van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In de bijlagen zijn enkele voorbeelden opgenomen aan de hand waarvan een ziekenhuis invulling kan geven aan bepaalde aspecten van het ZiROP. Deze bijlagen zijn geen landelijke standaarden en dienen slechts als richtinggevende handreiking. In bijlage 2 is een lijst met afkortingen en begrippen opgenomen.

Tip

Vragen over de toepassing van de Leidraad, de implementatie ervan en het gebruik van de voorbeelden in de bijlagen, kunnen gesteld worden bij de Helpdesk ZiROP.

De Helpdesk ZiROP is momenteel ondergebracht bij het Erasmus MC en bereikbaar via het webadres <http://www.erasmusmc.nl/verenigingen/zirop/718069>.

Deel A

Enkele centrale thema's bij het ZiROP

Deel A bespreekt enkele centrale thema's bij het ZiROP. Zo gaat hoofdstuk 1 in op de organisatie van de rampenopvang. Hierin hebben sinds 2005 enkele veranderingen plaatsgevonden, bijvoorbeeld op het gebied van wetgeving, waarvan hier de actuele stand van zaken wordt weergegeven.

Willen de verschillende fasen van ZiROP goed doorlopen kunnen worden, is het van essentieel belang om duidelijke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (TVB) rondom de rampenopvang vast te leggen. In de versie van 2005 was gekozen voor het per onderdeel beschrijven van de TVB's. Gezien het belang van dit thema in alle fasen, is er voor gekozen om bij de actualisatie van de Leidraad een apart hoofdstuk te wijden aan dit onderwerp (hoofdstuk 2).

Ditzelfde geldt voor het thema communicatie. In hoofdstuk 3 wordt daarom stilgestaan bij de interne en externe communicatie zowel tijdens de preparatiefase als gedurende de ramp. Waar nodig en relevant komt dit thema als een soort rode draad terug in de afzonderlijke fasen in Deel B.

Deel A wordt afgesloten met hoofdstuk 4 over implementatie, onderhoud en borging van het ZiROP. In 2005 stond dit als laatste onderdeel in de Leidraad, nu wordt het ondergebracht in Deel A, om het belang als een van de centrale thema's bij het ZiROP te benadrukken.

Deel B

Format ZiROP

In Deel B is het format van het ZiROP zelf beschreven. Dat gebeurt aan de hand van de fasen van een ramp, inclusief de preparatiefase. Ten opzichte van 2005 is de fase van normalisatie toegevoegd. Deze fase geeft aan welke aandachtspunten er zijn bij het op orde brengen van de ziekenhuisorganisatie en het terugkeren naar de reguliere situatie.

Achtereenvolgens worden de volgende fasen beschreven in deze Leidraad ZiROP:

- Preparatiefase
- Fase van Berichtgeving
- Fase van Besluitvorming (voorheen Fase van Overleg)
- Fase van Alarmering
- Fase van Opschaling (voorheen Fase van Voorbereiding)
- Fase van Ontvangst
- Fase van Definitieve behandeling
- Fase van Afschaling
- Fase van Normalisatie (nieuw)

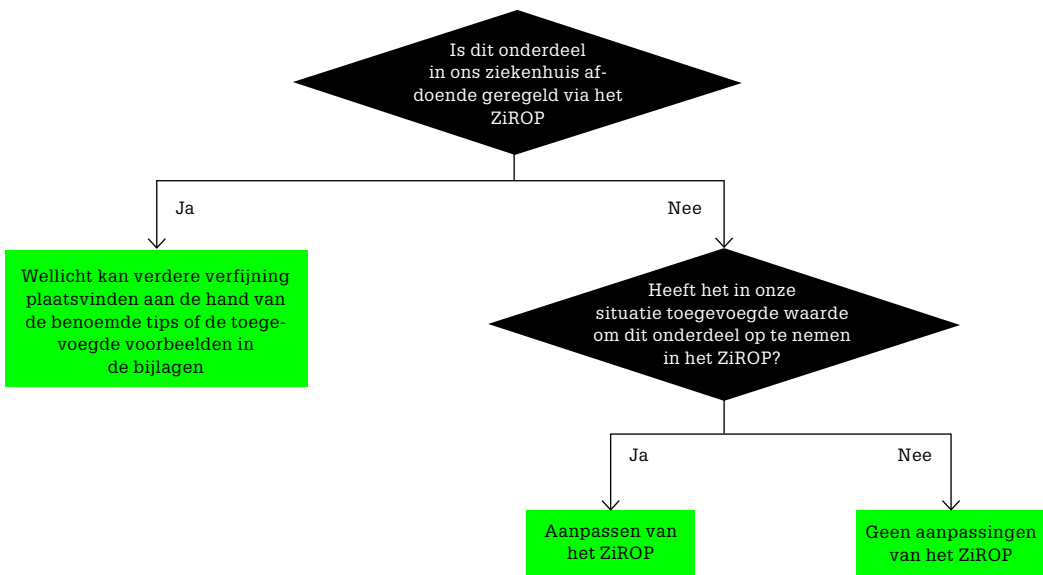
Per fase wordt puntsgewijs weergegeven welke onderwerpen in een ZiROP kunnen worden behandeld. Hierbij is de structuur en opzet van de oorspronkelijke Leidraad uit 2005 zo veel mogelijk gehandhaafd, omdat die in de praktijk goed blijkt te werken. Bovendien is het wenselijk de herkenbaarheid van de geactualiseerde leidraad zo groot mogelijk te houden. Op enkele onderdelen heeft een aanvulling plaatsgevonden op basis van de kennis en ervaringen die sinds 2005 zijn opgedaan. Daarnaast zijn de verschillende onderwerpen per fase opnieuw geordend en gerubriceerd. Onderwerpen die nauw samenhangen zijn nu bijvoorbeeld gegroepeerd binnen één paragraaf.

Per fase zal kort aangegeven worden wat de belangrijkste wijzigingen zijn ten opzichte van 2005.

Leeswijzer

Zoals in het voorgaande is beschreven, bestaat deze Leidraad uit een Deel A en een Deel B. Deel A geeft meer de context van landelijke ontwikkelingen waarbinnen een individueel ziekenhuis kan werken aan een goede rampenopvang. Deel B is de eigenlijke Leidraad en geeft de verschillende fasen van een ramp weer. Hierbij wordt geadviseerd om in ieder geval het hoofdstuk omtrent de preparatiefase in zijn geheel door te nemen. De onderdelen van deze fase vormen immers de basis voor een goede voorbereiding op een rampsituatie.

Per onderdeel van deze fase kunt u zich als lezer de volgende vragen stellen om tot eventuele aanpassing van het ZiROP te komen:



Voor de overige fasen kan de checklist gebruikt worden, die aan het begin van Deel B is weergegeven. Wanneer deze checklist doorlopen wordt, kunnen dezelfde vragen gesteld worden als hierboven weergegeven. Zo kunt u dus heel gericht nagaan welke onderdelen meer of minder relevant zijn voor uw eigen situatie. Als bijvoorbeeld een bepaald onderdeel nog niet is opgenomen in het ZiROP van uw eigen ziekenhuis, kan met behulp van de tekst en de tips bij dat betreffende onderdeel aanpassing van het ZiROP plaatsvinden. Andere onderdelen zijn bij u wellicht al wel op orde, en die delen van de Leidraad kunt u dan overslaan. Zo kunt u de gehele Leidraad heel gericht inzetten om de ZiROP-situatie in uw eigen ziekenhuis een stap verder te brengen, afhankelijk van de noodzaak en mogelijkheden ter plekke.

Enkele centrale thema's bij het ZiROP

Deel

A

Organisatie van de rampenopvang

1

1.1 Wettelijk kader

De verantwoordelijkheden van het ziekenhuis, die betrekking hebben op een ramp, zijn beschreven in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Het doel van deze wet is zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen, inclusief categorale ziekenhuizen) te verplichten tot het leveren van verantwoorde zorg. Zij dienen de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Om bij rampen en ongevallen ook aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen te kunnen voldoen, moet het ziekenhuis een ZiROP hebben. Indien dit nodig wordt geacht, stelt de directie of de raad van bestuur, of de hiertoe bevoegde functionaris, het ZiROP in werking.

Ook in enkele beleidsregels⁵ betreffende de artikelen 4 en 13 van de WTZi is deze verplichting opgenomen. In paragraaf 4.2.1. van deze beleidsregels is de volgende tekst opgenomen:

'Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen bereiden zich in samenwerking met andere zorgverleners en diensten uit de acute ketenzorg voor op inzet in opgeschaalde situaties. Hiervoor dient de zorg-instelling over een Rampen Opvang Plan te beschikken. De instelling overlegt dit Rampen Opvang Plan bij de aanvraag van een toelating. Het Rampen Opvang Plan dient regelmatig te worden bijgesteld op grond van ervaringen uit trainingen en oefeningen. De zorginstelling doet in de jaarverantwoording jaarlijks verslag over de wijze waarop de instelling hier invulling aan heeft gegeven.'

Op grond van deze wet kan niet genoeg worden benadrukt dat de Raad van Bestuur van het ziekenhuis verantwoordelijk is voor het ZiROP en het systematisch opleiden, trainen en oefenen hiervan.

⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Beleidsregels ex artikelen 4 en 13 van de Wet toelating zorginstellingen, 9 juli 2007 (nr. MC-U-2776561)

Daarnaast zijn de verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen en de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR, zie ook § 1.2.1) samen beschreven in de Wet GHOR (voorheen Wet GHR) en de aanstaande Wet op de Veiligheidsregio's (medio 2009 verwacht). Ook is de wet Publieke Gezondheid van toepassing, waarin infectieziekten qua verantwoordelijkheid en uitvoerings-organisatie beschreven is. Dit is van invloed op de hospitalisatie bij (grootschalige) infectieziekte uitbraak.

1.2 Regionale structuur

Ziekenhuizen kunnen geconfronteerd worden met ramp- of crisissituaties. Voor een ziekenhuis is het belangrijkste kenmerk van een ramp, dat er sprake is van een ACUTE disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod. Uitzondering hierop is de ziektegolf (bijvoorbeeld griepandemie), die leidt tot een voorzienbare, niet-acute disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod, maar ook de beschikbaarheid van het eigen personeel.

Om in rampsituaties goed te kunnen handelen is voorbereiding door juiste planvorming, en opleiding, training en oefenen (OTO) essentieel. De volgorde van OTO is van belang en moet zo strikt mogelijk worden gehandhaafd. Deze paragraaf beschrijft enkele partijen en structuren die hierbij voor een ziekenhuis van belang zijn. Per regio wordt hieraan echter wel verschillend invulling gegeven.

1.2.1. Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)

De GHOR werkt op het snijvlak van de Openbare Orde en veiligheid en zorg. Het richt zich samen met haar partners in de witte kolom op het optimaliseren van de geneeskundige hulpverleningsketen om de gevolgen van grootschalige ongevallen en rampen adequaat te bestrijden. De GHOR werkt hierbij samen met verschillende geneeskundige instanties, waaronder ziekenhuizen, ambulancediensten, de GGD, huisartsen en instellingen binnen de GGZ.

De GHOR valt onder verantwoordelijkheid van het Openbaar Bestuur en maakt deel uit van de veiligheidsregio (in oprichting). Ter uitvoering van haar verantwoordelijkheden heeft elke regio een directeur GHOR (voormalig RGF: regionaal geneeskundig functionaris) benoemd, die hierin ondersteund wordt door een regionaal GHOR-bureau. De directeur is ten aanzien van taken en bevoegdheden vergelijkbaar met de commandant van de regionale brandweer en de korpschef regiopolitie in opgeschaalde situaties. De directeur GHOR functioneert als aanspreekpunt voor alle geneeskundige partijen naar het Openbaar Bestuur en formuleert in samenwerking met alle betrokken partijen het beleid

voor een samenhangende geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

Ten tijde van een rampsituatie verloopt het contact tussen ziekenhuis en GHOR via de voorzitter van het beleidsteam enerzijds (zie paragraaf 2.2) en de HS-GHOR (Hoofd Sectie GHOR in het Regionaal Operationeel Team) anderzijds.

In tegenstelling tot de andere kolommen kent de GHOR geen eigen dagelijkse uitvoeringsorganisatie op het gebied van de zorg. De dagelijkse geneeskundige hulpverlening wordt uitgevoerd door een scala van zorginstellingen, waaronder ziekenhuizen en de regionale ambulance voorzieningen. Er bestaan daarnaast ook specialistische centra die relevant kunnen zijn voor de rampenopvang door een ziekenhuis, afhankelijk van het type ramp. Denk bijvoorbeeld aan de brandwondencentra en aan het calamiteitenhospitaal in Utrecht. Dit laatste kan een rol spelen bij groepsrepatriëringen bij rampen op afstand of specifieke infectieziekten zoals de longziekte SARS en pokken.

1.2.2. Traumacentra

In Nederland zijn sinds 1 januari 2008 elf ziekenhuizen met de erkenning traumacentrum (in het vervolg van deze Leidraad kortweg traumacentra genoemd) aangewezen. Dit betreft de acht universitair medische centra en drie andere grote perifere ziekenhuizen. De traumacentra hebben in hun traumaregio een coördinerende functie op het gebied van de opvang van traumapatiënten. Vanuit die functie hebben de ziekenhuizen met de erkenning traumacentrum als wettelijke taak om het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) te initiëren. Het traumacentrum moet het voorbereiden op crises en rampen onder meer afstemmen met de volgende actoren binnen de regio:

- Directeuren GHOR
- Ziekenhuizen
- Huisartsen(posten)
- Regionale Ambulance Voorzieningen (Meldkamer Ambulancezorg en Ambulance dienst)
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)
- GGZ instellingen

Op 16 oktober 2008 is het zogenoemde OTO-convenant gesloten. Dit convenant geeft aan dat de extra financiële middelen (10 miljoen per jaar) die door de overheid (VWS) ter beschikking worden gesteld voor Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO), verdeeld worden via de elf traumacentra. Artikel 3 van het OTO-convenant geeft aan dat: 'De LvTC bevordert dat de instellingen met als functie traumacentra het ROAZ organiseren en dat traumacentra met andere partijen in hun regio gezamenlijk een risicoanalyse maken, een meerjaren OTO-beleidsplan en een OTO-jaarplan opstellen'.

Daarbij worden gezamenlijk keuzes gemaakt voor de verdeling van deze stimuleringsgelden. Ook daarover zijn een aantal zaken afgesproken in het OTO-convenant; over wat er wel uit de OTO-middelen mag worden betaald (artikel 5), en wat niet (artikel 6).

Voorts zijn er afspraken gemaakt over een landelijke ondersteuningsstructuur, aangestuurd door een stuurgroep van partijen, onder voorzitterschap en secretariaat van de Landelijke vereniging voor Traumacentra (LvTC) (artikel 8). De evaluatie hiervan over de jaren 2008, 2009 en 2010 moet uiterlijk 1 april 2011 worden gerapporteerd aan de minister van VWS.

Het OTO-convenant kent een geldigheid van vier jaar, tenzij partijen voordien besluiten tot verlenging (artikel 11).

1.2.3. Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

De WTZi (artikelen 4 en 13, lid 3.1.1) verplicht de ziekenhuizen met de erkenning traumacentrum een niet vrijblijvend overleg tot stand te brengen tussen de acute eerstelijnszorg, de ambulancezorg, de eerste hulp in ziekenhuizen, de traumazorg, de zorg verleend door mobiele medische teams en de zorg bij grootschalige hulpverlening en crises, genaamd het regionaal overleg acute zorg (ROAZ).

Het voorbereiden op rampen en crises is een van de thema's van dit regionaal overleg op grond van de beleidsvisie traumazorg 2006 – 2010.

Het ROAZ stemt voorbereidingen op rampen en crises af met de RGF (directeur GHOR), de ziekenhuizen, de Regionale ambulance voorziening (RAV) en de GGD in de regio. De partijen in het ROAZ maken gezamenlijk een risicoanalyse, een meerjarenbeleidsplan en een OTO-jaarplan op basis waarvan de OTO-stimuleringsmiddelen worden ingezet. Het staat vrij ook andere actoren uit te nodigen bij het ROAZ om te bezien of eventueel gezamenlijk OTO-plannen kunnen worden gemaakt.

1.3 Kernbegrippen rondom de rampenopvang

1.3.1. Witte kolom

De witte kolom omvat alle instellingen, instanties en hulpverleners die zorgdragen voor de geneeskundige hulpverlening tijdens rampen. In rampen en andere crisissituaties voert de GHOR de regie over de witte kolom.

Naast de witte kolom, bestaat er een rode kolom (brandweer), een blauwe kolom (politie), een oranje kolom (de gemeente) en een groene kolom (defensie)

1.3.2. Soorten rampen

Een ramp kan volgens artikel 1 van de Wet rampen en zware ongevallen van 30 januari 1985 gedefinieerd worden als een gebeurtenis:

- Waardoor een ernstige verstoring van de openbare orde en veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen dan wel grote materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden;
- Waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines vereist is om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken.

Rampen kunnen een uiteenlopend karakter hebben. Om te komen tot een goede voorbereiding op rampen worden verschillende ramptypen onderscheiden, variërend van een luchtvaartongeval tot extreme weersomstandigheden.

In bijlage 3 zijn de 20 gedefinieerde ramptypen opgenomen,

Voor een ziekenhuis is het van belang om te weten welke rampen in de eigen regio het meest waarschijnlijk zijn. Hiervoor wordt in ROAZ-verband een risicoanalyse gemaakt, in samenwerking met de GHOR.

Tip

Maak een risicoanalyse en zet de 20 ramptypen (zie bijlage 3) in volgorde op basis van de mate van risico dat ze in het eigen werkgebied kunnen optreden en welke prioriteit dit dus heeft.

In bijlage 4 is een uitwerking opgenomen van de aandachtspunten die gelden voor enkele specifieke rampen: rampen met veel brandwondenpatiënten, CBRN-rampen, overstromingen en pandemieën.

1.3.3. Indelingsklassen voor slachtoffers

T1, T2, T3, T4 en T5 zijn indelingsklassen voor slachtoffers, die worden onderscheiden via triage. Triage is het bepalen van de prioriteit en dus de volgorde waarin patiënten behandeld moeten worden:

- **T1** Onmiddellijk medische hulp, voor personen die zonder die hulp niet zullen overleven in verband met obstructie van de ademwegen, stoornissen van de ademhaling of problemen met de circulatie;
- **T2** Personen die wel kunnen wachten maar continu gemonitord moeten worden op ademhaling, circulatie en acute problemen. Behandeling binnen 6 uur;
- **T3** Patiënten die kunnen wachten omdat ze geen problemen met ademwegen, ademhaling en circulatie hebben en die weinig tot geen kans op infectie of invaliditeit hebben. Behandeling kan door de patiënt zelf, een spoedeisende hulp (SEH)-verpleegkundige of een huisarts plaatsvinden. Er wordt bovendien een onderscheid gemaakt tussen 'T3 gewond' voor slachtoffers met fysiek letsel en 'T3' voor slachtoffers die weliswaar geen fysiek letsel hebben, maar wel betrokken zijn geweest bij de ramp en potentieel psychosociale klachten kunnen oplopen. Vanzelfsprekend geldt dit laatste ook voor gewonde slachtoffers;

- **T4** Slachtoffers die in de gegeven situatie niet gered kunnen worden doordat de ademweg niet vrijgemaakt kan worden, de ademhaling of circulatie niet op gang gebracht kunnen worden, bloedingen niet gestopt kunnen worden of shock niet bestreden kan worden;
- **T5** Seze categorie wordt in enkele ziekenhuizen gebruikt voor overleden slachtoffers.

In de Fase van Ontvangst wordt verder ingegaan op de triage van slachtoffers.

1.3.4. Command and Control (CSCATTT)

Voor de aanpak van een ramp heeft de MIMMS/HMIMS een ezelsbruggetje ontworpen dat uit 7 letters bestaat: C(ommand and control), S(afety), C(ommunication), A(ssessment), T(riage), T(reatment) en T(ransport). Deze letters geven de belangrijkste items weer voor een juiste opzet van de opvang van rampenslachtoffers bij hantering van deze volgorde. In geval van een ramp of een crisis is namelijk een *hiërarchische aansturing* noodzakelijk voor de optimale opvang van slachtoffers. Dit is de allereerste prioriteit van het management en de hulpverleners ten tijde van een rampsituatie.

Als tweede prioriteit geldt *veiligheid* inclusief herkenbaarheid. Direct daarna is het de *communicatie* die de aandacht vraagt. Vervolgens komt *assessment*: weten waar je over praat door informatie vergaren, interpreteren, vastleggen et cetera. Pas daarna komen de medische/verpleegkundige zaken: *triage, behandeling en transport*.

1.4 Procedures rondom de rampenopvang

Ten aanzien van de rampenopvang zijn op nationaal niveau procedures afgesproken. Enkele hiervan worden in deze Leidraad kort besproken, omdat deze van belang zijn voor ziekenhuizen bij de voorbereiding op rampen.

1.4.1. Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdings Procedure (GRIP)

De basis van de rampenbestrijding bestaat uit de reguliere, dagelijkse organisatie van de gemeente en van operationele diensten (brandweer, geneeskundige organisaties en politie), die in geval van een ramp opschalen tot een gecoördineerde rampenbestrijdingsorganisatie. Teneinde een goede coördinatie tussen de kerndiensten tot stand te brengen in verschillende fasen van een incident met toenemend effect is de procedure 'GRIP' ontwikkeld. GRIP staat voor Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijding Procedure.

Met het oog op landelijke éénduidigheid is door de Veiligheidskoepel een referentiekader vastgesteld voor de GRIP-procedure als basis voor een uniforme

GRIP in Nederland. Dit referentiekader beschrijft een algemeen minimumniveau en is een toetsingskader ten behoeve van regionale rampenbestrijding en crisisbeheersing.

Het opschalingsproces is uitgewerkt in de coördinatiealarmfasen van de Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdings Procedure (GRIP). GRIP is een landelijke afspraak en regionaal door het Openbaar Bestuur vastgesteld, over de opschaling van incident- en rampenbestrijding voor professionele hulpverleners als de brandweer, politie en GHOR. De procedures regelen opschaling op operationeel niveau op de plaats van het incident, regionaal operationeel centrum (Regionaal Operationeel team) en daarnaast op bestuurlijk niveau van gemeente tot waar nodig zelfs landelijk.

In de GRIP-procedure wordt onderscheid gemaakt in verschillende opschalingstadia, ook wel coördinatiealarmen (GRIP 1 t/m 4) genoemd. Bij elk coördinatiealarm wordt de organisatie verder opgebouwd en krijgen organisatieonderdelen en functionarissen specifieke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden toegewezen. Volledigheidshalve is er ook een GRIP 0 opgenomen voor de normale situatie.

Coördinatiealarm	Reikwijdte Incident
GRIP 0	Normale dagelijkse werkwijzen van de operationele diensten
GRIP 1	Bronbestrijding
GRIP 2	Bron- en Effectbestrijding
GRIP 3	Bedreiging van het welzijn van (grote groepen van) de bevolking
GRIP 4	Gemeentegrensoverschrijdend, eventueel schaarste

De organieke structuur van de Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijding Procedure (GRIP) gekoppeld aan fasen ziet er als volgt uit:

- ➔ **GRIP I** Commando Plaats Incident (COPI);
- ➔ **GRIP II** COPI + Operationeel Team (OT);
- ➔ **GRIP III** COPI + OT + Gemeentelijk Beleidsteam (GBT);
- ➔ **GRIP IV** COPI + OT + Regionaal Beleidsteam (RBT).

Afhankelijk van de aard, omvang, ernst en trend van het (dreigende) incident kunnen vele partners worden betrokken van publieke/private organisaties. Dit referentiekader beperkt zich tot een kernbezetting, bestaande uit de klassieke partners in crisisbeheersing: bevoegd gezag (bestuur/openbaar ministerie), gemeentelijke diensten, brandweer, GHOR en politie, waaronder ook de Koninklijke Marechaussee wordt begrepen.

1.4.2. Procedures ten aanzien van de verdeling van slachtoffers

Medische behandelcapaciteit

De medische behandelcapaciteit geeft aan welke maximale patiëntenstroom een ziekenhuis gemiddeld per uur aankan. Dit wordt vooraf vastgelegd.

Ten tijde van een ramp wordt de actuele capaciteit doorgegeven aan de HS-GHOR in het regionaal operationeel centrum (ROC).

Regionaal traumaprofiel (level-indeling ziekenhuis)

De GHOR bepaalt op basis van het regionale traumaprofiel, afstand en de medische behandelcapaciteiten van de ziekenhuizen naar welke ziekenhuizen slachtoffers vervoerd moeten worden. Het is de taak van het ROAZ om vooraf geregeld te hebben dat er een level-indeling (traumaprofiel) is en er afspraken zijn gemaakt over de opvang van multi-traumapatiënten.

Op basis hiervan wordt door de GHOR en de regionale ziekenhuizen inclusief het traumacentrum het Gewondenspreidingsplan opgesteld.

Gewondenspreidingsplan (GSP)

Bij grootschalige ongevallen en rampen kan het aantal slachtoffers zo groot zijn dat het noodzakelijk is om ze over meerdere ziekenhuizen en traumacentra te spreiden conform het Gewondenspreidingsplan. Het kan wenselijk zijn om juist slachtoffers te concentreren. De Officier van Dienst geneeskundig, de Commandant van Dienst Geneeskundig, de HS-GHOR en uiteindelijk de directeur GHOR zijn verantwoordelijk voor de exacte aanpak van de gewondenspreiding tijdens een ramp.

Ieder ziekenhuis maakt deel uit van een ROAZ en kan uit dien hoofde worden geconfronteerd met de opvang van rampenslachtoffers. Ieder ziekenhuis zal zich derhalve hierop moeten voorbereiden. Specifieke functies zoals brandwondencentrum of traumacentrum zullen specifieke eisen stellen aan preparatie zoals het stand-by hebben van een mobiel medisch team of een team van bepaalde specialisten, bijvoorbeeld op het terrein van brandwonden. Deze specifieke functies vormen input voor het gewondenspreidingsplan.

Overigens wordt het ziekenhuis dat zich in de nabijheid van de ramp bevindt, niet altijd meegenomen in het Gewondenspreidingsplan. Dit hangt samen met de aard en omvang van de ramp: wanneer er veel zelfverwijzers worden verwacht, kan ervoor gekozen worden om het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet op te nemen in het gewondenspreidingsplan. De ambulances brengen de slachtoffers in zo'n geval naar een ander ziekenhuis.

Het landelijke systeem Octopus voor ambulancebijstand, gewondenspreiding en registratie wordt ingezet tijdens calamiteiten. Via Octopus kan in korte tijd de ambulancecapaciteit gestuurd worden naar een rampsituatie. Er zal binnen Octopus een module Gewondenspreiding worden ontwikkeld waarmee

slachtoffers zo efficiënt mogelijk over de ziekenhuizen worden verspreid. Door gebruik te maken van een database weten de MKA en de GHOR heel snel hoeveel gewonden per uur naar welk ziekenhuis kunnen worden gestuurd.

Centraal Registratie en Inlichtingen Bureau (CRIB)

Het Centraal Registratie en Inlichtingen Bureau (CRIB) houdt zich ondermeer bezig met het registreren, groeperen en verifiëren van slachtoffers en evacués en het uitwisselen van deze informatie met de andere partners in de rampenbestrijding. Daarnaast verzorgt dit bureau de verwanteninformatie. Het CRIB is een onderdeel van het gemeentelijk proces 'het registreren van slachtoffers' en richt zich met name op de slachtoffers die opgevangen worden in opvangcentra. Het CRIB is in het kader van de rampenopvang van belang voor de ziekenhuizen, omdat het ziekenhuis gegevens moet doorgeven van de binnengekomen slachtoffers. Dit is van belang om zo snel als mogelijk een actueel centraal overzicht te verkrijgen over de verblijfplaats van de slachtoffers. Gemeente en GHOR dienen sluitende afspraken te hebben over een efficiënte slachtofferregistratie.

2 *Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden*

Tijdens een ramp moet er een duidelijke hiërarchie op basis van 'command and control' zijn om tijdverlies en tegenstrijdige instructies te voorkomen. Een zeer heldere structuur met alle daarbij behorende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is tijdens een ramp van doorslaggevend belang. Daarom wordt dit onderwerp apart besproken in dit hoofdstuk. Waar nodig en relevant komt het steeds terug in de verschillende fasen van een ramp die beschreven zijn in deel B van deze Leidraad.

In dit hoofdstuk staan we stil bij zowel de functionarissen die tijdens de voorbereiding op een ramp een belangrijke rol hebben als de functionarissen die ten tijde van een ramp binnen de hiërarchie een plaats krijgen. Het is aan de Raad van Bestuur om te beoordelen hoe zij het ZiROP wil vormgeven in het eigen ziekenhuis, enerzijds gebruik makend van de hier opgenomen ervaringen en suggesties uit andere regio's, anderzijds uitgaand van haar eigen verantwoordelijkheid over de meest geëigende inrichting en aansturing in het eigen ziekenhuis.

2.1 Structuur ten aanzien van het ZiROP

2.1.1. ZiROP-beheerder

Voor het opstellen en onderhouden van het ZiROP wordt een verantwoordelijke aangewezen, onder eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. Vaak wordt deze persoon ZiROP-beheerder⁶ genoemd.

⁶ Ook wel crisiscoördinator, riskmanager of ZiROP-coördinator genoemd

De ZiROP-beheerder heeft een centrale rol binnen het ZiROP en de OTO-cyclus, in de zogenoemde 'koude situatie', de niet-opgeschaalde situatie. Het is wenselijk dat er sprake is van een formele functie met mandaat, waaraan een bepaalde formatie gekoppeld is. Eventueel kan, mede afhankelijk van de omvang van het ziekenhuis, de functie van ZiROP-beheerder worden gecombineerd met een andere functie.

De ZiROP-beheerder heeft als primaire taak om het ZiROP te beheren en periodiek te actualiseren. Taken zijn onder andere het in samenwerking met het gestructureerd ZiROP-overleg opzetten, uitvoeren, begeleiden, implementeren en evalueren van projecten in het kader van ZiROP en OTO en het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van het ziekenhuis in ramp- en crisissituaties. Daarnaast is de ZiROP-beheerder de gemandateerd vertegenwoordiger van het ziekenhuis in regionale overleggen ten aanzien van de rampenopvang. In bijlage 5 is een voorbeeld opgenomen van een functieomschrijving voor de functie van ZiROP-beheerder.

Tip

Maak formeel en structureel formatie vrij voor de functie van ZiROP-beheerder. Als indicatie van de benodigde formatie kan dienen: aantal bedden van het ziekenhuis /1000.

2.1.2. Gestructureerd ZiROP-overleg

Een gestructureerd ZiROP-overleg heeft als doel om de implementatie en uitrol van het ZiROP in het ziekenhuis te coördineren. Een mogelijkheid is om dit overleg vorm te geven via het instellen van een ZiROP-commissie. Uiteraard ligt de verantwoordelijkheid voor de implementatie van het ZiROP binnen desbetreffende afdelingen, de commissie zorgt voor coördinatie en afstemming. Daarnaast kan een dergelijke commissie betrokken worden bij inhoudelijk overleg met externe instanties en bij het opstellen en onderhouden van een (meerjaren) OTO-beleidsplan.

De commissie bestaat naast de ZiROP-beheerder bijvoorbeeld uit de stafleden van de afdelingen die betrokken zijn bij de rampenopvang (bijvoorbeeld een traumatoloog en een anesthesioloog), de manager facilitair bedrijf, het hoofd SEH en een zorggroepmanager. De voorzitter van de ZiROP-commissie is bij voorkeur een lid van de Raad van Bestuur. Daarnaast is het wenselijk dat de commissie een eigen reglement heeft, zoals dat ook verplicht is voor andere formele commissies binnen het ziekenhuis.

Tip

Voeg een opleidingsfunctionaris toe aan de ZiROP-commissie.

2.2 Interne structuur ten tijde van een rampsituatie

Ten tijde van een ramp of crisis wordt een coördinerend team in het leven geroepen. Dit coördinerend team bestaat vaak uit een Beleidsteam (op strategisch niveau) en een Operationeel Team (op tactisch niveau). Deze teams hebben als taak om zorg te dragen voor de coördinatie van de verschillende taken die uitgevoerd moeten worden. Bovendien worden coördinatie en overzicht ten tijde van een ramp vergemakkelijkt door het gebruik van niveaus waarin beslissingen genomen worden. Deze beslissingsniveaus zijn: Beleidsteam, Operationeel Team en de medewerkers op de werkvloer.

Elke dienst (medisch, verpleegkundig, ondersteunend) heeft daarnaast een leider, die het gezag (command) heeft. Binnen elke dienst is de bevelsstructuur verticaal georganiseerd. Ter plaatse neemt iemand de complete verantwoordelijkheid op zich en heeft de coördinatie: de control.

2.2.1. Beleidsteam (BT)

Op strategisch niveau kan de Raad van Bestuur besluiten een Beleidsteam in te richten, samengesteld uit een lid van de Raad van Bestuur of diens vertegenwoordiger (voorzitter beleidsteam en tevens eindverantwoordelijk voor het ziekenhuis), een medisch specialist van een kritische afdeling, een vertegenwoordiging namens de verpleegkundigen (bijvoorbeeld een divisie- of clustermanager) en bijvoorbeeld het hoofd PR en communicatie, de directeur/hoofd van het facilitair bedrijf en niet in de laatste plaats secretariële ondersteuning voor het bijhouden van het logboek. Voor het uitvoeren van de evaluatie achteraf en de mogelijke externe onderzoeken is het goed bijhouden van het logboek voor sleutelfunctionarissen en coördinatieteams een vereiste.

Het BT heeft ten tijde van een ramp de algehele leiding en coördinatie over de opvang van slachtoffers. Daarnaast heeft het BT de bevoegdheid om in het reguliere ziekenhuisproces in te grijpen (bijvoorbeeld stopzetten van (een deel van) het electieve OK-programma) ten behoeve van een optimale opvang van de rampenslachtoffers. Het Beleidsteam zal ten tijde van een ramp, naast het oplossen van knelpunten ook prioriteiten moeten stellen en keuzes moeten maken ten aanzien van de rampenopvang.

Daarnaast is zij verantwoordelijk voor de externe communicatie. De voorzitter van het Beleidsteam voorziet in de contacten met de directeur GHOR.

2.2.2. Operationeel team (OT)

Het Beleidsteam kan worden ondersteund door het Operationeel team. Dit OT functioneert op tactisch niveau en is verantwoordelijk voor de interne aansturing van de organisatie van de rampenopvang. Het Operationeel team verzorgt de coördinatie van de activiteiten op de werkvloer en de coördinatie van de

slachtofferstroom. In dit team zitten bijvoorbeeld een medisch en een verpleegkundig coördinator, de coördinator ondersteunende diensten en ook weer secretariële ondersteuning voor het bijhouden van het logboek.

Een prioriteit op dit niveau ligt mede op informatievoorziening:

- Communicatie met de afdelingen waar patiëntenzorg plaatsvindt;
- Communicatie met de ondersteunende afdelingen;
- Plotting van alle patiënten.

Tip

Het tekenen van de structuur in de vorm van een organisatieschema geeft een duidelijk overzicht van de verschillende rollen en functies en van degene(n) die meestal deze positie zal (zullen) innemen en daaronder de mogelijke vervanger(s).

In bijlage 6 is een voorbeeld van een dergelijk organisatieschema opgenomen.

Tip

De communicatie tussen verschillende afdelingen tijdens opgeschaalde situaties is cruciaal. Om dit te verbeteren kan gekozen worden voor het opzetten van een Operationeel Team Acute Zorg (OT-AZ). Dit team maakt structureel overleg tussen de kritische afdelingen (SEH, OK, IC), de ondersteunende diensten en het Beleidsteam mogelijk. Doel hiervan is te komen tot een snelle beeldvorming ten aanzien van knelpunten in de beschikbare medische behandelcapaciteit en eventuele logistieke problemen.

In bijlage 7 is een verdere uitwerking opgenomen van deze werkwijze.

2.2.3. Medewerkers

Tijdens een rampsituatie zullen de meeste medewerkers hun reguliere taken uitvoeren, alleen binnen de aan de opgeschaalde situatie aangepaste hiërarchische structuur. Slechts een kleine groep medewerkers, waaronder de leden van het Beleidsteam en het Operationeel team, heeft ten tijde van een ramp andere taken. Dat neemt niet weg dat in een aantal situaties (zoals tijdens een pandemie) de uitval van personeel zodanig groot kan zijn, dat het nuttig kan zijn om dan taken anders te verdelen.

Tenslotte

Tip

Benoem in het eigen ZiROP per fase expliciet de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van alle sleutelfunctionarissen.

Communicatie voor en tijdens een ramp

3

Aangezien communicatie een onderwerp is dat in meerdere fasen van een rampsituatie een belangrijke rol speelt, wordt in dit hoofdstuk op een aantal aspecten van communicatie ingegaan die binnen het ZiROP een plaats dienen te krijgen.

Communicatie kan op twee manieren worden bekeken: de middelen waarmee gecommuniceerd wordt en wie met wie communiceert op welke wijze (communicatieactiviteiten). Bij de opzet en uitvoering van communicatieactiviteiten is het van belang onderscheid te maken naar de fase: enerzijds tijdens de preparatiefase voorafgaand aan een ramp en anderzijds tijdens de verschillende fasen van een ramp zelf. Bovendien dient onderscheid gemaakt te worden tussen de interne en externe communicatie en naar de verschillende doelgroepen waarop de communicatie zich richt en de verschillende doelen die daarmee worden beoogd.

In de volgende hoofdstukken (deel B) zal, indien van toepassing, in het kort voor iedere fase aangegeven worden welke communicatieaspecten voor die fase relevant zijn.

3.1 Communicatie en voorlichting ter voorbereiding op een eventuele ramp

In de preparatiefase worden zoveel mogelijk communicatieactiviteiten voorbereid. In deze fase wordt bijvoorbeeld een crisiscommunicatieplan opgesteld waarin de communicatievoorschriften en communicatiemiddelen beschreven worden. Daarnaast is het belangrijk om binnen de organisatie, maar ook naar de buiten-

wereld, heldere communicatielijnen te benoemen. Ook is het zeer belangrijk te communiceren over het ZiROP om awareness te verkrijgen bij aan de ziekenhuisorganisatie verbonden personen.

Tip

Stel een alomvattend crisiscommunicatieplan op, schakel daarvoor de afdeling Communicatie in. Stem het af met de GHOR en (via de GHOR) met de veiligheidsregio.

Informatie voor poliklinische patiënten samenstellen

Om poliklinische patiënten in het ziekenhuis in te lichten over de ramp en de gevolgen daarvan is het raadzaam om informatiefolders en/of brieven te ontwikkelen voor deze doelgroep. Naast het ontwikkelen van de informatie, is het ook van belang dat er afspraken gemaakt worden over wie zorg draagt voor het verschaffen van deze informatie aan poliklinische patiënten op het moment van een ramp, en waar deze informatie te vinden is.

In bijlage 8 treft u een voorbeeld aan van zo'n informatiebrief.

Informatie voor klinische patiënten samenstellen

Naast het informeren van de poliklinische patiënten, zullen ook de patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis geïnformeerd moeten worden over de situatie. Ook hier is het van belang dat er afspraken gemaakt worden over wie zorg draagt voor het verschaffen van deze informatie aan klinische patiënten op het moment van een ramp, en waar deze informatie te vinden is.

In bijlage 8 treft u een voorbeeld aan van zo'n informatiebrief.

Informatie voor patiënten, waarbij geplande of lopende zorg wordt onderbroken

Patiënten, die plotseling horen dat hun afspraak niet doorgaat, en patiënten die acuut worden ontslagen moeten uitleg krijgen over de situatie en hoe het verder gaat. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van informatiefolders met instructies, die van te voren gereed liggen. Duidelijk moet in ieder geval zijn welke informatie de patiënten krijgen en op welke wijze en waar deze folders te vinden zijn.

3.2 Communicatie tijdens de ramp

Feiten rondom een ramp moeten zo duidelijk mogelijk zijn voor de betrokken hulpverleners. Ontbrekende informatie moet worden verzameld bij de sleutelfunctionarissen die over de betreffende informatie beschikken. In de eerste uren na de melding van de ramp zal doorgaans steeds meer informatie beschikbaar

komen. Deze informatie moet adequaat worden verwerkt en verspreid over degenen die informatie nodig hebben, zowel intern als extern.

3.2.1. Interne communicatie tijdens de ramp

De vooraf ontwikkelde informatiematerialen voor diverse groepen patiënten (zie vorige paragraaf) worden terstond ingezet.

Interne communicatie richting medewerkers is van groot belang om personeel op de hoogte te houden van de situatie en de achtergrond van de ramp, de getroffen maatregelen, de verwachte inzet en handelswijze van het personeel. Dat is in het bijzonder het geval wanneer de ramp ook van invloed is op de (arbeids-) veiligheid van het personeel (bij CBRN, overstroming, pandemie). Het afdelingshoofd kan hierin een sleutelrol vervullen.

Afhankelijk van de aard en de duur van de ramp, kunnen de volgende communicatiemiddelen ingezet worden:

- ➔ Informatiebijeenkomsten voor personeel, op afdeling of centraal;
- ➔ Intranet, indien nog in de lucht;
- ➔ Heel korte nieuwsbrieven, ter plaatse uitgedeeld;
- ➔ Brieven op het huisadres van medewerkers (eigenlijk alleen van toepassing bij een pandemie).

Tip

Denk ook aan de medewerkers van de afdelingen die niet direct bij de rampenopvang betrokken zijn.

3.2.2. Externe communicatie tijdens de ramp

Communicatiemiddelen en – lijnen in orde maken

Belangrijke voorwaarden om met de buitenwereld te communiceren zijn:

- ➔ Relevante telefoonnummers, faxnummers, emailadressen et cetera zijn bekend:
 - Leden van Beleidsteam en Operationeel team
 - Medewerkers en medisch specialisten die opgeroepen moeten worden
 - Noodnetnummers
 - HS-GHOR
 - Lokale en landelijke media
- ➔ Beschikbaarheid portofoons;
- ➔ Beschikbaarheid ETP-toestellen (deze toestellen kunnen worden gebruikt zonder tussenkomst van een telefooncentrale);
- ➔ Beschikbaarheid telefoontoestellen die aangesloten zijn op het noodnet;
- ➔ Telefoontoestellen en piepers zijn goed onderhouden;
- ➔ Printers zijn goed onderhouden en er is extra inkt en papier.

Daarnaast is belangrijk om een noodplan op te stellen, voor het geval dat alle elektronica uitvalt.

Tip

Heb ook aandacht voor portofoongebruik binnen het ziekenhuis, inclusief scholing in het gebruik (onderdeel van het OTO-programma).

Tip

Zorg dat bekend is welke toestellen op het noodnet zijn aangesloten en dat deze toestellen werken.

Communicatie met de pers

Ten tijde van (het ontstaan van) een ramp komt het ziekenhuis in aanraking met de pers. Coördinatie van deze contacten is essentieel. Het is noodzakelijk dat slechts één of een zeer beperkt aantal functionarissen zorg draagt voor alle contacten met de pers. Andere medewerkers en medisch specialisten mogen niet met de pers communiceren. Hiermee kan voorkomen worden dat tegenstrijdige of onjuiste informatie naar buiten wordt gebracht. Bovendien heeft de gemeente, in casu een burgemeester, een centrale rol in voorlichting over de ramp, dus het ziekenhuis dient nauw overleg te voeren met gemeente en GHOR.

Mocht er overwogen worden zelf informatie te verstrekken aan de pers, dan kan dat plaatsvinden via:

- Persberichten geplaatst door het Algemeen Nederlands Persbureau (ANP) worden door kranten nog op het laatste moment opgepikt. Bel wel eerst, voordat u het bericht mailt: 070 414 14 01, nieuwsdienst@anp.nl.
- Persconferenties, in overleg met de gemeente en GHOR.
- Website van het ziekenhuis.
- Lokale omroepen worden bij een ramp vaak 'rampzender', waarvan goed gebruik kan worden gemaakt. Dit verloopt via het Regionaal Operationeel Team (ROT) en kan bijvoorbeeld gebruikt worden om personeel te bereiken bij uitval van de nutsvoorzieningen.

Daarnaast is het belangrijk om te beschikken over actuele perslijsten, waarmee de juiste media kunnen worden benaderd.

In bijlage 9 zijn richtlijnen opgenomen betreffende de omgang met de pers en de media.

Tip

Zorg dat de pers niet op de afdelingen komt.

Laat bijvoorbeeld tijdens de ramp een persvoorlichter van het ziekenhuis op de SEH rondlopen. Deze medewerkers kennen over het algemeen alle journalisten in de regio. Journalisten zijn slim en inventief in het zich toegang verschaffen tot slachtoffers.

Kernboodschappen voor de pers

De inhoud van de boodschappen die in het kader van de communicatie worden uitgegeven, moet duidelijk en beknopt zijn. Van te voren kan hierop worden geanticipeerd door het volgende:

- Een algemene vragenlijst met mogelijke antwoorden;
- Basisteksten voor persberichten, kennisgeving aan betrokken instanties;
- Instructies voor de woordvoerder;
- Factsheets over de instelling, kerncijfers (aantal werknemers, aantal bedden, aantal specialisten, budget);
- Factsheets over de situatie;
- Standaard situatie rapport en standaard opdrachten (zie bijlage 10).

Tijdens de ramp is het belangrijk om te monitoren of de juiste informatie door de pers gecommuniceerd wordt. Dit kan leiden tot aanpassing van de voorlichting aan de pers.

VIP-visites

Tijdens een ramp kan het voorkomen dat lokale, regionale of landelijke VIP's een bezoek willen brengen aan het rampgebied. Een bezoek aan het ziekenhuis kan daar goed in passen. Van tevoren kan hiervoor een plan worden gemaakt. De voorzitter Beleidsteam bepaalt samen met de medisch coördinator of, wanneer en waar zo'n bezoek kan plaatsvinden.

4

Implementatie en onderhoud van een ZiROP

4.1 Bestuurlijke verantwoordelijkheid stopt niet na opstellen ZiROP

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven, is het belangrijk om een ZiROP-beheerder te benoemen. Deze draagt zorg voor de implementatie en het onderhoud van het ZiROP, en wordt daarbij ondersteund door het gestructureerd ZiROP-overleg. De ZiROP-beheerder werkt nadrukkelijk met mandaat, als verlengde arm, van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur heeft de wettelijke plicht te zorgen voor een actueel én geoefend ZiROP. Om het actueel te houden, dient er periodiek onderhoud van het ZiROP plaats te vinden (paragraaf 4.2) en het goed opleiden, trainen en oefenen is essentieel voor de implementatie (paragraaf 4.3). Dit alles natuurlijk ondersteund met de juiste communicatie, zoals verwoord in het vorige hoofdstuk.

4.2 Onderhoud van het ZiROP

Onderhoud van het ZiROP vindt onder andere plaats naar aanleiding van:

- Veranderingen in de organisatie van het ziekenhuis, waaronder verbouwingen;
- Nieuwe inzichten naar aanleiding van opleidingen, trainingen en oefeningen die in het kader van het ZiROP zijn uitgevoerd;
- En natuurlijk naar aanleiding van een daadwerkelijke ramp.

Tip

Vanwege de grote risico's verbonden aan uitval van elektriciteit en elektronica, is het raadzaam om een Business Continuity Plan op te stellen. Daarin regelt het ziekenhuis zelf de continuïteit op het gebied van communicatie (intern en extern), techniek, organisatie, mensen en besturing, inclusief fall-back scenario's voor calamiteiten zoals een totale uitval van het communicatienetwerk.

Daarnaast is het belangrijk om minimaal iedere twee jaar het gehele ZiROP te actualiseren. Alle veranderingen in het ziekenhuis kunnen immers effect hebben op de werkwijzen en afspraken die in het ZiROP zijn opgenomen. Hierbij kan afstemming gezocht worden met andere ziekenhuizen in de regio (via het ROAZ), waardoor de uniformiteit in werkwijze tussen de verschillende ziekenhuizen wordt vergroot. In geval van een ramp is de kans immers groot dat meerdere (regionale) ziekenhuizen tegelijk betrokken zijn bij de opvang van slachtoffers; gezamenlijk ontwikkelen partijen hierdoor een leercyclus van oefenen en verbeteren.

Bijlage 11 laat een overzicht zien van een mogelijke verdeling van de taken en verantwoordelijkheden bij het onderhoud van een ZiROP.

4.3 Cyclus van ZiROP en OTO

Het opzetten van een traject van Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) is een zeer belangrijk onderdeel van de implementatie van het ZiROP. Zo belangrijk, dat hiervoor een afzonderlijke Leidraad is ontwikkeld, in de vorm van een startdocument dat de eerste aanzet geeft om systematisch OTO te bevorderen: het startdocument Leidraad OTO 2008.

ZiROP en OTO zijn in principe onderdeel van een samenhangende cyclus: nadat een ZiROP is opgesteld, is het belangrijk dat de betrokken (sleutel) functionarissen dit plan in de praktijk kunnen toepassen en uitvoeren. Zij dienen competent te zijn qua kennisniveau, getrainde vaardigheden en hun gedrag of attitude in acute situaties, zowel als individu als in teams. Juist in acute situaties blijkt hoe sterk en effectief een team is in de gezamenlijke aanpak van de ramp-opvang. Dit drieluik van kennis, vaardigheden en attitude wordt gezamenlijk aangeduid als 'competenties' of 'eindtermen' en komt als op te bouwen lijn geheel terug in het adagium: eerst opleiden, dan trainen en vervolgens oefenen.

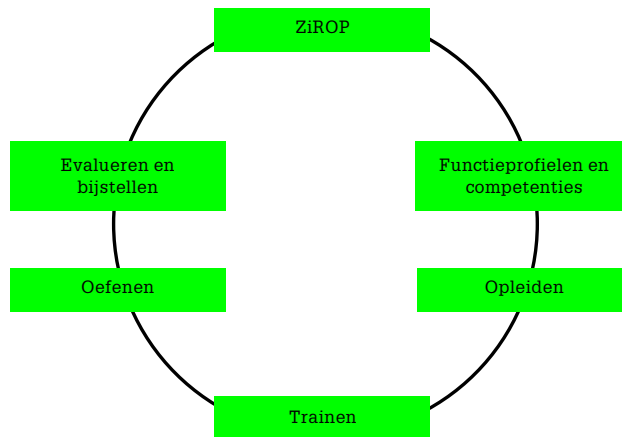
Het onderscheid is als volgt te verduidelijken:

- Opleidingen zijn gericht op het bijbrengen van kennis;
- In trainingen wordt de opgedane kennis toegepast om vaardigheden te verwerven;
- Oefeningen dienen om ervaring op te doen in een zo realistisch mogelijke omgeving om het beoogde gedrag te simuleren en 'real life' te oefenen.

Door deze stappen te doorlopen, worden nieuwe ervaringen opgedaan die wellicht aanpassing van het ZiROP en/of competenties wenselijk maken. Het ZiROP en OTO zijn op deze manier nauw met elkaar verbonden en vormen gezamenlijk een terugkerende cyclus (zie figuur 1). Deze principiële benadering op grond van didactische inzichten is vooralsnog te zien als een na te streven eindmodel dat vanuit de huidige stand van zaken stapsgewijs gerealiseerd moet worden. Op deze plaats werken we het cyclische model van ZiROP, competenties/eindtermen en OTO verder uit, in de wetenschap dat partijen hierover nog nader met elkaar in overleg moeten om te komen tot nadere consensus en een gezamenlijke aanpak voor de weg waarlangs het eindmodel kan worden gerealiseerd.

Figuur 1

Samenhangende cyclus van ZiROP en OTO



In het ZonMw Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen hebben diverse projecten aandacht besteed aan de ontwikkeling van een set competenties voor de sleutelfuncties en sleutelfunctionarissen. Dit proces is zeker nog niet ten einde en er kunnen daarom nog geen definitieve voorstellen gedaan worden. Toch lijkt het nuttig in te gaan op deze ontwikkelingen, om te voorkomen dat de ziekenhuizen, die dit zelf ook verder willen ontwikkelen, het wiel zelf moeten uitvinden. Het centraal georganiseerd opzetten van deze competenties lijkt de juiste aanpak.

Er zullen kwalificatieprofielen moeten worden opgesteld voor de individuele sleutelfuncties om te kunnen beoordelen wie in aanmerking kan komen voor een bepaalde sleutelfunctie en om te bepalen welke additionele competenties dat vergt. Het benoemen van de individuele en groepscompetenties is nodig om een OTO-traject goed te kunnen samenstellen en om te kunnen beoordelen of het bestaande OTO-aanbod voldoende is om de inhoud van het (periodiek te reviseren) ZiROP goed in de praktijk te brengen is door de sleutelfunctionarissen.

In hoeverre een individuele sleutelfunctionaris het OTO-traject moet doorlopen, is ook afhankelijk van zijn of haar eerder verworven competenties. Artsen en verpleegkundigen dienen voor hun reguliere taakuitoefening al aan vele competenties te voldoen om hun vak bekwaam en bevoegd te kunnen en mogen uitvoeren. Over het algemeen zullen zij deze competenties in een een-op-een situatie toepassen: in hun eentje omgaan met een individuele patiënt. Hoe anders ligt dat in een rampsituatie, waarin de sleutelfunctionarissen eigenlijk altijd in een team functioneren. Dat rechtvaardigt de vraag of teamcompetenties niet belangrijker zijn dan de individuele competenties, behoudens die individuele competenties, die nodig zijn om in een team te kunnen functioneren. Hierbij gaat het dan vooral om de attitude of houding ten aanzien van samenwerking. Uit een van de ZonMw-projecten is gebleken dat een gebrek aan bepaalde competenties in een groep tot zekere hoogte kunnen worden ondervangen door het juist toepassen van goede tools. Wil men de resultaten van oefeningen en de prestaties van een team bij een ramp op een goede manier kunnen beoordelen, dan is een set van concrete prestatie-indicatoren nuttig.

Vooralsnog gaan we er van uit dat de bovenstaande cyclus geldt voor alle ziekenhuizen, ongeacht omvang en aard. Ook de Leidraad OTO maakt hierin geen onderscheid en is in principe van toepassing op alle ziekenhuizen en alle vormen van rampen. Hoewel ziekenhuizen op grond van de WTZi de verplichting hebben om acute zorg te bieden in alle situaties, zal ieder ziekenhuis bij het toepassen van OTO keuzes maken op basis van een regionale risicoanalyse. Deze risicoanalyse laat zien welke typen rampen voor dat ziekenhuis het meest waarschijnlijk zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de Rotterdamse ziekenhuizen, waar het risico op een chemische ramp in principe relatief groot is in verband met de nabijgelegen haven en industrieën.

Format ZiROP

Deel

B

Checklist ZiROP

De hoofdstukken van een ZiROP worden gevormd door de verschillende fasen van een ramp. Onderstaand overzicht geeft per fase weer welke onderwerpen per hoofdstuk beschreven worden. Dit overzicht kan als checklist gebruikt worden om een indruk te krijgen van de mate waarin de elementen in deze Leidraad terugkomen in uw eigen ZiROP.

I Preparatiefase

- 1 Functionarissen per hiërarchische functie benoemen
- 2 Instructie personeel
- 3 Aanschaffen van herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen
- 4 Beschikbaarheid actuele NAW gegevens personeel en artsen
- 5 Vrijwilligersinzet
- 6 Aflossingsschema werkvloer
- 7 Registratiesysteem
- 8 Communicatie
- 9 Slachtoffers
- 10 Personeel
- 11 Familie
- 12 Pers
- 13 In- en externe routing bepalen
- 14 Evaluatieformulieren samenstellen
- 15 Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, familie
- 16 Kinderopvang personeel, familie en slachtoffers
- 17 Bevoorrading
- 18 Veiligheid

II Rampsituatie

Fase van Berichtgeving

- 1 Meldpunt: plaats waar de melding binnenkomt
- 2 Aannemen van de melding
- 3 Actie ondernemen na melding
- 4 De allereerste slachtoffers – zelfverwijzers

Fase van Besluitvorming (voorheen Fase van Overleg)

- 1 In werking stellen van het ZiROP
- 2 Besluitvorming

Fase van Alarmering

- 1 Cascade en/of geautomatiseerd
- 2 Binnen en buiten kantoortijd
- 3 Als de telefoon niet te gebruiken is
- 4 Omvang extra menskracht
- 5 Besluitvorming over benodigde extra menskracht

Fase van Opschaling (voorheen Fase van Voorbereiding)

- 1 Oproepen coördinerend team
- 2 Stopzetten normale activiteiten, voor zover nodig en medisch verantwoord
- 3 Inrichten meldpunt personeel
- 4 Inrichten plotkamer en coördinatiecentrum voor rampenstaf
- 5 T1-, T2-, T3- en T4-slachtofferopvang voorbereiden
- 6 Opvang van overledenen voorbereiden
- 7 Voorbereiding buiten de ziekenhuismuren
- 8 Inventarisatie behandelcapaciteit
- 9 Registratiemiddelen gereed maken
- 10 Communicatie

Fase van Ontvangst

- 1 Triage
- 2 Registratie
- 3 Treatment (behandeling)
- 4 Transport (intern of extern)

Fase van Definitieve behandeling

- 1 Zorg voor de slachtoffers van de ramp
- 2 Zorg voor de 'reguliere' patiënten
- 3 Communicatie

4 Geestelijke bijstand

5 Tolken

Fase van Afschaling

1 Beëindigen van 'noodtoestand'

2 Debriefing

3 Posttraumatische begeleiding

4 Evaluatie

Fase van Normalisatie

1 Patiënten overplaatsen

2 Temporisering in normalisatie

3 Tijdsbeslag

4 Geestelijke belasting

5 Overwerkregistratie

6 Administratie en financiën

7 Rampenvoorzieningen

8 Bevoorrading

9 Communicatie van de leerpunten

Preparatiefase

B.I

Preparatiefase

- 1 Functionarissen per hiërarchische functie benoemen;
- 2 Instructie personeel
- 3 Aanschaffen van herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen
- 4 Beschikbaarheid actuele NAW gegevens personeel en artsen
- 5 Vrijwilligersinzet
- 6 Aflossingsschema werkvloer
- 8 Communicatie
- 9 Slachtoffers
- 10 Personeel
- 11 Familie
- 12 Pers
- 13 In- en externe routing bepalen
- 14 Evaluatieformulieren samenstellen
- 15 Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, familie
- 16 Kinderopvang personeel, familie en slachtoffers
- 17 Bevoorrading
- 18 Veiligheid

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- ➔ Items rondom taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, zijn ondergebracht in het nieuwe hoofdstuk 3;
- ➔ De volgorde van de oorspronkelijke lijst van 22 items is herzien, waarbij samenhangende items geclusterd zijn;
- ➔ Er is een aantal nieuwe items toegevoegd, naar aanleiding van nieuwe inzichten en ervaringen sinds 2005, namelijk Vrijwilligersinzet en Aflossingsschema werkvloer;
- ➔ Een nieuw item betreft het aanbieden van Kinderopvang.

Toelichting op Preparatiefase

1 Functionarissen per hiërarchische functie benoemen

Ten tijde van een ramp of calamiteit zal ongeveer 98% van de medewerkers van het ziekenhuis dezelfde werkzaamheden verrichten als in een reguliere situatie. Er is dus slechts een klein gedeelte van de medewerkers voor wie een andere rol geldt. Voor deze medewerkers, die sleutelfunctionarissen worden genoemd, geldt dat vooraf duidelijk moet zijn wie dit betreft en wat de rol van deze sleutelfunctionarissen is.

Voor de functies zoals benoemd in hoofdstuk 2, worden in de preparatiefase functionarissen benoemd. Hierbij is het belangrijk dat functionarissen benoemd worden die beschikbaar en geschikt zijn. Hierbij zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- Opleiding: indien voor de vervulling van een bepaalde functie ten tijde van een rampsituatie opleiding nodig is, dienen alle personen, die potentieel die functie vervullen, bij voorkeur deze opleiding aangeboden te krijgen. De wijze waarop het opleiden, trainen en oefenen van deze functionarissen kan plaatsvinden, is beschreven in de Leidraad OTO;
- Vervanging: in geval van afwezigheid van de betreffende functionarissen dient er adequate vervanging geregeld te zijn;
- Aflossing: wanneer de ramp meerdere uren of dagen voortduurt, zullen de functionarissen afgelost moeten worden.

Idealiter is er per rol of functie binnen het ZiROP een competentieprofiel beschikbaar.

2 Instructie personeel

In principe voert het merendeel van de medewerkers en artsen tijdens een ramp dezelfde werkzaamheden uit als in een niet-opgeschaalde situatie, maar wel met een hogere intensiteit en een strakke hiërarchie.

Voor de sleutelfunctionarissen geldt wel een andere taak tijdens de opgeschaalde situatie. Men moet er van uit gaan, dat niet iedereen exact op de hoogte is van zijn functie tijdens een ramp. Om dit probleem te ondervangen, moet men de essentialia aangeven voor die rollen of functies, die anders zijn dan normaal. Een goede methode is het maken van actiekaarten. Op deze actiekaarten zijn de volgende punten beschreven:

- Command and control: plaats in hiërarchie en wie eventueel boven en wie onder de betreffende functionaris staat;
- Safety: herkenningstekens (bijvoorbeeld een hesje), veiligheidskleding zover nodig;
- Communicatie: onder welk nummer hij bereikbaar is en de nummers van personen boven/onder;
- Taakinhoud.

In bijlage 12 is een voorbeeld opgenomen van een actiekaart. Verdere aandachtspunten ten aanzien van de instructie van personeel zijn beschreven in de Leidraad OTO.

Tip

Maak een checklist van de activiteiten die een sleutelfunctionaris in de beginfase (bijvoorbeeld eerste half uur) van een ramp dient uit te voeren. Wanneer de sleutelfunctionaris nog onderweg is naar het ziekenhuis, is er duidelijk overzicht van de activiteiten die door een ander opgestart kunnen worden.

3 Aanschaffen van herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen

Goede herkenbaarheid maakt het gemakkelijker de juiste persoon te vinden en zal bovendien leiden tot minder discussie over opdrachten en schept duidelijkheid aan wie bepaalde dingen gevraagd kunnen worden of gerapporteerd moeten worden.

Deze voorzieningen moeten klaar liggen voor het geval een ramp optreedt. Denk hierbij aan hesjes, armbanden, eventueel petten et cetera. Daarnaast kan via kleurcodering en/of functievermelding in één oogopslag duidelijk gemaakt worden wie welke functie heeft. Dit kan worden overlegd met de regionale GHOR.

4 Beschikbaarheid actuele NAW gegevens personeel en artsen

Van belang is dat personeel en artsen kunnen worden opgeroepen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de NAW gegevens (naam, adres, woonplaats) actueel zijn. Een update van gegevens zou minstens vier keer per jaar moeten plaatsvinden. Dit kan per afdeling gebeuren, maar centraal kan dit over het algemeen goed plaatsvinden via de personeels- of salarisadministratie.

Tip

Mail periodiek de NAW gegevens van de afdelingen naar de hoofden met de vraag of dit nog up-to-date is. Indien niet meer up-to-date, dan moeten zij een nieuwe lijst terugsturen.

5 Vrijwilligersinzet

Veel ziekenhuizen maken in het dagelijks leven gebruik van vrijwilligers bijvoorbeeld van de UVV (Unie Van Vrijwilligers). Bij een ramp zullen deze vrijwilligers zich melden, evenals andere personen die willen komen helpen bij de opvang van de slachtoffers en hun familie.

Deze vrijwilligers kunnen worden ingezet, maar moeten wel worden geregistreerd. In bijlage 13 is een voorbeeld opgenomen van een formulier dat hiervoor gebruikt kan worden.

6 Aflossingsschema werkvloer

Onder punt 1 van deze fase is aangegeven dat het belangrijk is om de sleutel-functionarissen tijdig af te lossen. Ditzelfde geldt voor de overige medewerkers van het ziekenhuis. Hiertoe kan een aflosschema opgesteld worden, waarin onder andere is aangegeven welke functionarissen na hoeveel uren worden afgelost, rekening houdend met de zware belasting van medewerkers tijdens de opvang van slachtoffers. Om de continuïteit tijdens de ramp te waarborgen gelden deze aflosschema's als dienstopdracht.

De vraag hierbij is echter wel of het nodig en wenselijk is om af te wijken van het reguliere schema van 3 diensten van 8 uur per dag. Het aantal beschikbare medewerkers speelt een belangrijke rol bij deze afweging.

7 Registratiesysteem

Goede registratie van patiëntgegevens en locatie en routing van slachtoffers is essentieel. Centraal in het ziekenhuis moet hierover de regie worden gevoerd. Goede afspraken dienen hierover te worden gemaakt. Van belang is onder andere:

- ➔ Welke informatie wordt per patiënt vastgelegd en door wie?
- ➔ Op welke wijze wordt deze informatie vastgelegd: papier, computer, et cetera?
- ➔ Indien er een computersysteem gebruikt wordt: wat gebeurt er wanneer een systeem uitvalt? Is er een papieren back-up bij gebruik van een elektronisch systeem?
- ➔ Hoe is de centrale regie over de administratie van patiëntgegevens geregeld?
- ➔ Hoe is de aansluiting met de gemeentelijke registratie van slachtoffers geregeld (bureau CRIB)?
- ➔ Gebruik zoveel mogelijk bestaande systemen, die bekend zijn bij de gebruikers!

Momenteel zijn hiervoor nog geen landelijk toepasbare systemen. Daarnaast moeten altijd de gegevens van de Nederlandse slachtofferregistratiekaart worden vastgelegd (kaartnummer). De kaart moet altijd bij de patiënt blijven en op zijn minst bewaard blijven voor naonderzoek. Slachtoffers, die zonder slachtofferregistratiekaart in het ziekenhuis komen, dienen daar alsnog een slachtofferregistratiekaart te krijgen ter registratie van het totaal aantal bij de ramp betrokkenen.

8 Communicatie

In de preparatiefase zijn de volgende communicatieactiviteiten van belang:

- ➔ Informatie voor poliklinische patiënten samenstellen;
- ➔ Informatie voor klinische patiënten samenstellen;
- ➔ Communicatiemiddelen en -lijnen in orde maken.

In hoofdstuk 4 zijn deze aspecten toegelicht.

9 Slachtoffers

Tijdens een rampsituatie is het van groot belang om de verschillende logistieke stromen in het ziekenhuis te scheiden. Voor deze groepen dienen dan waar mogelijk ook aparte ruimten gecreëerd te worden.

Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende stromen:

- Patiënten;
 - ↘ Onverwezen spoedpatiënten (slachtoffers van de ramp zelf én overige spoedpatiënten);
 - ↘ Verwezen spoedpatiënten (deze worden bij voorkeur op een afdeling of polikliniek ontvangen en niet op de Spoedeisende Hulp);
- Personeel;
- Familie;
- Pers.

Tip

Bepaal in de preparatiefase de rol en risico's van alle mogelijk relevante sleutelgebieden en actualiseer deze gebiedsanalyse periodiek.

T1-, T2-, T3- en T4- gebieden

Van te voren moet bepaald zijn waar welke opvang geregeld wordt. T1-opvang zal doorgaans op de SEH plaatsvinden. Afhankelijk van de omvang van de SEH kan hier wellicht ook T2-opvang geschieden. De opvang van T3 gewond slachtoffers kan eventueel op een (in pandige) huisartsenpost plaatsvinden, indien hierover vooraf heldere afspraken zijn gemaakt en er is geoeffend (en indien de huisartsenpost ook daadwerkelijk bezet is).

Tijdelijke mortuariumruimte aanwijzen (T5)

Ten tijde van een rampsituatie kan het ziekenhuis te maken krijgen met een aantal overledenen dat de eigen mortuariumcapaciteit overstijgt. In dat geval is het noodzakelijk elders een tijdelijk mortuarium in te richten. De grootte en ligging hiervan moet van te voren zijn overdacht in overleg met het hoofd van het mortuarium. Bij voorkeur bevindt deze ruimte zich ver weg van de pers, en niet te ver van de SEH.

Ook kan ervoor gekozen worden de in het ziekenhuis overleden slachtoffers eerst in een tijdelijke mortuariumruimte te plaatsen voor identificatie, waarna overplaatsing naar het mortuarium kan plaatsvinden.

Tip

Denk aan afstemming met het gemeentelijk procesplan uitvaart en met de politie omtrent het inschakelen van de gemeentelijk lijkschouwer of RIT (rampenidentificatieteam).

Ontslaggebied

Binnen deze ruimten vindt het ontslag plaats van slachtoffers van de ramp. Door dit in een aparte ruimte te organiseren, kan het ontslag gestructureerd plaatsvinden en vindt een goede registratie plaats, ver van de pers. Het is belangrijk om in het ontslaggebied ervaren verpleegkundigen, vrijwilligers en eventueel maatschappelijk werkers in te zetten. Daarnaast kan een beroep gedaan worden op de PSHOR, de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

Plotkamer

De plotkamer is een spin in het web ten aanzien van de verzameling van informatie over patiënten. Deze kamer dient daarom niet te ver van de SEH te liggen en juist ver van de pers.

10 Personeel

Meldpunt personeel

Indien besloten wordt tot het instellen van een centraal meldpunt voor het personeel of voor het deel van het personeel dat in aanmerking komt voor een leidinggevende rol (sleutelfunctionarissen), moet het meldpunt voor personeel zo gekozen worden, dat personeel dat extra wordt opgeroepen geen hinder heeft van andere personen, bijvoorbeeld familie of bekenden van slachtoffers. Bovendien mag het opgeroepen personeel zelf ook geen hinder geven aan toestromende slachtoffers.

Meldpunt vrijwilligers

Het meldpunt voor vrijwilligers is gescheiden van het meldpunt voor personeel. Het bevindt zich bij voorkeur in de buurt van de hoofdingang. Hier zullen degenen die vrijwillig komen helpen zich kunnen melden.

11 Familie

Informatiebalie

Bij de informatiebalie kunnen familie en bekenden informatie krijgen over de slachtoffers. Het gaat dan niet om medische gegevens, maar wel of de patiënt in dat ziekenhuis is en zo ja, waar hij zich bevindt.

De ligging hiervan moet zo zijn, dat deze niet direct in de omgeving van de SEH ligt en ook niet bij de transportwegen tussen SEH en andere essentiële afdelingen, zoals Röntgen, IC en OK. Een grote hal kan hiervoor als onderdak dienen.

Wachtruimte voor familie

Om familieleden van slachtoffers op te vangen, is het prettig om deze personen in aparte ruimten te laten wachten. Dit kan eventueel worden gecombineerd met de informatiebalie. Ervaren verpleegkundigen, vrijwilligers, cateringpersoneel, maatschappelijk werk en de pastorale dienst kunnen ingezet worden in deze wachtruimte.

Herenigingsruimte

Hereniging van familie met slachtoffers kan zeer emotioneel zijn en privacy is derhalve op zijn plaats. Een aparte ruimte onttrokken aan het zicht van anderen is dan wenselijk.

Verwantentelefoon

Ziekenhuizen hebben bij vraaginformatie vanuit verwanten een doorverwijsfunctie naar de desbetreffende gemeente (verwantentelefoon).

12 Pers

Ten tijde van een ramp wil de pers zo goed mogelijk op de hoogte zijn. Indien een aparte ruimte hiervoor wordt ingericht, kunnen de bewegingen van de pers worden gecontroleerd. Het verdient aanbeveling deze ruimte ver van de directe hulpverlening te situeren. Voorkom te allen tijde dat de pers zelf in het ziekenhuis kan gaan rondlopen.

De persruimte is bij voorkeur voorzien van telefoons en televisie, kortom alle middelen waarmee journalisten hun werk kunnen doen op de hen toegewezen plek.

13 In- en externe routing bepalen

In het ziekenhuis moeten de ruimten voor T1, T2, T3 gewond, T4 en T5 worden gemarkeerd. Ook moet bijvoorbeeld de informatiebalie voor familie aangegeven zijn. De routes waarlangs patiënten naar en door het ziekenhuis komen, moeten duidelijk zijn gemarkeerd. Kies voor bijvoorbeeld rode (T1), gele (T2), groene (T3), blauwe (T4) en zwarte (T5) lijnen voor de routes voor deze patiënten.

Buiten het ziekenhuis moet het verkeer ook strikt geregeld zijn. Het ziekenhuis moet in feite worden afgesloten (zoveel mogelijk ingangen sluiten en bewaken) en de routes naar en van het ziekenhuis moeten zijn beveiligd.

Tip

Verbouwingen in het ziekenhuis kunnen leiden tot de noodzaak van aanpassing van het ZiROP.

14 Evaluatieformulieren samenstellen

Na afloop moet een rampsituatie worden geëvalueerd. Aanbevolen wordt onderscheid te maken tussen individuele evaluaties van sleutelfunctionarissen en groepevaluaties van afdelingen en de gehele organisatie. De beschikbaarheid van standaardformulieren bevordert de kwaliteit van de evaluaties. Een lijst met aandachtspunten voor evaluatie treft u aan in bijlage 14.

15 Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, familie

De catering tijdens een rampsituatie moet goed zijn geregeld. Zo zullen de medewerkers van voldoende drinken en eten moeten worden voorzien op de plaatsen

waar zij aan het werk zijn, maar ook moeten de patiënten op andere wijze dan gebruikelijk voldoende te eten en drinken kunnen krijgen. Ook voor familie en bekenden moet iets zijn geregeld, bijvoorbeeld met een ziekenhuiswinkel.

16 Kinderopvang personeel, familie en slachtoffers

Opgeroepen personeel kan problemen hebben met het regelen van oppas voor kinderen en zieke huisgenoten. Ook kinderen van bezoekende familieleden of kinderen van slachtoffers moeten tijdelijk kunnen worden opgevangen. De ziekenhuiscrèche, de kinderafdeling zelf indien voldoende capaciteit, of een nabij gelegen kinderdagverblijf kunnen hiervoor worden ingeschakeld.

Kinderen van slachtoffers kunnen hetzelfde nummer krijgen als de betrokken ouder. Andere kinderen kunnen een patiëntenarmbandje krijgen met naam en eventueel telefoonnummer.

17 Bevoorrading

Tijdens een rampsituatie waarbij veel patiënten in het ziekenhuis worden behandeld, zullen voorraden van bijvoorbeeld steriele materialen, medicijnen en verbandmiddelen regelmatig gecontroleerd en bijgevuld moeten worden. Aandachtspunt hierbij is de eventuele bevoorrading van buiten het ziekenhuis. Ook hierbij is scheiding van stromen van belang. Voor deze toevoer dient dan ook bij voorkeur een aparte ingang gebruikt te worden.

18 Veiligheid

Bij CBRN-rampen en pandemieën kan er sprake zijn van een situatie, waarin de veiligheid van hulpverleners in het ziekenhuis in het gedrang kan komen. Niet altijd zal een ziekenhuis in staat zijn om zelf de totale bewaking en beveiliging in te stellen. Daarom is het verstandig hierover in overleg te treden met de regionale politie.

Kernboodschap

In de preparatiefase kan nog van alles worden uitgedacht en besproken, maar in alle andere fasen van een ramp is het motto DOEN. Het is dan te laat voor denken, discussiëren of uitzoeken. De lijnen, taken en procedures moeten dan volstrekt helder zijn. Daarvoor is immers vooraf een ZiROP opgesteld, door de Raad van Bestuur goedgekeurd en onder diens verantwoordelijkheid getraind en geoefend.

Rampsituatie

B.II

Fase van Berichtgeving

- 1 Meldpunt: plaats waar de melding binnenkomt;
- 2 Aannemen van de melding;
- 3 Actie ondernemen na melding;
- 4 De allereerste slachtoffers – zelfverwijzers.

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- ➔ Twee items over de plaats en methode van melding zijn samengenomen onder het eerste item;
- ➔ De overige items zijn onveranderd gebleven;
- ➔ Er is een item toegevoegd over de allereerste slachtoffers, omdat die een risico lopen buiten een 'verklarde ramp' te vallen.

Toelichting op Fase van Berichtgeving

Deze fase omvat de melding door de MKA aan het ziekenhuis dat er een ernstig incident heeft plaatsgevonden, wat gevolgen kan hebben voor de betrokken instelling. Het gaat in deze fase dus om de eerste melding bij het ziekenhuis dat er mogelijk sprake is van een ramp.

Het is mogelijk dat er slechts summiere informatie is over de ramp, of dat er zelfs geen melding plaatsvindt. Recente rampen laten zien dat de eerste slachtoffers op de SEH arriveren voordat er een melding komt van de MKA. Landelijk wordt momenteel gewerkt aan verdere verbetering van de melding van rampen.

1 Meldpunt: plaats waar melding binnenkomt

Het is van belang dat er duidelijkheid bestaat over:

- Bij welke afdeling en welke functionaris komt de rampmelding binnen in het ziekenhuis? Bij voorkeur is dat tijdens en buiten kantooruren dezelfde afdeling en functionaris als in de reguliere situatie. Hierdoor is er een 24-uurs beschikbaarheid van de organisatie, de techniek en procedures.
- Op welke manier komt de melding binnen? Via welk telefoonnummer, via een reguliere of noodnettelefoon? Het voordeel van een noodnettelefoon kan zijn, dat het uitsluitend voor rampen en calamiteiten wordt gebruikt, waardoor een verzoek om contact direct opvalt.

Bij voorkeur dient het meldpunt binnen en buiten kantooruren hetzelfde te zijn. Hierbij worden communicatiemiddelen gebruikt (tussen MKA en ziekenhuis) die te allen tijde beschikbaar, beveiligd en betrouwbaar zijn.

Tip

Gebruik het landelijke noodnet als fall-back scenario, in geval van uitval van telefoonverkeer.

2 Aannemen van de melding

Een zorgvuldige documentatie vanaf het begin van een mogelijke ramp, geeft duidelijkheid ten aanzien van omvang en soort van de ramp.

De volgende punten moeten worden geregistreerd:

- Naam, functie en telefoonnummer melder;
- Tijdstip van melding;
- Plaats van de ramp;
- Soort ramp;
- Bijzondere gevaren bij aanlevering slachtoffers;
- Verwacht tijdstip aanlevering slachtoffers;
- Geschat aantal slachtoffers;
- Soort aandoeningen.

Tip

Ontwerp hiervoor een vast meldingsformulier. Het Programma G-BIV (Geneeskundige Bestuurlijke Informatievoorziening) heeft een standaard informatieset ontwikkeld voor de informatie-uitwisseling tussen MKA en het ziekenhuis, toepasbaar tijdens de verschillende fasen van een rampsituatie. Deze is opgenomen in bijlage 15.

Er dient ook een verificatieslag te worden uitgevoerd, dat wil zeggen dat na de eerste melding vanuit de MKA er altijd contact wordt opgenomen door het ziekenhuis met de MKA om de melding te verifiëren. Protocolair uitvragen van de MKA (volgens de punten die hierboven zijn genoemd), kan onnodig opschalen door het ziekenhuis voorkomen omdat er dan geen enkel misverstand of miscommunicatie meer kan zijn. Van belang is goede afspraken te maken wie deze verificatie met de MKA uitvoert. Dit om te voorkomen dat diverse mensen contact opnemen met de MKA in het begin van de ramp.

3 Actie ondernemen na melding

Het verdient de voorkeur om de verantwoordelijkheid voor het aannemen van de melding bij één functie neer te leggen. De vervuller van de functie moet voldoende bevoegdheden hebben, omdat hij direct in actie moet komen en anderen moet aansturen.

De functie moet 7 x 24 uur vervuld worden en de vervuller dient in het ziekenhuis aanwezig te zijn.

4 De allereerste slachtoffers – zelfverwijzers

Voor een ziekenhuis en de huisartsenposten zijn de eerste slachtoffers potentieel kandidaat om buiten een 'verklaarde ramp' te blijven, daar de kans aanwezig is dat de rampenprocedures op dat moment nog niet in werking zijn getreden. De ziekenhuizen en huisartsenposten hebben in hun procedures gedefinieerd dat zo vroeg mogelijk begonnen wordt met het uitdelen van een slachtofferregistratiekaart met Toegekend Getroffenen Nummer.

Fase van Besluitvorming (voorheen Fase van Overleg)

- 1 In werking stellen van het ZiROP
- 2 Besluitvorming

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- ➔ Twee items over wie betrokken is bij besluitvorming en wie de uiteindelijke beslissing neemt, zijn samengenomen onder het laatste item 'besluitvorming'. Dit item is bovendien verder uitgewerkt;
- ➔ De rest is onveranderd gebleven.

Toelichting op Fase van Besluitvorming

In deze fase zal aan de hand van overleg worden bepaald tot welke maatregelen het ziekenhuis overgaat. De belangrijkste vraag die in deze fase moet worden beantwoord, luidt: Wordt het ZiROP in werking gesteld?

1 In werking stellen van het ZiROP

Aan de hand van de verkregen informatie wordt besloten of het ZiROP in werking moet worden gesteld. Als hiervoor aanvullende informatie nodig is, kan opnieuw contact worden gezocht met de rampmelder (de MKA).

2 Besluitvorming

Een beslissing tot het in werking stellen van het ZiROP is een beslissing met ingrijpende gevolgen. Het ligt voor de hand hierbij één of meer medici te betrekken, afhankelijk van het soort ramp.

De uiteindelijke beslissing om het ZiROP al dan niet in werking te stellen en de alarmeringsfase in gang te zetten berust bij de Raad van Bestuur of een daartoe aangewezen plaatsvervanger. Hierover kan en mag tijdens een ramp geen enkele onduidelijkheid meer bestaan (zie hoofdstuk 2).

Hierbij zijn twee alternatieven mogelijk:

- ➔ Iedere melding leidt meteen tot opschaling;
- ➔ Bij een melding wordt pas overgegaan tot opschaling na overleg en eventuele terugkoppeling met de MKA.

Fase van Alarmering

- 1 Cascade en/of geautomatiseerd
- 2 Binnen en buiten kantoor tijd
- 3 Als de telefoon niet te gebruiken is
- 4 Omvang extra menskracht
- 5 Besluitvorming over benodigde extra menskracht

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 is de volgende wijziging doorgevoerd:

→ De items zijn her en der aangevuld met concrete tips.

Toelichting op Fase van Alarmering

In deze fase worden de artsen, verpleegkundigen en ander personeel op de hoogte gebracht van het in werking treden van het ZiROP. Volgens vooraf opgestelde regels, wordt het aantal extra op te roepen personen bepaald, afhankelijk van de aard van de ramp, het te verwachten aantal slachtoffers en de grootte van het ziekenhuis.

Denk in deze fase ook aan de continuïteit van zorg voor de eventuele al in het ziekenhuis verblijvende patiënten en aan de benodigde aflossing indien de ramp langer duurt dan bij de inzet van hetzelfde personeel verantwoord is. Opschaling kan plaatsvinden volgens verschillende scenario's en in verschillende stappen, afhankelijk van het type en de omvang van de ramp.

1 Cascade en/of geautomatiseerd

Indien is besloten tot het in werking stellen van het ZiROP moeten de nodige functionarissen op de hoogte worden gesteld van de situatie en worden opgeroepen. Dit kan gebeuren via een cascade (=belboom)systeem of via een computergestuurd oproepsysteem. In beide gevallen zijn accurate en actuele lijsten nodig van de op te roepen personen en hun telefoongegevens. Hierbij is het bovendien belangrijk om overzicht te hebben over de dienstdoende medici en leidinggevenden. De telefoongegevens moeten ieder kwartaal worden geactualiseerd.

Bij een cascadesysteem belt een functionaris die op de hoogte is gesteld van de ramp een volgende functionaris en die weer een volgende, et cetera. Van tevoren is al helemaal uitgewerkt en getraind in welke volgorde de mensen moeten worden gebeld. De volgorde is afhankelijk van de urgentie, waarin de kundigheid van de gebelde noodzakelijk is bij de opvang van slachtoffers na een ramp.

Bij een computergestuurd oproepsysteem kunnen groepen personen snel simultaan worden gealarmeerd. Er zijn meerdere computersystemen beschikbaar (denk aan back-up voor het geval de computer uitvalt!).

2 Binnen en buiten kantoor tijd

Het ligt voor de hand dat binnen en buiten kantoor tijd een verschillende wijze van alarmering zal plaatsvinden. Binnen kantoor uren zullen de meeste noodzakelijke functionarissen in het ziekenhuis zelf aanwezig zijn. In dat geval kunnen interne oproepsystemen worden gebruikt, zoals piepers of een intern omroepsysteem. Voor oproepen buiten kantoor uren is het noodzakelijk over actuele telefoongegevens te beschikken. In het ZiROP moet aan beide situaties aandacht worden geschonken.

Tip

Stuur vanuit het Operationeel team ook een rampmelding naar de huisartsenposten, die betrokken zijn bij de rampenopvang in het ziekenhuis en vanuit die hoedanigheid betrokken zijn in het ZiROP.

3 Als de telefoon niet te gebruiken is

Door overbelasting van het telefoonnet tijdens een rampsituatie is de kans aanwezig dat telefoonverkeer niet mogelijk is. Voor deze situatie dient een alternatief beschikbaar te zijn.

Intern kan gebruik gemaakt worden van portofoons. Portfoongebruik moet echter wel worden geoefend (zie Leidraad OTO). Vaak heeft een portiersdienst, veiligheidsdienst of bedrijfshulpverleningsdienst in een ziekenhuis beschikking over portofoons.

Tip

Aangezien deze diensten ook volop paraat moeten zijn bij een ramp, is het aan te bevelen om te zorgen voor een set van 6-10 extra portofoons, inclusief instructie.

Voor communicatie met de buitenwereld kan gebruik gemaakt worden van regionale/landelijke media. Daarnaast blijft in principe het zogenoemde noodnet altijd intact, waarmee de buitenwereld kan worden bereikt. Indien de telefooncentrale buiten werking of overbelast is, kan gebruik worden gemaakt van zogenoemde EPT-toestellen. Deze toestellen kunnen werken zonder telefooncentrale.

Tip

Als het eigen telefoonnetwerk overbelast is, kan het handig zijn om afspraken te hebben met een ziekenhuis in een andere regio van waaruit jouw personeel opgeroepen kan worden.

4 Omvang extra menskracht

Het benodigde aantal extra functionarissen kan van tevoren worden bepaald. Zo kan men bepalen hoeveel verpleegkundigen nodig zijn voor één T1-slachtoffer. Bekend is het aantal mogelijke opvangplaatsen voor T1-slachtoffers, zodat men vervolgens de benodigde capaciteit kan bepalen. Extra personeel kan ook noodzakelijk zijn voor opvang van T2- en T3-slachtoffers. Bovendien kan extra personeel nodig zijn voor transport van patiënten.

Tip

Hanteer het principe 'balanced response': oproepen wat nodig is en wanneer het nodig is (gefaseerd).

Ook voor OK, IC en andere betrokken afdelingen en werkzaamheden kan men een dergelijke rekensom maken. Vanzelfsprekend moet ook het aantal leidinggevenden, dat nodig is om het ZiROP goed uit te voeren, worden uitgerekend.

Vaak is het verstandig om, waar mogelijk, iets meer personeel per categorie vrij te maken dan strikt noodzakelijk is, zeker bij rampen die invloed hebben op het vervoerssysteem, bijvoorbeeld overstroming, of beschikbaarheid, bijvoorbeeld grieppandemie (de verwachting is dat dan 30% van het eigen personeel ziek is). Enige overschatting van extra menskracht is wellicht ook nuttig om eventuele extra werkzaamheden te kunnen opvangen.

Andere afdelingen als laboratorium en radiologie zullen de bezetting buiten kantooruren op het peil moeten brengen van minstens de bezetting binnen kantoor tijd.

Denk bij alle functionarissen bovendien aan de benodigde aflossing.

Hoewel deze berekening vooral een beeld geeft van het aantal personeelsleden dat opgeroepen moet worden, zal in de praktijk tijdens de beginfase van de ramp vaak het hele team opgeroepen worden.

Op grond van praktijkervaringen wordt aanbevolen voor de SEH in principe al het personeel meteen en voltallig op te roepen, terwijl voor de OK's en de IC's meer gedoseerd opgeroepen kan worden. Wanneer duidelijker wordt wat de omvang is, kunnen medewerkers eventueel naar huis gestuurd worden.

5 Besluitvorming over benodigde extra menskracht

De benodigde hoeveelheid extra menskracht wordt bepaald door diegenen die overzicht hebben op wat nodig en mogelijk is, gezien het type en de omvang van de ramp. Het Beleidsteam en Operationeel team hebben de bevoegdheid om functionarissen op te roepen of juist weer naar huis te sturen.

Fase van Opschaling (voorheen Fase van Voorbereiding)

- 1 Oproepen coördinerend team
- 2 Stopzetten normale activiteiten, voor zover nodig en medisch verantwoord
- 3 Inrichten meldpunt personeel
- 4 Inrichten plotkamer en coördinatiecentrum voor Beleidsteam en Operationeel team
5. T1-, T2-, T3 gewond en T4-slachtofferopvang voorbereiden
- 6 Opvang van overledenen voorbereiden
- 7 Voorbereiding buiten de ziekenhuismuren
- 8 Inventarisatie behandelcapaciteit
- 9 Registratiemiddelen gereed maken
- 10 Communicatie

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 zijn verschillende wijzigingen doorgevoerd:

- De oorspronkelijke lijst van tien items is opnieuw geordend;
- De rubrieken 'samenstelling coördinerend team' en de nieuw gegroepeerde rubriek 'communicatie' zijn bovendien in relatie gebracht tot de nieuwe hoofdstukken 3 en 4;
- Er is een nieuw item toegevoegd over 'voorbereiding buiten de ziekenhuismuren';
- De tekst is op vele plaatsen aangevuld met nieuwe inzichten en concrete tips.

Toelichting op Fase van Opschaling

De mate van voorbereiding is afhankelijk van de tijd tussen de melding van de ramp en de komst van de eerste slachtoffers. Soms zijn er zelfs al eerder slachtoffers binnen, dan er een melding is.

In deze fase zal een systeem van 'command and control', dat van tevoren bepaald is, opgestart moeten worden. Hierbij zullen sommige afdelingen andere functies krijgen dan normaliter.

Tijdens de fase van opschaling ligt de prioriteit bij die afdelingen, die het eerst slachtoffers krijgen of nodig zijn voor andere essentiële werkzaamheden in het begin van de ramp. Er zal moeten worden gestart met de functies die 7 x 24 uur aanwezig zijn.

1 Oproepen coördinerend team

Het coördinerend team, bestaande uit een Beleidsteam en het Operationele team, wordt in deze fase opgeroepen en geïnstalleerd. In paragraaf 3.2 zijn de functie en samenstelling van deze teams beschreven.

2 Stopzetten normale activiteiten, voor zover nodig en medisch verantwoord

Ter voorbereiding op de komst van de slachtoffers naar het ziekenhuis dient een aantal activiteiten ondernomen te worden. Het Beleidsteam heeft hierbij een besluitvormende rol.

Te denken valt aan het volgende:

- Ziekenhuis(-terrein) afgrenzen;
- Spreekuren afbreken en poliklinieken sluiten;
- In de beoogde ruimtes voor respectievelijk T2- en T3- slachtoffers de normale activiteiten staken en de ruimtes voorbereiden voor de rampenfunctie.
Indien er sprake is van een nabij gelegen Huisartsenpost (HAP) kan de tevoren geoefende samenwerking voor de opvang van T3-slachtoffers starten, eventueel met ondersteuning van artsen en personeel van het ziekenhuis. Het voordeel hiervan is de spreiding van slachtoffers en familie, zodat het ziekenhuis enigszins ontlast wordt;
- Alle poliklinische patiënten en bezoekers het ziekenhuis via de hoofdingang laten verlaten en informatie geven (zie Preparatiefase);
- Klinische patiënten en bezoekers, voor zover mogelijk en noodzakelijk, via de hoofdingang het ziekenhuis laten verlaten. Ook zij krijgen informatie (zie Preparatiefase);
- In de röntgenkamers uitstelbare onderzoeken afzeggen;
- Op de OK 's uitstelbare operaties afzeggen;
- Op de SEH de behandeling van kleine verwondingen en uitstelbare hulpvragen afzeggen;
- Inventarisatie van de behandelcapaciteit (kengetallen SEH, IC, OK en bedden).

Een belangrijk aandachtspunt is dat de verschillende stromen (patiënten, slachtoffers, personeel) zoveel mogelijk worden gescheiden.

3 Inrichten meldpunt personeel

Hierbij gaat het er om dat een goed overzicht ontstaat van het aanwezige personeel. Zoals al eerder beschreven, kan men kiezen voor centrale melding of decentrale melding. Elk ziekenhuis kan hierin zijn eigen keuze maken. Wel moet er altijd een centraal overzicht worden bijgehouden. Enerzijds om te weten welke medewerkers aanwezig zijn, anderzijds om te bepalen of het gewenste aantal reeds is bereikt.

Voor het meldpunt personeel gelden de volgende aandachtspunten:

- ➔ Direct na de melding van de ramp wordt het meldpunt bemenst door een sleutelfunctionaris die hiervoor is aangewezen en door een secretaresse;
- ➔ Er is bij het meldpunt een overzichtslijst, waarop is aangegeven:
 - ↘ Welke sleutelfunctionarissen vervullen welke functies tijdens een ramp-situatie;
 - ↘ Naar welke afdeling / ruimte moet iedere sleutelfunctionaris toe;
 - ↘ Welke materialen (bijvoorbeeld armbanden, portofoon, gekleurd hesje) moet de sleutelfunctionaris meekrijgen;
- ➔ Er is een plattegrond beschikbaar van de verschillende ruimten waar de patiënten worden opgevangen (T1, T2, T3 gewond, T4) en de routing;
- ➔ De bezetting (namen) van de essentiële functies wordt doorgegeven aan de plotkamer, het zenuwcentrum waar alle informatie wordt verwerkt. Wanneer teveel personeel zich meldt, dient het teveel gemelde personeel weer naar huis te gaan;
- ➔ Iedere sleutelfunctionaris krijgt aanwijzingen in geschreven vorm (bijvoorbeeld actiekaarten/ taakkaarten, zie bijlage 12). Hierop staat precies wat de betreffende functionaris moet doen.

4 Inrichten plotkamer⁷ en coördinatiecentrum voor Beleids- en Operationeel team

De plotkamer heeft de volgende functies:

- ➔ Communicatiepunt voor externe instanties;
- ➔ Verzamelplaats van informatie (onder andere slachtoffergegevens);
- ➔ Voorziet het Beleids- en Operationele team van informatie over het verloop van de slachtofferopvang.

7 Ook wel: Centraal Informatie Verzamelpunt of Administratief Zenuwcentrum

Inrichting plotkamer

De plotkamer is een ruimte die permanent is ingericht ten behoeve van rampen. De ruimte kan tevens een ander gebruik hebben, maar dient te worden verlaten op het moment dat zich een ramp voordoet.

Bij de inrichting van een plotkamer kan aan de volgende faciliteiten worden gedacht:

- Stafkaart (plattegrond van de patiënten opvangplekken en de routings);
- Telefoon;
 - ↳ een aantal externe telefoonlijnen;
 - ↳ een aantal interne telefoonlijnen;
 - ↳ een telefoontoestel dat aangesloten is op het Nationale Noodnet, inclusief telefoonboek met noodnetnummers;
- ETP-toestel;
- Portofoons.

Tip

GSM-telefoons ('mobieltjes') werken meestal niet, omdat het netwerk tijdens een ramp snel overbelast is.

- Overige communicatiemiddelen/ media:
 - ↳ tv en radio;
 - ↳ internet;
 - ↳ fax;
- Administratieve benodigdheden:
 - ↳ flip-overs;
 - ↳ notitieblokken en schrijfgerei;
 - ↳ (meerdere) whiteboards.

Tip

Om een goed overzicht te krijgen van de bezetting op alle kritische afdelingen kunnen op whiteboards matrixen weergegeven worden volgens het Emergo Train System, zie ook bijlage 16.

Inrichting ruimte voor Beleidsteam

In de ruimte voor het Beleidsteam is een 'informatiewand' een handige tool om overzicht te houden. Daarop worden informatiemiddelen, zoals whiteboards, flip-over en een projectiemogelijkheid geplaatst. Ook dit kan weer worden bijgehouden in een computer en geprojecteerd worden.

Er zijn de volgende mogelijkheden:

- Een overzicht van knelpuntprocessen en scenarioproblemen in kolommen op whiteboard;

- Projectie van het logboek met de incident-informatie en acties (informatie-logging);
- Potentieeloverzicht (van ingezette en beschikbare mensen en middelen);
- Slachtofferoverzicht;
- Actueel netwerkoverzicht (van geraadpleegde en te raadplegen relaties op het onderhavige probleemgebied).

Communicatielijnen openen

Voor het inwinnen van informatie door externe personen, is er een algemeen informatienummer dat bekend wordt gemaakt. Dit telefoonnummer wordt bemenst door bijvoorbeeld een secretaresse van de Raad van Bestuur.

Registratiemethoden (met alternatief) activeren

Slachtoffergegevens moeten goed worden bijgehouden in de plotkamer. Het betreft hier zowel NAW- als medische gegevens. Per patiëntenverblijfplaats wordt telefonisch en via het Ziekenhuis informatiesysteem (ZIS) aan de plotkamer doorgegeven waar een slachtoffer zich bevindt. Slachtoffergegevens worden gecompleteerd op de status en schriftelijk (via fax of elektronisch) doorgegeven aan de plotkamer. Het Toegekend Getroffene Nummer vormt het unieke kaartnummer. Bij uitval van communicatiefaciliteiten kunnen boodschappers worden ingezet, die schriftelijke informatie overbrengen.

In de toekomst zal de communicatie over slachtoffergegevens deels kunnen plaatsvinden via een barcode of eventueel een chipreader. Deze barcode (of chip) zal al aanwezig zijn op de slachtofferregistratiekaart. Aan deze barcode kan een ziekenhuispatiëntnummer worden gekoppeld.

Tip

Sluit zoveel mogelijk aan bij het registratiesysteem dat normaal gesproken ook gebruikt wordt. Zorg echter wel voor een waterdicht systeem. Bij gebruik van een geautomatiseerd slachtoffervolgsysteem dient altijd een volledige papieren back-up bijgehouden te worden.

In bijlage 17 treft u voorbeelden aan van een slachtoffervolgsysteem en een lijst van ontslagen patiënten.

5 T1-, T2-, T3 gewond en T4-slachtofferopvang voorbereiden

De routing van de verschillende slachtoffers en de ruimtes waarin zij worden opgevangen, moeten worden aangebracht en ingericht/voorbereid. De verschillende medewerkers moeten hun posities innemen. Ook worden lege bedden in de buurt van de ruimtes klaargezet.

Tip

Denk aan reservekleding voor slachtoffers én personeel (OK-pakken of ziekenhuispyjama's), die naar huis gaan, maar wier kleding kapot of besmet is geraakt. Denk ook aan zakken voor kleding en andere persoonlijke bezittingen, die gemakkelijk gemerkt kunnen worden met de gegevens van een patiënt.

6 Opvang van overledenen voorbereiden

Het gaat hierbij om slachtoffers van de ramp die overlijden bij binnenkomst of tijdens de diagnose- of behandelfase. Deze worden naar een tijdelijk mortuarium vervoerd, waar identificatie kan plaatsvinden. Na identificatie kunnen de overleden slachtoffers, indien er plaats is, naar het mortuarium worden gebracht. Indien er geen plaats is in het mortuarium blijven de geïdentificeerde overledenen in de tijdelijke mortuariumruimte.

Tip

Overleg tijdens de preparatiefase met justitie over de procedures rondom onnatuurlijk overlijden.

7 Voorbereiding buiten de ziekenhuismuren

Buiten de ziekenhuismuren vinden activiteiten plaats, zoals:

- ➔ Het niet meer toelaten van auto's op het parkeerterrein, tenzij beslist noodzakelijk zoals bij opgeroepen personeel (denk na over deactiveren van slagbomen, betaalautomaten en dergelijke);
- ➔ De toegang tot de slachtofferingang vrijmaken en –houden;
- ➔ Familieleden verwijzen naar de familieruimte;
- ➔ De pers verwijzen naar de perskamer;
- ➔ Toegangen tot het ziekenhuis controleren;
- ➔ Het aanbrengen van noodbewegwijzering rondom het ziekenhuis;
- ➔ Ervoor waken dat niet iedereen in de buurt van het ziekenhuis kan komen.

Tip

Overleg tijdens de preparatiefase met de politie over de aanpak en hun eventuele rol hierin. Tijdens een ramp kan er niet altijd of onvoldoende gebruik worden gemaakt van politie of brandweer. Procedures voor ontgrendeling, afsluiting en bewaking is dan een taak voor de eigen beveiligingsdienst.

Aangeraden wordt in de verkeersstroom een scheiding qua ingang, parkeer-ruimte en opvangplaats aan te brengen tussen bezoekers, slachtoffers, personeel en pers. De individuele stromen worden hierdoor kleiner en beter beheersbaar. In het ZiROP moeten hiervoor verantwoordelijke functionarissen worden benoemd. Afstemming met de politie hierover ligt voor de hand. Meestal is er weinig

geregeld op het gebied van bijstand door de politie aan een ziekenhuis bij het afgrendelen van een ziekenhuis zoals eventueel nodig bij een CBRN-ramp of griep пандemie. In overleg met de GHOR en politie moeten hierover afspraken zijn gemaakt.

8 Inventarisatie behandelcapaciteit

Bij een ramp moet worden geïnventariseerd hoeveel capaciteit beschikbaar is op de SEH, IC, OK, Recovery, dagverpleging en verpleegafdelingen. Deze capaciteiten zijn vooraf vastgelegd in het gewondenspreidingsplan. De actuele capaciteit, ten tijde van de ramp, wordt door het BT doorgegeven aan de HS-GHOR.

9 Registratiemiddelen gereed maken

De triage vindt plaats met behulp van de slachtofferregistratiekaart. Deze wordt neergelegd bij de beoogde slachtofferingang(en) voor de zogenoemde 'zelfverwijzers' of is al grotendeels ingevuld door pre-hospitale hulpverleners op de plek van het individuele ongeval zelf. Alle gegevens worden centraal doorgestuurd naar de plotkamer, hetzij via automatisering, hetzij via fax hetzij via boodschappers. Eventuele onvolkomenheden in administratieve gegevens kunnen later worden aangevuld. In het begin kan identificatie plaatsvinden met behulp van de slachtofferregistratiekaart.

Tip

De Landelijke Faciliteit Rampenbestrijding te Zoetermeer (079 – 3304600) heeft elk ziekenhuis sets van de nieuwe Nederlandse Slachtofferregistratiekaart toegevoerd. Hierbij zit ook een handleiding.

Extra sets kunnen aldaar of via de regionale GHOR worden verkregen; zorg dat de voorraad op orde is!

10 Communicatie

In deze fase is het van belang om patiënten te informeren, die acuut worden ontslagen of die een afspraak hebben die niet doorgaat vanwege het stopzetten van de desbetreffende activiteiten (zie paragraaf 3.2.1).

Fase van Ontvangst

- 1 Triage
- 2 Registratie
- 3 Treatment (behandeling)
- 4 Transport (intern of extern)

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 is het volgende op te merken:

- De vier items zijn ongewijzigd;
- De tekst per item is verder uitgewerkt en aangevuld met concrete tips.

Toelichting op Fase van Ontvangst

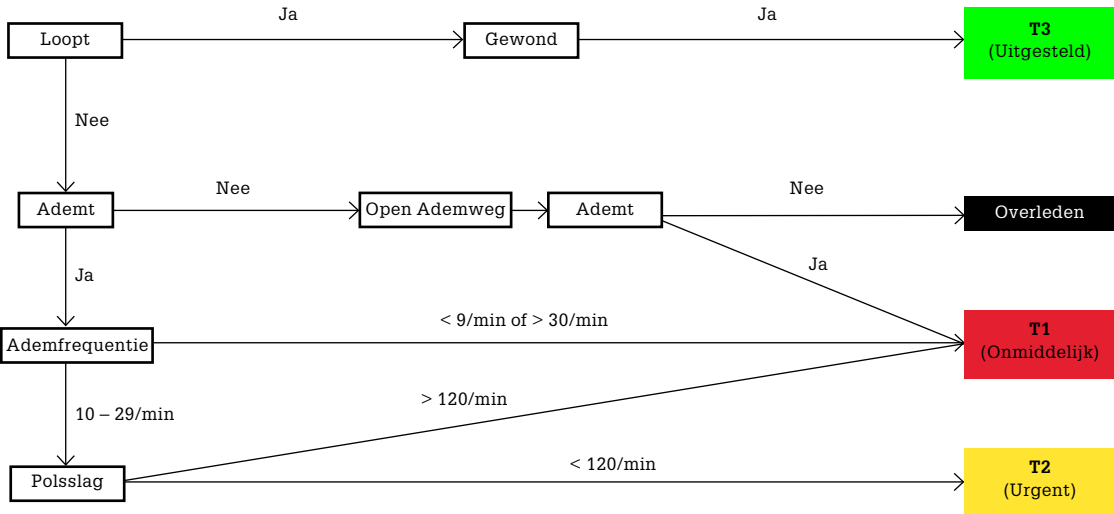
1 Triage

Goede triage (beoordeling van de ernst van het letsel en prioriteit van behandeling) is een zeer cruciale zaak die het verdere hulpverleningsproces kan sturen. Triage dient bij voorkeur te worden verricht door een ervaren medicus (bijvoorbeeld chirurg).

De triage criteria van de MIMMS (Major Incident Medical Management and Support) bieden een eenvoudig maar doeltreffend handvat voor de triagist. Als de toeloop erg groot is dan wordt de 'Sieve' methode toegepast. Als er meer tijd is (of de triagist is meer ervaren) dan kan de 'Sort' methode toegepast worden (zie bijlage 18)

Figuur 2

Primaire triage (Sieve), zie ook bijlage 19



(Bron: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties)

2 Registratie

Een goede registratie van de NAW gegevens van de patiënt is noodzakelijk. Noteer altijd het nummer van de slachtofferregistratiekaart bij de patiëntgegevens. Voor T1- en T2-slachtoffers moet de registratie meteen bij binnenkomst plaatsvinden. Triage en registratie dienen dan ook bij voorkeur naast elkaar gesitueerd te zijn.

Sommige slachtoffers kunnen zo ernstig verminkt zijn, dat zij niet meer aan het gezicht herkenbaar zijn. Door in een formulier zoveel mogelijk kenmerken op te nemen en dit ook te laten doen door familie/bekenden die op zoek zijn naar een

familieid/kennis, die niet direct gevonden kan worden, kan gezocht worden naar de juiste match aan gegevens. Pathologen kunnen hierbij worden ingeschakeld. Een formulier hiervoor treft u in bijlage 20 aan. Stem af met de politie over de werkwijze.

Tip

Een 'best practice' is het maken van een digitale foto van een slachtoffer zo snel mogelijk na binnenkomst, dus nog vóór het ontkleden van het slachtoffer, met expliciet het nummer van de slachtofferregistratiekaart en statusnummer. Het kan namelijk gebeuren, dat een patiënt in het begin nog herkenbaar is maar door oedeem of verbanden later niet meer herkenbaar is. Dit geldt zeker voor niet aanspreekbare patiënten van wie de naam onbekend is. Kleding en uiterlijke kenmerken van het slachtoffer kunnen van groot belang zijn bij identificatie.

3 Treatment (behandeling)

De behandeling is doorgaans gericht op 'damage control'. In tweede instantie kan definitieve behandeling plaatsvinden. Bij geavanceerde beeldvormingsmogelijkheden op de SEH (bijvoorbeeld CT-scan) dient het nut hiervan te worden afgewogen tegen de tijd die het extra kost om een dergelijke scan te maken. Basale diagnostiek zou bijvoorbeeld wel eens veel sneller kunnen zijn, waardoor er meer slachtoffers op de SEH kunnen worden opgevangen en behandeld. Met andere woorden, het is waarschijnlijk dat de inzet van geavanceerde beeldvorming de doorstroom van slachtoffers op de SEH vertraagt.

4 Transport (intern of extern)

Transportteams worden samengesteld afhankelijk van de triageklasse van de patiënt. Een T1-slachtoffer zal over het algemeen bij overplaatsing naar een andere afdeling onder artsenbegeleiding vervoerd moeten worden, terwijl een T3gewond-slachtoffer eventueel onder begeleiding van een familieid of een vrijwilliger overgeplaatst kan worden.

Tip

Als de personele bezetting op de SEH het toelaat, is het aan te raden om het opvangteam van de SEH de T1- en T2-slachtoffers te laten begeleiden tot op de OK of IC. Hierdoor wordt het aantal overdrachtmomenten beperkt, wat de kwaliteit van de overdracht ten goede komt.

De gereedstaande personen (bijvoorbeeld anesthesioloog / anesthesiemedewerker) vullen het behandelteam op de SEH dan weer aan.

Fase van Definitieve behandeling

- 1 Zorg voor de slachtoffers van de ramp
- 2 Zorg voor de 'reguliere' patiënten
- 3 Communicatie
- 4 Geestelijke bijstand
- 5 Tolken

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 is het volgende op te merken:

- Oorspronkelijk bestond deze fase uit dertien losse items, die gegroepeerd zijn;
- Er is onderscheid gemaakt tussen patiënten van de ramp zelf en de 'reguliere' patiënten;
- Het item 'communicatie' is in relatie gebracht tot het nieuwe hoofdstuk 3;
- Tekst is her en der aangevuld met concrete tips uit de praktijk.

Toelichting op Fase van Definitieve behandeling

Deze fase is het verlengstuk van de fase van ontvangst en begint zodra een slachtoffer buiten de opvangruimten voor T1, T2, T3 en T4 komt. In eerste instantie is de behandeling gericht op 'damage control'. Hiermee wordt onnodig tijdsverlies vermeden en kunnen zoveel mogelijk patiënten worden geholpen in zo kort mogelijke tijd. Deze fase kan zich lange tijd uitstrekken (van dagen uitlopend tot weken). De capaciteit van de OK en de IC kunnen in deze fase de beperkende factoren zijn. Vervanging van personeel is een aandachtspunt in deze fase.

De werkzaamheden voortvloeiend uit deze fase kunnen van grote invloed zijn op het wel of niet normaliseren van de toestand in het ziekenhuis.

1 Zorg voor de slachtoffers van de ramp

Administratie en documentatie

Essentieel is dat veranderingen van de verblijfplaats en de toestand van de patiënt worden bijgehouden, op een continue en gecentraliseerde manier.

Bevoorrading

Door de hoge omloopsnelheid ligt het gebruik van onder andere bedden, infuusvloeistoffen, verbandmateriaal waarschijnlijk hoger dan normaal. Tijdige bevoorrading is daarom van groot belang. Denk daarbij ook aan de bevoorrading van de ambulances, de apotheek en de medisch ondersteunende diensten.

Sterilisatie

Direct na het instellen van een rampsituatie moet de sterilisatieafdeling goed worden bemenst en moeten zoveel mogelijk instrumenten en implantaten steriel worden gemaakt. Het is dan ook noodzakelijk dat er met de sterilisatieafdeling goede afspraken worden gemaakt over opgeschaalde situaties.

Aflossing

Bij een grote ramp met veel slachtoffers wordt al snel gedacht aan de invoering van 12-uurs roosters. Gezien de zware mentale en fysieke belasting tijdens een ramp moet je je als ziekenhuis afvragen waarom en hoelang er zou moeten worden afgeweken van de normale 8-uurs roosters. Maar ook dan is tijdige aflossing een belangrijk aandachtspunt voor de medisch en verpleegkundig coördinatoren. Zij bepalen wie wanneer wordt afgelost. Van tevoren moet goed overdacht zijn op welke wijze de aflossing zal plaatsvinden. Hierbij dient rekening te worden gehouden met het feit dat een ramp of incident gepaard kan gaan met een toegenomen psychische belasting voor de medewerkers.

Tip

Ook de leden van het Beleidsteam en het Operationele team zullen afgelost moeten worden!

Patiënten met vervolgschade / secundaire klachten

Het is mogelijk dat er na de eerste hectiek van de ramp nog meer patiënten naar het ziekenhuis komen (poliklinisch of naar de SEH) die wel betrokken waren bij de ramp, maar niet meteen naar het ziekenhuis zijn gekomen. Voor T3-slachtoffers is over het algemeen wel het een en ander geregeld. Andere slachtoffers hebben het wellicht nog even aangezien of ontwikkelen alsnog klachten (mogelijk andere klachten dan patiënten uit de eerste acute stroom). Ook deze patiënten dienen adequaat onderzocht en geholpen te worden.

2 Zorg voor de 'reguliere' patiënten

Behandeling en verzorging van de overige patiënten

Aan de patiënten die niet bij de ramp betrokken zijn en de 'normale' spoedpatiënten dient een adequate dienst- en hulpverlening te worden geleverd. Ook hierbij geldt dat scheiding van stromen belangrijk is. Deze 'reguliere' patiënten dienen zoveel mogelijk gescheiden te blijven van de patiënten die betrokken zijn bij de ramp.

Bezoekuren

Van tevoren moet worden bedacht wat het meest haalbare is in het kader van bezoek aan slachtoffers, maar ook aan de 'normale' patiënten die in het ziekenhuis ten tijde van de rampsituatie aanwezig zijn.

Tip

Een 'best practice' voor het afbellen van het bezoekuur is het inschakelen van de patiënt zelf om zijn eigen bezoek af te bellen. Sommige patiënten zullen hierbij geholpen dienen te worden.

3 Communicatie

In deze fase zijn de volgende communicatieactiviteiten van belang:

- ➔ Contacten met de pers;
- ➔ VIP-visites.

Hiervoor verwijzen we naar paragraaf 4.3.2.

4 Geestelijke bijstand

In een rampsituatie is het van belang dat over voldoende geestelijke bijstand voor diverse gelovigen in het ziekenhuis kan worden beschikt. De verwachting is dat de vraag groter is dan in een gewone dagelijkse situatie.

Tip

Maak afspraken met de GHOR over activiteiten van de PSHOR en over gebruik van hun expertise ten tijde van een ramp. Goede afstemming met eigen diensten op dit gebied is van belang.

5 Tolken

Gebieden waar veel mensen wonen die geen of gebrekkig Nederlands spreken moeten zijn voorzien in voldoende tolkencapaciteit. Dit kan worden gerealiseerd door vooraf goede afspraken te maken met een tolkentelefoon in geval van rampen. Of bijvoorbeeld door verpleegkundigen en artsen in te zetten die als tolk kunnen optreden.

Tip

Het kan handig zijn om een lijst te maken van de verschillende talen en de diverse medewerkers die deze taal beheersen (maak onderscheid in woord en/of schrift).

Fase van Afschaling

- 1 Beëindigen van 'noodtoestand'
- 2 Debriefing
- 3 Posttraumatische begeleiding
- 4 Evaluatie

Ten opzichte van de oorspronkelijke Leidraad ZiROP 2005 is het volgende op te merken:

- ➔ Op één item na, zijn de oude items gehandhaafd;
- ➔ Het oude item 'medical audit' is ondergebracht bij het item 'evaluatie' (zie ook hoofdstuk 5);
- ➔ Tekst is her en der aangevuld met concrete tips uit de praktijk.

Toelichting op Fase van Afschaling

Deze fase start op het moment dat de ‘noodtoestand’ wordt beëindigd. In deze fase vindt de start van normalisatie plaats van de inzet van personen en middelen, maar ook de start van nabespreking en evaluatie. Daarnaast wordt de start van nazorg op psychologisch gebied voor patiënten en personeel tot deze fase gerekend, hoewel dit zeker eerder gestart kan worden indien daaraan behoefte is.

1 Beëindigen van ‘noodtoestand’

Het einde van de opgeschaalde situatie binnen het ziekenhuis wordt bepaald door de voorzitter van het Beleidsteam. Hij is degene die regelmatig contact heeft met de GHOR, die aangeeft of de rampsituatie nog geldt en of er nog slachtoffers naar het ziekenhuis komen. De afschaling dient gefaseerd, per afdeling, en in afstemming met de GHOR plaats te vinden.

Een schema voor afschalen kan er als volgt uitzien.

Opdracht gegeven door:

- ➔ Algemeen coördinator aan medisch coördinator, verpleegkundig coördinator en coördinator ondersteunende clusters;
- ➔ Medisch coördinator aan leidinggevende artsen, deze geven het in de keten door;
- ➔ Verpleegkundig coördinator aan verpleegkundig leidinggevend, deze geven het in de keten door;
- ➔ Coördinator ondersteunende clusters aan de coördinator BHV (bedrijfshulpverlening), deze geeft het in de keten door;
- ➔ Voor de mensen die paraat zijn in het personeelsrestaurant door de verpleegkundig coördinator aan de verantwoordelijke aldaar;
- ➔ Voor de mensen die thuis stand-by zijn, laat de verpleegkundig coördinator via de portier een bericht uitgaan.

2 Debriefing

Als het einde van de opgeschaalde situatie is afgekondigd, dient er een debriefing plaats te vinden, bij voorkeur per afdeling. Alle medewerkers van de afdeling worden hiervoor uitgenodigd. Onderzoek heeft uitgewezen dat dit de meest adequate schaal is en dat voorzichtig moet worden omgegaan met grote, zelfs organisatiebrede debriefings.

De medewerkers worden geïnformeerd over de stand van zaken. Ook wordt gelegenheid geboden tot het uitwisselen van ervaringen en wordt nagegaan of er behoefte is aan nazorg. Nazorg is primair de verantwoordelijkheid voor de direct leidinggevende, die daarvoor zo nodig expertise kan inroepen.

De ervaring van voorgaande rampen leert dat er, met name bij bestuurders en artsen, behoefte kan zijn aan debriefing met ambtgenoten in plaats van met alle personen van een afdeling (van receptioniste tot brancardier tot arts).

3 Posttraumatische begeleiding

Medewerkers kunnen behoefte hebben aan opvang en begeleiding. Hiertoe dient de mogelijkheid te worden geboden. Een BOT (bedrijfsopvangteam) kan zeer nuttig werk verrichten. Wel moeten de leden van het BOT geschoold zijn voor deze specifieke omstandigheden.

Het ziekenhuis dient zelf de psychosociale begeleiding van medewerkers te organiseren.

4 Evaluatie

Van elke rampsituatie kan worden geleerd. Een goede en zorgvuldige evaluatie enige tijd na de ramp biedt hiervoor een goede kans. Aan de hand van de informatie uit de debriefing en rapportages van de coördinatoren aan de voorzitter van het Beleidsteam kan de evaluatie plaatsvinden. Beschikbaarheid van evaluatieformulieren verhoogt de kwaliteit van de evaluatie.

Artsen en verpleegkundigen analyseren samen met de medisch en verpleegkundig coördinatoren de inhoud van de zorgverlening tijdens de rampsituatie. Van belang hierbij is dat alle betrokkenen direct na de rampsituatie kunnen aangeven wat goed en wat minder goed verliep.

Tip

Maak bij de evaluatie ook gebruik van de verschillende versies van de informatie-set zoals benoemd in bijlage 15. De verschillende tijdsversies van deze set geven een goed beeld van wat er tijdens de verschillende stadia is gecommuniceerd van en naar het ziekenhuis.

Deel in ROAZ-verband de rampgerelateerde informatie met andere organisaties, zoals het traumacentrum, de GHOR, de MKA, de huisartsenposten et cetera. Het betreft hier zowel informatie over slachtoffers/patiënten, als bestuurlijk-organisatorische informatie. Nationaal en internationaal kunnen lessons observed worden gecommuniceerd via artikelen en congressen.

Aan de hand van de evaluatie worden verbeterpunten opgesteld en verwerkt in het ZiROP met bijbehorend communicatieplan. Hierbij is een duidelijke rol weggelegd voor de ZiROP-beheerder: u gaat weer terug naar de Fase van Preparatie om uw ZiROP te verbeteren.

Tip

Vergeet na een rampsituatie niet om de medewerkers te bedanken voor hun inzet tijdens de ramp!

Fase van Normalisatie

- 1 Patiënten overplaatsen
- 2 Temporisering in normalisatie
- 3 Tijdsbeslag
- 4 Geestelijke belasting
- 5 Overwerkregistratie
- 6 Administratie en financiën
- 7 Rampenvoorzieningen
- 8 Bevoorrading
- 9 Communicatie van de leerpunten

Toelichting op Fase van Normalisatie

Deze fase is geheel nieuw ten opzichte van de eerdere versie. Deze fase is de voortzetting van de fase van afschaling en kan langere tijd (weken tot maanden) duren.

1 Patiënten overplaatsen

Patiënten die als gevolg van de ramp zijn opgenomen in het ziekenhuis kunnen in deze fase eventueel worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis, indien de medische toestand van de patiënt dit toelaat. Overplaatsing kan wenselijk zijn, wanneer de patiënt bijvoorbeeld elders woonachtig is. Daarbij wordt in principe de gehele witte kolom betrokken, van traumacentra tot verpleeg- en verzorgingshuizen.

Wanneer electieve programma's zijn afgebroken of geannuleerd als gevolg van de ramp, kan met ziekenhuizen in de regio worden afgestemd over het overnemen van deze electieve patiënten. Hiermee kan een toename van de wachtlijsten voorkomen worden.

2 Temporisering in normalisatie

Normalisatie van de gang van zaken voor de ene afdeling wil niet zeggen, dat elke afdeling weer normaal kan functioneren. Een operatieprogramma kan bijvoorbeeld langere tijd verstoord zijn door semi-spoed operaties bij rampenslachtoffers, zodat electieve operaties geen doorgang kunnen vinden. Het is verstandig een kleine groep vrij te maken om dit goed te regelen, maar de rest van het personeel weer zoveel mogelijk de draad op te laten pakken van de normale werkzaamheden.

3 Tijdsbeslag

Men moet rekening houden met het feit, dat de behandeling van rampenslachtoffers meer tijd en energie vergt van artsen en personeel dan een normale patiënt. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld ook polikliniekschema's aangepast moeten worden.

4 Geestelijke belasting

Mogelijk leidt deze extra belasting tot psychologische problemen en zelfs tot uitval. Hierop moeten leidinggevenden alert zijn.

5 Overwerkregistratie

Extra gewerkte uren moeten worden vastgelegd om ervoor te zorgen, dat niet een groot overschot aan uren ontstaat en in de rest van het jaar problemen ontstaan.

6 Administratie en financiën

In de fase na de afschaling zal het management veel te regelen hebben op administratief en financieel gebied. Behandelingen zijn misschien niet allemaal volledig adequaat vastgelegd in de vaak hectisch verlopende beginfase van een ramp.

De administratieve gang van zaken moet worden gecontroleerd of deze compleet is, zowel of alle slachtoffers geregistreerd zijn als mede of alle gegevens compleet zijn ingebracht.

Dit moet allemaal goed worden uitgezocht. DBC's (Diagnose Behandel Combinatie) moeten goed worden ingevuld om ervoor te zorgen, dat het ziekenhuis geen verliespost heeft aan de opvang van rampenslachtoffers. Extra bevoorrading, extra schoonmaak en dergelijke moeten worden betaald.

Eventuele niet te declareren kosten komen wellicht in aanmerking voor vergoeding uit het Rampenfonds.

7 Rampenvoorzieningen

Aparte voorzieningen om goed te kunnen werken onder rampenomstandigheden moeten worden gecontroleerd en weer op peil en in gereedheid worden gebracht. Voorbeelden zijn de inrichting van het crisiscoördinatiecentrum, herkenbaarheidstools zoals vestjes, maar ook de voorraad noodstatussen.

8 Bevoorrading

Vorraden kunnen meer uitgeput zijn dan normaal en moeten weer snel worden aangevuld om normaal te kunnen functioneren. Denk ook aan bijvoorbeeld de apotheek, medisch ondersteunende diensten en de bloedvoorziening, ambulances en huisartsenpost.

9 Communicatie van de leerpunten

De uitkomsten moeten ook worden gecommuniceerd met de buitenwacht en collega-instellingen, zodat iedereen ervan kan leren. Leerpunten voor de eigen organisatie moeten worden vastgelegd, in een plan van aanpak worden vertaald naar acties en in het ZiROP worden opgenomen. Het gehele ZiROP dient na iedere ramp, aanvullend op de periodieke actualisatie, gedetailleerd te worden bekeken en waar nodig te worden geactualiseerd op basis van de ervaringen met de laatste ramp.

Daarnaast dienen de evaluaties als onderwerp van toekomstige programma's in Opleiden, Trainen en Oefenen (zie Leidraad OTO).

Bijlagen

Bijlage 1

Samenstelling Ontwerpteam en Klankbordgroep

Naam	Functie	Organisatie
Joost Bierens	Anesthesioloog, Hoogleraar urgentiegeneeskunde	VUMC
Pieter Boele van Hensbroek	Projectleider AMC, arts-onderzoeker	AMC
Mark Hekkert	Beheerder ZiROP	Isala klinieken, Traumacentrum Zwolle
Wim Heupers	Coördinator Opleiden, Trainen en Oefenen	Isala klinieken, Traumacentrum Zwolle
Paul Hustinx	Chirurg/traumatoloog	Atrium Medisch Centrum
Jan Klous	Veiligheidsdeskundige, dienst Arbo en Milieu (AMD)	VUMC
Jan van Leeuwen	Hoofd Operationele Organisatie	Veiligheidsregio Rotterdam Rijnmond, GHOR
Vincent Pot	Programmasecretaris	GHOR Nederland
Johan Schanssema	Teamleider IC/CCU-SEH, ZiROP beheerder	Ommelander Ziekenhuis groep
Mariëlle Sijnders	Programmasecretaris	ZonMw
Jeanne de Vetter	Rampenopvang Ziekenhuizen Crisiscoördinator, Coördinator landelijke helpdesk ZiROP	Erasmus MC
Bert Wiegman	Medisch directeur, Bestuurslid	AMC NFU
Fred Zaaijer	Hoofd	IbMZ

Klankbordgroep	Functie	Organisatie
Jean Savelkoul	Vicevoorzitter	LvTC
Martin Smeekes	Bestuurslid	GHOR Nederland
Ron Treffers	Bestuurslid	NVZ
Bert Wiegman	Bestuurslid	NFU

Bijlage 2

Lijst met afkortingen en begrippen

AC-GHOR	Actiecentrum Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
AGS	Adviseur Gevaarlijke Stoffen
ALS	Advanced Life Support
ANP	Algemeen Nederlands Persbureau
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BAT	Burns Assessment Team (ook wel B-team genoemd)
BHV	Bedrijfs hulpverlening
BOT	Bedrijfsopvangteam
BT	Beleidsteam
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBRN-ramp	Ramp van type Chemisch, Biologisch, Radiologisch en/ of Nucleair (ook wel NBC-ramp genoemd)
COPI	Commando plaats incident
CRIB	Centraal Registratie en Inlichtingen Bureau
CSCATTT	Command and control, Safety, Communication, Assessment, Triage, Treatment and Transport
EDO	Ergst Denkbare Overstromingen
E.M.S.B.	Emergency Management of Severe Burns
ETS	Emergo Train System
GAGS	Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
G-BIV	Geneeskundige Bestuurlijke Informatievoorziening
GBT	Gemeentelijk beleidsteam
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdings Procedure
GSP	Gewondenspreidingsplan
HAP	Huisartsenpost
HMIMS	Hospital Major Incident Management and Support
HS-GHOR	Hoofd Sectie Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IC	Intensive care
LvTC	Landelijke vereniging voor Traumacentra
MIMMS	Major Incident Medical Management and Support
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
NBC	Ramp van type Nucleair, Biologisch en/of Chemisch (ook wel CBRN-ramp genoemd)

NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OK	Operatiekamer
OT	Operationeel Team
OT-AZ	Operationeel Team Acute Zorg
OTO	Opleiden, Trainen, Oefenen
PSHOR	Psycho Sociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RBT	Regionaal Beleidsteam
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
RIT	Rampen identificatieteam
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROC	Regionaal operationeel centrum
ROT	Regionaal operationeel team
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SEH	Spoedeisende Hulp
TMO	Taskforce Management Overstromingen
triage	Beoordeling van de ernst van het letsel en prioriteit van behandeling
TVLO	Totaal Verbrand Lichaamsoppervlak
UVV	Unie Van Vrijwilligers
VIP	Very important person
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZiROP	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem

Bijlage 3

Type rampen

De volgende 20 ramptypen zijn landelijk vastgesteld:

- ➔ **Rampen met betrekking tot verkeer en vervoer**
 - Luchtvaartongevallen
 - Ongevallen op water
 - Verkeersongevallen op land

- ➔ **Rampen met gevaarlijke stoffen (CBRN)**
 - Ongevallen met brandbare/explosieve stof in open lucht
 - Ongevallen met giftige stof in de open lucht
 - Kernongevallen

- ➔ **Rampen met betrekking tot de volksgezondheid**
 - Bedreiging volksgezondheid
 - Ziektegolf

- ➔ **Rampen met betrekking tot infrastructuur**
 - Ongevallen in tunnels
 - Branden in grote gebouwen
 - Instorting van grote gebouwen
 - Uitval nutsvoorzieningen

- ➔ **Rampen met betrekking tot de bevolking**
 - Paniek in menigten
 - Verstoringen openbare orde

- ➔ **Natuurrampen**
 - Overstromingen
 - Natuurbranden
 - Extreme weersomstandigheden
 - Milieurampen

- ➔ **Overige rampen**
 - Rampen op afstand
 - Extreem geweld en terrorisme

Bijlage 4

Specifieke rampen

Deze bijlage beschrijft 4 bijzondere rampen en crises:

- Rampen met veel brandwondenpatiënten
- CBRN-rampen
- Overstromingen
- Pandemieën

Rampen met veel brandwondenpatiënten

Elk ziekenhuis moet er van uitgaan, dat ook in de eigen regio een grootschalig incident met veel brandwondenslachtoffers kan plaatsvinden. Uitrusting hiervoor moet bovenop de normale uitrusting aanwezig zijn, alsook voldoende om minstens 20 slachtoffers te kunnen opvangen.

Speciale items zijn bijvoorbeeld formulieren met de mogelijkheid om het TVLO (totaal verbrand lichaamsoppervlak) in te tekenen en de benodigde infuushoeveelheden te berekenen, maar ook koelmogelijkheden. Daarnaast zou op elke SEH (spoedeisende hulp) een aantal artsen en verpleegkundigen de E.M.S.B. (Emergency Management of Severe Burns) cursus moeten volgen.

In Nederland zal ten tijde van een grootschalig incident met veel brandwondenslachtoffers, in principe gekozen worden voor vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met adequate opvangmogelijkheden en niet voor direct vervoer naar een brandwondencentrum. Via de MKA dient ook het regionale brandwondencentrum gewaarschuwd te worden. Dit centrum neemt de coördinatie op zich, met betrekking tot de plaatsing van de patiënten.

Elk ziekenhuis kan vervolgens door een brandwondenbeoordelingsteam (B-teams; in Engeland: burns assessment team, BAT genoemd) worden bezocht. Een dergelijk team bestaat uit één of twee brandwondenspecialisten en een brandwondenverpleegkundige. Zij geven aan wie specialistische behandeling in een brandwondencentrum nodig heeft. Ook adviseren zij over het management van de andere brandwondenslachtoffers, om de bestaande beperkte capaciteit zo goed mogelijk te kunnen benutten.

Sommige patiënten dienen overgeplaatst te worden naar een brandwondencentrum. Dit gebeurt in principe op instigatie van een bezoekend B-team, of na overleg met het regionale brandwondencentrum. De patiënt moet zo goed mogelijk gestabiliseerd worden, alvorens transport kan plaatsvinden. De begeleiding dient adequaat en gerelateerd aan de ernst van het letsel te zijn.

Er wordt wel gesteld dat, als de som van het percentage verbrand lichaamsoppervlak en de leeftijd van de gewonde (de brandwondenindex) groter is dan 100, de overlevingskans de 0 nadert (hoewel men ook rekening moet houden met de pre-existente gezondheidstoestand).

Dit standpunt is in Nederland achterhaald. Elke patiënt moet dus als behandelbaar worden beschouwd, tot het tegendeel is bewezen. Ook kinderen worden primair opgevangen in de dichtstbijzijnde ziekenhuizen en door het B-team beoordeeld. Als er grote aantallen kinderen met lichte brandwonden zijn (minder dan 5 à 10% oppervlakkige verbranding), kunnen deze in een regionaal ziekenhuis worden opgevangen en desgewenst daarna behandeld worden in centra met kinderchirurgie. Het B-team kan ook advies uitbrengen over volwassenen of kinderen met beperkte brandwonden op 'specialistisch gebied' (handen, perineum, ogen, grote gewrichten) die eventueel behandeld moeten worden door een brandwondenspecialist.

CBRN-rampen

De response op een incident met CBRN-stoffen bestaat uit drie elementen:

- 1 Voorbereiding
- 2 Medisch management
- 3 Medische ondersteuning

Ad.1 Voorbereiding

Deze bestaat uit drie elementen

→ *Planning;*

Planning op het gebied van CBRN-incidenten is in de Nederlandse ziekenhuizen nog maar mondjesmaat doorgedrongen. Primair zal ontsmetting gebeuren buiten het ziekenhuis. Echter bij grootschalige incidenten kan een slachtoffer ook per ongeluk ontsmetting mislopen, bijvoorbeeld bij transport na incident door derden. Vaak is er behoudens een brandwondendouche geen gelegenheid om te ontsmetten in een ziekenhuis. Laat staan aangrenzend buiten het ziekenhuis.

Aandacht moet worden besteed aan de volgende items:

- Inventarisatie van potentiële incidenten met gevaarlijke stoffen in de regio;
- Te nemen behandeling bij incidenten met de aanwezige gevaarlijke stoffen;
- Het beschikken over uitrusting en bestrijdingsmethoden in verband met deze stoffen in ziekenhuizen;
- Benodigde opleiding voor gebruik uitrusting en toepassing bestrijdingsmethoden;
- Protocollen aangaande de gewondenstroom in ziekenhuizen, van personen die besmet zijn;
- Afsluiten ziekenhuis voor 'aanlopers', eventueel in samenwerking met de politie.

→ *Keuze en onderhoud uitrusting;*

Op dit gebied zijn drie items van belang:

- Bescherming artsen en personeel;
- Ontsmetten van slachtoffers;
- Specialistische uitrusting;

De primaire keuze gaat uit naar aansluiting bij andere hulpdiensten, die speciale uitrusting hiervoor hebben. De GHOR is hiervoor het aanspreekpunt. Indien ontsmetting onverhoopt toch bij/in een ziekenhuis dient te geschieden, moet men overwegen om drie zones in te stellen:

- Vuile zone;
- Ontsmettingszone;
- Ondersteuningszone.

Antidota moeten aanwezig zijn voor de potentiële regionale gevaarlijke stoffen, of moeten in overleg door de fabricerende en/of toepassende bedrijven, direct worden geleverd. Beoordeling/behandeling volgens de ATLS (Advanced Trauma Life Support) methodiek MAG pas plaats vinden NA decontaminatie. Voor verdere resuscitatie is in principe de gewone uitrusting noodzakelijk. Bij voorkeur zijn deze dan wel disposabel, daar soms instrumenten moeten worden vernietigd uit veiligheidsoverwegingen.

→ *Training;*

Indien besloten wordt een ziekenhuis een rol te laten spelen bij CBRN-incidenten inclusief ontsmetting, of indien men elk risico wil vermijden, zal men medewerkers en artsen moeten voorbereiden op dergelijke incidenten.

Ad.2 Medisch management

Zoals gezegd, is op dit gebied in ziekenhuizen in Nederland weinig tot niets geregeld. Het beleid zal worden gemaakt in nauw overleg met de GAGS (Gezondheidskundig Adviseur gevaarlijke Stoffen), RIVM en andere instanties, zoals het regionaal CBRN-steunpunt. In geen geval moet men op eigen houtje gaan 'dokteren'.

Ad.3 Medische ondersteuning

Deze bestaat uit:

- Triage;
- Treatment (behandeling);
- Transport.
- Bij *triage* kan men drie groepen patiënten onderscheiden:
 - Gewond;
 - Besmet zonder letsel;
 - Besmet met letsel.
- Bij *behandeling* kan men een onderscheid maken in:
 - Levensreddende eerste hulp (vaak door omstanders);
 - Ontsmetting;

- ALS (advanced life support);
- Specifieke maatregelen.
- ➔ *Transport* kent een aantal problemen:
 - Risico voor bemanning;
 - Besmette transportmiddelen;
 - Besmetting van de route.

Na het incident

Na een dergelijk incident moet bij de nabespreking en debriefing vooral worden ingegaan op de potentiële na-effecten van de ramp qua toxische effecten, bij zowel patiënten als hulpverleners. Dientengevolge moet ook bij kans op lichamelijke effecten lichamelijk onderzoek plaatsvinden.

CBRN-incidenten zijn niet zeldzaam en toch is het gemiddelde ziekenhuis er matig op voorbereid. Deze voorbereiding moet samen met het regionale GHOR-bureau verbeteren, onder andere door een goede inventarisatie van regionale risico's te laten plaatsvinden. Men moet er op bedacht zijn, dat het transport door de regio per vrachtauto of trein, extra gevaar kan opleveren. Diverse instituten, de regionale brandweer en de GHOR kunnen advies geven.

Tip

Zomer 2009 is er via ZonMw een totaalpakket CBRN-rampen beschikbaar voor alle ziekenhuizen in Nederland. Dit totaalpakket bevat:

- ➔ Handreiking CBRN-incidenten en -rampen
- ➔ CBRN-OTO plan
- ➔ ZiROP Oefenmethodiek

Overstromingen

De afgelopen twee jaar heeft de TMO (Taskforce Management Overstromingen) zich ingespannen om, in opdracht van het Kabinet, de organisatorische voorbereiding op een (dreigende) overstroming op peil te brengen in Nederland. Uitgangspunt van de TMO zijn zogenaamde Ergst Denkbare Overstromingen (EDO's). Van deze scenario's werden er zes doorgerekend op te verwachten schade en slachtoffers. In het geval dat een dergelijk scenario bewaarheid wordt en een storm met orkaankracht tot dijk- en duindoerbraken leidt in het Westelijk Kustgebied, dient rekening gehouden te worden met erg hoge waterstanden en grote aantallen slachtoffers. Statistisch wordt het aantal dodelijke slachtoffers geraamd tussen 0,1-1% van het aantal getroffen. Hoe beter men organisatorisch is voorbereid des te lager zal het aantal slachtoffers zijn.

Gevolgen

Als eerste mogelijke gevolg zal vroegtijdig moeten worden besloten tot evacuatie van niet-zelfredzamen, waaronder de ziekenhuizen. Nu is de evacuatie van een

geheel ziekenhuis een logistiek lastige en risicovolle operatie. Hier gaan dus een aantal maatregelen aan vooraf, die er op gericht zijn, de continuïteit van de zorg te verzekeren. Verplegend en ondersteunend personeel moet beschikbaar blijven en niet zelf bezig zijn met de evacuatie van eigen familie.

Het patiëntenbestand moet zo spoedig mogelijk worden verminderd. Tijdig zal moeten worden besloten tot een opnamestop, teneinde vooral de IC's niet te blijven vullen. Het resterende patiëntenbestand zal moeten worden geëvacueerd, waarbij gegeven het aantal en de schaarse ambulancecapaciteit vermoedelijk offers moeten worden gebracht in de daarvoor aan te houden protocollen (voorbeeld: indeling liggende en zittende patiënten, aard van het vervoer). Ook moet rekening worden gehouden met slachtoffers als gevolg van het transport. Kortom een lastige en vroegtijdig uit te voeren operatie met veel voorbereidende activiteiten. Dit alles moet in de beslisschema's voor evacuatie worden meegenomen.

Als een ziekenhuis overstroomt dan zijn de gevolgen desastreus. Vrijwel alle voorzieningen in het ziekenhuis vallen uit. De mogelijkheden om noodaggregaten te gebruiken zijn beperkt. De gevolgen voor de verzorging van patiënten zijn dan ook groot. De mate (diepte en duur) van overstroming is hierbij natuurlijk erg belangrijk. Er bestaat een groot verschil tussen wateroverlast van 5 cm of van 3 meter en ook de duur van de overlast/ramp is van grote invloed.

In geval van een overstroming kan voor een ziekenhuis sprake zijn van drie situaties:

- 1 Ziekenhuis ligt buiten het overstromingsgebied;
- 2 Ziekenhuis is overstroomd;
- 3 Ziekenhuis blijft droog, binnen het overstromingsgebied.

Ad. 1 In dit geval kan een ziekenhuis geconfronteerd worden met (aanzienlijke aantallen) verdrinkingslachtoffers, die behoudens 'gewone trauma' problemen ook onderkoelingsverschijnselen en verdrinkingsverschijnselen kunnen vertonen. Het aanbod patiënten kan sterk toenemen door (preventieve) evacuatie van direct getroffen ziekenhuizen, door andere evacués die zorg nodig hebben en mogelijk door nieuwe patiënten uit het getroffen gebied (thuiszorg, instellingen). Het is raadzaam stil te staan bij de capaciteit die in een dergelijke situatie gevraagd en geboden kan worden. Het verschil in de effecten door zout en zoet water, verdient eveneens aandacht in de voorbereiding. Houd ook rekening met gevolgeffecten van de overstroming voor bijvoorbeeld bevoorrading en uitval van personeel. De massale toevloed van slachtoffers maakt het ook nodig dat inzicht bestaat in een volgende opvangcapaciteit (in binnen en buitenland).

Ad. 2 Indien het ziekenhuis in het gebied van de overstroming ligt en zelf overstroomd is, is de moeilijkste van de drie situaties. Een ziekenhuis in het overstroomd gebied zal zoveel mogelijk inzetten op enerzijds de continuïteit van de zorg voor de patiënten en anderzijds het verplaatsen (evacueren) van de patiënten

naar een veilige omgeving. De mate van kwetsbaarheid door een ernstige overstroming is sterk afhankelijk van de aard van het ziekenhuis (specialisaties). Ook de inrichting en de bouw van het ziekenhuis heeft invloed.

Overvloedig water in een ziekenhuis leidt tot uitval van gas, water en licht.

Dit heeft gevolgen voor:

- Stroomvoorziening; vele cruciale processen maken gebruik van stroom;
- Steriel maken van instrumenten; beschikbare steriele middelen zullen snel afnemen met gevolgen voor hygiëne;
- Voeding van apparaten; apparaten kunnen vaak op alternatieve wijzen worden bediend, dat vereist veelal wel inzet van personeel;
- Klimaatbeheersing, koeling enzovoorts. Hierdoor zal de omgeving van patiënten verslechteren, eten (met speciale diëten) snel bederven evenals mogelijk medicijnen;
- Als de noodaggregaten in de kelder staan zijn ze mogelijk ook getroffen door het water. Daarnaast levert de noodvoorziening als die al functioneert beperkingen op, omdat niet het gehele ziekenhuis kan worden voorzien, maar 50 tot 60% van de (vitale) processen. De noodvoorziening is ook afhankelijk van brandstof, deze raakt na één tot enkele dagen op.

Bevoorrading van het ziekenhuis zal moeilijk zijn. De levering van voeding met speciale diëten, drinkwater, medicijnen, brandstof, en de afvoer van afval staat onder grote druk. Ook de aanvoer van brandstof voor de noodvoorzieningen, vaak honderden tot duizenden liters brandstof per dag, zal niet gegarandeerd zijn.

Het aanwezige personeel zal zwaar worden belast. Naar verwachting is de personele bezetting al lager omdat personeel ook bezig is met opvang en evacuatie van naasten. Daarnaast is personeel beperkt inzetbaar; personeel zal ook moeten rusten.

Ad. 3 Indien het ziekenhuis in het gebied van de overstroming ligt, maar niet zelf overstroomd is, spelen nog andere problemen een rol:

- Transport problemen (af- en aanvoer, personen en voorraden: aflosproblemen et cetera);
- Wel enige wateroverlast, waardoor een deel van het ziekenhuis niet bruikbaar is, met eventueel ook nog uitval van nutsvoorzieningen in het ziekenhuis;
- Uitval van nutsvoorzieningen als gevolg van de stroomuitval in wel overstroomde regio's (dit heeft onder andere invloed op beademingsapparatuur, radiologie, sterilisatie, voeding, klimaatbeheersing);
- Bemoelijkte of uitvallen aanvoer van voorraden;
- Personeelsleden worden thuis bedreigd door het water en kiezen ervoor het gezin niet in de steek te laten (continuïteit van de zorg wordt bedreigd).

Door de (toenemende) ernst van deze factoren kan alsnog evacuatie noodzakelijk blijken, met alle problemen van dien. Voor de evacuatie is het ziekenhuis aangewezen op de hulp van buiten.

Evacuatie

Het evacueren van een ziekenhuis is een complex proces dat veel middelen en personeel vereist. De complexiteit wordt groter als meerdere ziekenhuizen in een regio tegelijk met dit vraagstuk te maken hebben. Evacuatie van een ziekenhuis over middellange afstand of lange afstand kan grote gevolgen hebben voor de patiënten. Daarnaast is de uitvoering van de evacuatie ook afhankelijk van de logistieke mogelijkheden. De omgeving van het ziekenhuis maakt gebruik van dezelfde wegen.

In een situatie met korte voorspeltijd, zoals bij een dreiging vanuit de kust, is de verwachting dat het niet haalbaar is alle bedreigde ziekenhuizen te evacueren. Is de voorspeltijd langer, zoals bij een overstroming van de rivieren, dan zijn er meer mogelijkheden. Voor sommige patiënten is gesteld dat deze nagenoeg niet kunnen worden vervoerd, waarvoor evacuatie dus geen reële optie is.

Vanuit de optiek van het ziekenhuis kan een evacuatie worden vergemakkelijkt door het aantal patiënten vooraf te verminderen (ontslaan van patiënten, stoppen van opnames en dergelijke). Ongeveer een derde van het aantal bedden blijkt te kunnen worden vrijgemaakt door patiënten sneller te ontslaan en (dag)opnames te stoppen.

Voorbereiden

Coördinatie in de besluitvorming en tijdige alarmering binnen de zorgkolom en met de veiligheidsregio is van groot belang voor een optimale respons bij (dreigende) overstromingen. Leg daarom de kritische processen vast voor elk van de drie beschreven situaties. De evacuatiecapaciteit zal, ook al door de moeilijke omstandigheden, nauwelijks toereikend zijn. Afstemming en planvorming tussen de ziekenhuizen en met veiligheidsregio kan hier levensreddend blijken. Maak de planvorming bij voorkeur onderdeel van het ZiROP.

Te denken valt hierbij aan een fasering van activiteiten, gerelateerd aan de dreiging van het water. Met deze fasering kan de mate van coördinatie en kunnen de bijbehorende maatregelen in de zorgkolom lokaal, via regionale plannen, verbonden worden aan het Nationaal Responsplan Overstromingen. Tevens kunnen maatregelen (richtlijnen voor de zorgverlening, evacuatie, opvang, verdeling schaarse middelen, financiën, et cetera) in de planvorming worden uitgewerkt.

Bijzonderheden

Bij de bouw van een ziekenhuis in een gebied, dat potentieel door hoog water bedreigd kan worden, is het verstandig om essentiële onderdelen van de infrastructuur en essentiële afdelingen niet op de onderste verdiepingen onder te brengen.

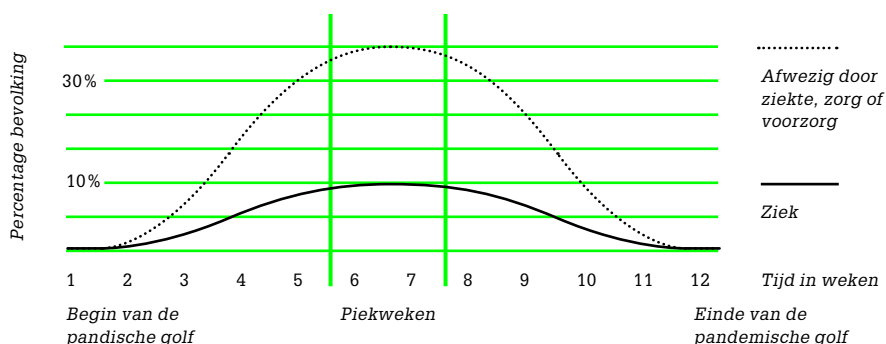
Griepandemie

Een pandemie kan worden veroorzaakt door verschillende infectieziekten. De dreiging van een pandemie die wordt veroorzaakt door het influenzavirus (griepandemie) wordt doorgaans als voorbeeld genomen voor de voorbereiding op een dergelijke pandemie.

Uit de Nationale Risicobeoordeling 2008 blijkt dat een griepandemie één van de grootste dreigingen is voor de Nederlandse nationale veiligheid. Zowel de kans op een griepandemie als de gevolgen ervan zijn groot. Een griepandemie heeft gevolgen voor de gehele samenleving en raakt daarmee niet alleen de gezondheidszorg maar ook andere sectoren die van vitaal belang zijn voor het functioneren van onze maatschappij.

Figuur 1

Ziekte en afwezigheid tijdens een ernstige griepandemie



Naast de voorbereiding op een grote zorgvraag is het ook nodig specifieke voorbereidingen te treffen om het zorgaanbod op peil te houden. Tijdens een pandemie zullen immers ook medewerkers van het ziekenhuis uitvallen. Niet alleen als gevolg van de ziekte zelf, maar ook om te zorgen voor naasten en mogelijk ook uit voorzorg, bang om ziek te worden van patiënten met de pandemische griep in het ziekenhuis. In berekeningen wordt ervan uitgegaan dat 30% van de bevolking, en dus ook 30% van het personeel van het ziekenhuis, ziek wordt tijdens een griepandemie. In geval van een ernstige pandemie is berekend dat tijdens het hoogtepunt van de ziektegolf tot 30% van het personeel tegelijkertijd afwezig kan zijn, vanwege ziekte, zorg of uit voorzorg.

Dat geldt niet alleen voor het medische personeel maar ook voor personeel in de ondersteunende functies. En niet alleen bij het ziekenhuis zelf, maar ook bij leveranciers en dienstverleners zoals schoonmaak, catering, linnengoed, medische hulpmiddelen en medicijnen.

Inspanningen moeten daarom gericht zijn op de volgende drie doelen:

- 1 Het blijven functioneren van de kritische processen in de eigen organisatie;
- 2 Het waarborgen van de essentiële producten en diensten van toeleveranciers en dienstverleners, met als einddoel om;
- 3 Te zorgen voor voldoende zorgaanbod.

Hiertoe is het nodig een continuïteitsplan ten behoeve van een griep-pandemie op te stellen. Dit continuïteitsplan wordt bij voorkeur geïntegreerd met andere bestaande continuïteitsplannen, zoals het ZiROP.

De ministeries van VWS en BZK hebben hulpmiddelen beschikbaar om te komen tot zo'n continuïteitsplan. Daarin worden de vier stappen toegelicht die doorlopen worden:

- 1 Allereerst worden de kritische processen in kaart gebracht: wat moet blijven functioneren?
- 2 Daarna worden de knelpunten en kwetsbaarheden in die kritische processen geïdentificeerd; waardoor zou zo'n kritisch proces kunnen uitvallen?
- 3 Vervolgens worden maatregelen gezocht en getroffen om deze knelpunten en kwetsbaarheden op te lossen.
- 4 Tenslotte wordt dit vastgelegd, getest en geoefend en geactualiseerd.

Er zijn voorbeelden beschikbaar van maatregelen die een bedrijf of organisatie kan treffen.

Speciale aandacht vraagt de zorg voor het eigen personeel. Tijdens een pandemie – maar ook in geval van een CBRN-ramp – vormen de slachtoffers die in het ziekenhuis zorg nodig hebben een besmettingsrisico voor het personeel. Op grond van de arbeidsomstandighedenregelgeving, maar ook om een maximale werkwillegheid van het personeel te bereiken, zijn beschermingsmaatregelen voor het personeel nodig. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever deze maatregelen in de voorbereidingsfase te treffen in overleg met het personeel. Betrek ook de arbo-functionaris of de arbodienst. Uiteraard hebben beschermingsmaatregelen voor het personeel ook een bijdrage in het beperken van de verspreiding van de ziekte binnen het ziekenhuis.

Tijdens een griep-pandemie zal in ieder geval een grotere vraag zijn naar IC-capaciteit, beschermingsmiddelen en antibiotica. Mogelijke maatregelen hiervoor zijn:

- Een aangepaste triage;
- Het anders inzetten van personeel, zodat schaars IC-personeel alleen die taken hoeft te doen waarvoor anderen niet gekwalificeerd zijn;
- Een grotere voorraad beschermingsmiddelen en antibiotica;
- Afspraken met leveranciers over gegarandeerde levering tijdens een pandemie.

Meer informatie over de voorbereidingen op continuïteit tijdens een griep-pandemie is te vinden op www.minvws.nl/griep-pandemie.

Bijlage 5

Functieprofiel ZiROP – beheerder

Omschrijving van de functie

De beheerder ZiROP draagt in opdracht van de Raad van Bestuur, en in samenwerking met in- en externe ketenpartners, zorg voor een actueel en beoefend ZiROP ter voorbereiding van het ziekenhuis op kwalitatief goede opvang van rampslachtoffers.

Plaats in de organisatie

Inpassen in eigen organisatiestructuur met de daarbij benodigde verantwoordelijkheden, bevoegdheden en budget.

Taken

- ➔ Draagt zorg voor een te allen tijde praktisch goed uitvoerbaar en geactualiseerd ZiROP, conform de ZiROP Oefenmethodiek;
- ➔ Draagt zorg voor adequaat voorbereide sleutelfunctionarissen en overige betrokkenen, door middel van opleiden, trainen en oefenen;
- ➔ Draagt zorg voor borging in het ziekenhuiskwaliteitssysteem;
- ➔ Is op de hoogte van wettelijke en lokale kaders, nieuwe inzichten en ontwikkelingen en verwerkt deze in het ZiROP;
- ➔ Stelt op basis hiervan een jaarplan en begroting op en bewaakt het budget;
- ➔ Legt verantwoording af over behaalde resultaten.

Onderdelen

Maakt bij het uitvoeren van werkzaamheden gebruik van de ZiROP Oefenmethodiek en doorloopt de in deze methodiek benoemde fasen cyclisch in een periode van twee jaar.

Draagt hierbij zorg voor:

0 ZiROP-check

- ➔ Opstellen van het ZiROP aan de hand van de Leidraad ZiROP 2009;
- ➔ Afstemmen van de inhoud van het ZiROP op wettelijke, regionale en lokale kaders;
- ➔ Adequaatt kennis- en competentieniveau van sleutelfunctionarissen door (bij)scholing.

1 Oproepsysteem Oefening

- Actuele NAW gegevens van betrokkenen bij het ZiROP;
- Controleren en borgen van de werking van oproepsystemen;
- Oefenen en borgen van oproepprocedures;
- Evalueren van oproepprocedures en doorvoeren van verbeteringen.

2 Communicatie

- Vaststellen en uitvoeren van een communicatieplan (communicatie-doelen, doelgroepen, communicatiemiddelen) om interne bewustwording rondom rampen en rampenbestrijding te creëren;
- Evalueren of de communicatiedoelen per doelgroep zijn bereikt en doorvoeren van verbeteringen.

3 Deelplan review & oefeningen

- Bewaken van de onderlinge afstemming van afzonderlijke deelplannen;
- Actuele en beoefende deelplannen;
- Evalueren van de deelplan oefeningen en doorvoeren van verbeteringen;
- Adequaat kennis- en competentieniveau van sleutelfunctionarissen door (bij)scholing.

4 Realtime Table Top Trainingen (onder andere ETS)

- Organiseren Table Top trainingen;
- Evalueren van de trainingen en doorvoeren van verbeteringen;
- Adequaat kennis- en competentieniveau van sleutelfunctionarissen en betrokken medewerkers door (bij)scholing.

5 ZiROP Oefening

- Organiseren van een ziekenhuisbrede rampoefening;
- Zorgen voor afwisseling in beoefende rampscenario's (flitsramp, CBRN-ramp, griep пандemie, overstroming);
- Evalueren van de oefening en doorvoeren van verbeteringen in het ZiROP.

6 Evaluatie

- Verwerken van de in stap 1 tot en met 5 verzamelde evaluaties in een nieuw ZiROP.

7 Vaststelling nieuw ZiROP

- Accorderen van het aangepaste ZiROP en het starten van een nieuwe cyclus bij fase 0;
- Borgen van het ZiROP in het ziekenhuis kwaliteitsstelsel.

Contacten

Intern

Onderhoudt contacten met alle functionarissen, die betrokken zijn bij het ZiROP en het uitvoeren van rampenoefeningen en maakt deel uit van de interne ZiROP-commissie.

Extern onder andere:

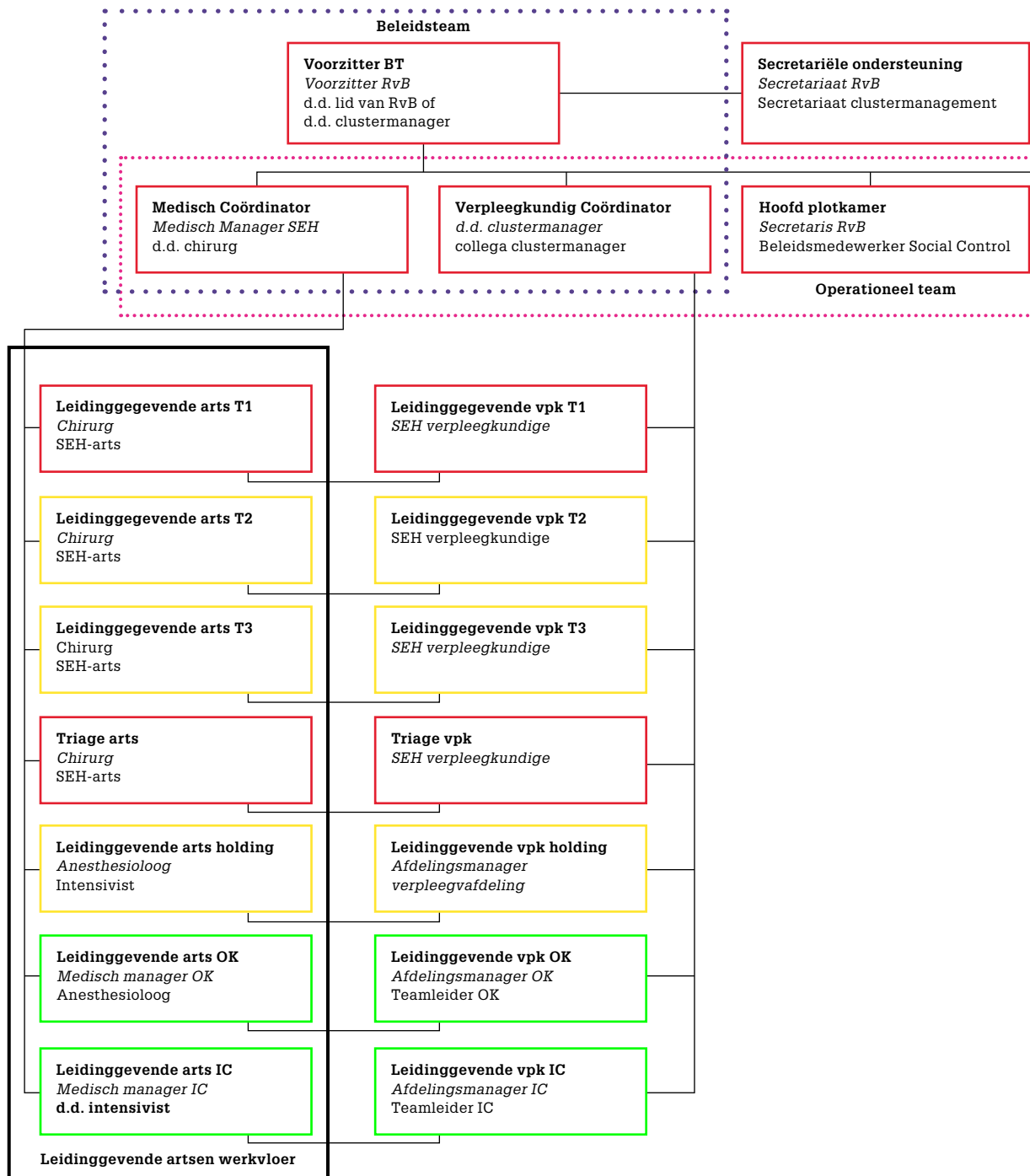
- GHOR-bureau(s);
- Omringende ziekenhuizen;
- Regionaal Traumacentrum;
- Kennisplatform ZiROP;
- Huisartsen, huisartsenposten, GGD, RAV, Rode Kruis;
- Politie en brandweer;
- (Omliggende) Gemeente(n);
- Ministeries VWS en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK);
- Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Opleiding

- HBO werk- en denkniveau;
- Eventueel aangevuld met relevante opleidingen op het gebied van rampenbestrijding.

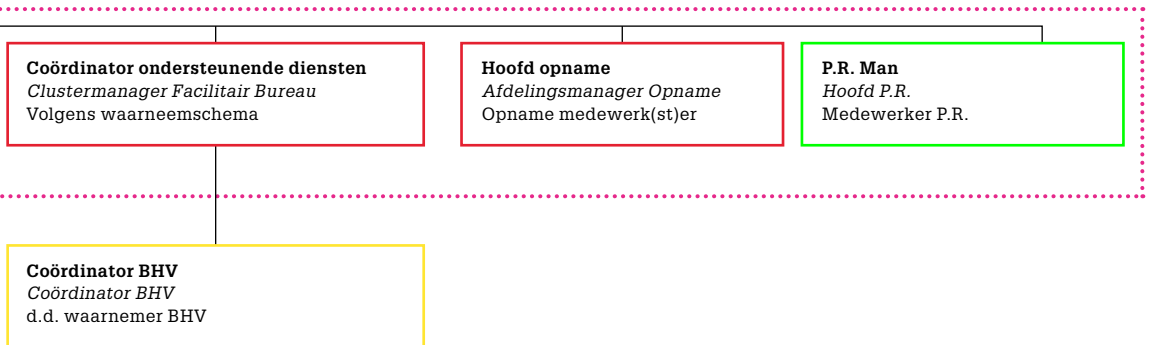
Competenties

- Samenwerken en netwerken;
- Overtuigingskracht;
- Resultaatgericht;
- Analytisch vermogen.



Bijlage 6

Voorbeeld Organogram voor Command en Control bij een ramp



⋮⋮⋮ Beleidsteam (BT)

⋮⋮⋮ Operationeel team (OT)

□ Leidinggevende team werkvloer

□ Essentiële functie

□ Minder essentieel en opvangbaar door hogere in hiërarchie

□ In dagelijks leven ook ingevulde functie

Vet benaming functie

Cursief functionaris, die functie kan vervullen

Normaal eventuele vervanger

Bijlage 7

Operationeel Team Acute Zorg (OT – AZ)

Het Operationeel Team Acute Zorg is een voorbeeld van de wijze waarop op effectieve wijze afstemming kan plaatsvinden tussen SEH-OK-IC, waarbij als doelstelling geldt dat er snel een duidelijk beeld is van de beschikbare medische behandelcapaciteit.

Tijdens opgeschaalde situaties wordt de communicatie verbeterd door middel van het aanbrengen van structuur in het afstemmingsoverleg tussen de kritische afdelingen (SEH, OK, IC) en het Beleidsteam.

Aanpak

Om de informatievoorziening te stroomlijnen tussen de kritische afdelingen onderling en het beleidsteam kan een extra overlegorgaan ingevoerd worden, namelijk het Operationeel Team Acute Zorg (OT-AZ). Dit is een hoofdelijk overleg met vertegenwoordigers van de kritische afdelingen. De vertegenwoordiging kan bestaan uit de medisch coördinator van betreffende afdeling of de verpleegkundig leidinggevende. Het OT-AZ staat onder voorzitterschap van de medisch verantwoordelijke uit het Beleidsteam. Deze functioneert als 'liaison' tussen het Beleidsteam en het OT-AZ.

In dit overleg wordt de belangrijkste informatie uitgewisseld ten behoeve van de medische behandelcapaciteit en worden eventuele vragen en knelpunten besproken en oplossingen afgestemd. Er worden besluiten genomen ten aanzien van het primaire proces, namelijk de opvang en behandeling van slachtoffers. De belangrijkste informatie (overzichten behandelcapaciteit, vragen en knelpunten met een afdelingsoverstijgend karakter) gaat via een 'liaison' naar het Beleidsteam en komen via deze liaison ook weer terug in het volgend overleg. De vertegenwoordigers zorgen voor terugkoppeling naar de eigen afdeling.

Resultaten

- ➔ OT-AZ is een prima schakel in het primaire proces om te komen tot goede afstemming en coördinatie omtrent opvang en behandeling van slachtoffers tussen de kritische afdelingen en het Beleidsteam ten tijde van een ramp;
- ➔ Het draagt met name bij aan een snelle beeldvorming voor alle betrokkenen, dat wil zeggen wat de feitelijke situatie in het ziekenhuis is;
- ➔ Effectiviteit blijkt uit de snelle afstemming en besluitvorming en het beter benutten van de medische behandelcapaciteit;
- ➔ Reductie van telefoonverkeer tussen alle disciplines;

- Voor betrokkenen ontstaat er veel meer rust omdat ze minder worden afgeleid. Men kan zich concentreren op de zaken die moeten worden gedaan;
- Deelnemers, met name op tactisch niveau, ervaren dat zij er op kunnen vertrouwen dat er antwoorden komen op vragen en dat problemen daadwerkelijk worden opgepakt en dat deze binnen redelijke termijn worden teruggekoppeld;
- Filtering van operationele problemen waardoor de agenda van het Beleidsteam uit beleidszaken bestaat;
- Minder versnippering van informatie met minder kans op informatieverlies.

Succesfactoren

- Duidelijke afspraken maken over vergaderfrequentie, -locatie en het hanteren van een vaste agenda;
- Het gebruik van formulieren, sheets met schema's waarop belangrijke stuurinformatie wordt verzameld;
- Voldoende faciliteiten en secretariële ondersteuning voor het OT-AZ;
- De discipline van de deelnemers wat betreft het tijdig aanwezig zijn op de afgesproken overlegmomenten;
- Een goede vergaderdiscipline van alle betrokkenen;
- Hanteren van klokmanagement waardoor overleggen (OT-AZ, Beleidsteam) goed op elkaar aansluiten. Ook met betrekking tot de afstemming met de GHOR.

Valkuilen

- Bij het verzamelen en bespreken van informatie binnen het OT-AZ gaat het niet alleen om getallen, bijvoorbeeld aantallen T1, T2 en T3. Betrokkenen hebben de neiging zich vooral op aantallen en classificatieniveaus te richten (T1, T2 en T3) zonder expliciet aandacht te schenken aan specifieke zorgbehoeften (bijvoorbeeld ademhalingsproblematiek, brandwonden, energetisch letsel) bij slachtoffers;
- Er dient aandacht te zijn voor het spreken van dezelfde taal.
Bijvoorbeeld: Een veel gestelde vraag in het kader van beschikbare medische capaciteit: 'hoeveel beademingsplekken zijn er nog beschikbaar?'
Bij een antwoord van 2 stuks is het nog maar de vraag of daarmee de capaciteit verzekerd is. Er moet ook personeel zijn die de apparatuur kan bedienen;
- Bij het verzamelen en bespreken van informatie binnen het OT-AZ moet het niet alleen om getallen gaan of een focus op 'totaalplaatje' binnen de organisatie. Ook informatie die SEH, OK en IC van elkaar nodig hebben om beleid te maken is van belang en dient in het OT-AZ besproken te worden;
- De kleinere ziekenhuizen voorzien mogelijk problemen met de 'bemensing' van het OT-AZ;
- De twijfel/aarzeling bij deelnemers om de eigen afdeling te verlaten voor een extra overleg elders.

Bijlage 8

Informatiefolders

Poliklinische patiënten

Geachte heer / mevrouw,

Onverwacht heeft zich in de buurt van ons ziekenhuis een ramp voltrokken. Het ziekenhuis is dientengevolge verplicht alle niet direct noodzakelijke medische behandelingen op te schorten en zich klaar te maken voor ontvangst van een (groot) aantal slachtoffers en eventuele familieleden en bekenden van die slachtoffers.

Wij verzoeken u zo spoedig mogelijk ons ziekenhuis te verlaten, nadat u deze folder is uitgereikt.

Wij verzoeken u morgen tussen of tussen te bellen voor een nieuwe afspraak op onze polikliniek.

Telefoonnummer

Met vriendelijke groet,

Klinische patiënten

Geachte heer / mevrouw,

Onverwacht heeft zich in de buurt van ons ziekenhuis een ramp voltrokken. Het ziekenhuis is dientengevolge verplicht alle niet direct noodzakelijke medische behandelingen op te schorten en zich klaar te maken voor ontvangst van een (groot) aantal slachtoffers en eventuele familieleden en bekenden van die slachtoffers.

De afdeling opname zal zich inspinnen op korte termijn de voor u geplande ingreep alsnog te laten doorgaan.

Hiertoe wordt u morgen of overmorgen door onze afdeling opname gebeld.

Met vriendelijke groet,

Bijlage 9

Richtlijnen omgang met de media

In principe zal de gemeente de perscontacten onderhouden, maar soms zal ook van het ziekenhuis worden verwacht, dat de pers te woord wordt gestaan. Het advies is om dit alleen te doen in overleg met de gemeente.

Contactpersoon voor de pers

De contactpersoon voor de pers dient op regelmatige en aangegeven momenten de meest recente informatie te leveren. Hierdoor zullen de journalisten wachten op het nieuws en niet zelf op zoek gaan. Het is belangrijk om onbezonnen veronderstellingen over de oorzaak van de ramp te vermijden. Je kunt de oorzaak nooit helemaal zeker weten in het vroege stadium van de ramp. Bovendien is het niet aan het ziekenhuis om zich uit te laten over de (mogelijke) oorzaak van de ramp. Daarom is het beter om je te concentreren op commentaar over hoe de hulpverlening in het ziekenhuis verloopt. Het is noodzakelijk dat alle contacten met de pers via één of enkele vaste personen lopen.

Verwachte volgorde van vragen

- Wat is er gebeurd?
- Wat voor letsels/dodelijke ongelukken zijn er?
- Wat doen jullie er aan?
- Wat is de oorzaak?
- Wie is verantwoordelijk?

Checklist voor een televisie –interview

Voor het interview

- Bedenk wat jouw doel is – welke punten wil je naar voren brengen?
- Geef aan dat je alleen ingaat op vragen ten aanzien van de hulpverlening in het ziekenhuis;
- Informeer wat de eerste vraag zal zijn;
- Verifieer wat het startteken is;
- Check hoe je er uitziet.

Tijdens het interview

- Ga er altijd van uit dat er uitgezonden wordt;
- Kijk de interviewer aan en niet de camera;
- Voorkom gebruik van jargon, vloeken, liegen, friemelen en verlies je beheersing niet;

- Verkoop jezelf; anderen zullen ongetwijfeld de kans grijpen om kritiek te leveren;
- Uit sympathie voor de gewonden/doden en hun families;
- Uit bewondering voor de hulpverleners en je eigen mensen.

Na het interview

- Sta/zit stil, totdat duidelijk is dat de uitzending is gestopt;
- Deel exemplaren van voorbereide verklaringen uit.

Medisch en verpleegkundig personeel moet zich bewust zijn van de kwetsbaarheid van patiënten, familieleden en personeel. Ze mogen niet toestaan dat dergelijke interviews het welzijn van de patiënt en het leveren van zorg in de weg staan. Verklaringen over de toestand van individuele patiënten kunnen, met inachtneming van de regelgeving rondom de privacy van een patiënt, het best door een ervaren arts worden gegeven. Vragen betreffende de response van het ziekenhuis op de ramp, kunnen het best door een vertegenwoordiger van het management worden gegeven.

Bijlage 10

Standaard Situatie Rapport

Naam rapport: **Nr:**

Aan:

Van:

Datum:

Tijd:

1 Huidige situatie:

2 Verwachte veranderingen:

3 Knelpunten:

4 Oplossingsvoorstellen / beslispunten:

5 Terugkoppeling:

Bijlage 11

Voorbeeld Invulling taken en verantwoordelijkheden voor onderhoud van ZiROP

Activiteit	ZiROP-beheerder	Secretaresse	ZiROP-commissie	Afdelingshoofd
Checken + Actualiseren Adres- / telefoonlijsten – Kritische afdelingen – Adreslijst externe instanties (inclusief media/ pers) Procedures/overzichten – Gemeentelijk rampenplan – Procedure GHOR	V	U	–	
Checken + Actualiseren wijzigingen Technische infrastructuur	V	U	–	
Checken + Actualiseren wijzigingen ICT infrastructuur	V	U	–	
Checken + Actualiseren wijzigingen Facilitaire zaken, waaronder telefonie, oproepsysteem	V	U	–	
Checken + Actualiseren wijzigingen Medische zaken: Medisch organisatorische - en professioneel inhoudelijke wijzigingen per afdeling/vakgroep	V	U	U	
Checken + Actualiseren adres-/ telefoonlijst van eigen afdeling en toesturen aan secretaresse / beheerder	–	–	–	V/U
Checken functioneren noodnet aansluitingen en (aanwezigheid) voorzieningen calamiteitenkast + noodnetgidsen				V/U
Actualisatie inhoud ZiROP / + eventueel beheersprocedure ZiROP	V/U	U	U	
Verspreiding ZiROP	V	U		

Raad van Bestuur	Wanneer
E	Jaarlijks In de maand februari
E	Jaarlijks In de maand februari
E	Jaarlijks In de maand februari
E	Jaarlijks In de maand februari
E	Tweejaarlijks In de maand februari van elk even jaar (2006, 2008, 2010 et cetera)
E	4 x per jaar In febr, mei, aug, nov
	Jaarlijks In de maand februari
E	Jaarlijks In de maand februari
E	Na iedere aanpassing

E Eindverantwoordelijk
V Verantwoordelijk
U Uitvoerend

Bijlage 12

Voorbeeld Actiekaart

Command/control

Functie	MEDISCH COÖRDINATOR (Beleidsteam)
Werkplek	Gebouw W, 1e verdieping
Opdrachten VAN	Algemeen coördinator
Opdrachten AAN	Triage- en leidinggevende artsen

Veiligheid/herkenbaarheid

Hesje met opschrift: MEDISCH COÖRDINATOR

Communicatie met

BT/OT

Leidinggevende arts T1	(portofoon/sein)
Leidinggevende arts T2	(portofoon/sein)
Leidinggevende arts T3	(portofoon/sein)
Leidinggevende arts op de holding	(portofoon/sein)
Leidinggevende arts op de OK	(portofoon/sein)
Leidinggevende arts op IC	(portofoon/sein)
Medische staf belast met de opvang van slachtoffers	(dienstsein)

Communicatie via

Telefoon	66336
Portofoon	nr. 20

Taak/verantwoordelijkheden/bevoegdheden

- ➔ De medisch coördinator coördineert alle medische activiteiten en geeft leiding aan de medische functionarissen;
- ➔ Op de volgende werkplekken dient hij/zij medisch specialistische hulp te organiseren;
 - Triageplaats;
 - Opvangplek T1, T2, T3, T4 en T5;
 - OK;
 - IC;
 - Holding;

- Hij/zij verstrekt schriftelijk aan de algemeen coördinator alle medische informatie over het aantal doden en gewonden en de aard der verwondingen per gewonde;
- Indien extra medische hulp nodig is, zal hij/zij de aanvraag bij de algemeen coördinator indienen;
- Na beëindiging van de rampsituatie ontvangt hij/zij hiervan bericht van de algemeen coördinator en geeft dit door aan de onder hem/haar ressorterende functionarissen en afdelingen;
- Hij/zij houdt direct na afloop een korte debriefing voor de personen, die direct onder hem/haar hebben gefunctioneerd;
- Hij/zij schrijft een evaluatie over zijn persoonlijke werkzaamheden.

Bijlage 13

Vrijwilligers Registratie Formulier

Formulier voor vrijwilligersregistratie

Vul dit in en retourneer dit bij de coördinator van het meldpunt

Naam

Vaardigheden (aankruisen wat van toepassing is)

- Verpleging
- Catering
- Kinderopvang
- Maatschappelijk werk
- Geestelijke bijstand
- Talen

- ↘
- ↘
- ↘
- ↘
- ↘
- ↘

Kent u het ziekenhuis? Ja/nee (omcirkelen wat van toepassing is)

GELIEVE ALLEEN OP AFDELINGEN KOMEN, WAARVOOR U BENT INGEDEELD!

Ingedeeld op afdeling

Tijdstip

Bijlage 14

Aandachtspunten voor evaluatie

Personen die een actiekaart uitgereikt krijgen, maken een persoonlijk verslag. Personen zonder actiekaart maken per functie een groepsverslag. De verantwoordelijkheid voor het maken ervan, ligt bij de betreffende afdelingsmanager. In dit verslag moeten de volgende punten verwerkt zijn:

- 1 Oproep / opschaling;
- 2 Registratie van tijdstippen op cruciale momenten:
 - a Voormelding;
 - b Uitgaan boodschap (tijdstip via portier/telefoniste noteren);
 - c Aankomst ziekenhuis;
 - d Start actieve dienst;
 - e Aankomst slachtoffers;
 - f Afschaling;
- 3 Verslag werkzaamheden;
- 4 Wat ging goed en wat zijn verbeterpunten;
- 5 Werklijsten;
 - a Cijfermatig: patiëntenaantallen, triagecategorieën, gebruik OK, IC, IC+beademing, gewone opnamen (kwantiteit van de hulpverlening);
 - b Medisch inhoudelijk (kwaliteit van de hulpverlening);
- 6 Het functioneren van het ZiROP in de rampsituatie;
Het eindverslag is een analyse van de individuele en groepsverslagen.

Bijlage 15

Standaard informatieset G-BIV

Het G-BIV heeft een standaard informatieset ontwikkeld voor de informatie-uitwisseling tussen MKA en het ziekenhuis, toepasbaar tijdens de verschillende fasen van een rampsituatie.

Deze standaard informatieset bestaat uit:

- Naam, functie, telefoonnummer MKA;
- Naam, functie, telefoonnummer ziekenhuis;
- Tijdstip informatie-uitwisseling;
- Statusinformatie:
 - ↘ Voorwaarschuwing (hiermee weet het ziekenhuis dat er mogelijk sprake is van een ramp);
 - ↘ Voorwaarschuwing ingetrokken;
 - ↘ Opschaling gestart door ziekenhuis;
 - ↘ Afschaling gestart door ziekenhuis;
- Plaats van de ramp;
- Ramptype (Mechanisch of CBRN):
 - Aanvullende subvragen bij CBRN-ramp;
 - ↘ Blootstelling aan welke stof?
 - ↘ Wanneer en duur van de blootstelling?
 - ↘ Hoe was de blootstelling (inhalatie, cutaan, ingestie)?
 - ↘ Symptomen;
 - ↘ Zijn slachtoffers gedecontamineerd?
- Geschat aantal voor het ziekenhuis te verwachten slachtoffers (kinderen en/of volwassenen) per triageklasse (T1, T2, T3);
- Verwachte tijdstip aankomst van (laatste) slachtoffers;
- Kernvraag: wordt het erger/wordt het minder?
- Bijzondere gevaren bij aanlevering van slachtoffers;
- Is GHOR opgeschaald of afgeschaald?
- Specifieke informatie / knelpunten van de ziekenhuizen naar de GHOR.

T2		Artsen		T3	
Verpleegkundigen				Verpleegkundigen	
Aanwezig	Nodig	Aanwezig	Nodig	Aanwezig	Nodig
Behandelkamers		Patiënten		Behandelkamers	

OK				IC		Artsen	
Teams	Anesthesisten	Operateurs	Specialisme	Verpleging			
				Aanwezig	Nodig	Aanwezig	Nodig
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Bijlage 17

Slachtoffervolgkaart

Patiënt nr.	Patiënt Naam	Leeftijd	Loc	Tijd	Loc	Tijd	Loc	Tijd	Loc	Tijd

Codering van de locaties:

- 0 Triageplaats
- 1 T1
- 2 T2
- 3 T3
- 4 Holding
- 5 OK
- 6 IC
- 7 Radiologie
- 8 Afdeling
- 9 Mortuarium

Bijlage 18

Actiekaart Secundaire triage (Sort)

(Bron: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties)

Stap 1 Glasgow coma scale (GCS)

E Ogen openen	
Spontaan	4
Bijaanspreken	3
Bij pijnstimulus	2
Geen	1

M Motorische respons	
Volgt bevelen op	6
Lokaliseert	5
Trekt terug bij pijn	4
Buigt bij pijn	3
Strekt bij pijn	2
Geen	1

V Antwoorden	
Georiënteerd	5
Verward	4
Inadequaat	3
Onbegrijpelijk	2
Geen	1

→ GCS = E + M + V

Stap 2 Triage revised trauma score (TRTS)

A GCS	
13 – 15	4
9 – 12	3
6 – 8	2
4 – 5	1
3	0

B Ademhalingsfrequentie	
10 – 29	4
> 30	3
6 – 9	2
1 – 5	1
0	0

C Systolische bloeddruk	
> 90	4
76 – 89	3
50 – 75	2
1 – 49	1
0	0

→ TRTS = A + B + C

Stap 3 Triageklasse toekennen

12	=	groen	=	T3
11	=	geel	=	T2
1-10	=	rood	=	T1

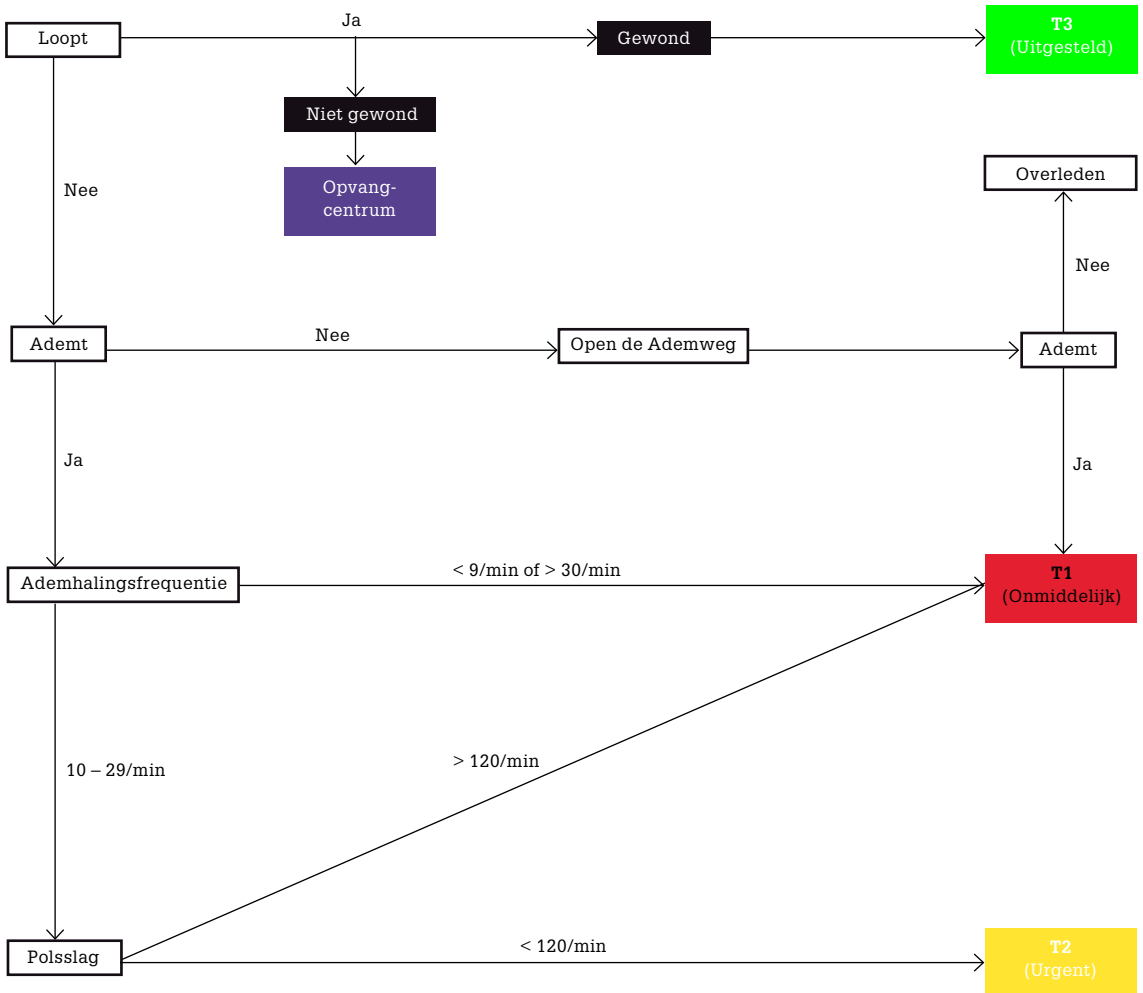
Stap 4 Triageklasse evalueren

→ Eventuele opwaarderen van de triageklasse op beslissing van een ervaren arts, afhankelijk van anatomisch letsel/werkdiagnose

Bijlage 19

Actiekaart Primaire triage (Sieve)

(Bron: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties)



De capillaire refill is een alternatief voor de polsslag, maar is onbetrouwbaar bij koude of duisternis. Indien deze test wordt toegepast, betekent een CRT > 2 sec een **T1 (onmiddelijk)**

Bijlage 20

Identificatie formulier niet aanspreekbaar slachtoffer/overleden slachtoffer

Slachtofferregistratiekaartnummer

1 Geschatte leeftijd

2 Sexe M V

3 Ras

a Blank

b Negroid

c Aziatisch

d Arabisch

e Zuid-Amerikaans

f Overig

4 Geschatte hoogte cm

5 Geschat gewicht kg

6 Bouw

a Klein

b Middelmatig

c Groot

7 Gezichtsvorm

a Rond

b Rechthoekig/vierkant

c Ovaal

d Hartvormig

e Diamantachtig

8 Kleur ogen

a Bruin

b Blauw

c Grijs

d Groen

e Overig

9 Haar kleur

a Zwart

b Bruin

c Blond

d Rood

e Grijs

g Wit

h Combinatie van &

i Geverfd haar

10 Oog afwijking (bepaal kant/beschrijf)

a Blind: links rechts beide

b Cataract: links rechts beide

c Strabismus Convergens: links rechts beide

d Strabismus Divergerens: links rechts beide

11 Andere identificatie tekenen: geef type aan via afkorting, locatie en beschrijving

T Tattoo:

L Litteken:

M Moedervlek:

G Geboortevlek (ooievaarspik):

D Depigmentatie plek:

Statusnummer

12 Misvorming

- a Bloemkool oor: links rechts beide
- b Hazenlip:
- c Misvorming arm: links rechts beide
- d Misvorming hand: links rechts beide
- e Misvorming vingers: links rechts
dig 1 2 3 4 5
- f Misvorming been: links rechts beide
- g Misvorming voet: links rechts

13 Andere fysieke kenmerken

- a Kaal/kalend
- b Haar implantaat/haarstuk/pruik
- c Rimpels
- d Onderkin
- e Oorlelgaatjes
- f Overig

14 Hulpmiddelen-prothesen

- a Prothese ledemaat:
- b Brace:
- c Gebit:
- d Bril:
- e Contactlenzen:
- f Gehoorapparaat:
- g Wandelstok/krukken/rollator/rolstoel
- h Stoma/catheter

15 Geïmplanteerde hulpmiddelen

- a Dialyse shunt
- b Pacemaker
- c Overig

16 Amputaties:

17 Aantoonbare ziektes:

18 Aantoonbare oude letsels:

19 Besmet met Chemische / Radiologische / Nucleaire stoffen

20 Overig:



ZonMw

Laan van Nieuw Oost Indië 334

2593 CE Den Haag

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 51 11

Fax 070 349 51 00

www.zonmw.nl/rampenopvang



ZonMw