

# Format ZiROP

Toetsingskader en toelichting

november 2005

## Voorwoord

Het voorliggende format Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP) is in nog geen half jaar tot stand gekomen. Dit betekent dat we bepaalde keuzes hebben moeten maken ten aanzien van de inhoud van het format.

Bovenal hebben we ervoor gekozen een zo compleet mogelijk beeld te schetsen waaraan een ZiROP zou moeten voldoen. We hebben hierbij een eerste Nederlandse versie van Hospital M.I.M.M.S. (zie hieronder) als basismateriaal kunnen gebruiken. Diverse andere documenten, zoals ZiROP's van verschillende ziekenhuizen, zijn eveneens geraadpleegd. We willen hierbij degenen die de documenten beschikbaar hebben gesteld hartelijk danken.

Een andere doelstelling van ons was een praktisch en goed door het veld van de gezondheidszorg bruikbaar instrument neer te leggen. Een check van een eerdere versie van het format bij een vertegenwoordiging van enkele ziekenhuizen, heeft ons gesterkt in het idee dat we daarmee op de goede weg zaten. Wij willen ook deze mensen, die belangeloos hun expertise hebben ingezet hiervoor danken.

Het format dat er nu ligt kan op onderdelen zeker worden verbeterd. Wij stellen ons dan ook voor dat in de verdere toekomst een verbeterd format zal ontstaan naar aanleiding van de ervaringen met het gebruik ervan.

Wat ons betreft kunnen in een latere versie 'best practices' een goede aanvulling betekenen op dit format.

In het format wordt op een aantal punten verwezen naar het Emergo Train System (E.T.S.) en het Hospital Major Incident Medical Management and Support (H.M.I.M.M.S.). We willen hiermee niet persé een keuze maken voor deze systemen, maar ten tijde van de totstandkoming van het format waren het dé bekende systemen in Nederland.

Het format is niet bedoeld als leerboek! In Nederland kunnen diverse opleidingen worden gevolgd op het terrein van de zorgverlening ten tijde van rampen en grote ongevallen.

Overigens is de dagelijkse ziekenhuisorganisatie onder normale omstandigheden ons uitgangspunt geweest bij het opstellen van dit format. Er wordt immers altijd opgeschaald vanuit de normale situatie.

We hopen hiermee een product te hebben geleverd, waarmee een bijdrage wordt geleverd aan de kwaliteitsverbetering van de zorgverlening in ziekenhuizen ten tijde van grote ongevallen en rampen.

Expertgroep format ZiROP,  
november 2005

## Inhoudsopgave

### 1.1 Doel format ZiROP

- Inleiding
- Geschiedenis
- Totstandkoming format
- Wettelijk referentiekader
- Gebruikswijzer format ZiROP

### 1.2 Inbedding in de regio

- Opbouw en functie van de GHOR
- Relatie ziekenhuis – GHOR
- Rol ziekenhuis en behandelcapaciteit

### 2.1 Format ZiROP

#### I. Preparatiefase

#### II. Rampsituatie

- Fase van berichtgeving
- Fase van overleg
- Fase van alarmering
- Fase van voorbereiding
- Fase van ontvangst
- Fase van definitieve behandeling
- Fase van afschaling

### 2.2 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

### 2.3 Communicatie (in- en extern)

### 3. Opleiden, trainen en oefenen

### 4. Implementatie en onderhoud ZiROP

## Bijlagen

1. Samenstelling landelijke werkgroep toetsingskader ZiROP's
2. Checklist ZiROP
3. Leiding tijdens een rampsituatie
4. Lijst met afkortingen/begrippenlijst

## 1.1 Doel format ZiROP

### *Inleiding*

De laatste decennia is het steeds duidelijker geworden, dat op elk moment in elk deel van de wereld zich een ramp kan voltrekken. Dit zal slachtoffers met zich mee brengen. Deze zullen verzorging behoeven van geneeskundige hulpdiensten, waaronder ziekenhuizen. De diversiteit van het soort ramp kan sterk uiteen lopen. Geen enkele ramp voltrekt zich namelijk langs geplande paden. Volledig klaar staan voor het opvangen van slachtoffers van iedere denkbare ramp tot in de kleinste details is dus onmogelijk. Wel moet er over de maatregelen die in geval van een ramp moeten worden genomen, zijn nagedacht. Hoe beter de voorbereiding des te adequater zal een organisatie er in slagen om zo veel mogelijk slachtoffers optimaal te behandelen tijdens die ramp. Een voorwaarde hiervoor is een goed plan van aanpak voor een ziekenhuis tijdens een rampsituatie. Een dergelijk plan van aanpak voor ziekenhuizen in rampomstandigheden is Ziekenhuis Rampen Opvang plan (ZiROP). Uitgangspunt is altijd de normale dagelijkse gang van zaken, zoals de beschikbare ruimten, de dagelijkse structuren, de inzet van personeel naar plaats en normale taken, gebruik medische dossiers en formulieren en het gebruik van dienstseinen. In een rampsituatie zal echter opgeschaald moeten worden en zal een aantal punten anders moeten verlopen dan normaal. Doorgaans zal per afdeling volgens een vooraf vastgesteld plan worden opgeschaald. Het rampen opvangplan staat niet op zichzelf. Het maakt deel uit van het geheel aan plannen, dat binnen de gemeente / regio gericht is op de rampenbestrijding.

### *Geschiedenis*

In 1992 werd onder leiding van het Ministerie van VWS (toenmalig WVC) een blauwdruk gemaakt van een ZiROP. Met behulp hiervan konden ziekenhuizen ZiROP's maken. Uit recent onderzoek van de Inspectie voor Gezondheidszorg is gebleken, dat niet elk ziekenhuis beschikt over een up to date ZiROP. Dit moet en kan anders, hetgeen aanleiding is geweest om tot een nieuw format voor ZiROP's te komen.

### *Totstandkoming format*

Tijdens een Invitational Conference in juni 2005, georganiseerd door VWS over de noodzaak tot actualiseren van de ZiROP's en het opleiden, trainen en oefenen in dat kader, is een werkgroep geformeerd uit daar aanwezige artsen, medewerkers van ziekenhuizen, vertegenwoordigers van GHOR-regio's, NVZ en Raad van RGF'en (voor de samenstelling van de werkgroep wordt verwezen naar bijlage 1). De opdracht voor deze werkgroep was een kader te formuleren, waarmee toetsing kan plaatsvinden van ZiROP's na aanpassing aan de eisen van deze tijd. Formering van deze werkgroep was gestoeld op het uitgangspunt dat een initiatief tot actie moet komen vanuit het 'veld'.

Het Ministerie van VWS heeft een faciliterende rol voor de werkgroep gehad.

De werkgroep heeft zijn taak uitgevoerd in zomer en najaar 2005. Voorliggend format ZiROP is hiervan het resultaat.

### *Wettelijk referentiekader*

De taken en verantwoordelijkheden bij een ramp zijn voor de ziekenhuizen en de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) in verschillende wetten beschreven.

De verantwoordelijkheden van het ziekenhuis zijn beschreven in:

- *Kwaliteitswet Zorginstellingen*  
Deze wet verplicht het ziekenhuis onder meer tot het leveren van kwaliteit van zorg, ongeacht de omstandigheden.

Het doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) is zorgaanbieders (bijvoorbeeld 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 Kwz te kunnen voldoen, moet het ziekenhuis een ZiROP hebben voorbereid. Indien zij dat nodig acht, stelt de directie het ZiROP in werking.

De verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen en de GHOR samen zijn beschreven in:

- *Wet GHOR (voorheen Wet GHR)*  
De rol van ziekenhuizen is vastgelegd in de Wet GHOR. In artikel 7 van deze wet wordt aangegeven dat ziekenhuizen de nodige maatregelen moeten treffen met het oog op de voorbereiding van hun optreden bij rampen respectievelijk in het kader van de geneeskundige hulpverlening
- *Wet Toelating Zorginstellingen*  
Deze wet, die in voorbereiding is, verplicht het ziekenhuis onder meer zich adequaat voor te bereiden op rampen.

Uit toelichtende documenten valt het volgende af te leiden:

Over acute zorg in opgeschaalde situaties moeten afspraken worden gemaakt. Van opgeschaalde hulpverlening is sprake wanneer zich tegelijkertijd meer patiënten/slachtoffers aandienen in het ziekenhuis dan waar de normale ziekenhuisbezetting op gebaseerd is. Alle ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) over hun inzetmogelijkheden bij opgeschaalde hulpverlening. De afspraken omvatten de voorbereidingen zoals vastgelegd in een actueel plan voor “ziekenhuis in bijzondere omstandigheden” en een afgestemde frequentie en schaal waarin een en ander wordt geoefend.

### ***Gebruikswijzer format ZiROP***

Het format is bedoeld als hulpmiddel voor het op adequate wijze invulling geven aan het opstellen c.q. vernieuwen van een ZiROP. Het kan ook dienen als toetssteen om het eigen ZiROP door te lichten en te kijken of het voldoet aan de eisen van de moderne tijd. In bijlage 2 is een verkorte checklist opgenomen, waarmee een eerste snelle indruk kan worden gekregen of het ZiROP compleet is.

In deel 2 van dit document worden aandachtspunten per fase genoemd die moeten zijn geregeld in een ZiROP en worden andere belangrijke onderwerpen in het kader van het ZiROP behandeld. De lijst met aandachtspunten kan als toetsingskader worden gebruikt om naast het eigen ZiROP te leggen.

Aangezien elk ziekenhuis zijn eigen specifieke kenmerken heeft is nadrukkelijk gekozen niet in details te treden.

In deel 3. wordt ingegaan op de onderwerpen opleiden, trainen en oefenen. Dit vormt een essentieel onderdeel van het kwalitatief goed voorbereid zijn op een rampsituatie.

Daar waar in de tekst “hij” staat kan ook “zij” worden gelezen.

## 1.2 Inbedding in de regio

### ***Opbouw en functie van de GHOR***

De GHOR is de *witte kolom* in de multidisciplinaire organisatie in de rampenbestrijding. De basis van de rampenbestrijding bestaat uit de reguliere, dagelijkse organisatie van de gemeente en van operationele diensten (brandweer, geneeskundige hulpverleningsorganisaties, politie en andere overheidsinstanties), die in geval van een ramp *opschalen* tot een gecoördineerde rampenbestrijdingsorganisatie. De organisatie van de GHOR neemt hierin een bijzondere plaats in. De GHOR is gepositioneerd op het snijvlak van gezondheidszorg en openbare orde en veiligheid. Het richt zich op het optimaliseren van deze geneeskundige hulpverleningsketen, om de gevolgen van grootschalige ongevallen en rampen adequaat te bestrijden. De GHOR valt onder verantwoordelijkheid van het Openbaar Bestuur.

Ter uitvoering van haar verantwoordelijkheden heeft elke regio een *Regionaal Geneeskundig Functionaris* (RGF) benoemd, die hierin ondersteund wordt door een regionaal GHOR-bureau. De RGF is qua bevoegdheden en taken vergelijkbaar met de commandant van de regionale brandweer en de korpschef regiopolitie in opgeschaalde situaties. De Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) functioneert als aanspreekpunt voor alle geneeskundige partijen naar het Openbaar Bestuur en formuleert in samenwerking met alle betrokken partijen het beleid voor een samenhangende GHOR.

In tegenstelling tot brandweer, politie en gemeente kent de GHOR geen eigen dagelijkse uitvoeringsorganisatie. De dagelijkse geneeskundige hulpverlening wordt uitgevoerd door een scala van zorginstellingen als:

- Ziekenhuizen, traumacentra
- Regionale Ambulance Voorziening (MKA en ambulancedienst)
- Gemeentelijke/ Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD)
- Nederlands Rode Kruis (NRK)
- Psychosociale hulpverlening (onder meer GGZ)
- Huisartsen

Iedere zorginstelling levert een eigen bijdrage aan de reguliere geneeskundige hulpverleningsketen.

In bijlage 3 is een schema opgenomen waarin de leiding tijdens een rampsituatie wordt verduidelijkt.

### ***Relatie ziekenhuis - GHOR***

Ziekenhuizen kunnen geconfronteerd worden met rampsituaties. Er zijn diverse definities van een ramp (zie voor de officiële definitie de begrippenlijst). Voor een ziekenhuis is het belangrijkste kenmerk van een ramp, dat

***bij een ramp sprake is van een ACUTE disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod***

Om in rampsituaties goed te kunnen handelen is voorbereiding door juiste planvorming, opleiding, training en instructie essentieel. Ook regelmatig oefenen leidt tot verbetering van de prestaties ten tijde van een ramp.

Ofschoon het ziekenhuis verantwoordelijk wordt op het moment dat een slachtoffer van de ramp het ziekenhuis wordt binnengebracht, kan de (voorbereiding op de) hulpverlening niet los gezien worden van de stappen voor en na het ziekenhuis. De RGF maakt hiervoor afspraken met het ziekenhuis over bijvoorbeeld afstemming van plannen, beschikbaarheid van

behandelcapaciteit, rol tijdens de totale hulpverlening en wijze van voorbereiding op rampsituaties. Wanneer het ziekenhuis daar behoefte aan heeft, kan de GHOR in de voorbereiding op een mogelijke rampsituatie (organisatorische) ondersteuning en advies bieden op een aantal gebieden.

#### *Ziekenhuisrampopvangplan (ZiROP)*

Ziekenhuizen dienen een actueel en beoefend ZiROP te hebben. Het ZiROP omschrijft de interne ziekenhuisorganisatie vanaf de melding van een ramp door de 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<sup>1</sup> het ziekenhuis plaatsvindt. Ook verandert bij een ramp de aansturings- en coördinatiestructuur in het ziekenhuis.

Iemand moet zijn aangesteld voor het opstellen en onderhouden van het ZiROP. Tevens moet hij ervoor zorgen dat wat in het ZiROP op schrift is gesteld ook in de praktijk kan worden uitgevoerd. Hij is mede verantwoordelijk voor afstemming met de GHOR.

De GHOR kan adviseren en ondersteunen bij opstellen, implementeren en actualiseren van het ZiROP. Hierbij wordt tevens gekeken naar de (mate van) afstemming met andere geneeskundige ketenpartners, zoals MKA, ambulancehulpverlening en andere ziekenhuizen. Ook wordt gekeken naar de afstemming met de andere bij de rampbestrijding betrokken kolommen zoals de gemeenten, de politie en de brandweer.

#### ***Rol ziekenhuis en behandelcapaciteit***

##### *Traumazorgnetwerk*

De MKA bepaalt op basis van het regionale traumaprofiel naar welke ziekenhuizen slachtoffers vervoerd moeten worden. Het is de taak van het traumazorgnetwerk om vooraf geregeld te hebben dat er een traumaprofiel is en er afspraken zijn gemaakt over de opvang van multitraumapatiënten.

Deze afspraken zijn essentieel voor het opstellen van het Gewondenspreidingsplan.

##### *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. Dit wordt uitgevoerd aan de hand van een Gewondenspreidingsplan (GSP).

De daadwerkelijke spreiding van gewonden over ziekenhuizen is afhankelijk van de opvangcapaciteit van het ziekenhuis per uur..

---

<sup>1</sup> Hoewel in dit format vooral aandacht wordt besteed aan een externe ramp, is het ook mogelijk dat binnen het ziekenhuis sprake is van een calamiteit. Doorgaans zal het Bedrijfsnoodplan dan van toepassing zijn. Een koppeling van beide is evenwel ook goed mogelijk. Hier wordt verder geen aandacht aan besteed in dit format.

## 2.1 Format ZiROP

In dit format wordt aandacht besteed aan:

- de preparatiefase, waarin de voorbereidingen op een eventuele ramp worden getroffen
- de verschillende fasen die tijdens een rampsituatie in een ziekenhuis te onderscheiden zijn, te weten:
  - fase van berichtgeving
  - fase van overleg
  - fase van alarmering
  - fase van voorbereiding
  - fase van ontvangst
  - fase van definitieve behandeling
  - fase van afschaling

Per fase wordt schematisch weergegeven welke onderwerpen in een ZiROP dienen te worden behandeld. Voorafgaand daaraan worden de aandachtspunten genoemd die in de preparatiefase aan de orde moeten komen.

Het format is een toetsingskader en is niet bedoeld als volledige invulling van een ZiROP. Ieder ziekenhuis dient zijn eigen situatie goed te overdenken en in het eigen ZiROP te zetten. Het bijgevoegde voorbeeld van een ZiROP, alsmede de ZiROP's van de academische ziekenhuizen die via de betreffende websites kunnen worden geraadpleegd, laten zien op welke wijze dit kan.

## **I. Preparatiefase**

1. Verantwoordelijke(n) ZiROP benoemen
2. Hiërarchie opzetten
3. Functionarissen per hiërarchische functie benoemen
4. Administratief informatiesysteem opzetten
5. Instructie personeel
6. Herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen aanschaffen
7. NAW gegevens personeel en artsen up to date hebben
8. Informatie voor poliklinische patiënten samenstellen
9. Informatie voor klinische patiënten samenstellen
10. Gebieden T1, T2, T3 en T4 aanwijzen
11. Tijdelijk mortuarium ruimte aanwijzen
12. Plaats informatiebalie bepalen
13. Persruimte aanwijzen
14. Familie wachtruimte aanwijzen
15. Herenigingruimte aanwijzen
16. Meldpunt personeel/ruimten voor coördinatiecentrum en plotkamer aanwijzen
17. In- en externe routing bepalen
18. Communicatiemiddelen en – lijnen in orde maken en afspreken
19. Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, wachtenden
20. Evaluatieformulieren samenstellen
21. Opleiding, training en oefenen
22. Onderhoud en beheer ZiROP

## Preparatiefase, toelichting

### 1. Verantwoordelijke(n) ZiROP benoemen

Eén persoon of een (kleine) groep personen, die (dat) verantwoordelijk is voor het opstellen en actueel houden van het ZiROP, moet worden benoemd. Tot hun taak hoort ook het tot leven brengen van de inhoud van het ZiROP. Hiermee wordt bedoeld, dat het ZiROP geen papieren tijger mag zijn, maar dat de inhoud ook daadwerkelijk in praktijk kan worden gebracht.

### 2. Hiërarchie opzetten

Een ziekenhuis heeft een coördinerend team (= rampenstaf) nodig om een efficiënt georganiseerde respons tijdens een ramp te kunnen hebben. Elke dienst (medisch, verpleegkundig, ondersteunend) heeft een leider, die het gezag (*command*) heeft. Binnen elke dienst is de bevelsstructuur verticaal georganiseerd. Ter plaatse neemt iemand de algehele verantwoordelijkheid op zich en heeft de coördinatie: *control*. Coördinatie en overzicht ten tijde van een ramp worden vergemakkelijkt door het gebruik van niveau's waarin bepaalde beslissingen worden genomen. Deze beslissingsniveaus zijn bijvoorbeeld: werkvloer, operationeel team en beleidsteam.

Een hiërarchische structuur kent een aantal essentiële functies dat altijd moet worden ingevuld. Buiten kantoor tijd moet de opbouw gebaseerd zijn op de altijd aanwezige personen. Na aankomst van extra personeel en artsen kan aflossing plaatsvinden en kunnen opgekomen personen bepaalde functies overnemen c.q. invullen.

### 3. Functionarissen per hiërarchische functie benoemen

Niet iedereen is op elk moment beschikbaar voor het vervullen van een bepaalde taak ten tijde van een rampsituatie. Ook is niet iedereen geschikt voor invulling van een bepaalde taak. Het is daarom belangrijk van te voren bepalen welke personen voor welke functies geschikt zijn en op welke wijze eventuele vervanging geregeld is bij afwezigheid van de betreffende personen. Indien voor de vervulling van een bepaalde functie ten tijde van een rampsituatie opleiding nodig is, dienen alle personen, die potentieel die functie vervullen deze opleiding te volgen.

### 4. Administratief informatiesysteem opzetten

Goede registratie van patiëntgegevens en van het wel en wee 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 vastgelegd, hoe dit verloopt (papier, computer etc), hoe de centrale regie hierover geregeld wordt, maar ook hoe dit gebeurt indien een systeem uitvalt. Ook moet goed afgesproken zijn, wie de leiding heeft over de administratie.

## 5. Instructie personeel

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 voor functies, die anders zijn dan normaal, de essentialia aangeven. Een goede methode is het maken van actiekaarten.

Essentialia zijn:

- command and control: plaats in hiërarchie en wie eventueel boven en wie onder de onderhavige functionaris staat
- safety: herkenningstekens (bijvoorbeeld een hesje), veiligheidskleding zo ver nodig,
- communicatie: onder welk nummer hij bereikbaar is en de nummers van personen boven/onder
- taakinhoud.

## 6. Herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen

Deze voorzieningen moeten klaar liggen voor het geval een ramp optreedt. Hesjes, armbanden, eventueel petten etc: kleurcodering en/of functievermelding b.v. triagearts of triage verpleegkundige

## 7. NAW gegevens personeel en artsen up to date hebben

Van belang is dat personeel en artsen kunnen worden opgeroepen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de NAW gegevens actueel zijn.

## 8. Informatie voor poliklinische patiënten samenstellen

Van te voren moet zijn bedacht welke informatie voor de poliklinische patiënten beschikbaar moet zijn. Dit kan op verschillende wijzen gebeuren, waarbij de beschikbaarheid van foldermateriaal een voorbeeld is. Duidelijk moet zijn wie de informatie geeft, welke informatie wordt gegeven en waar deze informatie te vinden is.

## 9. Informatie voor klinische patiënten samenstellen

Van te voren moet zijn bedacht welke informatie voor de klinische patiënten beschikbaar moet zijn. Dit kan op verschillende wijzen gebeuren, waarbij de beschikbaarheid van foldermateriaal een voorbeeld is. Duidelijk moet zijn wie de informatie geeft, welke informatie wordt gegeven en waar deze informatie te vinden is.

## 10. Gebieden T1, T2, T3 en T4 aanwijzen

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.

#### 11. Tijdelijk mortuarium ruimte aanwijzen

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 tevoren zijn overdacht. 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.

#### 12. Plaats informatiebalie bepalen

Bij de informatiebalie kunnen familie en bekenden informatie krijgen over de slachtoffers. 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.

#### 13. Persruimte aanwijzen

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.

#### 14. Familie wachtruimte aanwijzen

Indien het zeker is, dat een familielid van iemand tot de slachtoffers behoort, is het prettig om deze personen in aparte ruimten te laten wachten.

#### 15. Herenigingruimte aanwijzen

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 nuttig.

#### 16. Meldpunt personeel / ruimten voor coördinatiecentrum en plotkamer aanwijzen

Het meldpunt voor personeel moet 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.

Hetzelfde geldt voor de ruimte waar de coördinatie van de activiteiten ten tijde van de ramp plaatsvindt en de plotkamer.

#### 17. In- en externe routing bepalen

In het ziekenhuis moeten de ruimten voor T1, T2, T3 en T4 worden gemarkeerd evenals de routing naar de verschillende afdelingen. Ook b.v. de informatiebalie moet aangegeven zijn. Buiten het ziekenhuis moet het verkeer ook stringent geregeld zijn. Het ziekenhuis moet in feite worden afgesloten en de routes naar en van het ziekenhuis moeten zijn beveiligd. De routes waarlangs patiënten het ziekenhuis moeten duidelijk zijn gemarkeerd.

#### 18. Communicatiemiddelen en – lijnen in orde maken en afspreken

Relevante telefoonnummers, faxnummers, emailadressen etc van binnen en buiten het ziekenhuis moeten bekend zijn. Portofoons moeten voor handen zijn in geval van nood. Toestellen moeten regelmatig onderhouden worden. Eventueel aanwezige printers moeten in orde zijn en er moet voor deze printers ook extra inkt aanwezig zijn. Voor het geval dat alle elektronica uitvalt moet een noodplan bedacht worden.

#### 19. Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, wachtenden

Eten en drinken blijft een essentieel onderdeel van het bestaan. Dit moet goed geregeld zijn in geval van een rampsituatie.

#### 20. Evaluatieformulieren

Na afloop van een rampsituatie moet deze worden geëvalueerd. Aanbevolen wordt onderscheid te maken tussen individuele evaluaties van sleutelfunctionarissen en groepevaluaties van afdelingen. De beschikbaarheid van standaardformulieren bevordert de kwaliteit van de evaluaties.

#### 21. Opleiding, training en oefenen (OTO)

Opleiding, training en oefenen zijn essentiële onderdelen van een actueel ZiROP. Zie ook deel 3.

#### 22. Onderhoud en beheer ZiROP

Vastgelegd moet zijn op welke wijze onderhoud en beheer van het ZiROP plaatsvindt. Ook moet duidelijk zijn wie hiervoor verantwoordelijk is / zijn. De betrokken persoon of personen moeten hiervoor ook de gelegenheid, c.q. tijd voor worden geboden.

## **II. Rampsituatie**

### **Fase van berichtgeving**

In deze fase wordt een ziekenhuis door de MKA op de hoogte gebracht van een ernstig incident, dat gevolgen kan hebben voor de betrokken instelling.

#### ***Aandachtspunten***

1. Meldpunt: plaats waar melding binnenkomt
2. Methode van melding
3. Wie gaat iets doen met de melding
4. Formulier voor melding met vaste gegevens

**Laat communicatielijnen lopen zoals ze in een normale situatie lopen!**

## **Fase van berichtgeving, toelichting**

### 1. Meldpunt: plaats waar melding binnenkomt

Het moet duidelijk zijn waar een melding van een mogelijke ramp binnenkomt in het ziekenhuis. Bij voorkeur dient dit binnen en buiten kantooruren dezelfde plaats te zijn. Doorgaans zullen meldingen via de telefoon worden gedaan.

### 2. Methode van melding

Afgesproken moet worden via welke telefoon meldingen worden gedaan. Het voordeel van een noodnettelefoon kan zijn, dat het uitsluitend voor rampen en calamiteiten wordt gebruikt, waardoor een verzoek om contact direct opvalt.

### 3. Wie gaat iets doen met de melding

Het verdient de voorkeur om de verantwoordelijkheid voor het aannemen van de melding bij één functieneer 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. Formulier voor melding met vaste gegevens

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

## **Fase van overleg**

In deze fase zal aan de hand van overleg worden bepaald tot welke maatregelen het ziekenhuis overgaat. Vragen die in deze fase moeten worden beantwoord zijn: Wordt het rampenplan in werking gesteld?, Moeten er bedden worden vrijgemaakt?

### ***Aandachtspunten***

1. Wanneer besluiten tot in werking stellen van ZiROP
2. Wie is betrokken bij deze beslissing
3. Wie neemt de uiteindelijke beslissing

## **Fase van overleg, toelichting**

### 1. Wanneer besluiten tot in werking stellen van ZiROP

Aan de hand van de verkregen informatie wordt besloten of het rampenplan in werking moet worden gesteld. Als hiervoor aanvullende informatie nodig is, kan opnieuw contact worden gezocht met de rampenmelder.

### 2. Wie is betrokken bij deze beslissing

Een beslissing tot het in werking stellen van het rampenplan is een beslissing met ingrijpende gevolgen. Het ligt voor de hand hierbij één of meer medici te betrekken, afhankelijk van het soort ramp. Bovendien moet iemand erbij betrokken zijn die alle processen in het ziekenhuis kan overzien.

### 3. Wie neemt de uiteindelijke beslissing

De uiteindelijke beslissing om het rampenplan 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.

## **Fase van alarmering**

In deze fase worden de artsen, verpleegkundigen en ander benodigd personeel op de hoogte gebracht van het in werking treden van het ZiROP. Afhankelijk van de aard van de ramp en het te verwachten aantal slachtoffers wordt het aantal extra op te roepen personen bepaald. Denk in deze fase ook aan de continuïteit van zorg voor de eventuele reeds in het ziekenhuis verblijvende patiënten en aan de benodigde aflossing indien de ramp langer duurt dan de inzet van hetzelfde personeel verantwoord is.

Opschaling kan plaatsvinden volgens verschillende scenario's en in verschillende stappen, afhankelijk van het soort en de omvang van de ramp.

### ***Aandachtspunten***

1. Methode van alarmering
  - a. Cascade of geautomatiseerd
  - b. Binnen en buiten kantoortijd
  - c. Als de telefoon niet te gebruiken is.
2. Wie bepaalt het benodigde aantal extra menskracht
3. Hoe wordt het benodigde aantal extra menskracht bepaald

**Van wezenlijk belang voor het welslagen van deze fase is een up to date gehouden bestand aan telefoonnummers**

**Bepaal een alternatieve methode van waarschuwen indien telefoonverkeer onmogelijk is**

## **Fase van alarmering, toelichting**

### 1. Methode van alarmering

#### a. Cascade of geautomatiseerd

Indien is besloten tot het in werking stellen van het rampenplan moeten de nodige functionarissen op de hoogte worden gesteld van de situatie en worden opgeroepen. Dit kan gebeuren via een cascade systeem of via een computer gestuurd oproepsysteem. In beide gevallen zijn accurate lijsten nodig van de op te roepen personen met hun telefoongegevens. De telefoongegevens moeten enkele keren per jaar worden geactualiseerd.

Bij een cascade systeem belt een functionaris die op de hoogte is gesteld van de ramp een volgende functionaris en die weer een volgende, etcetera. Van te voren moet men goed bedenken 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 computer gestuurd oproepsysteem kunnen groepen personen snel simultaan worden gealarmeerd.

#### b. Binnen en buiten kantoortijd

Het ligt voor de hand dat binnen en buiten kantoortijd een verschillende wijze van alarmering zal plaatsvinden. Binnen kantoortijd 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 kantooruren is het noodzakelijk over actuele telefoongegevens te beschikken.

In het ZiROP moet aan beide situaties aandacht worden geschonken.

#### c. 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 te worden bedacht. Het gebruik van regionale media is hiervan een voorbeeld.

### 2. Wie bepaalt het benodigde aantal extra menskracht

Het benodigde aantal extra menskracht wordt bepaald door diegenen die overzicht hebben op wat nodig en mogelijk is, gezien de aard van de ramp. Doorgaans zullen een medisch en een verpleegkundig coördinator bij de besluitvorming zijn betrokken.

### 3. Hoe wordt het benodigde aantal extra menskracht bepaald

Het benodigde aantal extra functionarissen kan van te voren vrij nauwkeurig worden bepaald. Zo kan men bepalen hoeveel verpleegkundigen nodig zijn voor één T1-slachtoffer. Bekend is het aantal mogelijke opvangplaatsen van T1-slachtoffers, zodat men vervolgens de benodigde capaciteit kan bepalen. Ook voor OK., I.C. en andere betrokken afdelingen c.q. werkzaamheden kan men een dergelijke rekensom maken. Vanzelfsprekend moet ook het

aantal leidinggevenden, dat nodig is om het rampenplan goed uit te voeren, worden uitgerekend.

Vaak is het verstandig om iets meer personeel per categorie vrij te maken dan strikt noodzakelijk is. Eventuele extra werkzaamheden kunnen hiermee gemakkelijker worden opgevangen.

## **Fase van voorbereiding**

De graad van voorbereiding is afhankelijk van de tijd, die verloopt tussen de rampwaarschuwing en de komst van de eerste slachtoffers. Soms zijn er al eerder slachtoffers binnen dan er een melding is.

In deze fase zal een systeem van command en control, dat van te voren bepaald is, opgestart moeten worden. Sommige afdelingen zullen andere functies krijgen dan normaliter. Bij het voorbereiden van afdelingen ligt de prioriteit bij die afdelingen, die het eerst slachtoffers krijgen of nodig zijn voor andere essentiële werkzaamheden in het begin van de ramp.

## ***Aandachtspunten***

1. Samenstelling coördinerend team
2. Stopzetten normale activiteiten, voor zover nodig en medisch verantwoord
3. Informatie voor patiënten, die acuut worden ontslagen of die een afspraak hebben die niet doorgaat i.v.m. het stopzetten van de desbetreffende activiteiten
4. Interne en externe voorbereiding patiëntenrouting, familieruimte en persruimte
5. Inrichten meldpunt personeel
  - a. uitdelen actiekaarten en herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen
  - b. registreren opgekomen personeelsleden
  - c. toewijzen aan personeelsleden van reeds te voren bepaalde taken (van te voren aantal personen per taak bepalen!)
6. Inrichten coördinatiecentrum en plotkamer (ruimte waar centraal alle patiënten gegevens verwerkt worden)
  - a. inrichting checken
  - b. communicatielijnen openen
  - c. registratiemethoden (met alternatief) activeren
7. Inventarisatie behandelcapaciteit
8. T1, T2, T3 en T4 slachtofferopvang voorbereiden
9. Opvang van overledenen voorbereiden
10. Registratiemiddelen gereed maken

## Fase van voorbereiding, toelichting

### 1. Samenstelling coördinerend team

Een ziekenhuis heeft een coördinerend team (= rampenstaf) nodig om een efficiënt georganiseerde respons op een ramp te kunnen hebben. Een handige opbouw van de rampenstaf kan inhouden dat er een beleidsteam en een operationeel team zijn benoemd. Het beleidsteam is samengesteld uit een voorzitter beleidsteam (de spin in het web, die overal van op de hoogte is; vaak een lid van de Raad van Bestuur), een medisch coördinator, een verpleegkundig coördinator en het hoofd PR-bureau. Het operationele team kan dan bestaan uit bijvoorbeeld de afdelingsmanager opname, hoofd plotkamer, manager (medisch) ondersteunende clusters en secretariële ondersteuning.

Elk lid van de rampenstaf heeft een aantal andere personen onder zich dat sleutelposities bekleedt.

### 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 te gebeuren. Te denken valt aan het volgende:

- Ziekenhuis(terrein) afgrenzen
- Spreekuren afbreken;
- In de beoogde ruimtes voor respectievelijk T2- en T3- slachtoffers de normale activiteiten staken en de ruimten voorbereiden voor de rampenfunctie;
- Alle poliklinische patiënten en bezoekers het ziekenhuis via de hoofdingang laten verlaten en informatie geven;
- Klinische patiënten en bezoekers, voorzover mogelijk en noodzakelijk, via de hoofdingang het ziekenhuis laten verlaten. Ook zij krijgen informatie;
- In de röntgenkamers uitstelbare onderzoeken afzeggen;
- Op de OK's uitstelbare operaties afzeggen;
- Op de SEH de behandeling van kleine verwondingen c.q. 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. Informatie voor patiënten, die acuut worden ontslagen of die een afspraak hebben die niet doorgaat i.v.m. het stopzetten van de desbetreffende activiteiten

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.

### 4. Interne en externe voorbereiding patiëntenrouting, familieruimte en persruimte

Binnen de muren van het ziekenhuis vinden de volgende voorbereidende activiteiten plaats:

- Registratiemiddelen neerleggen (o.a. landelijke gewondenkaarten) bij beoogde slachtofferingang;
- Lege bedden naar een plaats in de buurt van de T1-, T2- en T3-ruimtes;
- Opvang mogelijk maken op het OK-complex, de recovery en de IC;
- Bewegwijzering aanbrengen voor T1-, T2-, T3- en T4-patiënten;
- Het openen van ruimtes, die een rampenfunctie hebben, maar op het tijdstip van de ramp doorgaans gesloten zijn. Bijvoorbeeld het meldpunt voor staf en personeel, het zenuwcentrum en het tijdelijke mortuarium;

Buiten de ziekenhuismuren vinden andere activiteiten plaats, zoals:

- Het niet meer toelaten van auto's op het parkeerterrein tenzij beslist noodzakelijk;
- 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.

Aangeraden wordt in de verkeersstroom een scheiding aan te brengen tussen bezoekers, slachtoffers, personeel en pers qua ingang, parkeerruimte en opvangplaats. 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.

## 5. Inrichten meldpunt personeel c.q. registratie opgekomen personeel

Hierbij gaat het er om dat een goed overzicht ontstaat op het aanwezige personeel. Bij een ramp dienen de opgeroepen medewerkers zich op één punt te melden, het zogeheten meldpunt personeel<sup>2</sup>. De bemanning van het meldpunt gebeurt direct na de melding van de ramp. Bepaald moet worden wie dit doet. Aangeraden wordt aan deze functionaris in ieder geval secretariële ondersteuning toe te voegen. De genoemde functionaris heeft een overzichtslijst waarop staat welke functionarissen welke functies invullen tijdens een rampsituatie, waar ze naar toe moeten en welke materialen (bijv. armbanden, portofoon) zij mee moeten krijgen.

Duidelijk moet zijn waar de overzichtslijst en de uit te reiken materialen te vinden zijn. Bij deze materialen bevindt zich ook een stafkaart (plattegrond van de patiëntenopvangplekken en de routings), die gebruikt wordt om aan de medewerkers toe te lichten waar ze naar toe moeten. De bezetting (namen) van de essentiële functies wordt doorgegeven aan de plotkamer, het zenuwcentrum waar alle informatie wordt verwerkt.

Het kan zijn dat zich teveel personeel meldt. In dat geval dient het teveel weer naar huis te gaan.

### a. Uitdelen aanwijzingen en herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen

---

<sup>2</sup> Als ervoor gekozen is dat het personeel zich meldt op de eigen afdeling, dan geldt het gestelde over het meldpunt voor de afdelingen.

Het is gebleken dat het aan de verschillende functionarissen meegeven van aanwijzingen in geschreven vorm een handig hulpmiddel is. Er staat precies op wat moet worden gedaan door de betreffende functionaris. Door sleutelfiguren een hesje te geven in een bepaalde kleur en functie-opdruk, zijn deze goed herkenbaar.

b. Registreren aantal personeelsleden

De registratie van personeelsleden is van groot belang. Enerzijds om te weten welke medewerkers aanwezig zijn, anderzijds om te bepalen of het gewenste aantal reeds is bereikt.

c. Toewijzen aan personeelsleden van reeds te voren bepaalde taken (van te voren aantal personen per taak bepalen!)

Tijdens een rampsituatie kan er sprake van zijn dat bepaalde taken, die afwijkend van de normale situatie, moeten worden verricht door specifieke personen.

6. Inrichten plotkamer (centraal informatie verzamelpunt of administratief zenuwcentrum) en coördinatiecentrum t.b.v rampenstaf

De plotkamer heeft de volgende functies:

- Communicatiepunt voor externe instanties;
- Verzamelplaats van informatie (o.a. slachtoffergegevens);
- Adviserende functie t.b.v. de coördinatoren in de rampenstaf.

a. Inrichting checken

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:

- Een aantal externe telefoonlijnen (o.a. met het actiecentrum GHOR)
- Een aantal interne telefoonlijnen;
- Twee tafels (één voor het beleidsmatige team van de rampenstaf en één voor het operationele team van de rampenstaf);
- Een telefoontoestel dat aangesloten is op het Nationale Noodnet.
- 'ETP' toestel.
- Portofoons/GSM telefoons.
- Fax.
- Flip-overs.
- Administratieve benodigdheden (o.a. notatieblokken en schrijfgerei).
- 2 whiteboards met matrixen volgens het Emergo Train System.
- Stafkaart (plattegrond van de patiëntenopvangplekken en de routings)
- Tv en radio
- Internet.

## b. Communicatielijnen openen

T.b.v. het inwinnen van informatie door externe personen, is er een algemeen informatienummer dat ook bekend wordt gemaakt t.b.v. de publiciteit. Dit telefoonnummer wordt bemand door bijvoorbeeld een secretaresse van de Raad van Bestuur.

## c. Registratiemethoden (met alternatief) activeren

Slachtoffergegevens moeten goed worden bijgehouden, hetgeen in de plotkamer gebeurt. Het betreft hier zowel NAW gegevens als medische gegevens. Per patiëntenverblijfplaats wordt telefonisch en via het ZIS aan de plotkamer doorgegeven waar een slachtoffer zich bevindt. Slachtoffergegevens worden gecompliceerd op de status en schriftelijk (via fax of elektronisch) doorgegeven aan de plotkamer. In de toekomst zal dit deels kunnen plaatsvinden via een barcode of eventueel een chipreader. Deze barcode (of een chip) zal al aanwezig zijn op de gewondenkaart. Aan deze barcode kan een ziekenhuispatiëntnummer worden gekoppeld.

Bij uitval van communicatiefaciliteiten kunnen boodschappers worden ingezet, die schriftelijke informatie overbrengen.

## 7. Inventarisatie behandelcapaciteit

Bij een ramp moet worden bepaald hoeveel capaciteit beschikbaar is op de SEH, IC, OK, Recovery, dagverpleging en verpleegafdelingen. Dit zal een van de eerste activiteiten zijn van de voorzitter beleidsteam. Hij kan vervolgens bepalen of en hoeveel capaciteit extra moet worden vrijgemaakt.

## 8. T1, T2, T3 en T4 slachtofferopvang voorbereiden

De routing van en de ruimtes waarin de verschillende slachtoffers worden opgevangen moeten worden aangebracht c.q. ingericht/voorbereid. De verschillende medewerkers moeten hun posities innemen.

## 9. Opvang van overledenen voorbereiden

Het gaat hierbij om slachtoffers van de ramp welke 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

## 10. Registratiemiddelen gereed maken

De triage vindt plaats m.b.v. de gewondenkaart. 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 gewerkt worden met identificatie met behulp van de gewondenkaart.

## **Fase van ontvangst**

Deze fase is een directe voortzetting van de fase van voorbereiding en processen, die in die fase zijn opgestart zullen in deze fase worden afgemaakt. Hierbij is het klaar maken van ruimten voor slachtofferopvang van groot belang en evenals een goede functieverdeling.

### ***Aandachtspunten:***

1. Triage (in principe via het secundaire triage systeem van de M.I.M.M.S.)
2. Registratie
3. Treatment ( behandeling)
  - a. Eerste opvang en stabilisatie
  - b. In kaart brengen van letsels
4. Transport (intern of extern)

## Fase van ontvangst, toelichting

### 1. Triage (in principe via het secundaire triage systeem van de M.I.M.M.S.)

Er bestaan veel fysiologische scoringssystemen en de meest bekende daarvan is de Trauma Score. Dit is een fysiologische maat voor de ernst van het letsel gebaseerd op vijf eenvoudige parameters: ademhalingsfrequentie, ademhalingsinspanning, systolische bloeddruk, capillaire vulling en de Glasgow Coma Scale.

In de pre-hospitale omgeving wordt de *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) gezien als het beste systeem dat op dit moment beschikbaar is. Dit systeem gaat uit van drie parameters: ademhalingsfrequentie, systolische bloeddruk en de Glasgow Coma Scale. In onderstaande tabel staan deze parameters met bijbehorende score, die opgeteld tussen de 0-12 ligt.

#### *Triage Revised Trauma Score en Triageklasse*

<b>Triageklasse</b>	<b>TRTS</b>
T1	4 – 10
T2	11
T3	12
T4	1 – 3
Dood	0

Als Triageklasse 4 (afwachtend) niet is ingesteld, geldt voor T1 een score van 1-10.

Doorgaans zal categorie T4 niet worden ingesteld, tenzij het aanbod van patiënten dusdanig groot is, dat niet iedereen geholpen kan worden. Besluit hiertoe wordt genomen door het beleidsteam.

Indien de gelijktijdige aanvoer van slachtoffers heel groot is, kan worden volstaan met primaire triage bij binnenkomst in plaats van secundaire triage.

### 2. Registratie

Een goede registratie van de NAW gegevens van de patiënt is noodzakelijk. Tevens verdient het aanbeveling het nummer van de gewondenkaart bij de patiëntgegevens te noteren.

Voor T1 en T2 slachtoffers moet registratie meteen bij binnenkomst plaatsvinden.

### 3. Treatment ( behandeling)

- a. Eerste opvang en stabilisatie
- b. In kaart brengen van letsels

De behandeling is doorgaans gericht op damagecontrol. In tweede instantie kan definitieve behandeling plaatsvinden.

#### 4. Transport (intern of extern)

Transportteams worden samengesteld afhankelijk van de triageklasse van de patiënt.

## **Fase van definitieve behandeling**

Deze fase kan zich lange tijd uitstreken (dagen – maanden). O.K.- en I.C. – capaciteit kunnen beperkende factoren zijn. De werkzaamheden voortvloeiend uit deze fase kunnen van grote invloed zijn op het wel of niet normaliseren van de toestand in het ziekenhuis.

Deze fase is het verlengstuk van de fase van ontvangst en begint zodra een patiënt 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.

### ***Aandachtspunten:***

1. Administratie en documentatie
2. Bevoorrading
3. Sterilisatie
4. VIP visites
5. Geestelijke bijstand
6. Tolken
7. Communicatie
8. Aflossing
9. Catering
10. “Normale” aanwezige patiënten in ziekenhuis
11. “Normale” spoedpatiënten
12. Pers
13. Bezoekuren

## **Fase van definitieve behandeling, toelichting**

### 1. Administratie en documentatie

Essentieel is dat continu centraal veranderingen van de verblijfplaats en de toestand van de patiënt worden bijgehouden

### 2. Bevoorrading

Genoeg bedden, infuusvloeistoffen, verbandmateriaal op alle plaatsen. Door hoge omloopsnelheid ligt het verbruik waarschijnlijk hoger dan normaal.

### 3. Sterilisatie

Direct na het instellen van een rampsituatie moet de sterilisatie afdeling goed worden bemand en moeten zoveel mogelijk instrumenten en implantaten steriel worden gemaakt. Een goede afstemming tussen sterilisatie afdeling en OK's is noodzakelijk.

### 4. 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 te voren kan hiervoor een plan worden gemaakt voor zowel tijdens als na de fase van ontvangst. De voorzitter beleidsteam bepaalt samen met de medisch coördinator wanneer en waar zo'n bezoek kan plaatsvinden.

### 5. 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.

### 6. Tolken

In gebieden waar veel mensen wonen die geen of gebrekkig Nederlands spreken moet 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.

### 7. Communicatie

Goede communicatie is vitaal voor het succesvol laten verlopen van slachtoffer opvang na een ramp in een ziekenhuis. Men moet bereid zijn om zowel de normale communicatiemiddelen te gebruiken alsmede aparte middelen in te schakelen. Normale communicatiemiddelen zijn telefoons, GSM, fax, e-mail, piepers. Bij aparte middelen wordt gedacht aan: ETP-toestellen, nationaal noodnet, portofoons en boodschappers.

### 8. Aflossing

Tijdige aflossing is een belangrijk aandachtspunt voor de medisch en verpleegkundig coördinator. Van te voren moet goed overdacht zijn op welke wijze de aflossing zal plaatsvinden.

#### 9. Catering

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.

#### 10. “Normale” aanwezige patiënten in ziekenhuis

De zorg voor de aanwezige patiënten heeft aandacht nodig.

#### 11. “Normale” spoedpatiënten

Ook “normale” spoedpatiënten kunnen nog komen. Ook hieraan dient een adequate dienst- en hulpverlening te worden geleverd.

#### 12. Pers

De pers vraagt om specifieke aandacht. In afstemming met GHOR en gemeente wordt zij te woord gestaan. Niet alleen moet zij worden ontvangen in een ruimte apart van de slachtoffers en hun familie en bekenden, maar ook moet hetgeen zij te horen krijgt zorgvuldig zijn geformuleerd. Aanbeveling verdient het een contactpersoon voor de pers binnen het ziekenhuis te benoemen. Voor contacten met de pers kan van te voren een plan worden ontwikkeld. (zie 2.3)

#### 13. Bezoekuren

Van te voren 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.

## **Fase van afschaling**

In deze fase vindt normalisering plaats van de inzet van personen en middelen, maar ook nabespreking en evaluatie. Ook nazorg op psychologisch gebied voor patiënten en personeel wordt tot deze fase gerekend.

### ***Aandachtspunten***

1. Beëindigen van “noodtoestand”
2. Debriefing
3. Posttraumatische begeleiding
4. Medical audit
5. Evaluatie

## **Fase van afschaling, toelichting**

### **1. Beëindigen van “noodtoestand”**

Het einde van de ramp wordt bepaald door de voorzitter 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 kan voor het totale ziekenhuis gebeuren, maar zal in de praktijk gefaseerd per afdeling plaatsvinden.

### **2. Debriefing**

Als het einde van de ramp is afgekondigd dient er een debriefing plaats te vinden, bij voorkeur per afdeling. Alle medewerkers worden hiervoor uitgenodigd. Tevens wordt er gelegenheid geboden tot het uitwisselen van ervaringen.

### **3. Posttraumatische begeleiding**

Medewerkers kunnen behoefte hebben aan opvang en begeleiding. Hiertoe dient de mogelijkheid worden geboden.

### **4. Medical audit**

Artsen en verpleegkundigen analyseren samen met de medisch en verpleegkundig coördinatoren de inhoud van de zorgverlening tijdens de rampsituatie.

### **5. 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 rapportages van de coördinatoren aan de voorzitter beleidsteam kan de evaluatie plaatsvinden. Beschikbaarheid van evaluatieformulieren verhoogt de kwaliteit van de evaluatie.

## 2.2 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

### *Sleutelfiguren*

Ten behoeve van de rampsituatie wordt het coördinerend team opgeroepen. De sleutelfunctionarissen die hierin participeren, doen dit vanuit hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Op strategisch niveau is er doorgaans een beleidsteam<sup>3</sup>, samengesteld uit een lid van de Raad van Bestuur of diens vertegenwoordiger (voorzitter beleidsteam en tevens eindverantwoordelijk voor het ziekenhuis), een medisch coördinator, een verpleegkundig coördinator en bijvoorbeeld het hoofd PR. De voorzitter van het beleidsteam is degene die met de HSGHOR contact heeft en afspraken maakt. Op tactisch niveau functioneert een operationeel team, die de coördinatie van de activiteiten op de werkvloer als verantwoordelijkheid heeft. In dit team zitten bijvoorbeeld een medisch en een verpleegkundig coördinator, de coördinator ondersteunende diensten. Op de werkvloer worden de activiteiten verricht conform de normale verantwoordelijkheden en bevoegdheden structuur

### *Medewerkers*

Tijdens een rampsituatie zullen de meeste medewerkers hun reguliere taken uitvoeren alleen binnen de aan de opgeschaalde situatie aangepaste hiërarchische structuur. Ze zullen hier waarschijnlijk weinig van merken.

### *Specifieke verantwoordelijkheden / bevoegdheden*

Indien een plotkamer is ingericht zal een medewerker de functie ‘hoofd plotkamer’ krijgen. Voor de triage en de ruimtes voor de opvang van T2, T3 en T4 zullen aparte leidinggevenden zijn.

Indien het niet gebruikelijk is dagelijks de sleutelfuncties duidelijk te benoemen, is het nodig dat iemand bij het ontstaan van een ramp de verdeling van sleutelfuncties als taak heeft.

Een belangrijke specifieke verantwoordelijkheid en bevoegdheid is weggelegd voor de persoon (of personen) die verantwoordelijk is voor het onderhoud en de implementatie van het ZiROP.

## 2.3 Communicatie (in- en extern)

Ten behoeve van een goede communicatie tijdens een rampsituatie is het van belang van te voren een communicatieplan te maken. Elementen die hierbij een rol spelen zijn:

### *Informatievergaring*

Duidelijk moet zijn wat de feiten zijn rondom de ramp. Ontbrekende informatie moet worden verzameld bij de sleutelfiguren 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.

---

<sup>3</sup> De term “beleidsteam” kan tot verwarring leiden met de buitenwereld, aangezien de term in rampsituaties een bekend begrip is.

### *Kernboodschappen*

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, interne memo's, kennisgeving aan betrokken instanties;
- Instructies voor de woordvoerder;
- Fact sheets over de instelling, kerncijfers (aantal werknemers, aantal bedden, aantal specialisten, budget)
- Fact sheets over de situatie.

### *Communicatie per doelgroep*

Voor interne doelgroepen kan hierbij worden gedacht aan het informeren via afdelingshoofden, een nieuwsbrief uitgeven, het organiseren van bijeenkomsten voor personeel, intranet, brieven op het huisadres, nazorg van personeel.

Externe doelgroepen kunnen worden geïnformeerd via een persbericht, een persconferentie, tv-interviews, informatie op de eigen website of via de lokale omroep. Voor externe patiënten kan een informatielijn worden open gesteld; voor opgenomen patiënten kunnen bijeenkomsten worden georganiseerd en kunnen interne memo's worden verspreid.

### *Monitoring*

Het is verstandig de gebeurtenissen tijdens de rampsituatie bij te houden. Interne rapportages over vragen en discussies zijn van grote waarde achteraf tijdens de evaluatie van de rampsituatie. Het bijhouden van een logboek is essentieel en de items kunnen van te voren worden aangegeven per functie.

Signalen van buiten, bijvoorbeeld heeft de pers begrepen wat bedoeld werd in een persbericht of op een persconferentie, moeten worden bijgehouden en kunnen leiden tot aanpassing van de voorlichting aan de pers.

### *Persactiviteiten*

Ten tijde van (het ontstaan van) een ramp komt het ziekenhuis zeker in aanraking met de pers. Coördinatie van deze contacten zijn essentieel. Informatie verstrekking kan plaatsvinden via regelmatig verstrekte communiqués. Indien nodig kunnen periodieke persconferenties worden georganiseerd, hetgeen altijd dient te gebeuren in overleg met de HSGHOR. Andere vormen van contact kunnen moeilijk verlopen zonder voorbereiding of zonder training en de kans hierop kan dan ook beter geminimaliseerd worden.

Persberichten geplaatst door het 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](mailto:nieuwsdienst@anp.nl). Lokale omroepen worden bij een ramp vaak 'rampzender', waar goed gebruik van kan worden gemaakt. Zorg voor actuele perslijsten.

### *Evaluatie*

Na afloop van een rampsituatie moet deze in al zijn aspecten worden geëvalueerd. Van belang hierbij is dat alle betrokkenen direct na de rampsituatie aan kunnen geven wat goed en wat minder goed verliep.

Aan de hand van de evaluatie worden verbeterpunten op gesteld en verwerkt in het ZiROP met bijbehorend communicatieplan.

Na een rampsituatie moet niet worden vergeten de medewerkers te bedanken voor hun inzet tijdens de ramp.

### **3. Opleiden, trainen en oefenen**

Opleiden, trainen en oefenen zijn onderwerpen die onlosmakelijk verbonden zijn aan een kwalitatief goed ZiROP.

In diverse basisopleidingen worden de beginselen geleerd van handelingen in rampsituaties, waarbij principes en achtergronden aan de orde komen. Het geleerde moet vervolgens regelmatig in de praktijk worden getraind, zoals bijvoorbeeld het trieëren van patiënten. Daarnaast moeten rampsituaties worden geoefend. Bij het oefenen en trainen komen onvolkomenheden naar boven, waaraan vervolgens kan worden gewerkt.

Een ideale volgorde is:

1. het actualiseren van het ZiROP
2. lacunes in kennis vaststellen
3. opleiden voorzover nodig
4. regelmatig trainen
5. regelmatig oefenen
6. gebruik de 'outcome' bij de actualisatie van het ZiROP.

Uit elke training en oefening zal blijken dat er punten ter verbetering mogelijk zijn. Gebruik deze ervaringen bij het actualiseren van het ZiROP.

Ook tijdens opleidingen kunnen lacunes of verouderingen in het eigen ZiROP worden herkend. Gebruik deze ervaring om het ZiROP te actualiseren.

Specifieke kennis omtrent rampsituaties kan worden opgedaan met een cursus Hospital MIMMS.

Een goede, beproefde oefensystematiek is ETS.

#### **4. Implementatie en onderhoud ZiROP**

Om de implementatie goed te laten verlopen, zodat alle details beschreven in het ZiROP uitvoerbaar zijn, moet één persoon (bijvoorbeeld een crisiscoördinator) of een groep personen worden benoemd, die deze implementatie op zich nemen.

Men zal een aantal functionarissen op sleutelposities moeten opleiden in het kader van het ZiROP. Onder meer in de inhoud van hun eigen positie in het bijzonder, maar ook in de gang van zaken voor het gehele ziekenhuis zoals beschreven in het ZiROP. Ook vaardigheden als triage en eventueel portofoongebruik moeten getraind worden.

Verbouwingen in een ziekenhuis kunnen leiden tot noodzaak van aanpassing van het ZiROP. NAW gegevens van artsen en personeel moeten up to date worden gehouden. Aanpassing van telefoonnummers moeten ook verwerkt worden.

Vanzelfsprekend kunnen ook verandering in het ZIS leiden tot ZiROP aanpassingen.

Kortom: alle veranderingen in het ziekenhuis kunnen hun weerslag hebben op het ZiROP en moeten vanzelfsprekend verdisconteerd worden in het ZiROP.

Zoals in hoofdstuk 3. is vermeld kunnen ook ervaringen tijdens opleidingen, trainingen en oefeningen leiden tot aanpassingen van het ZiROP.

Te allen tijde moet het ziekenhuis zich er bewust van zijn dat implementatie en onderhoud van het ZiROP uren inzet vereist.

## **Bijlage 1. Samenstelling landelijke werkgroep toetsingskader ZiROP's**

G. van Aken, Isala klinieken  
R. van den Berg, Raad van RGF'en  
J. Bierens, VUmc  
W. Heupers, Raad van RGF'en  
P. Hustinx, Atrium Medisch Centrum  
J. Klous, IAVM/VUmc  
J.D. Meeuwis, St. Elisabeth ziekenhuis, Tilburg  
I. van der Veeke, NVZ  
J. de Vetter, Erasmus MC  
A. Wiegman, AMC  
F. Zaaijer, samenwerkingsverband IbMZ

E. Forbes, voorzitter werkgroep, extern adviseur

## **Bijlage 2. Checklist ZiROP's**

Met behulp van deze checklist kan in één oogopslag worden gezien welke onderwerpen aan de orde moeten komen in een ZiROP. De checklist is gebaseerd op de verschillende fasen die voorafgaand aan en ten tijde van een rampsituatie worden onderscheiden.

### *Preparatiefase*

- Verantwoordelijke(n) ZiROP benoemen
- Hiërarchie opzetten
- Functionarissen per hiërarchische functie benoemen
- Administratief informatiesysteem opzetten
- Instructie personeel
- Herkenbare kleding voor sleutelfunctionarissen aanschaffen
- NAW gegevens personeel en artsen up to date hebben
- Informatie voor poliklinische patiënten samenstellen
- Informatie voor klinische patiënten samenstellen
- Gebieden T1, T2, T3 en T4 aanwijzen
- Tijdelijk mortuarium ruimte aanwijzen
- Plaats informatiebalie bepalen
- Persruimte aanwijzen
- Familie wachtruimte aanwijzen
- Herenigingruimte aanwijzen
- Meldpunt personeel/ruimten voor coördinatiecentrum en plotkamer aanwijzen
- In- en externe routing bepalen
- Communicatiemiddelen en – lijnen in orde maken en afspreken
- Cateringfaciliteiten personeel, patiënten, pers, wachtenden
- Evaluatieformulieren samenstellen
- Opleiding, training en oefenen
- Onderhoud en beheer ZiROP

### *Fase van berichtgeving*

- Meldpunt: plaats waar melding binnenkomt
- Methode van melding
- Wie gaat iets doen met de melding
- Formulier voor melding met vaste gegevens

### *Fase van overleg*

- Wanneer besluiten tot in werking stellen van ZiROP
- Wie is betrokken bij deze beslissing
- Wie neemt de uiteindelijke beslissing

### *Fase van alarmering*

- Methode van alarmering
- Wie bepaalt het benodigde aantal extra menskracht
- Hoe wordt het benodigde aantal extra menskracht bepaald

### *Fase van voorbereiding*

- Samenstelling coördinerend team
- Stopzetten normale activiteiten, voor zover nodig en medisch verantwoord

- Informatie voor patiënten, die acuut worden ontslagen of die een afspraak hebben die niet doorgaat i.v.m. het stopzetten van de desbetreffende activiteiten
- Interne en externe voorbereiding patiëntenrouting, familieruimte en persruimte
- Inrichten meldpunt personeel
- Inrichten coördinatiecentrum en plotkamer (ruimte waar centraal alle patiënten gegevens verwerkt worden)
- Inventarisatie behandelcapaciteit
- T1, T2, T3 en T4 slachtofferopvang voorbereiden
- Opvang van overledenen voorbereiden
- Registratiemiddelen gereed maken

#### *Fase van ontvangst*

- Triage (in principe via secundaire triage systeem van de M.I.M.M.S.)
- Registratie
- Treatment ( behandeling)
  - Eerste opvang en stabilisatie
  - In kaart brengen van letsels
- Transport (intern of extern)

#### *Fase van definitieve behandeling*

- Administratie en documentatie
- Bevoorrading
- Sterilisatie
- VIP visites
- Geestelijke bijstand
- Tolken
- Communicatie
- Aflossing
- Catering
- “Normale” aanwezige patiënten in ziekenhuis
- “Normale” spoedpatiënten
- Pers
- Bezoekuren

#### *Fase van afschaling*

- Beëindigen van “noodtoestand”
- Debriefing
- Posttraumatische begeleiding
- Medical audit
- Evaluatie

### **Bijlage 3. Leiding tijdens een rampsituatie**

#### ***Beleidsteam***

*Leden:* voorzitter beleidsteam (bij voorbeeld lid RvB)  
medisch coördinator  
verpleegkundig coördinator

*Toegevoegd lid* hoofd P.R.

#### ***Operationeel team***

*Leden:* Hoofd Plotkamer (verantwoordelijk voor alle administratieve handelingen)  
Coördinator ondersteunende diensten  
Hoofd opname

#### ***Werkvloer***

##### *Onder medisch coördinator*

*Leidinggevende arts T1*  
*Leidinggevende arts T2*  
*Leidinggevende arts T3*  
*Leidinggevende triage arts*  
*(Leidinggevende arts holding)*  
*Medisch manager O.K.*  
*Medisch manager I.C.*  
*Alle andere artsen, tenzij aangestuurd door een leidinggevende arts*

##### *Onder verpleegkundig coördinator*

*Leidinggevende verpleegkundige T1*  
*Leidinggevende verpleegkundige T2*  
*Leidinggevende verpleegkundige T3*  
*Leidinggevende verpleegkundige triage*  
*(Leidinggevende verpleegkundige holding)*  
*Afdelingsmanager O.K.*  
*Afdelingsmanager I.C.*  
*Alle verpleegkundigen, tenzij aangestuurd door een leidinggevende verpleegkundige of afdelingsmanager uit bovenstaand rijtje*

##### *Onder coördinator ondersteunende diensten*

*Hoofd portierdienst*  
*Hoofd bedrijfs hulp verlening*

*Al het niet medisch/verpleegkundig personeel indirect via eigen leiding* **Bijlage 4. Lijst met afkortingen / begrippenlijst**

AC GHOR Actie Centrum G.H.O.R.	Actie Centrum G.H.O.R. Dit centrum wordt ingericht ten tijde van een ramp en dient als ondersteuning van het veld en als adviesorgaan van de R.G.F.
Centraal Registratie Informatie Bureau	Gemeente instelling, die aanspreekpunt is voor de bevolking voor “vermiste” personen ten tijde van een rampsituatie.
C.R.I.B.	Centraal Registratie Informatie Bureau
Emergo Train System	Toetsings- en oefensysteem afkomstig uit Zweden, waarmee men uitstekend een rampsituatie kan nabootsen en dat personen de kans geeft alle aspecten van hulpverlening (pre-hospitaal en in het ziekenhuis) te oefenen zonder grote inzet van middelen en personen, zodat de dagelijkse gang van zaken in een bestaande organisatie zo min mogelijk verstoord wordt.
E.T.S.	Emergo Train System
Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen	Landelijke organisatie, die tot doel heeft faciliterend op te treden bij ongevallen en rampen ten behoeve van hulpverleners uit vooral de witte kolom.
G.G.Z.	Geestelijke Gezondheids Zorg
G.H.O.R.	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
H.M.I.M.M.S.	Hospital Major Incident Medical Management and Support
Hoofd Sectie G.H.O.R.	Geeft namens de RGF leiding aan de GHOR-processen ten tijde van een ramp.
Hospital Major Incident Medical Management and Support (H.M.I.M.M.S.)	Van oorsprong Engelse cursus, maar nu aangepast aan de Nederlandse taal en situatie voor sleutelfiguren in een ziekenhuisorganisatie, alsmede de medische staf. Gaat over de wijze waarop men leiding moet geven aan het ziekenhuis t.t.v. een ramp, maar ook hoe men de verpleegkundige en medische aanpak moet regelen.
HS GHOR	Hoofd Sectie G.H.O.R.
I.C.	Intensive Care

I.G.Z.	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Staatstoezicht voor de Volksgezondheid
M.K.A.	Meldkamer (ambulance)
N.F.U.	Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra
N.V.Z.	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
O.K.	Afdeling Operatiekamers
OTO	Opleiding Training Oefening
Plotkamer	Informatie verzamelpunt of administratief zenuwcentrum
P.R.	Public Relations
Ramp	Een gebeurtenis: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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;</li> <li>▪ 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.</li> </ul>
Regionaal Geneeskundig Functionaris	Hoogst aangestelde in een regionale G.H.O.R. organisatie. Hij/zij staat op gelijke hoogte als de regionale brandweer commandant en de regionale leidinggevende van de politie
R.G.F.	Regionaal Geneeskundig Functionaris
S.E.H.	Afdeling Spoed Eisende Hulp
T1, T2, T3	Indelingsklassen voor slachtoffers. T1 > T2 > T3 qua ernst en derhalve heeft T1 voorrang in behandeling.
T4	Indelingsklasse waarin slachtoffers ingedeeld in kunnen worden, die niet meer te redden zijn onder de gegeven omstandigheden
V.W.S.	Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport
Ziekenhuis Rampen Opvang Plan	Plan, waarin een ziekenhuis zijn aanpak heeft vastgelegd ten tijde van een ramp (in ieder geval heeft het betrekking op een externe calamiteit, maar kan ook gaan over een intern incident tot ook een externe calamiteit).

ZiROP

Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

Z.I.S.

Ziekenhuis Informatie Systeem