

B & W-nota

Onderwerp

Deelplannen Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen als onderdeel van het rampenplan voor de gemeenten in Kennemerland

Portefeuille de heer R.P. Grondel en mr. J.J.H. Pop
Auteur P. Abma
Telefoon 023 5114489
E-mail: pabma@haarlem.nl
PD/VHT Reg.nr. Veiligheid/ 2006/115
Bijlage A: deelplan 12 Preventieve Openbare Gezondheidszorg
Bijlage B: deelplan 13 Spoedeisende Medische Hulpverlening
Bijlage C: deelplan 24 Psychosociale Hulpverlening
B & W-vergadering van dinsdag 04 april 2006

Bestuurlijke context

Op 1 juli 2004 is de Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding (WKR) en het hieraan gerelateerde Besluit Kwaliteitscriteria Rampenbestrijding in werking getreden. Op basis hiervan worden gemeenten verplicht binnen een jaar na inwerkingtreding van de WKR een rampenplan vast te stellen dat voldoet aan de gestelde criteria. Ter bevordering van de regionale samenwerking in de veiligheidsregio Kennemerland heeft het dagelijks bestuur van de HDK er voor gekozen om in deze regio een gemeenschappelijk rampenplan te ontwikkelen dat in een eensluidend format door alle colleges afzonderlijk wordt vastgesteld. Hiermee wordt gemeenschappelijkheid in de organisatie van de rampenbestrijding ook planvormingstechnisch vorm gegeven. Het blijft echter op grond van artikel 3, eerste lid van de Wet Rampen en Zware Ongevallen de bevoegdheid van elk college om het rampenplan en de bijbehorende deelplannen vast te stellen. Op 26 juli 2005 is het 'Regionaal Rampenplan Kennemerland' door het College van Haarlem vastgesteld (Veiligheid/2005/269). Dit 'Regionaal Rampenplan Kennemerland' is een plan op hoofdlijnen. Een adequate voorbereiding op de rampenbestrijding vereist nadere uitwerking van dit plan per proces in deelplannen.

Om een ramp adequaat te kunnen bestrijden zijn circa 30 processen benoemd. Voor elk proces is een verantwoordelijke aangewezen. Dit kan de brandweer, de politie, de geneeskundige hulpverlening of de gemeente zijn. De brandweer en de regionale politie stellen deelplannen, draaiboeken, protocollen en dergelijke op voor het vastleggen van taken die bij haar berusten op grond van de brandweerwet en de politiewet. Die draaiboeken maken geen deel uit van het rampenplan en worden niet vastgesteld door het college van Burgemeester en Wethouders. Dit geldt echter wel voor de processen en de daarbijbehorende deelplannen van de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR) en die van de gemeente.

De GHOR is verantwoordelijk voor 3 processen. Conform de Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding (WKR) dient de GHOR formeel twee deelplannen uit te werken. De GHOR kiest ervoor alle drie de processen uit te werken in deelplannen. Deze planmatige uitwerking maakt integraal onderdeel uit van het 'Regionaal Rampenplan Kennemerland'. De deelplannen zijn:

Deelplan 12: Preventieve Openbare Gezondheidszorg

Deelplan 13: Spoedeisende Medische Hulpverlening

Deelplan 24: Psychosociale Hulpverlening

Communicatie

De communicatie over de vaststelling van deze deelplannen wordt regionaal gecoördineerd vanuit het Veiligheidsbureau Kennemerland. Het Veiligheidsbureau zorgt tevens voor een communicatieplan.

Financiële consequenties

Er zijn geen financiële consequenties aan de vaststelling van de deelplannen GHOR verbonden.

B&W-besluit:

1. Het college stelt de deelplannen 12 - Preventieve Openbare Gezondheidszorg, deelplan 13 - Spoedeisende Medische Hulpverlening en deelplan 24 - Psychosociale Hulpverlening van de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR) als onderdeel van het 'Regionaal Rampenplan Kennemerland' vast;
2. Het College besluit dat de commissie Samenleving dit besluit ter informatie ontvangt.
3. Communicatieparagraaf: het Veiligheidsbureau Kennemerland zal met betrekking tot de drie deelplannen op regionaal niveau zorgen voor een communicatieplan;

Rampenbestrijding

Deelplan 12

POG



INHOUDSOPGAVE

Bladzijde	Hoofdstuk	Paragraaf
3	Kaderstelling	Referentie
3		Inleiding
3		Doel
3		Doelgroep
3		Infectieziektebestrijding
4		Medische Milieukunde
5		Relatie met andere processen
10		Draaiboekopbouw
12		Beheer
13	Hoofdstuk 1: Personeel	Bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken
13		Organen en functies binnen de POG
13		Functiebeschrijvingen
16	Hoofdstuk 2: Alarmering	Bereikbaarheid
16		Opschalen
17		Alarmering POG
18	Hoofdstuk 3: Vestiging, accommodatie en toegang	Locatie
18		Legitimatiepasjes
19	Hoofdstuk 4: Verbindingen en communicatie	Communicatiemiddelen
20	Hoofdstuk 5: Logistiek	Registratie
21	Hoofdstuk 6: Nazorg	Debriefing
22	Hoofdstuk 7: Evaluatie	Opzet evaluatie
22		Protocol evaluatie
24	Bijlagen	Afkortingen
24		Gebruikte literatuur
25		Begrippen
27		Achtergrondinformatie deelnemende instanties

KADERSTELLING

Referentie

De procesverantwoordelijkheid voor het proces Preventieve Openbare Gezondheidszorg (hierna: POG) is in het kader van de Wet Rampen en Zware Ongevallen opgedragen aan de RGF.

De wettelijke en financiële basis voor de Preventieve Openbare Gezondheidszorg blijven in dit deelplan voor het grootste deel achterwege. Deze zaken worden benoemd en beschreven in het convenant tussen de GHOR en de instellingen die de Preventieve Openbare Gezondheidszorg voor hun rekening nemen. Dit convenant wordt regelmatig bijgesteld naar aanleiding van actuele ontwikkelingen en eventuele wetswijzigingen.

Inleiding

Het doel van het procesplan Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG) is het beschrijven van de wijze van handelen en de organisatiestructuur in de voorbereiding op en tijdens de bestrijding van calamiteiten op de terreinen van de Medische Milieukunde en de Infectieziektebestrijding.

Dit procesplan beschrijft het proces POG waarvoor de GHOR eindverantwoordelijk is. Dat betekent dat de werkwijze bij incidentele situaties die passen binnen het reguliere werk van de GGD (en in het bijzonder van de afdeling Algemene GezondheidsZorg) niet beschreven zullen worden. Dit procesplan beschrijft situaties waarbij grootschalig optreden noodzakelijk is en dus waarbij de situatie vraagt om een meer opgeschaalde situatie dan de dagelijkse gang van zaken. De opschaling zelf zal ook aan bod komen in dit procesplan.

Het procesplan wil een leidraad zijn, maar kan niet uitsluiten dat ten tijde van een opschaling onvoorziene zaken om geïnproviseerde en creatieve oplossingen vragen. Het plan dient daarom met flexibiliteit te worden gehanteerd.

Doel

De Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG) is gericht op bescherming van de volksgezondheid bij ongevallen of rampen met een gevaar voor mens en milieu, om zo (extra) gewonden of verergering van letsel te voorkomen.

Doelgroep

Het proces POG richt zich op alle potentiële slachtoffers van een calamiteit, dat betekent concreet dus alle inwoners van Kennemerland, inclusief mensen die tijdelijk – op het moment van de calamiteit – in de regio verblijven.

Infectieziekte- bestrijding

Binnen het taakveld van de infectieziektebestrijding staat een aantal producten centraal.

In de pro-actie- en preventie-fase is een belangrijke rol weggelegd voor de invalshoek vanuit de Technische Hygiëne Zorg (THZ). Deze discipline kan gezien worden als pro-actie binnen de infectieziektebestrijding, aangezien hierdoor de kans op infectieziekten verminderd kan worden. De rol van de THZ ligt in het kader van de GHOR op het terrein van grootschalige evenementen. Binnen de voorbereiding van de GHOR op evenementen participeert de THZ middels het stellen van voorwaarden aan het evenement. De GHOR heeft hierbij de procesverantwoordelijkheid en de medewerkers van de THZ zijn op basis van de inhoudelijke kennis van zaken bij diverse concrete evenementen betrokken. Deze betrokkenheid kan ook op eigen initiatief van de THZ-medewerkers tot stand komen, aangezien de afdeling AGZ elk jaar de regionale evenementenkalender ontvangt en aldus over alle noodzakelijke informatie beschikt.

In de preparatieve fase is het samenstellen van draaiboeken voor concrete scenario's het belangrijkste product dat geleverd wordt. Middels het maken van dergelijke draaiboeken wordt de voorbereiding op grootschalige uitbraken van infectieziekten vorm gegeven. Indien het noodzakelijk is om voor een bepaald scenario een concreet draaiboek te maken, zal in een projectstructuur samengewerkt worden door de GGD en de GHOR. De GHOR heeft hierbij de procesverantwoordelijkheid en de GGD draagt de verantwoordelijkheid voor de medische inhoud.

In de repressieve fase ligt de afhandeling van de casus in eerste instantie volledig bij de GGD. Ook in gevallen waarbij de uitvoering een grootschalige dimensie kent, zoals bijvoorbeeld het vaccineren van kinderen. Echter, dit sluit nog volledig aan op het dagelijks werk van de GGD. Indien het om incidenten gaat of bijzondere situaties en daarbij sprake is van een grootschalige dimensie of zaken met een grote impact, dan verschuift de verantwoordelijkheid naar de GHOR en wordt overgestapt op de rampenbestrijdingsstructuur. Binnen die structuur wordt binnen het ActieCentrum GHOR en vanuit het ActieCentrum GHOR contact onderhouden met de GGD. In het AC heeft hiertoe een verpleegkundige van de afdeling AGZ zitting en deze verpleegkundige houdt contact met de GGD om werkzaamheden af te stemmen. Bovendien zal daarnaast een arts plaatsnemen in het Operationeel Team, ter advisering van het Hoofd Stafsectie GHOR.

**Medische
Milieukunde**

In de pro-actie- en preventie-fase wordt door de medewerkers van de GGD geadviseerd, die kennis hebben van en ervaring hebben met gevaarlijke stoffen en de invloed die dergelijke stoffen hebben op de volksgezondheid. Binnen planvormingstrajecten in het kader de BRZO kan om een (medisch) advies gevraagd worden en hieraan wordt dan, o.a. via de GHOR, een bijdrage geleverd door de medisch milieukundigen van de GGD.

In de preparatieve fase is het samenstellen van draaiboeken voor concrete scenario's en concrete objecten het belangrijkste product dat geleverd wordt. Middels het maken van dergelijke draaiboeken wordt de voorbereiding op incidenten met gevaarlijke stoffen vorm gegeven. Indien het noodzakelijk is om voor een bepaald scenario een concreet draaiboek te maken, zal in een projectstructuur samengewerkt worden door de GGD en de GHOR. De GHOR heeft hierbij de procesverantwoordelijkheid en de GGD draagt de verantwoordelijkheid voor de medische inhoud.

In de repressieve fase ligt de afhandeling van de casus in eerste instantie volledig bij de GGD. Indien het om incidenten gaat of bijzondere situaties en daarbij sprake is van een grootschalige dimensie of zaken met een grote impact, dan verschuift de verantwoordelijkheid naar de GHOR en wordt overgestapt op de rampenbestrijdingsstructuur. Binnen die structuur wordt binnen het ActieCentrum GHOR en vanuit het ActieCentrum GHOR contact onderhouden met de GGD. In het AC heeft hiertoe een verpleegkundige van de afdeling AGZ zitting en deze verpleegkundige houdt contact met de GGD om werkzaamheden af te stemmen. Bovendien zal daarnaast een arts plaatsnemen in het Operationeel Team, ter advisering van het Hoofd Stafsectie GHOR.

Relatie met andere processen

Het proces POG heeft allereerst een relatie tot de andere twee hoofdprocessen van de GHOR, te weten de Spoedeisende Medische Hulpverlening en de Psycho Sociale Hulpverlening. De POG onderscheidt zich van deze twee processen, doordat de aandacht gericht is op de gezondheidsbescherming van (potentiële) slachtoffers van een ongeval of ramp. Deze bescherming gebeurt binnen de POG vooral door advisering van gemeente en (operationele) diensten, het nemen van preventieve maatregelen en risicocommunicatie.

Daarnaast heeft het proces POG relaties met overige rampbestrijdingsprocessen. Hieronder staat beschreven welke raakvlakken het proces POG heeft met andere processen in de rampenbestrijding. Hiervoor wordt een indeling gebruikt van het karakter van de ramp, te weten de RNBC-classificering. De Radiologische en Nucleaire rampen en de Chemische rampen zijn te plaatsen onder het taakveld van de medische milieukunde en de Biologische rampen passen binnen de Infectieziektebestrijding.

In het geval van radiologische en nucleaire rampen

Ontsmetten van mens en dier

- De GHOR komt samen met de brandweer tot een advies over de beheersing van de verspreiding en voorkoming van besmetting. Het gaat daarbij onder andere om:
- De kans op besmetting van hulpverleners en ketenpartners en hun materieel door besmette slachtoffers.
- De afbakening van veilige en onveilige zones en de aan- en afvoerroutes.
- Advies over de wijze waarop slachtoffers ontsmet moeten worden. Decontaminatie moet zo snel mogelijk (op het rampterrein) en zorgvuldig geschieden bijvoorbeeld door gebruik te maken van een 'Decontaminatieplan'.
- De leidinggevende van de GHOR (beschreven in GHOR proces geneeskundige hulpverlening somatisch) verkrijgt informatie over decontaminatie van de brandweer.
- De inhoudsdeskundige van de GHOR (GAGS of stralingsdeskundige) moet door de AGS of WVD van de brandweer geïnformeerd worden over de gemeten stof. Dit kan ook via de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) of leidinggevende GHOR functionaris gebeuren.

Waarnemen en Meten

- De GHOR moet door de brandweer (AGS) geïnformeerd worden over de gemeten stof. In het geval van een RN ramp kan de meting ook door een andere (niet van de brandweer) meetploeg worden uitgevoerd.
- De leidinggevende GHOR functionaris dient informatie te verkrijgen over de gemeten stoffen en de concentraties, zodat de GAGS of stralingsdeskundige de gezondheidseffecten voor slachtoffers, bevolking en hulpverleners kan inschatten.

Waarschuwen van de bevolking

- De GAGS geeft aan welke metingen gewenst of nodig zijn voor een goede schatting van de gezondheidsrisico's.
- De GAGS of stralingsdeskundige levert inhoudelijk advies over het gevaar voor de volksgezondheid aan de brandweer. De brandweer kan vervolgens overgaan tot het laten afgaan van de sirenes.

Ontruimen en evacueren

- Er moeten maatregelen genomen worden om de bevolking binnen het (potentiële) verspreidingsgebied van de radioactieve wolk te beschermen. In het geval van een radioactieve wolk kan gekozen worden voor de maatregel schuilen. De beslissing tot schuilen is vastgelegd in de Leidraad Kernongevallen bestrijding.
- De GAGS of stralingsdeskundige geeft advies over het effect van schuilen of evacueren.
- De GHOR geeft advies over bijvoorbeeld het meenemen van medicijnen in het geval van een evacuatie.

Voorlichten en Informeren

- De inhoudsdeskundigen van de GHOR (GAGS, stalingsdeskundige) en brandweer (AGS, WVD) adviseren de besluitvormers over welke risico's er spelen er en hoe deze gewogen moeten worden in de besluitvorming.
- De communicatie medewerker van de GHOR (inhoudelijk bijgestaan door de GAGS) adviseert over de risicocommunicatie onder GHOR-omstandigheden naar publieksvoorlichters. Het gaat daarbij om:
 - Waarover het publiek moet worden voorgelicht.
 - Welke gedragsregels moeten worden gevolgd.
 - Het geven van (inhoudelijke) informatie en advies over de consequenties voor de volksgezondheid als gevolg van de ramp.
 - Advies voor zowel het korte, het midden en het lange termijn effect.
 - Informatie verstrekking bij afschaling over het terugkeren naar de normale situatie.

Milieuzorg

- In het geval een interventie wordt uitgevoerd die betrekking heeft op de drinkwatervoorziening worden deskundigen op het gebied van drinkwater ingeschakeld, tevens zal het ministerie van VROM betrokken zijn.
- In het geval van interventies die betrekking hebben op de landbouw dan wordt het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) erbij betrokken.
- De GAGS geeft advies aan de GHOR over de te nemen maatregelen, bijvoorbeeld het advies om geen groenten uit eigen tuin te eten.

Opvangen en verzorgen van slachtoffers

- Het Actiecentrum GHOR (Ac-GHOR) zorgt op verzoek van de RGF voor medische ondersteuning bij het gemeentelijk proces opvang en verzorging van slachtoffers. De ondersteuning zal zich richten op:
 - Medische advisering, zoals het meenemen van medicijnen.
 - Advies voor kwetsbare groepen.
- De GHOR brengt de eventuele impact en onrust die er kan ontstaan naar aanleiding van de RN ramp onder de aandacht.

Registratie van slachtoffers

- Het Ac-GHOR ondersteund (op basis van advies van de GAGS) het Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB) bij het opzetten van een registratie gerelateerd aan een radiologisch of nucleair ongeval. Belangrijk bij registratie is te weten:
 - De hoeveelheid slachtoffers.
 - Blootstellingstijd.
 - Blootstelling (welke straling).

Nazorg

- GHOR heeft een adviserende rol in de nazorg zolang de reguliere structuren nog te kort schieten, echter de zorg zal geleidelijk meer overgedragen worden aan de reguliere zorg.
- De GHOR besteedt aandacht aan de impact en onrust in het geval van een radiologische of nucleaire ramp.
- De GHOR kan adviseren tot het instellen van een Informatie en Adviescentrum, als centrale organisatie ter ondersteuning van de getroffen bevolking.
- De GHOR is verantwoordelijk voor de psychosociale nazorg (zie procesbeschrijving Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR)).

In het geval van biologische rampen

Ontsmetten van mens en dier

- De GAGS, bijgestaan door de arts infectieziektebestrijding, geeft advies over de te volgen decontaminatie en komt samen met de brandweer (AGS/ WVD) tot een decontaminatie methode. De brandweer is verantwoordelijk voor het in gang zetten van de decontaminatie. Decontaminatie moet zo snel mogelijk (op het rampterrein) en zorgvuldig geschieden bijvoorbeeld door gebruik te maken van een 'Decontaminatieplan'.

Ontsmetten van voertuigen en infrastructuur

- De GAGS of de arts infectieziektebestrijding geeft indien nodig de brandweer advies over decontaminatie van voertuigen en infrastructuur.

Ontruimen en evacueren

- De GGD adviseert over het al dan niet uitvoeren van een isolatie of evacuatie. De mate van gevaarstelling en de acuïtheid van de dreiging zijn bepalend voor de keuze. Het van groot belang om te registreren wie zich waar bevindt.
- De GHOR coördineert de noodzakelijke geneeskundige inzet tijdens de isolatie of evacuatie.

Afzetten en afschermen

- De GHOR zorgt dat de hulpverleners voldoende beschermd zijn tegen een mogelijke biologische besmetting. De GHOR wordt inhoudelijk bijgestaan door de arts infectieziektebestrijding.
- De GHOR zorgt voor de voorlichting van de hulpverleners in het afgeschermd gebied. De politie is verantwoordelijk voor het afschermen en afzetten van een gebied bij bijvoorbeeld isolatie of het advies tot thuisblijven. In het geval van een biologische besmetting kan het bijvoorbeeld voorkomen dat men een wijk gaat afsluiten, ter voorkoming van besmetting.

Handhaven openbare orde

- De GHOR adviseert over het voorkomen van de besmetting van politiepersoneel bij het handhaven van de openbare orde in het geval van bijvoorbeeld een massavaccinatie of quarantaine. De GHOR wordt inhoudelijk bijgestaan door de GGD.

Voorlichten en informeren

- De arts infectieziektebestrijding adviseert de besluitvormers over welke risico's er spelen en hoe deze gewogen moeten worden in de besluitvorming.
- De GGD zorgt regionaal voor de coördinatie van voorlichting aan betrokkenen en groepen met een verhoogd risico. Zonodig wordt ondersteuning ingeschakeld via de GHOR. Bij de risicocommunicatie zijn de volgende aspecten van belang:
- Waarover het publiek moet worden voorgelicht.
- Welke gedragsregels moeten worden gevolgd.
- Het geven van (inhoudelijke) informatie en advies over de consequenties voor de volksgezondheid als gevolg van de infectieziektebestrijding uitbraak.
- Informatie verstrekking bij afschaling over het terugkeren naar de normale situatie.
- Aandacht voor de impact die er aan bijdraagt of een risico als groter of minder groot wordt ervaren (denk bijvoorbeeld aan onvrijwillige blootstelling, onbekende nieuwe bron en tegenstrijdige uitlatingen).

Opvangen en verzorgen

- Het Actiecentrum GHOR (Ac-GHOR) zorgt op verzoek van de RGF voor medische ondersteuning bij het gemeentelijk proces opvang en verzorging van slachtoffers. De ondersteuning zal zich richten op:
 - Medische advisering, bijvoorbeeld over hygiënische maatregelen.
 - Advies voor de bescherming.
- De GHOR brengt de eventuele impact en onrust die er kan ontstaan naar aanleiding van de biologische besmetting onder de aandacht.

Uitvaartverzorging

- De arts infectieziekte of de forensisch arts zorgt voor het advies over hoe om te gaan met besmette lichamen.
- Er moeten afspraken gemaakt worden over het omgaan, het vervoeren en het bewaren van besmettelijke lichamen. Mensen die ten gevolge van een biologische stof overlijden, kunnen ook na hun overlijden besmettelijk blijven voor anderen. Dit vormt een gevaar voor de volksgezondheid.

Registratie van slachtoffers

- De GGD zal in het geval van een biologische ramp als eerste de registratie uitvoeren (geen opschaling).
- In het geval van grootschaligheid kan het Ac-GHOR het Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB) ondersteunen bij het opzetten van een registratie gerelateerd aan een biologische ramp. Belangrijk bij registratie is te weten:
- De hoeveelheid slachtoffers.
- Plaats van de slachtoffers.

Milieuzorg

- In het geval van een besmetting van (landbouw-) dieren en water kan de GHOR geïnformeerd worden over het al dan niet gebruiken van de besmette grond en het water. Deskundigen op het gebied van drinkwater worden ingeschakeld, tevens zal het ministerie van VROM betrokken zijn.
- Het ministerie van LNV zal een grote rol hebben bij interventies die betrekking hebben op de landbouw, zoals bijvoorbeeld vervoersverboden.

Nazorg

- GHOR heeft een adviserende rol in de nazorg zolang de reguliere structuren nog te kort schieten, echter de zorg zal geleidelijk meer overgedragen worden aan de reguliere zorg.
- De GHOR besteedt aandacht aan de impact en onrust in het geval van een biologische ramp.
- De GHOR adviseert over het instellen van een Informatie en Adviescentrum, als centrale organisatie ter ondersteuning van de getroffen bevolking.
- De GHOR is verantwoordelijk voor de psychosociale nazorg (zie procesbeschrijving PSHOR).

In het geval van chemische rampen

Ontsmetten van mens en dier

- De GAGS komt samen met de brandweer tot een advies over de beheersing van de verspreiding en voorkoming van besmetting. Het gaat daar bij onder andere om:
 - De kans op besmetting van hulpverleners en ketenpartners en hun materieel door besmette slachtoffers.
 - De afbakening van veilige en onveilige zones en het aangeven van aan- en afvoerroutes.
 - Advies over de wijze waarop slachtoffers ontsmet moeten worden. Decontaminatie moet zo snel mogelijk (op het rampterrein) en zorgvuldig geschieden bijvoorbeeld door gebruik te maken van een decontaminatieplan. Het basisprincipe is dat gewonden altijd voor het verlaten van het rampterrein ontsmet zijn. Dit ter voorkoming van besmetting en verdere inwerking van de chemische stof.
- De leidinggevende van de GHOR verkrijgt informatie over decontaminatie van de brandweer.
- De GAGS wordt door de AGS of WVD van de brandweer geïnformeerd over de gemeten stof (dit kan ook via de OvD-G of leidinggevende GHOR functionaris gebeuren).
- De GAGS informeert de ziekenhuizen over de decontaminatie na afstemming met de OvD-G. Bij grote besmettingen kan het voorkomen dat mensen op eigen gelegenheid naar de ziekenhuizen gaan. Om te voorkomen dat zij het ziekenhuis/personeel besmetten moeten deze mensen voor de ingang van het ziekenhuis gedecontamineerd worden.

Ontsmetten van voertuigen en infrastructuur

- De GAGS geeft advies aan de brandweer over de wijze van decontaminatie van voertuigen en infrastructuur.

Waarnemen en meten

- De GHOR wordt geïnformeerd door de brandweer over het risicogebied en de maatregelen ter bescherming van bodem, lucht en water bij een milieuramp.
- De GHOR wordt door brandweer geïnformeerd over de gemeten stoffen en de concentraties, zodat de GAGS de gezondheidseffecten voor de slachtoffers, bevolking en hulpverleners kan inschatten.
- De GAGS geeft advies aan de AGS over het uitvoeren van de metingen (wat waar te meten en door wie). Voor ondersteuning bij het meten van gevaarlijke stoffen kan er een beroep worden gedaan op landelijke centra (MOD van het RIVM).

Waarschuwen van de bevolking

- De GAGS geeft inhoudelijk advies en informatie over het gevaar voor de volksgezondheid aan de brandweer. De brandweer kan vervolgens overgaan tot het laten afgaan van de sirenes.

Ontruimen en evacueren

- Er moeten maatregelen genomen worden om de bevolking binnen het (potentiële) verspreidingsgebied van de gaswolk te beschermen ter voorkoming dat zij fysiek slachtoffer worden. In het geval van een chemische ramp kan er een verder gelegen effect gebied zijn. Er kan dan gekozen worden voor de interventie maatregelen schuilen of evacueren.
- De GAGS geeft advies over de mogelijke gezondheidseffecten van de stof. De politie kijkt naar de mogelijke uitvoering van een evacuatie. Uit een combinatie van deze gegevens kan het advies om over te gaan tot ontruiming, evacuatie of schuilen genomen worden door de leidinggevendenden van de parate diensten in het Operationeel Team (OT). Het OT geeft dit advies door aan het BT. De burgemeester neemt, na overleg met het BT, de beslissing op basis van dit advies.
- De GHOR geeft advies over bijvoorbeeld het meenemen van medicijnen in het geval van een evacuatie.

Afzetten en afschermen

- De GAGS geeft advies over de bescherming van de politiefunctionaris bij het afzetten van bron- en effectgebieden en het afschermen van bijvoorbeeld opvang- of actie centra. Hierbij kan gedacht worden aan:
 - Voorlichting over de betrokken chemische stof.
 - De te nemen beschermende maatregelen.
 - Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Handhaven openbare orde

- Bij het ontstaan van onrust onder de bevolking dient de GHOR een verzoek in bij de politie voor het handhaven van de openbare orde.
- GHOR adviseert over het voorkomen van de besmetting van politiepersoneel bij het handhaven van de openbare orde.

Voorlichten en informeren

- De inhoudsdeskundigen van de GHOR (GAGS) en de brandweer (AGS, WVD) en (GAGS) adviseren de besluitvormers over welke risico's er spelen en hoe deze gewogen moeten worden in de besluitvorming.
- In het geval van een chemische ramp kan er sprake zijn van stank in het effectgebied. Communicatie richting de bevolking is dan een belangrijk proces, met name over de mogelijke gezondheidseffecten.
- De communicatieadviseur van de GHOR levert informatie voor de publieke voorlichting. Deze kan inhoudelijk worden bijgestaan door de GAGS. Het gaat daarbij om:
 - Het geven van informatie en advies over de consequenties voor de volksgezondheid over het chemische ongeval.
 - Welke gedragsregels moeten worden gevolgd.
 - Advies voor zowel het korte, middel en lange termijn effect.
 - Informatie verstrekking bij afschaling over het terugkeren naar de normale situatie.

Opvangen en verzorgen

- Het Actiecentrum GHOR (Ac-GHOR) zorgt op verzoek van de RGF voor medische ondersteuning bij het gemeentelijk proces opvang en verzorging van slachtoffers. De ondersteuning zal zich richten op:
- Medische advisering, zoals het meenemen van medicijnen.
- Advies voor kwetsbare groepen.
- De GHOR brengt de eventuele impact en onrust die er kan ontstaan naar aanleiding van de chemische ramp onder de aandacht.

Uitvaartverzorging

- De GAGS (inhoudelijk bijgestaan door een forensisch arts) geeft advies over hoe om te gaan met besmette lichamen.
- Er moeten afspraken gemaakt worden over het omgaan, het vervoeren en het bewaren van besmettelijke lichamen. Mensen die ten gevolge van een chemische ramp overlijden, kunnen ook na hun overlijden voor contaminatie zorgen.

Registratie van slachtoffers

- Het Ac-GHOR ondersteund (op basis van advies van de GAGS) het Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB) bij het opzetten van een registratie gerelateerd aan chemische ramp. Belangrijk bij registratie is te weten:
- De hoeveelheid slachtoffers.
- Blootstellingstijd.
- Blootstelling (welke stof).

Milieu zorg

- In het geval een interventie wordt uitgevoerd die betrekking heeft op de drinkwatervoorziening worden deskundigen op het gebied van drinkwater ingeschakeld, tevens zal het ministerie van VROM betrokken zijn.
- In het geval van interventies die betrekking hebben op de landbouw dan wordt het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) erbij betrokken.
- De GAGS geeft advies aan de GHOR over de te nemen maatregelen (denk hierbij aan het advies om in het geval van een chemische besmetting geen water uit de kraan te drinken).

Nazorg

- GHOR heeft een adviserende rol in de nazorg zolang de reguliere structuren nog te kort schieten, echter de zorg zal geleidelijk meer overgedragen worden aan de reguliere zorg.
- De GHOR besteedt aandacht aan de impact en onrust in het geval van een chemische ramp.
- De GHOR adviseert tot het instellen van een Informatie en Adviescentrum, als centrale organisatie ter ondersteuning van de getroffen bevolking.
- De GHOR is verantwoordelijk voor de psychosociale nazorg (zie procesbeschrijving PSHOR).

**Draaiboek-
opbouw**

Bij het maken van draaiboeken voor concrete scenario's of objecten wordt uitgegaan van een aantal standaard hoofdstukken. Bij elk draaiboek kan desgewenst al dan niet gebruik gemaakt worden van de onderstaande modules/hoofdstukken:

Achtergrond, uitgangspunten en kader

In dit hoofdstuk wordt beschreven om welk scenario het exact gaat, wat de uitgangspunten bij de planvorming ten aanzien van dit scenario zijn en wat het (wettelijk) kader is van het plan.

Repressieve structuur

Indien in de repressieve fase van het betreffende scenario op een andere wijze zal worden gewerkt dan omschreven in dit generieke procesplan, kan aan het specifieke draaiboek een hoofdstuk over de repressieve structuur toegevoegd worden waarin beschreven staat hoe de organisatiestructuur er uit zal zijn in het geval dat het desbetreffende scenario zich ooit voor zal doen. Leidraad hiervoor zal de generieke structuur moeten zijn.

Communicatie en Voorlichting

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke acties worden ondernomen, tijdens de repressieve fase, om onderling een goede afstemming te houden (communicatie) en de bevolking tijdig van de juiste informatie te voorzien (voorlichting).

Logistiek

Indien sprake is van een grote hoeveelheid logistieke zaken bij de calamiteitenbestrijding (bijvoorbeeld het rondbrengen van vaccins in het geval van een massavaccinatie) kan in een apart hoofdstuk worden beschreven hoe deze logistieke aspecten zullen worden uitgevoerd.

Personeel

Bij bepaalde scenario's kan het nodig zijn om een aanzienlijke hoeveelheid extra mensen beschikbaar te hebben voor het afhandelen van de casus. In het hoofdstuk Personeel kan worden beschreven hoe deze mensen worden geworven, geïnstrueerd en ingezet.

Locaties

Bij een massavaccinatie (en mogelijk ook bij andere scenario's) is verspreid over de regio een aantal locaties nodig om mensen te vaccineren. In dit onderdeel van het draaiboek kan van alle te gebruiken locaties een beschrijving worden opgenomen met vermelding van eventuele bijzonderheden van de desbetreffende locatie.

Postcodetabellen

Indien het om een scenario gaat waarbij mogelijk een massavaccinatie plaats kan vinden, kunnen de postcodetabellen worden opgenomen in het draaiboek. Deze postcodetabellen geven een overzicht van alle postcodes in de regio Kennemerland, verdeeld in een aantal groepen, die gekoppeld zijn aan een bepaalde opvanglocatie.

Objectbeschrijving

Bij een draaiboek waarin de planvorming gericht is op een specifiek object kan in een apart hoofdstuk specifieke informatie over het object worden opgenomen. In dit onderdeel kan melding worden gedaan van eventuele gevaarlijke stoffen die bij het desbetreffende bedrijfsproces betrokken zijn en de specifieke richtlijnen waarmee men bij de hulpverlening te maken heeft. Ook specifieke aanvalsprocedures die ontwikkeld zijn voor het desbetreffende bedrijf worden in het draaiboek vermeld.

Openbare Orde en Veiligheid

In geval van grootschalige uitbraken van infectieziekten of ongevallen met gevaarlijke stoffen is paniek onder de bevolking niet uit te sluiten; zeker niet als een terroristische aanslag de oorzaak is van de ziektegolf of de calamiteit. De strategie die gekozen zal worden om de openbare orde en veiligheid te handhaven in een dergelijke situatie kan in een apart hoofdstuk van het draaiboek worden opgenomen.

Beheer

Het deelplan wordt jaarlijks geactualiseerd of zoveel eerder als noodzakelijk is, door de GHOR. In het rampenplan is het overzicht opgenomen van de deelplannen en de verantwoordelijke gemeenten.

Dit deelplan, het algemeen deel en de generieke bijlagen, wordt jaarlijks besproken in het overleg met de ketenpartners POG en in het Veiligheidsplatform Kennemerland. Tijdens het overleg wordt het deelplan beoordeeld op actualiteit. Tevens worden de ervaringen uit oefeningen en incidenten uitgewisseld ter verbetering van het deelplan.

HOOFDSTUK 1: PERSONEEL

Bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken

De taken en verantwoordelijkheden in het kader van het proces POG zijn wettelijk vastgelegd in een aantal wetten, zoals de Wet Rampen en Zware Ongevallen (WRZO), de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (WGHR) en de Infectieziektewet.

De verantwoordelijkheid voor het inschakelen van de POG bij een (dreigende) ramp ligt bij de Regionaal Geneeskundig Functionaris, die procesverantwoordelijk is conform de wet het lopende wetswijzigingstraject van de wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen (WGHR).

Organen en functies binnen de POG

Voor de voorbereiding en de uitvoering van de POG heeft de GHOR één belangrijke ketenpartner, te weten de afdeling AGZ van de GGD. De medische deskundigheid over vraagstukken betreffende de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde is daar aanwezig en tijdens calamiteiten neemt de AGZ vanuit deze medische achtergrond deel aan het proces. De GHOR verzorgt de procesmatige aansturing van de POG in geval van calamiteiten.

In de voorbereidende fase kan een kerngroep worden samengesteld met daarin enkele medewerkers van de GGD en de GHOR om draaiboeken uit te werken. Daarnaast kan, indien de situatie hiertoe aanleiding geeft, een voorbereidend Operationeel Team bijeen komen om multidisciplinair een aantal zaken af te stemmen. Dit voorbereidend OT kan met name ook worden gebruikt als communicatieplatform om de overige diensten op de hoogte te brengen van de stand van zaken.

Functiebeschrijvingen

Hierna volgt een aantal functiebeschrijvingen voor de functies uit de POG-organisatie.

Funcienaam	Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
Reguliere functie	Medisch Milieukundige werkzaam bij de GGD
Kern/doel vd functie	Beoordeelt tijdens de acute fase of schade aan de gezondheid kan optreden bij de mens (bevolking en hulpverleners) op korte en lange termijn door directe en/of indirecte blootstelling aan vrijgekomen (RNBC) stoffen (via voedsel, drinkwater en leefomgeving). Deze beoordeling kan zowel gaan om de blootstelling tijdens het incident als ook om de blootstelling als gevolg van achterblijvende besmetting. Tevens het geven van een indicatie van het type en de ernst van gezondheidseffecten die bij eventuele blootstelling aan vrijkomende stoffen kan optreden, mede aan de hand van meetresultaten en klachtenpatroon.
Situatieschets	De GAGS heeft tijdens een repressieve situatie zitting in het OT als medewerker Stafsectie GHOR.
Leiding ontvangen	De GAGS ontvangt hiërarchisch leiding van de HS-GHOR.
Leiding geven	Geen
Contacten	De GAGS onderhoudt contacten met de RGF, de HAC, de ROGS, het RIVM, TNO, BoT-mi, inspecties.

Taken/ verantwoordelijkheden in hoofdlijnen	- Beoordelen van het incident - Verzamelen binnen korte tijd van de benodigde informatie, de gegevens interpreteren en op basis daarvan adviseren over de te nemen acties. - Adviseren over de inbreng van externe diensten en adviseurs, zoals RIVM, provincie en inspecties.
Uitwerking van taken/ verantwoordelijkheden	<i>Beoordelen van het incident</i> - De beoordeling kan zowel gaan om de blootstelling tijdens het incident als ook om de blootstelling als gevolg van achterblijvende besmetting (secundair). - Indicatie geven van het type en de ernst van gezondheidseffecten die bij eventuele blootstelling aan vrijkomende stoffen kunnen optreden, mede aan de hand van meetresultaten en het klachtenpatroon. - Voorspellingen doen over de te verwachten ontwikkeling van symptomen en klachten en van de mogelijkheid van het optreden van vertraagde effecten en/of restverschijnselen. - Adviseert over de bestrijding van de bron in het kader van de volksgezondheid. <i>Verzamelen binnen korte tijd van de benodigde informatie, de gegevens interpreteren en op basis daarvan adviseren over de te nemen acties.</i> - Adviseren en voorlichting geven over gezondheidsrisico's en eventueel te nemen beschermings- of beheersmaatregelen. - Adviseren over de inhoud van de risicocommunicatie bij incidenten met gevaarlijke stoffen (radiologisch, nucleair, biologisch, chemisch) en zorg dragen voor de voorbereiding van monitoring. - Adviseren over de nut en noodzaak van nader gezondheids- en/of epidemiologisch onderzoek. - Ondersteunen van de RGF bij de voorlichting en risicocommunicatie over de toxicologische en gezondheidskundige aspecten met betrekking tot de calamiteit (ook in de nazorgfase). <i>Adviseren over de inbreng van externe diensten en adviseurs, zoals RIVM, provincie en inspecties.</i> - Geven van een aanzet tot verder (epidemiologisch) onderzoek. - Advies over inzet en liaison naar externe deskundigen, zoals BoT-mi, Milieu Ongevallen Dienst (RIVM) en landelijke kenniscentra.
Functie-eisen: Opleiding	- WO-opleiding. Bij voorkeur arts (medisch milieukundige), bioloog, biomedisch wetenschapper of inhoudelijk gelijkwaardige opleiding. Aandachtsgebieden: Arbeidshygiëne, (Medische) Toxicologie, Chemie, Epidemiologie, Risicocommunicatie, Risicobeoordeling. - Basisopleiding GHOR (verplicht). - Functiegerichte opleidingen binnen de eigen instelling, zoals: Gasmeetplan, PIGOR-cursus KUN, Stralingsdeskundigheid niveau 4, RNBC-terrorisme module, Advanced Hazmat Life Support, Risicocommunicatie, Exposure Assessment en Werken onder stress.
Functie-eisen: Ervaring	Bij voorkeur kennis in het omgaan met (RNBC) incidenten, onder andere op basis van uitwisseling van ervaringen binnen het GAGS-platform.

Competenties: algemeen	- Stressbestendigheid. - Samenwerken. - Besluitvaardigheid. - Inzicht hebben in (de grenzen van) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. - Problemen kunnen signaleren, benoemen en wegzetten.
---------------------------	--

Functionaam	Geneeskundig Adviseur Infectieziektebestrijding
Reguliere functie	Arts, werkzaam bij de GGD
Kern/doel v.d. functie	Beoordeelt de situatie in het geval van een (dreigende) grootschalige uitbraak van een infectieziekte.
Situatieschets	De GAIInf heeft tijdens een repressieve situatie zitting in het OT als medewerker Stafsectie GHOR.
Leiding ontvangen	De GAIInf ontvangt hiërarchisch leiding van de HS-GHOR.
Leiding geven	Geen.
Contacten	De GAGS onderhoudt contacten met de RGF, de HAC, het LCI en het RIVM.
Taken/verantwoordelijkheden in hoofdlijnen	- Beoordelen van het incident - Verzamelen binnen korte tijd van de benodigde informatie, de gegevens interpreteren en op basis daarvan adviseren over de te nemen acties. - Adviseren over de inbreng van externe diensten en adviseurs, zoals RIVM, provincie en inspecties.
Uitwerking van taken/verantwoordelijkheden	De uitwerking van de taken en verantwoordelijkheden hangt van de specifieke infectieziekte af. In de diverse specifieke draaiboeken voor deze infectieziekten worden de taken van de Geneeskundig Adviseur Infectieziektebestrijding nader uitgewerkt.
Functie-eisen: Opleiding	▪ WO-opleiding. Bij voorkeur arts. ▪ Basisopleiding GHOR (verplicht). ▪ Functiegerichte opleidingen binnen de eigen instelling.
Functie-eisen: Ervaring	Bij voorkeur kennis in het omgaan met incidenten op het gebied van de infectieziekten.
Competenties: algemeen	▪ Stressbestendigheid. ▪ Samenwerken. ▪ Besluitvaardigheid. ▪ Inzicht hebben in (de grenzen van) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. ▪ Problemen kunnen signaleren, benoemen en wegzetten.

HOOFDSTUK 2: ALARMERING

Bereikbaarheid

Voor de functionarissen die bij de GGD werkzaam zijn op het gebied van de Infectieziektebestrijding of Medische Milieukunde is geen piketregeling vastgesteld.

Opschalen

De bevoegdheden die de Wet Rampen en Zware Ongevallen verstrekt aan functionarissen in een rampsituatie, zijn een aanvulling op de normale bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Dit heeft tot gevolg dat rampenbestrijdingstaken een toevoeging zijn aan de normale taakuitoefening van gemeentelijke en regionale organisaties. Het toevoegen van die extra taken wordt opschalen genoemd.

De hulpverleningsdiensten verrichten hun dagelijkse werkzaamheden bij een incident, dat kan uitgroeien tot een ramp. Bij een incident van een zodanige omvang, dat gecoördineerd optreden van de hulpverleningsdiensten noodzaak is, wordt daaraan leiding gegeven door een Commando Plaats Incident (CoPI). Het CoPI bestaat uit de hoogst leidinggevendenden van de ter plaatse aanwezige disciplines.

Zodra er sprake is van een ramp of zwaar ongeval is afstemming vereist tussen de regionaal georganiseerde hulpverleningsdiensten, de brandweer en de gemeente(n.) Daartoe wordt de regionale rampenstaf geactiveerd en een regionaal Coördinatiecentrum ingericht. De bestuurlijke coördinatie is in handen van de Coördinerend Burgemeester. In de gemeente(n) worden de acties gecoördineerd in een Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten.

In de repressieve fase gaat het binnen het proces POG om concreet handelen naar aanleiding van een melding over een infectieziektegeval of een incident met medisch-milieukundige aspecten.

De opschaling binnen het proces POG gebeurt in twee fasen. De eerste fase is een standaardmelding die binnen de afdeling AGZ af te handelen is (en die fase valt als zodanig dus buiten de reikwijdte van dit procesplan POG). De tweede fase duidt op een zeer grote calamiteit en in die fase treedt de volledige rampenbestrijdingsstructuur in werking en wordt het een probleem dat op multidisciplinair niveau afgehandeld dient te worden.

Indien sprake is van een grote calamiteit zal binnen de structuur van de rampenbestrijding gewerkt worden. Dit betekent dat de volledige structuur in werking zal treden. Dan wordt dus ook een ActieCentrum GHOR operationeel. Dit ActieCentrum wordt ingericht op de Zijlweg in de ruimte waar de GHOR in de dagelijkse situatie gelocaliseerd is. In dit ActieCentrum zal een verpleegkundige van de AGZ zitting nemen voor de medisch inhoudelijke kennis van zaken.

Voor het multidisciplinair overleg en de uiteindelijke aansturing van de calamiteitenbestrijding is een Operationeel Team operationeel en daarin heeft naast het Hoofd Stafsectie ook een arts van de AGZ zitting als Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen of Geneeskundig Adviseur Infectieziektebestrijding (afhankelijk van de aard van de calamiteit).

Het ActieCentrum functioneert ter ondersteuning van de HS GHOR in het OT en het ActieCentrum wordt aangestuurd door een Hoofd ActieCentrum (HAC). De HAC stemt de werkzaamheden van het ActieCentrum nauwlettend af met de HS GHOR. Vanuit het ActieCentrum lopen diverse communicatielijnen naar de ziekenhuizen, huisartsen, landelijke kenniscentra (zoals LCI, RIVM, GGD Nederland e.d.). In dit Actie Centrum worden alle concrete activiteiten binnen de geneeskundige kolom gecoördineerd en/of uitgevoerd. De medewerkers van de GGD, die op de Westergracht bezig zijn met de gevolgen van de calamiteit houden nauw contact met dit Actie Centrum om hun activiteiten af te stemmen.

**Alarmering
POG**

Het feit dat er geen piketregeling bestaat voor de POG betekent dat in geval van calamiteiten getracht zal worden één of meerdere van de medewerkers te bereiken, maar een garantie dat feitelijk iemand bereikt wordt is hierbij niet te geven. De arts, die zitting kan nemen in het OT, zal door de HS GHOR gebeld worden. Dit verloopt via het afdelingshoofd van de afdeling AGZ. De verpleegkundige ten behoeve van het Actiecentrum GHOR zal door het Hoofd Actie Centrum GHOR gebeld worden.

HOOFDSTUK 3: VESTIGING, ACCOMMODATIE EN TOEGANG

Locatie	Zowel het Beleidteam, het Operationeel Team als het Actie Centrum GHOR zijn gevestigd aan de Zijlweg 200.
Legitimatie-pasjes	Alle functionarissen van de POG bezitten een pasje met pasfoto waarmee zij zich kunnen identificeren. Met dit pasje krijgen zij toegang tot de Zijlweg en voor zover van toepassing ook tot andere locaties.

HOOFDSTUK 4: VERBINDINGEN EN COMMUNICATIE

Communi- catie- middelen

De verbindingen en communicatie verlopen aan de hand van mobiele telefonie, vaste telefonie en fax.

HOOFDSTUK 5: LOGISTIEK

Registratie

Bij een incident op het terrein van de medische milieukunde wordt gebruik gemaakt van alle reguliere registratieprocedures die geldend zijn in het BT, OT en Actiecentrum. Bij een incident op het gebied van de infectieziekten zullen de specifieke procedures gevolgd worden, welke in het draaiboek voor het desbetreffende scenario beschreven staan.

HOOFDSTUK 6: NAZORG

Debriefing

Na inzet wordt er voor alle mensen van de POG-organisatie een debriefing verzorgd op de Zijlweg. Nazorg gebeurt verder binnen de eigen organisatie en aan de hand van de richtlijnen van de eigen organisatie.

HOOFDSTUK 7: EVALUATIE

Opzet evaluatie

De inzet van de POG in het kader van een ramp wordt – ter voorbereiding op een integrale evaluatie - in eerste aanleg bij voorkeur binnen twee weken na de inzet geëvalueerd door alle betrokkenen binnen de POG onder verantwoording van de HS GHOR.

De resultaten worden schriftelijk vastgelegd en aangeboden aan de RGF en de directies van de betrokken instellingen. De directies zijn zelf verantwoordelijk voor verspreiding van de uitkomsten onder medewerkers voor wie deze relevant zijn.

Protocol evaluatie

Onderstaande checklist kan behulpzaam zijn bij het schrijven van het evaluatieverslag. Door de punten te verwerken in het evaluatieverslag, is de kans klein dat aan belangrijke zaken voorbij wordt gegaan.

Naast deze geheugensteun heeft het werken met deze checklist het voordeel dat de informatie-uitwisseling tussen collega's over hun bijdrage bij de hulp aan betrokkenen van een ramp, soepeler verloopt.

Door aan de hand van dezelfde systematiek de organisatie en uitvoering van het hulpaanbod te beschrijven, wordt sneller zichtbaar waar de overeenkomsten en verschillen in visie en handelen zitten.

Vervolgens kan de discussie daarover leiden tot nieuwe inzichten en tot het bijstellen van het bestaande deelplan. Een goede evaluatie is van cruciaal belang voor het bevorderen van de kwaliteit van het hulpaanbod bij rampen.

Om te voorkomen dat belangrijke bevindingen wegebben, is het aan te raden om binnen twee weken na afloop van de acute fase het evaluatieverslag te schrijven.

Onderstaande evaluatiepunten zijn op een logische manier gerangschikt. Hoewel het een ieder vrij staat om de punten in een andere volgorde te bespreken, komt het de onderlinge uitwisseling van informatie ten goede als toch aan deze volgorde wordt vastgehouden.

Evaluatiepunten:

1. Beschrijving van de casus.
2. Logboek.
Beschrijving van de gebeurtenissen/ acties in chronologische volgorde. Afhankelijk voor wie de rapportage is bedoeld (intern of extern) kan deze beschrijving globaal of juist gedetailleerd worden gegeven.
3. Bereikbaarheid van de Rampenorganisatie.
Zoals telefonische bereikbaarheid. Was iedereen die nodig was te bereiken. Ging dat vlot of kostte het tijd en/of moeite om iemand te bereiken.
4. Taakinzicht en snelheid van handelen.
Hadden alle betrokkenen een duidelijk beeld over hun eigen rol en taak. Kwamen zij snel in actie of nam dat veel tijd in beslag.
5. Externe communicatie.
Met wie werden welke soort zaken worden besproken. Wie nam het initiatief tot deze gesprekken. Belicht met name de rol van de GGZ en de overwegingen voor deze keuze. Bijvoorbeeld was de GGZ afwachting of nam het juist zelf het initiatief met het aanbieden van hulp.
6. Met wie en welke instellingen is er samengewerkt?
7. Hoe verliep de samenwerking tussen deze instellingen.
8. Omschrijving van het aanbod.
9. Effectiviteit van het aanbod.
Welke activiteiten waren geslaagd, welke minder? Geef een toelichting.
10. Suggesties voor verbetering van het aanbod.

Deelplan 12 – Preventieve Openbare Gezondheidszorg

11. Suggesties voor verbetering van de samenwerking.
12. Suggesties voor verbetering van de externe communicatie.
13. Suggesties voor verbetering van de interne communicatie.
14. Is er volgens een bestaand rampenplan gewerkt?
Zo ja, geeft de evaluatie aanleiding tot het bijstellen ervan? Welke wijzigingen worden (eventueel) noodzakelijk geacht?
15. Geeft evaluatie noodzaak tot bijstelling en/of verandering van samenwerkingsverbanden?
16. Andere op- of aanmerkingen.

Datum opmaak evaluatie:

Evaluatieverslag is opgemaakt door:

Onderstaande instellingen zijn betrokken geweest bij de organisatie en uitvoering van het hulpaanbod en gaan akkoord met dit evaluatieverslag.

BIJLAGEN

Afkortingen

BT	Beleids Team
CB	Coördinerend burgemeester
CGD	Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten
CGV	Coördinator Gewonden Vervoer
CoRT	Commando Ramp Terrein
CTPI	Coördinatie Team Plaats Incident
CvD-G	Commandant van Dienst - Geneeskundig
GAGS	Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GAInf	Geneeskundig Adviseur Infectieziekten
GGD	Gemeenschappelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK	Geneeskundige Combinatie
HAC	Hoofd Actie Centrum
HDK	HulpverleningDienst Kennemerland
HGN	Hoofd Gewonden Nest
HS-GHOR	Hoofd Sectie Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IAC	Informatie en Advies Centrum
KT	Kernteam
LPO	Leider Psychosociaal Opvangteam
NCC	Nationaal Coördinatie Centrum
MBA	Meldkamer Brandweer en Ambulance
OL	Operationeel Leider
OMACGHOR	Operationeel Medewerker Actie Centrum GHOR
OvD-G	Officier van Dienst - Geneeskundig
OT	Operationeel Team
PCC	Provinciaal Coördinatie Centrum
POG	Preventieve Openbare Gezondheidszorg
PSH	Psycho Sociale Hulpverlening
RCR	Regionaal Coördinator Rampenhulpverlening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
VC	Verbinding Commandowagen
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheidszorg

Gebruikte literatuur

- Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, artikel 2.2
 - Landelijk concept procesbeschrijving POG
 - Rampenplan voor de gemeenten in Kennemerland, juli 2005
-

Begrippen

Actiecentrum:

De plaats van waar uit iedere operationele dienst de eigendeeltaak regelt.

Bevoegd gezag:

Al naar gelang de van toepassing zijnde wettelijke bepaling de burgemeester, de Commissaris der Koningin, de minister van Binnenlandse Zaken.

Bijstand:

De in het kader van de rampenbestrijding te verlenen hulp door buitengemeentelijke organisaties en instanties.

Centraal Registratiebureau Afhandeling Schade:

Een taakgroep van schade-experts die zich door actief en passief informatie vergaren richt op het op een centrale plaats verkrijgen van een totaaloverzicht van ontstane schade.

Centraal Registratie- en Informatiebureau:

Het bureau dat gegevens verzamelt omtrent doden, gewonden, vermisten en verplaatste personen, deze gegevens registreert en op aanwijzingen van het bevoegd gezag aan belanghebbenden verstrekt.

Chapelle ardente:

De plaats waar de slachtoffers worden opgebaard en waaruit de stoffelijke overschotten ter begraving c.q. crematie worden vervoerd.

Evacuatie:

Een door de overheid gelaste verplaatsing van groepen personen in Nederland met daaronder: vervoer(sbegeleiding), opneming, verzorging en terugkeer van deze groepen, de voorbereiding daarvan en de nazorg.

Gemeenschappelijk actiecentrum:

Eén actiecentrum van enkele gemeentelijke diensten, eventueel uit verschillende gemeenten, dat gericht is op één of meer activiteiten in een niet scherp af te bakenen of onsamenhangend gebied.

Geneeskundige hulpverleningsketen:

De keten van samenhangende en georganiseerde redding, medische en paramedische handelingen, vanaf het opsporen van de gewonden, tot het moment dat verdere behandeling in een ziekenhuis niet meer nodig is.

Operationele leiding:

De bevoegdheid tot het in opdracht van de burgemeester geven van bindende aanwijzingen aan commandanten/hoofden van de bij de rampbestrijding samenwerkende zelfstandige diensten, zonder daarbij te treden in de bevoegdheden van de commandanten/hoofden van de diensten aangaande de wijze van uitvoeren van de taken.

Ontruiming:

Het voor korte duur verlaten van de verblijfplaats op een advies van parate diensten. Brandweer en politie kunnen direct tot een dergelijk advies overgaan, indien daarvoor, binnen aan te geven grenzen, een mandaat is verstrekt. Een voorwaarde daarbij kan zijn dat zij de ontruiming zelf in goede banen kunnen leiden (vergelijk: evacuatie).

Ramp:

Een gebeurtenis,

1. waardoor een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen dan wel grote materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden

en

2. waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillend vakgebied vereist is.

Rampenbestrijding:

Het geheel van overheidsmaatregelen ter bescherming van de bevolking en gericht op de beperking of verzachting van de gevolgen van grote ongevallen en rampen.

Rampenplan:

Een organisatieplan waarin in algemene zin is aangegeven hoe in geval van een ramp of een dreigende ramp gehandeld dient te worden ten einde tot een doelmatige bestrijding van de ramp en de gevolgen daarvan te komen.

Rampterrein:

Het door de opperbevelhebber aangewezen gedeelte van een gemeente waarbinnen bijzondere regimes gelden ten aanzien van de handhaving en het herstel van openbare veiligheid en openbare orde.

Regionaal Coördinatie Centrum:

Indien zich een ramp dreigt voor te doen, voordoet of heeft voorgedaan, die de algemene veiligheid van personen en/of goederen in meer dan een gemeente in regio aantast of heeft aangetast dan wel een bedreiging van die veiligheid inhoudt, kan de coördinerend burgemeester een regionaal coördinatiecentrum in bedrijf stellen.

**Achtergrond-
informatie
deelnemende
instanties**

GGD

De GGD heeft in het kader van de openbare gezondheidszorg een takenpakket, dat zijn basis heeft in wettelijke regelingen. Met name de Wet Collectieve Preventieve Volksgezondheid (WCPV), de Wet Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (WOGGZ) en de Wet Infectieziektebestrijding zijn relevant in dit kader.

De GGD is een publiekrechtelijk lichaam, dat gevormd wordt door de gemeenten in de regio. Bekende taken van de GGD zijn de infectieziektebestrijding (waarbij de vaccinatieprogramma's het meest bekend zijn), de jeugdgezondheidszorg en taken op het gebied van de forensische geneeskunde. Daarnaast is de GGD ook uitvoerder van taken op het gebied van de ambulancezorg.

Binnen de POG is vooral van belang dat de GGD binnen de afdeling Algemene Gezondheids Zorg beschikt over kennis en ervaring op het gebied van de Infectieziekte en de Medische Milieukunde.

Rampenbestrijding

Deelplan 24

PSHO



INHOUDSOPGAVE

Bladzijde	Hoofdstuk	Paragraaf
3	Kaderstelling	Referentie
3		Inleiding
4		Doel
5		Doelgroep
5		Relatie met andere processen
8		Beheer
9	Hoofdstuk 1: Personeel	Bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken
10		Organen en functies binnen de PSH
10		Capaciteitsbepaling
11		Aflossing
11		Interregionale bijstand
11		Functiebeschrijvingen
18	Hoofdstuk 2: Alarmering	Bereikbaarheid
18		Opschalen
18		Alarmering Kernteam en Psychosociaal Opvangteam
19	Hoofdstuk 3: Vestiging, accommodatie en toegang	Locatie
19		Legitimatiepasjes
19		Alternatieve locatie
20	Hoofdstuk 4: Verbindingen en communicatie	Communicatiemiddelen
21	Hoofdstuk 5: Logistiek	Registratie
22	Hoofdstuk 6: Nazorg	Debriefing
23	Hoofdstuk 7: Evaluatie	Opzet evaluatie
23		Protocol evaluatie
25	Bijlagen	Afkorting
25		Gebruikte literatuur
26		Begrippen
28		Achtergrondinformatie deelnemende instanties

KADERSTELLING

Referentie

De procesverantwoordelijkheid voor het proces Psychosociale Hulpverlening (PSH) is in het kader van de Wet Rampen en Zware Ongevallen opgedragen aan de RGF.

De hulp aan getroffen en getroffen wordt geboden in drie fasen. De eerste fase is de acute fase en beslaat de periode direct na de gebeurtenis. Na de acute fase begint de eerste nazorgfase, die ongeveer drie maanden duurt. Hierna volgt de tweede nazorgfase, op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, onder aansturing van de GGD. Deze fase kan enkele jaren duren. Dit deelplan heeft alleen betrekking op de hulp in de acute en 1^{ste} nazorgfase van de Psycho Sociale Hulpverlening. Is er na die tijd behoefte aan verdere hulpverlening dan zal deze of door de reguliere hulp- en zorgverlening moeten worden geboden of er zal een aparte projectorganisatie in het leven worden geroepen.

Het deelplan PSH treedt in werking indien naar aanleiding van een grootschalig ongeval of ramp de GHOR-organisatie wordt ingezet en er behoefte bestaat aan psychosociale hulpverlening¹

De wettelijke en financiële basis voor de Psycho Sociale Hulpverlening blijven in dit deelplan voor het grootste deel achterwege. Deze zaken worden benoemd en beschreven in het convenant tussen de GHOR en de instellingen die de Psycho Sociale Hulpverlening voor hun rekening nemen. Dit convenant² wordt regelmatig bijgesteld naar aanleiding van actuele ontwikkelingen en eventuele wetswijzigingen.

Inleiding

Het doel van dit plan is het beschrijven van de gecoördineerde psychosociale opvang aan direct en indirect getroffen van een grootschalig ongeval of ramp. Slachtoffers van grote calamiteiten kunnen behoefte aan psychosociale opvang en begeleiding hebben. Deze behoefte ontstaat doordat veel slachtoffers moeite blijken te hebben met het verwerken van de schokkende gebeurtenissen, die ze hebben meegemaakt. Voor hen dient een adequaat hulpaanbod beschikbaar te zijn om te voorkomen dat zich op termijn een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) ontwikkelt. Daarnaast is de directe opvang bedoeld om efficiënt door te kunnen verwijzen naar de reguliere instellingen waardoor met laagdrempelige geïndiceerde behandeling kan worden aangesloten op de gebeurtenis.

Het proces psychosociale hulpverlening behelst alle activiteiten, die bijdragen aan het verwerken van traumatische gebeurtenissen. De hulpverlening kan variëren van luisteren naar het verhaal van de getroffen (direct getroffen, zoekende naar vermiste personen, nabestaande, getuige, hulpverlener) en begrip tonen door daarover te vragen en te praten tot groepsopvang of deskundige individuele ondersteuning en begeleiding.

In dit proces is er dus sprake van een verzameling van niveaus van psychosociale zorg, waarbij het meest lichte niveau begint met sociale opvang.

¹ De inzet van de GHOR is een randvoorwaarde voor de inzet van de PSH.

² “Convenant PSH-instellingen, Hulpverleningsregio Kennemerland”, mei 2005.

Om een goed hulpverleningsaanbod van psychosociale hulpverlening bij rampen te kunnen organiseren werken in de regio Kennemerland een aantal organisaties samen. Deze organisaties zijn: de GGD Kennemerland, de GGZ Dijk en Duin, GGZ de Geestgronden, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden-Kennemerland, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Zuid-Kennemerland, Stichting Slachtofferhulp Nederland en het Leger des Heils.

In dit deelplan zullen de GGZ Dijk en Duin en de GGZ de Geestgronden tezamen de GGZ genoemd. Indien gesproken wordt over de GGZ worden dus deze twee instellingen bedoeld.

De psychosociale hulpverlening dient zowel beschikbaar te zijn in de acute fase van de ramp (in het opvangcentrum) als in de weken tot maanden, zelfs incidenteel uitlopend tot jaren, daarna. In dat laatste geval wordt gesproken van nazorg. In veel gevallen zal de nazorg meer specialistisch van karakter zijn dan de hulpverlening in de acute fase van de ramp en zullen relatief minder mensen gebruik maken van dit aanbod. Het onderscheid tussen de eerste laagdrempelige opvang (en verzorging) en het noodzakelijke vervolgtraject na het opheffen van het opvangcentrum is van belang voor de snelheid en wijze van optreden, maar dient anderzijds zo vloeiend mogelijk te verlopen.

De GHOR is procesverantwoordelijk voor de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen. Twee partijen geven invulling aan de procesmatige en inhoudelijke coördinatie van de psychosociale hulpverlening. Allereerst de GGD die uitvoering geeft aan de procesmatige coördinatiefunctie en de op dat gebied werkzame hulpverleningsinstanties en instellingen aanstuurt, die de uitvoering van de psychosociale hulpverlening verzorgen. De GGD levert dan ook de leider van het kernteam. Dit in tegenstelling tot het reguliere managementoverleg in de preparatieve fase waarbij de GGZ de voorzitter levert. De inhoudelijke coördinatie in de repressieve fase is aan de GGZ toebedeeld, gezien de deskundigheid van de GGZ die ligt op het terrein van de Geestelijke Ambulante Gezondheidszorg, waaronder crisisinterventie, traumaopvang en -behandeling en het geven van advies en/of consultatie voor de partijen die bij de psychosociale hulpverlening betrokken zijn. Praktisch gezien is het ook gewenst om de GGZ de inhoudelijke regiefunctie op zich te laten nemen, aangezien zij op grond van haar tweedelijns functie niet in eerste instantie de directe opvang en begeleiding van de getroffen en op zich neemt. De GGZ vult haar inhoudelijke coördinatietaak in door de leider en de assistent-leider van het Psychosociaal Opvangteam te leveren.

Omdat de samenwerkende organisaties geen hiërarchische relatie onderling hebben zullen zij overleggen over onder andere werkwijzen, vereiste deskundigheden, taakafbakening en samenwerking op het gebied van de psychosociale hulpverlening.

Bij de totstandkoming van dit deelplan is aangesloten bij het landelijk model deelplan Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Het deelplan wil een leidraad zijn, maar kan niet uitsluiten dat ten tijde van een opschaling onvoorziene zaken om geïmproviseerde en creatieve oplossingen vragen. Het plan dient daarom met flexibiliteit te worden gehanteerd.

Doel

Het proces Psycho Sociale Hulpverlening verzorgt gecoördineerde psychosociale opvang aan direct en indirect getroffen van een grootschalig ongeval of ramp in de eerste uren en dagen na deze gebeurtenis. De gecoördineerde hulp duurt maximaal 72 uur. Is na die tijd behoefte aan verdere hulp, dan zal deze in de reguliere hulp en zorgverlening moeten worden geboden of er zal een apart project voor in het leven moeten worden geroepen.

De psychosociale opvang bij rampen heeft als doel:

- het bevorderen van het herstel van het psychisch evenwicht (zelfcontrole) van de getroffen.

Als uitgangspunt voor de psychosociale opvang bij rampen geldt:

- de getroffen zijn in principe psychisch gezonde en autonome personen die een normale reactie geven op een abnormale gebeurtenis.
-

Doelgroep

Er zijn twee categorieën doelgroepen te onderscheiden:

- de direct getroffen: personen die de ramp hebben meegemaakt (aan den lijve hebben ondervonden) en in een (levens)bedreigende situatie hebben verkeerd.
- de indirect getroffen: personen die de ramp niet zelf hebben meegemaakt, maar daar door de relatie met de direct getroffen beroepsmatig of anderszins betrokken of getroffen worden door de ramp. Deze categorie is omvangrijk:
 - partner, kinderen, familie
 - vrienden, kennissen, burens
 - collegae (werk/opleiding)
 - ooggetuigen
 - reddingswerkers
 - leerkrachten
 - huisartsen
 - geestelijk verzorgers
 - hulpverleners (medische en psychosociaal)
 - dienstverleners (financieel, juridisch, materieel)
 - crisisteam (bijv. rampenstaf)
 - overigen (bijv. personen bij wie door de ramp onverwerkt leed geactiveerd wordt)

Bij de opvang ten tijde van een ramp wordt in principe aandacht besteed aan alle hierboven genoemde groepen personen, maar afhankelijk van de ernst van de situatie (de noodzaak voor hulp) en de mogelijkheden (menselijke capaciteit en financiële middelen) wordt prioriteit gegeven aan één of meerdere groepen getroffen. (Een en ander hangt ook samen met de wijze waarop de doelgroepen in het opvangcentrum opgevangen zullen worden. In de eerste fase van het opvangproces, kan gedacht worden aan een scala aan getroffen die het opvangcentrum zullen binnenstromen en de snelheid waarmee de hulpverleners dan grip op de situatie moeten krijgen.)

Relatie met andere processen

De psychosociale hulpverlening vormt een zelfstandig onderdeel binnen de geneeskundig hulpverleningsprocessen van de GHOR-organisatie binnen de regio Kennemerland en heeft o.a. nauwe relaties met de gemeentelijke processen “Opvang en Verzorging”, “Voorzien in primaire levensbehoeften”, “Registratie van slachtoffers” en “Nazorg”.

Opvang en Verzorging

Opvang en verzorging van direct getroffen en (daklozen, lichtgewonden, evacués) voor de periode dat zij (nog) niet naar huis kunnen terugkeren, speelt zich meestal af buiten het rampterrein.

Het opvangcentrum is de plaats, waar het gemeentelijke deelproces ‘Opvang en Verzorging’ uitgevoerd wordt. Dit opvangcentrum wordt ingericht in een gebouw dat geschikt is om (grote) groepen op te vangen en dat niet te ver van de rampplek af ligt. Geschikt zijn bijvoorbeeld buurt- of wijkcentra, sportzalen of conferentiecentra. In het opvangcentrum worden in de acute fase de direct getroffen opgevangen en verzorgd en eventueel vindt ook huisartsenhulp plaats.

Daarnaast is dit opvangcentrum ook de plaats waarin het proces PSH plaatsvindt.

De verantwoordelijkheid voor Opvang en Verzorging ligt bij de gemeente. Bij de uitvoering zullen vele andere organisaties en diensten betrokken zijn. Het proces vergt in veel gevallen een relatief snelle reactie en betreft in sommige gevallen een potentieel groot aantal personen.

Op basis van het convenant met het Nederlandse Rode Kruis zal de alarmering van de O&V-teams via de GHOR verlopen. Tevens zal de alarmering van de kerken op basis van het convenant met de kerken ook via de GHOR verlopen.

Voor opvang en verzorging van de bevolking zijn drie stadia te onderscheiden:

1. Acute opvang: hierbij wordt een deel van de bevolking gedurende enkele uren ondergebracht omdat zij hun woningen tijdelijk niet kunnen betreden. Voorzieningen zijn beperkt tot onderdak, koffie e.d. en immateriële opvang (deze opvang kan ook uit preventief oogpunt worden ingesteld).

Er is bijvoorbeeld een gaslek in een straat en de buurt moet i.v.m. de reparatie hiervan ontruimd worden. Binnen afzienbare tijd is het probleem verholpen en kunnen de mensen weer naar huis.

2. Primaire opvang: hierbij wordt een deel van de bevolking tot maximaal een dag ondergebracht in een andere locatie, omdat zij hun woningen tijdelijk niet kunnen betreden.

In deze fase biedt men de mensen op de eerste plaats verzorgende en sociale activiteiten. In overleg met de GGD kan een verbandpost worden ingericht. Gezinnen moeten herenigd worden en voor pastorale en psychosociale hulpverlening moet gezorgd worden. Eventueel schone en/of droge kleding wordt verstrekt en er wordt voor een goede registratie gezorgd. Bij een wat langere opvang moet er naast soep en broodjes ook voor een warme maaltijd worden gezorgd.

Tijdens deze fase kan men zich voorbereiden op een eventuele secundaire opvang. Een beslissing hierover dient zo snel mogelijk te worden genomen.

3. Secundaire opvang: hierbij wordt een deel van de bevolking voor langere tijd ondergebracht in een opvangcentrum, omdat zij hun woningen voorlopig niet kunnen betrekken. Opvang vindt plaats totdat terugkeer dan wel herhuisvesting gerealiseerd kan worden. Voorzieningen zijn derhalve uitgebreid met hotelvoorzieningen, waarbij aan de opvanglocatie grote(re) sanitaire eisen worden gesteld.

De gemeente kan reguliere instanties inschakelen voor opvang en transport van dieren (bijv. dierenambulance, dierenpensions e.d.)

Voorwaarden opvangcentrum:

Om een kwalitatief goede psychosociale hulpverlening te kunnen bieden, moet een opvangcentrum aan een aantal randvoorwaarden voldoen:

- de ruimte mag niet te klein zijn voor het aantal direct getroffen
- er moeten delen van de ruimte kunnen worden afgesloten (kinderhoekje of rokersruimte)
- er moet een mogelijkheid zijn om met direct getroffen in een subruimte te gaan zitten
- de ruimte mag niet voor iedereen toegankelijk zijn (media, rampoeristen)
- er moet rekening gehouden kunnen worden met de privacy van de direct getroffen (bijv. gordijnen voor de ramen)
- er moet een ruimte zijn gereserveerd om als gebedsruimte te kunnen dienen
- er moeten communicatiemiddelen zijn om (algemene) informatie te kunnen geven (bijv. geluidsinstallatie, lichtkrant, folders) en eventueel een tv of een radio
- als er kinderen zijn: expressiemateriaal en speelgoed (bijv. kleurpotloden, papier, video, spelletjes)
- mogelijkheid voor briefing/debriefing medewerkers
- aanwezigheid werkende telefoon- en faxapparatuur

De gemeente draagt zorg voor logistieke verzorging (maaltijden, meubilair, spel- en recreatievoorzieningen, etc.) voor zowel de hulpverleners als de getroffen in het opvangcentrum. Verder zorgt zij ervoor, met hulp van de politie, dat er geen personen in het opvangcentrum komen van wie de aanwezigheid op dat moment ongewenst is, bijvoorbeeld journalisten.

Daarnaast moet er voor de PSH- hulpverleners de mogelijkheid zijn om in afgesloten ruimtes individuele gesprekken te voeren.

De leider van het Psychosociaal Opvangteam kan in de opvangcentra gebruik maken van de door de andere diensten geboden faciliteiten. Afstemming dient plaats te vinden met de centrale leiding van het opvangcentrum (is een vertegenwoordiger van de gemeente).

In principe worden alle getroffen naar een van de opvangcentra gebracht die in het gemeentelijke rampenplan staan aangegeven.

In deze geschetste situaties zal de PSH moeten samenwerken met de gemeentelijke instanties die verantwoordelijk zijn voor het proces Opvang en Verzorging.

Aandachtspunt is de communicatie tussen Hoofd Opvangcentrum en de leider en assistent-leider van het Psychosociaal Opvangteam, omdat beide processen op elkaar afgestemd moeten worden.

CRIB

De registratie van slachtoffers is een apart deelproces van het rampenplan (CRIB). Probleem is, dat op verschillende plaatsen verschillende soorten registraties worden bijgehouden., zonder dat deze nog systematisch op elkaar afgestemd kunnen worden. Met name de gewondenregistratie en de registratie in het opvangcentrum zijn van belang. Dit punt is ook van belang voor het voorbereiden van een eventueel gezondheidsonderzoek.

Voorlichting

De gemeente is verantwoordelijk voor het proces Voorlichting. Vaak zal dit proces aangestuurd worden vanuit het gemeentehuis of vanuit de stafsectie Voorlichting binnen het Regionaal Operationeel Team. De binnen de rampenopvangorganisatie werkende voorlichters dienen hun voorlichtingsbeleid af te stemmen op het centrale voorlichtingsbeleid en de verantwoordelijke functionaris van deskundig advies te voorzien. In het algemeen verzorgt de politie op het rampterrein de voorlichting aan de media.

De PSH kan tevens eigen initiatieven op dit terrein ontwikkelen, zoals de coördinatie van de algemene publieksvoorlichting over de psychische reacties, en dit ter goedkeuring voorleggen aan de RGF.

Nazorg

Het gemeentelijke proces Nazorg treedt in werking nadat de repressiefase is afgesloten.

Werkzaamheden nazorg:

Veelal zal de bestrijding van de ramp, die enkele dagen tot een paar weken duurt, geleidelijk overgaan in de nazorg. De nazorgfase kan enkele maanden tot soms jaren duren. De belangrijkste problemen waar men in de nazorg mee van doen heeft, zijn:

- Het voorkomen van vervolgramp (indammen gezondheids- en milieurisico's, analyseren oorzaken, overweging besluitvormingsstructuur, voorlichting);
- Het op gang brengen van het dagelijks leven (openbaar vervoer, gas/electra, drinkwater, wegen, telecommunicatie, centrale antenne, vuilnisophaal, postbezorging, distributie);
- Medische zorg verlenen aan direct getroffen en nabestaanden en hulpverleners;
- Psycho sociale hulpverlening (in de eerste nazorgfase) verlenen aan direct getroffen en nabestaanden en hulpverleners;
- De start van de tweede nazorgfase in de vorm van een Psychosociaal nazorgproject;
- Het instellen van een Informatie en Adviescentrum (IAC) in de gemeente voor o.a.
 - het behandelen van schadeclaims (beperking vervolgschade, overleg procedure, schadebehandeling, vergoeding kosten gemeente, fondswerving);
 - huisvesting en wederopbouw (tijdelijke huisvesting, behandeling wederopbouwvraag);
 - de coördinatie van het Psychosociaal nazorgproject.

Daarnaast gaat het tevens om coördinatie en afstemming van deelonderzoek, financieel-economische nazorg, het initiëren van het samenwerken van de procesverantwoordelijken van de verschillende vormen van de nazorg en politiek-bestuurlijke nazorg.

De PSH heeft geen procesverantwoordelijkheid voor de tweede nazorgfase (psychosociaal nazorgproject). In het gemeentelijk proces Nazorg wordt beschreven hoe aan de psychosociale nazorg vorm wordt gegeven.

Geneeskundige hulpverlening (somatisch)

Het bestuur van de GHOR is verantwoordelijk voor de invulling van de geneeskundige hulpverlening op basis van de wet GHOR. Dit gebeurt volgens de geneeskundige hulpverleningsketen. Deze keten omvat het geheel van handelen vanaf het moment van opsporen van een slachtoffer op de plaats van de ramp tot en met het moment dat verdere behandeling niet nodig of mogelijk is. De keten omvat medische-, paramedische- en psychosociale hulpverlening aan direct getroffen en strekt zich ruimtelijk uit van het rampterrein tot ziekenhuizen en opvangcentra. De inzet is afhankelijk van de aard en omvang van de ramp.

Wanneer er in een ziekenhuis meer psychosociale opvang nodig is dan het ziekenhuis zelf kan verzorgen en er een beroep op de RGF wordt gedaan om deze psychosociale opvang in te vullen, zullen daar aparte afspraken over gemaakt moeten worden. Dit deelplan voorziet hier vooralsnog niet in.

Preventieve openbare gezondheidszorg en medische milieukunde

Infectieziekten en medisch milieukundige aspecten c.q. de dreiging, die daar van uitgaat, hebben eveneens een grote impact op het ontstaan van psychische problemen. Zodra deze aspecten aan de orde zijn, dient dat via de HS-GHOR ter kennis gebracht worden aan het kernteam, dat zal moeten beoordelen op welke wijze deze informatie betrokken wordt bij de psychosociale zorgverlening.

Beheer

Het deelplan wordt jaarlijks geactualiseerd of zoveel eerder als noodzakelijk is, door de GHOR. In het rampenplan is het overzicht opgenomen van de deelplannen en de verantwoordelijke gemeenten.

Dit deelplan, het algemeen deel en de generieke bijlagen, wordt jaarlijks besproken in het overleg met de ketenpartners PSHO en in het Veiligheidsplatform Kennemerland. Tijdens het overleg wordt het deelplan beoordeeld op actualiteit. Tevens worden de ervaringen uit oefeningen en incidenten uitgewisseld ter verbetering van het deelplan.

HOOFDSTUK 1: PERSONEEL

Bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken

De verantwoordelijkheid voor het inschakelen van de PSH bij een (dreigende) ramp ligt bij de Regionaal Geneeskundig Functionaris, die procesverantwoordelijk is conform de wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (WGHOR). De PSH is verantwoordelijk voor de inhoud en werkwijze van de geboden hulp. De leider Kernteam heeft van de directie van de samenwerkende instellingen PSH het mandaat gekregen tijdens het PSH-proces aanwijzingen te geven aan de hulpverleners die deel uitmaken van dit proces inzake hun operationeel optreden.

De GHOR is procesverantwoordelijk voor de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen. Twee partijen geven invulling aan de procesmatige en inhoudelijke coördinatie van de psychosociale hulpverlening. Allereerst de GGD die uitvoering geeft aan de procesmatige coördinatiefunctie en de op dat gebied werkzame hulpverleningsinstanties en instellingen aanstuurt, die de uitvoering van de psychosociale hulpverlening verzorgen. Die aansturing betreft onder andere de alarmering, inzet, operationele leiding en operationele coördinatie. De GGD levert dan ook de leider van het kernteam. Het kernteam geeft op beleidsniveau sturing aan een optimale procesuitvoering.

De inhoudelijke coördinatie is aan de GGZ toebedeeld, gezien de deskundigheid van de GGZ die ligt op het terrein van de Geestelijke Ambulante Gezondheidszorg, waaronder crisisinterventie, traumaopvang en -behandeling en het geven van advies en/of consultatie voor de partijen die bij de psychosociale hulpverlening betrokken zijn. Deze inhoudelijke coördinatie betekent sturing en onderlinge afstemming op het vakgebied van psychosociale zorg, opvang, consultatie, professionele voorlichting, aanwijzingen en bij procedurele cq. methodische verschillen van inzicht op het vakgebied de beslissingsbevoegdheid. Praktisch gezien is het ook gewenst om de GGZ de inhoudelijke regiefunctie en indicatiestelling op zich te laten nemen, aangezien zij op grond van haar tweedelijns functie niet in eerste instantie de directe opvang en begeleiding van de getroffen en op zich neemt. De GGZ vult haar inhoudelijke coördinatie taak in door de leider van het Psychosociaal Opvangteam en de assistent-leider Psychosociaal Opvangteam te leveren.

Voor de hulpverlening na de acute fase dienen de samenwerkende instellingen onder regie van de GGD, eventueel aangevuld met andere organisaties, een nazorgplan op te stellen. In het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, is het gemeentebestuur verantwoordelijk voor de nazorg.

De ervaring is, dat een integraal nazorgplan, waarin huisvesting, schadeafhandeling en psychosociale hulpverlening uitgewerkt worden het meest effectief is. Hoewel de regelgeving op dat punt nog niet helder is, rekent de RGF het tot zijn taak in overleg met de participerende instellingen het psychosociale deel van de nazorg bij het beleidsteam in te brengen en voor overdracht te zorgen. In de meeste gevallen zal er een aparte projectorganisatie opgericht worden, zoals beschreven is in de handreiking over het gemeentelijk Informatie- en Adviescentrum (IAC).

De Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSH) is onder normale omstandigheden een virtuele, echter direct invulbare organisatie. Op het moment dat er sprake is van een ramp, wordt de PSH opgeschaald op verzoek van de RGF. Of en in welke mate wordt opgeschaald is mede afhankelijk van de aard en omvang van de gebeurtenis. Ook afschaling van de PSH valt onder de verantwoordelijkheid van de RGF, met dien verstande dat afschaling of overdracht in principe na maximaal 72 uur zou moeten plaatsvinden, waarbij dan duidelijk moet zijn op welke wijze overdracht naar de nazorgfase moet plaatsvinden.

Organen en functies binnen de PSH

Binnen de PSH zijn twee organen te onderscheiden:

- Kernteam
- Psychosociaal Opvangteam

Deze twee organen kennen vier verschillende functies:

- Leider Kernteam
- Medewerker Kernteam
- Leider Psychosociaal Opvangteam
- Medewerker Psychosociaal Opvangteam

De leider Kernteam is regulier als afdelingshoofd werkzaam bij de GGD.

De reguliere functie van de leden van het Kernteam is manager bij een van de organisaties die participeren in de psychosociale rampenopvangorganisatie. Op verzoek van de leider Kernteam kunnen echter ook anderen dan kernteammedewerker gevraagd worden als er behoefte is aan hun specialistische kennis of ervaring m.b.t. het opvangen van specifieke doelgroepen.

Het kernteam is samengesteld uit de vertegenwoordigers van:

- GGZ Dijk en Duin
- Stichting de Geestgronden
- Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden-Kennemerland
- Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Zuid-Kennemerland
- GGD Kennemerland
- Stichting Slachtofferhulp Nederland
- Leger des Heils

Door het kernteam worden - afhankelijk van de situatie - één of meerdere Psychosociale Opvangteams (PSOT's) samengesteld en gealarmeerd. In de regio Kennemerland zijn 4 Psychosociale Opvangteams inzetbaar. Aan het kernteam wordt een notulist toegevoegd.

Het Psychosociaal Opvangteam bestaat uit een leider, een assistent-leider en een aantal medewerkers. Regulier is de leider van het opvangteam als coördinator of teamleider werkzaam bij de GGZ, veelal bij de crisisdienst. De medewerkers van een Psychosociaal Opvangteam zijn regulier werkzaam als hulpverlener, preventiewerker of vrijwilliger bij één van de betrokken instellingen.

Binnen de PSH hebben de deelnemende instellingen elk hun eigen invalshoek, te weten:

- GGZ: vaststellen van de triage en het verzorgen van met name de psychiatrische hulpverlening (tijdens de acute fase en de nazorgfase).
- Maatschappelijke Dienstverlening: verlenen van psycho-sociale interventie gericht op het maatschappelijk welzijn. Hiertoe bijvoorbeeld behalve individuele gesprekken ook groepsgesprekken voeren.
- GGD: bieden van medische kennis van zaken, zowel algemeen als specifiek ten aanzien van de jeugd.
- Slachtofferhulp: verlenen van psycho-sociale interventie gericht op het welzijn. Hiertoe bijvoorbeeld individuele gesprekken of gesprekken met een kleine groep voeren.
- Leger des Heils: verlenen van basishulpverlening.

Capaciteitsbepaling

Uitgangspunt is dat er een psychosociale hulpverlener moet zijn op acht à tien slachtoffers.

Gemiddeld genomen bestaat een Psychosociaal Opvangteam uit acht hulpverleners, een assistent-leider en een leider. Er zijn 4 teams inzetbaar.

Aflossing

Elk opvangteam wordt na maximaal acht uur afgelost. Van deze acht uur is twee uur bedoeld voor briefing (uitleg vooraf wat er aan de hand is, wat ze kunnen verwachten en wat gedaan moet worden), overdracht en debriefing (stoom afblazen en evaluatie van de inzet).

Ieder team is dus maximaal 6 uur bezig met het opvangen van getroffen en in het opvangcentrum waarna het wordt afgelost.

Bij een grotere groep getroffen en kan ervoor gekozen worden om het aantal hulpverleners per team te verhogen (van 8 naar 10 hulpverleners) of er kunnen meerdere opvangteams ingezet worden.

**Interregionale
bijstand**

Wanneer er binnen een regio te weinig hulpverleners zijn om de psychosociale hulpverlening vorm te geven (omdat er zeer veel slachtoffers opgevangen moeten worden of omdat de opvang lang gaat duren) zal er onder de verantwoordelijkheid van de RGF een regeling getroffen worden om gebruik te maken van interregionale bijstand. Deze bijstandsverlening zal via eenzelfde wijze georganiseerd en geoefend moeten worden als ten behoeve van andere hulpverleningsdisciplines.

**Functie-
beschrijvingen**

Hierna volgt een aantal functiebeschrijvingen voor de functies uit de PSH-organisatie.

Functienaam	Leider Kernteam PSH
Reguliere functie	Afdelingsmanagement GGD
Kern/doel vd functie	De Leider Kernteam geeft op tactisch niveau leiding aan de Psycho Sociale Hulpverlening in de acute fase.
Situatieschets	De leider van het Kernteam organiseert de werkzaamheden van de Psycho Sociale Hulpverlening en geeft leiding aan het Kernteam.
Leiding ontvangen	Ontvangt hiërarchisch leiding van het Hoofd Stafsectie GHOR.
Leiding geven	Geeft direct leiding aan leden van het Kernteam en de Leider Psychosociaal Opvangteam.
Contacten	De leider van het Kernteam onderhoudt contacten met de medewerkers van het Kernteam, alsmede met de leider Psychosociaal Opvangteam, het Hoofd Stafsectie GHOR en het Hoofd Actie Centrum GHOR.
Taken/ verantwoordelijkheden in hoofdlijnen	▪ Leiding geven op tactisch niveau aan de Psycho Sociale Hulpverlening. ▪ Leiding geven aan het kernteam. ▪ Zorgdragen voor logistieke processen.

Uitwerking van taken/ verantwoordelijkheden	▪ Bijeen roepen van het kernteam PSH. ▪ Beslist over wijze van inzet van capaciteit en deskundigheid van psychosociale hulpverleners m.b.t. direct en indirect getroffen in de acute fase. ▪ Geeft een briefing aan de leider en de assistent-leider van het Psychosociaal Opvangteam. ▪ Geeft leiding aan het kernteam PSH en benodigde ondersteuning. ▪ Verzamelt informatie van leden van het kernteam PSH en leider Psychosociaal Opvangteam en geeft op basis hiervan situatierapporten (sitrap's) aan het Hoofd-Stafsectie GHOR en het Hoofd Actie Centrum GHOR. ▪ Draagt zorg voor aflossing en vervanging van de leden kernteam, leider Psychosociaal Opvangteam, assistent-leider en leden Psychosociaal Opvangteam. ▪ Coördineert debriefing voor de medewerkers van het kernteam, Leider Psychosociaal Opvangteam, assistent-leider en medewerkers Psychosociaal Opvangteam.
Functie-eisen: Opleiding	▪ HBO/WO werk-en denkniveau. ▪ Basisopleiding GHOR (verplicht). ▪ Functiegerichte opleiding binnen de eigen instelling.
Functie-eisen: Ervaring	▪ Kennis en ervaring met management, coördineren en leidinggeven. ▪ Kennis en ervaring met het opbouwen en onderhouden van netwerken, in het bijzonder de PSH en de psychiatrie. ▪ Kennis van de organisatie van psychosociale hulpverlening en psychiatrie.
Competenties: algemeen	▪ Stressbestendigheid. ▪ Samenwerken. ▪ Besluitvaardigheid. ▪ Leidinggeven. ▪ Inzicht hebben in (de grenzen van) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. ▪ Problemen kunnen signaleren, benoemen en wegzetten. ▪ Kunnen herkennen van problemen die behoren tot een andere discipline dan de PSH.

Funcienaam	Medewerker Kernteam PSH
Reguliere functie	Manager PSH-instelling
Kern/doel van de functie	De medewerker Kernteam geeft op tactisch niveau leiding aan de Psycho Sociale Hulpverlening in de acute fase.
Situatieschets	De medewerker van het Kernteam organiseert de werkzaamheden van de Psycho Sociale Hulpverlening.
Leiding ontvangen	Ontvangt hiërarchisch leiding van de leider van het kernteam.
Leiding geven	Geen.
Contacten	De medewerkers van het Kernteam onderhouden contacten met de overige medewerkers van het Kernteam, de Leider Psychosociaal Opvangteam en de assistent-leider.
Taken/verantwoordelijkheden in hoofdlijnen	▪ Afstemming binnen de eigen organisatie. ▪ Advisering en ondersteuning van de leider Kernteam.

Uitwerking van taken/verantwoordelijkheden	- Alarmeert en draagt zorg voor levering van medewerkers van de eigen organisatie. - Advisering over de inzet en samenstelling van een of meer opvangteams. - Voert een deel van de taken uit m.b.t. het coördineren van de inzet van psychosociale hulpverlening. - Adviseert de Leider Kernteam over het te voeren beleid in de acute fase en over een uit te brengen advies over het nazorgplan. - Voert de debriefing uit van de Leider Psychosociaal Opvangteam, de assistent-leider en de medewerkers Psychosociaal Opvangteam.
Functie-eisen: Opleiding	- HBO/WO werk-en denkniveau. - Basisopleiding GHOR (verplicht). - Functiegerichte opleiding binnen de eigen instelling.
Functie-eisen: Ervaring	- Kennis en ervaring met management, coördineren en leidinggeven. - Kennis en ervaring met het opbouwen en onderhouden van netwerken, in het bijzonder de PSH en de psychiatrie. - Kennis van de organisatie van psychosociale hulpverlening en psychiatrie.
Competenties: algemeen	- Stressbestendigheid. - Samenwerken. - Besluitvaardigheid. - Leidinggeven. - Inzicht hebben in (de grenzen van) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. - Problemen kunnen signaleren, benoemen en wegzetten. - Kunnen herkennen van problemen die behoren tot een andere discipline dan de PSH.

Functie-naam	Leider Psychosociaal Opvangteam
Reguliere functie	Middenkader manager van de GGZ-instelling
Kern/doel vd functie	De leider Psychosociaal Opvangteam geeft op hoofdlijnen leiding aan het Psychosociaal Opvangteam en stemt af met de overige processen in de opvanglocatie.
Situatieschets	De leider van het Psychosociaal Opvangteam organiseert op hoofdlijnen het PSH-proces en stemt hierover af met de eindverantwoordelijken van de overige processen die plaatsvinden in de opvanglocatie.
Leiding ontvangen	Ontvangt hiërarchisch leiding van de leider van het kernteam.
Leiding geven	Geeft direct leiding aan de assistent-leider.
Contacten	De leider van het Psychosociaal Opvangteam onderhoudt contacten met de leider Kernteam, de assistent-leider en de eindverantwoordelijken van de overige processen in de opvanglocatie.
Taken/verantwoordelijkheden in hoofdlijnen	- Verzorgen van de briefing van de medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam voorafgaand aan de inzet. - Gedurende de inzet op hoofdlijnen het PSH-proces organiseren. - Afstemmen over het proces PSH in relatie tot de overige processen in de opvanglocatie.

Uitwerking van taken/verantwoordelijkheden	<i>Briefingsfase</i> ▪ Bepaalt, samen met de assistent-leider, het plan van aanpak van de psychosociale hulpverlening in het opvangcentrum. <i>Inzetfase</i> ▪ Legt contacten met de relevante partijen, dwz. de eindverantwoordelijken van de processen die naast het proces PSH plaatsvinden in de opvanglocatie. ▪ Adviseert het kernteam over de aanpak en uitvoering van de psychosociale hulpverlening in het opvangcentrum. ▪ Vraagt informatie op en verstrekt informatie aan het kernteam PSH m.n. het uitwisselen van gegevens van slachtoffers, toestand hulpverlening en logistiek. ▪ Stemt de gang van zaken af met de eindverantwoordelijken van de andere processen. ▪ Houdt de medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam regelmatig op de hoogte van de meest actuele stand van zaken ten aanzien van de situatie op het rampterrein en de genomen overheidsmaatregelen. ▪ Stemt af met de assistent-leider over de gang van zaken binnen het inhoudelijke PSH-proces. ▪ Adviseert het KT t.a.v. de aflossing en vervanging van de leden van het Psychosociaal Opvangteam. ▪ Adviseert het kernteam PSH t.a.v. de nazorg en na vertrek van getroffen en uit het opvangcentrum.
Functie-eisen: Opleiding	▪ HBO-opleiding. ▪ Basisopleiding GHOR (verplicht). ▪ Functiegerichte opleiding binnen de eigen instelling.
Functie-eisen: Ervaring	▪ Kennis en ervaring met management, coördineren en leidinggeven. ▪ Kennis van de organisatie van psychosociale hulpverlening en psychiatrie. ▪ Kennis en ervaring met het opbouwen en onderhouden van netwerken.
Competenties: algemeen	▪ Stressbestendigheid. ▪ Samenwerken. ▪ Besluitvaardigheid. ▪ Leidinggeven. ▪ Inzicht hebben in (de grenzen van) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. ▪ Problemen kunnen signaleren, benoemen en wegzetten. ▪ Kunnen herkennen van verschijnselen die kunnen duiden op een psychisch trauma. ▪ Kunnen herkennen van problemen die behoren tot een andere discipline dan de PSH.

Functienaam	Assistent-leider Psychosociaal Opvangteam
Reguliere functie	Middenkader manager van de GGZ-instelling
Kern/doel v.d. functie	De assistent-leider geeft leiding aan de medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam.
Situatieschets	De assistent-leider stuurt de psychosociale hulpverlening aan en geeft hiertoe leiding aan de medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam.

Leiding ontvangen	Ontvangt hiërarchisch leiding van de Leider Psychosociaal Opvangteam.
Leiding geven	Geeft direct leiding aan de medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam.
Contacten	De assistent-leider onderhoudt contacten met de Leider Psychosociaal Opvangteam en de medewerkers Psychosociaal Opvangteam.
Taken/ verantwoordelijkheden in hoofdlijnen	Aansturen van de medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam.
Uitwerking van taken/ verantwoordelijkheden	<i>Briefingsfase</i> ▪ Brieft de medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam. ▪ Bepaalt, samen met de Leider Psychosociaal Opvangteam, het plan van aanpak van de psychosociale hulpverlening in het opvangcentrum. <i>Inzetfase</i> ▪ Adviseert de Leider Psychosociaal Opvangteam over de aanpak en uitvoering van de psychosociale hulpverlening in het opvangcentrum. ▪ Coördineert het inhoudelijke PSH-proces. ▪ Stemt af met de Leider Psychosociaal Opvangteam over de gang van zaken binnen het inhoudelijke PSH-proces. ▪ Adviseert de Leider Psychosociaal Opvangteam t.a.v. de aflossing en vervanging van de leden van het Psychosociaal Opvangteam.
Funcctie-eisen: Opleiding	▪ HBO-opleiding. ▪ Basisopleiding GHOR (verplicht). ▪ Functiegerichte opleiding binnen de eigen instelling.
Funcctie-eisen: Ervaring	▪ Kennis en ervaring met management, coördineren en leidinggeven. ▪ Kennis van de organisatie van psychosociale hulpverlening en psychiatrie. ▪ Kennis en ervaring met het opbouwen en onderhouden van netwerken.
Competenties: algemeen	▪ Stressbestendigheid. ▪ Samenwerken. ▪ Besluitvaardigheid. ▪ Leidinggeven. ▪ Inzicht hebben in (de grenzen van) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. ▪ Problemen kunnen signaleren, benoemen en wegzetten. ▪ Kunnen herkennen van verschijnselen die kunnen duiden op een psychisch trauma. ▪ Kunnen herkennen van problemen die behoren tot een andere discipline dan de PSH.

Funcienaam	Medewerker Psychosociaal Opvangteam
Reguliere functie	Uitvoerend medewerker PSH-ketenpartner
Kern/doel vd functie	De medewerker Psychosociaal Opvangteam zorgt voor de operationele uitvoering van de psychosociale hulpverlening in een opvangcentrum.
Situatieschets	De medewerker Psychosociaal Opvangteam draagt zorg voor een adequate psychosociale opvang en hulpverlening tijdens een ramp in een (door de gemeente gecreëerde) opvanglocatie.
Leiding ontvangen	Ontvangt hiërarchisch leiding van de assistent-leider en functioneel van de GGZ-medewerker binnen het Psychosociaal Opvangteam.
Leiding geven	Geen
Contacten	De medewerker Psychosociaal Opvangteam onderhoudt contacten met de ter plaatse aanwezige andere leden van het Psychosociaal Opvangteam, de assistent-leider, de Leider van het Psychosociaal Opvangteam en andere medewerkers van de aanpalende diensten binnen de opvanglocatie.
Taken/ verantwoordelijkheden in hoofdlijnen	▪ Uitvoering geven aan de psychosociale hulpverlening in het opvangcentrum. ▪ Verzamelen, analyseren en verstrekken van gezondheidskundige informatie (binnen het team).

Uitwerking van taken/verantwoordelijkheden	<i>Inventarisatiefase</i> - Overlegt met de assistent-Leider over de aanpak en uitvoering van de psychosociale hulpverlening in het opvangcentrum. - Contact leggen. - Groeps- en individuele gesprekken voeren. <i>Diagnostische fase</i> - Gedrag herkennen, benoemen en rapporteren. - Bevindingen terugkoppelen naar GGZ-medewerker door middel van een sitrap (situatierapport). <i>Uitvoeringsfase</i> - Groeps- of individueel gesprek voeren in het kader van de opvang. - Ondersteuning bieden aan (specifieke) groepen en/of individuen. - Indien nodig inschakelen van andere hulpverleners buiten het Psychosociaal Opvangteam. - Draagt zorg voor de bewaking van de privacy van de getroffen in het opvangcentrum. - Verstrekt in overleg met de leider van het Psychosociaal Opvangteam, informatie aan de slachtoffers, verwante hulpverlening en derden over mogelijke reacties op een schokkende gebeurtenis (psycho-educatie). - Het verloop en de effecten van de opvang rapporteren aan de GGZ-medewerker. - Vult het verwijsformulier in, indien nodig. - Adviseert de assistent-leider m.b.t. de nazorg. - Geeft eventueel - en na daartoe verkregen opdracht – uitvoering aan nazorgactiviteiten (zoals psycho-educatie, consultatie, individuele begeleiding en doorverwijzing) in de 1^e nazorgfase. <u>Specifieke taken voor de GGZ-medewerker:</u> <i>Diagnostische fase</i> - Analyse leden Psychosociaal Opvangteam analyseren en verifiëren. - Diagnose vaststellen. - Opvangplan opstellen. <i>Uitvoeringsfase</i> - Uitvoering opvang regelen en toezien op de uitvoering. - Gegevensdossier samenstellen met behulp van het registratieformulier en afgeven aan de leider van het Psychosociaal opvangteam.
Functie-eisen: Opleiding	- Bij voorkeur HBO werk- en denkniveau. - Basisopleiding GHOR (verplicht). - Functiegerichte opleiding binnen de eigen instelling (voor professionele organisaties).
Functie-eisen: Ervaring	- Kennis en ervaring op het terrein van de psychosociale en psychische problematiek. - Ervaring binnen de eigen organisatie met het werken bij de 24-uurs crisisdienst (voor professionele organisaties).

Competenties: algemeen	▪ Stressbestendigheid. ▪ Samenwerken. ▪ Besluitvaardigheid. ▪ Inzicht hebben in (de grenzen van) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. ▪ Problemen kunnen signaleren, benoemen en wegzetten. ▪ Kunnen herkennen van verschijnselen die kunnen duiden op een psychisch trauma. ▪ Kunnen herkennen van problematieken die behoren tot een andere discipline dan de PSH.
Competenties: organisatiespecifiek	▪ GGZ: psychisch inzicht, de beheersing van psychische/psychiatrische interventietechnieken, het kunnen uitvoeren van de triage en het kunnen vaststellen van een diagnose. ▪ Maatschappelijk werk: psychisch inzicht en beheersing van gesprekstechnische interventietechnieken. ▪ Slachtofferhulp: deskundig kunnen handelen in de basishulpverlening en inzicht hebben in verwerkingsreacties. ▪ GGD: Medische kennis van zaken en kennis op het gebied van de psycho-somatiek, zowel algemeen als specifiek ten aanzien van de jeugd. ▪ Leger des Heils: deskundig kunnen handelen in de basishulpverlening.

HOOFDSTUK 2: ALARMERING

Bereikbaarheid

De PSH is via de HS GHOR ten allen tijde te alarmeren. De voorzitter en leden van het kernteam worden via de Meldkamer Brandweer en Ambulance gealarmeerd. De leden, de leiders en de assistent-leiders van de Psychosociale Opvangteams worden via de eigen organisatie gealarmeerd.

Opschalen

De bevoegdheden die de Wet Rampen en Zware Ongevallen verstrekt aan functionarissen in een rampsituatie, zijn een aanvulling op de normale bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Dit heeft tot gevolg dat rampenbestrijdingstaken een toevoeging zijn aan de normale taakuitoefening van gemeentelijke en regionale organisaties. Het toevoegen van die extra taken wordt opschalen genoemd.

De hulpverleningsdiensten verrichten hun dagelijkse werkzaamheden bij een incident, dat kan uitgroeien tot een ramp. Bij een incident van een zodanige omvang, dat gecoördineerd optreden van de hulpverleningsdiensten noodzaak is, wordt daaraan leiding gegeven door een Commando Plaats Incident (CoPI). Het CoPI bestaat uit de hoogst leidinggevendenden van de ter plaatse aanwezige disciplines.

Zodra er sprake is van een ramp of zwaar ongeval is afstemming vereist tussen de regionaal georganiseerde hulpverleningsdiensten, de brandweer en de gemeente(n). Daartoe wordt de regionale rampenstaf geactiveerd en een regionaal Coördinatiecentrum ingericht. De bestuurlijke coördinatie is in handen van de Coördinerend Burgemeester. In de gemeente(n) worden de acties gecoördineerd in een Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten.

Alarmering Kernteam en Psychosociaal Opvangteam

De alarmering van het kernteam verloopt in twee stappen. De Meldkamer Brandweer en Ambulancediensten (MBA) alarmeert de leider van het kernteam. Deze alarmering verloopt via de semafoon. De leider wordt via het display verzocht met het vermelde telefoonnummer contact op te nemen voor nader informatie. De leider wordt door de HS-GHOR op de hoogte gesteld van de ramp en reeds bekende gegevens (aard en omvang). De leider van het kernteam begeeft zich naar Zijlweg 200, tenzij anders aangegeven.

Indien reeds besloten is tot het alarmeren van het voltallige kernteam, geeft de HS-GHOR opdracht aan de MBA de medewerkers van het kernteam te alarmeren. Deze alarmering verloopt via de semafoon. De leden van het kernteam nemen contact op met het Hoofd Actie Centrum GHOR. De leden worden door de HAC op de hoogte gesteld van de ramp en reeds bekende gegevens (aard en omvang). De leden van het kernteam begeven zich naar Zijlweg 200 tenzij anders aangegeven. Voor hen geldt een opkomsttijd van 1 uur na alarmering.

Elke medewerker van het kernteam draagt zorg voor alarmering van de opvangteam-hulpverleners uit de eigen achterban evenals van de hem/haar toegewezen diensten en instellingen. De leden van het kernteam kunnen de deelnemers van hun eigen organisatie in het Psychosociaal Opvangteam al een voorwaarschuwing geven direct na het moment, dat zij zelf worden gealarmeerd. Voor de leden van het Psychosociaal Opvangteam geldt een opkomsttijd van 1 uur na alarmering.

HOOFDSTUK 3: VESTIGING, ACCOMMODATIE EN TOEGANG

Locatie

De leden van het kernteam begeven zich naar Zijlweg 200. Het kernteam zetelt op de kamer van het Veiligheidsbureau.

Het kernteam heeft de beschikking over diverse telefoonlijnen, een fax aansluiting, een computer en een televisie. Qua infrastructuur maakt het kernteam desgewenst gebruik van de faciliteiten van het Actie Centrum GHOR. Het kernteam wordt in haar activiteiten ondersteund door een Operationeel Medewerker. Deze verzorgt de verslaglegging en rapportages.

De leden van de Psychosociale Opvangteams begeven zich na alarmering naar de Zijlweg, tenzij anders aangegeven en na een briefing daar begeven zij zich naar de opvanglocatie. Zij verrichten aldaar hun werkzaamheden.

De leiders van de Psychosociale Opvangteams hebben de beschikking over een mobiele telefoon. Zij staan in contact met één van de leden van het kernteam.

Legitimatie- pasjes

Alle leden van het psychosociale opvangteam bezitten een pasje met pasfoto waarmee zij zich kunnen identificeren. Met dit pasje krijgen zij toegang tot het opvangcentrum en voor zover van toepassing ook tot andere locaties. De medewerkers van het Psychosociaal Opvangteam dragen een geel hesje met aan de voor- en achterzijde in zwarte letters het opschrift 'Psychosociaal Opvangteam'. De Leider van het Psychosociaal Opvangteam draagt een groen hesje met het opschrift 'LPO'. Zo zijn de hulpverleners in het opvangcentrum goed herkenbaar voor elkaar en voor medewerkers van andere diensten.

Alternatieve locatie

De alternatieve locatie voor het Kernteam en de briefing van de Psychosociale Opvangteams, indien de Zijlweg niet bereikbaar is, is GGZ Dijk en Duin-locatie te Beverwijk.

HOOFDSTUK 4: VERBINDINGEN EN COMMUNICATIE

**Communi-
catie-
middelen**

De verbindingen en communicatie verlopen tussen het kernteam, het Psychosociaal Opvangteam en het Actiecentrum aan de hand van mobiele telefonie, vaste telefonie en fax.

HOOFDSTUK 5: LOGISTIEK

Registratie

De registratie van de slachtoffers gebeurt aan de hand van formulieren, welke in de PSOT-tasjes zitten. Deze formulieren worden regelmatig opgehaald respectievelijk bijgevoerd.

HOOFDSTUK 6: NAZORG

Debriefing

Na inzet wordt er voor alle mensen van de PSHO-organisatie een debriefing verzorgd op de Zijlweg. Nazorg gebeurt verder binnen de eigen organisatie en aan de hand van de richtlijnen van de eigen organisatie.

HOOFDSTUK 7: EVALUATIE

Opzet evaluatie

De inzet van de PSH in het kader van een ramp wordt – ter voorbereiding op een integrale evaluatie - in eerste aanleg bij voorkeur binnen twee weken na de inzet geëvalueerd door alle betrokkenen binnen de PSH onder verantwoording van de leider van het Kernteam.

De resultaten worden schriftelijk vastgelegd en aangeboden aan de RGF en de directies van de betrokken instellingen. De directies zijn zelf verantwoordelijk voor verspreiding van de uitkomsten onder medewerkers voor wie deze relevant zijn.

Protocol evaluatie

Onderstaande checklist kan behulpzaam zijn bij het schrijven van het evaluatieverslag. Door de punten te verwerken in het evaluatieverslag, is de kans klein dat aan belangrijke zaken voorbij wordt gegaan.

Naast deze geheugensteun heeft het werken met deze checklist het voordeel dat de informatie-uitwisseling tussen collega's over hun bijdrage bij de hulp aan betrokkenen van een ramp, soepeler verloopt.

Door aan de hand van dezelfde systematiek de organisatie en uitvoering van het hulpaanbod te beschrijven, wordt sneller zichtbaar waar de overeenkomsten en verschillen in visie en handelen zitten.

Vervolgens kan de discussie daarover leiden tot nieuwe inzichten en tot het bijstellen van het bestaande deelplan. Een goede evaluatie is van cruciaal belang voor het bevorderen van de kwaliteit van het hulpaanbod bij rampen.

Om te voorkomen dat belangrijke bevindingen wegebben, is het aan te raden om binnen twee weken na afloop van de acute fase het evaluatieverslag te schrijven.

Onderstaande evaluatiepunten zijn op een logische manier gerangschikt. Hoewel het een ieder vrij staat om de punten in een andere volgorde te bespreken, komt het de onderlinge uitwisseling van informatie ten goede als toch aan deze volgorde wordt vastgehouden.

Evaluatiepunten:

1. Beschrijving van de casus.
2. Logboek.
Beschrijving van de gebeurtenissen/ acties in chronologische volgorde. Afhankelijk voor wie de rapportage is bedoeld (intern of extern) kan deze beschrijving globaal of juist gedetailleerd worden gegeven.
3. Bereikbaarheid van de Rampenorganisatie.
Zoals telefonische bereikbaarheid. Was iedereen die nodig was te bereiken. Ging dat vlot of kostte het tijd en/of moeite om iemand te bereiken.
4. Taakinzicht en snelheid van handelen.
Hadden alle betrokkenen een duidelijk beeld over hun eigen rol en taak. Kwamen zij snel in actie of nam dat veel tijd in beslag.
5. Externe communicatie.
Met wie werden welke soort zaken worden besproken. Wie nam het initiatief tot deze gesprekken. Belicht met name de rol van de GGZ en de overwegingen voor deze keuze. Bijvoorbeeld was de GGZ afwachting of nam het juist zelf het initiatief met het aanbieden van hulp.
6. Met wie en welke instellingen is er samengewerkt?
7. Hoe verliep de samenwerking tussen deze instellingen.
8. Omschrijving van het aanbod.
9. Effectiviteit van het aanbod.
Welke activiteiten waren geslaagd, welke minder? Geef een toelichting.
10. Suggesties voor verbetering van het aanbod.

Deelplan 24 – Psychosociale Hulpverlening

11. Suggesties voor verbetering van de samenwerking.
12. Suggesties voor verbetering van de externe communicatie.
13. Suggesties voor verbetering van de interne communicatie.
14. Is er volgens een bestaand rampenplan gewerkt?
Zo ja, geeft de evaluatie aanleiding tot het bijstellen ervan? Welke wijzigingen worden (eventueel) noodzakelijk geacht?
15. Geeft evaluatie noodzaak tot bijstelling en/of verandering van samenwerkingsverbanden?
16. Andere op- of aanmerkingen.

Datum opmaak evaluatie:

Evaluatieverslag is opgemaakt door:

Onderstaande instellingen zijn betrokken geweest bij de organisatie en uitvoering van het hulpaanbod en gaan akkoord met dit evaluatieverslag.

BIJLAGEN**Afkortingen**

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BT	Beleids Team
CB	Coördinerend burgemeester
CGD	Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten
CGV	Coördinator Gewonden Vervoer
CoRT	Commando Ramp Terrein
CTPI	Coördinatie Team Plaats Incident
CvD-G	Commandant van Dienst - Geneeskundig
GAGS	Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GGD	Gemeenschappelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK	Geneeskundige Combinatie
HAC	Hoofd Actie Centrum
HDK	HulpverleningDienst Kennemerland
HGN	Hoofd Gewonden Nest
HS-GHOR	Hoofd Sectie Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IAC	Informatie en Advies Centrum
KT	Kernteam
LPO	Leider Psychosociaal Opvangteam
NCC	Nationaal Coördinatie Centrum
MBA	Meldkamer Brandweer en Ambulance
OL	Operationeel Leider
OMACGHOR	Operationeel Medewerker Actie Centrum GHOR
OPRON	Overleg Psychosociale Rampen Opvang Nederland
OvD-G	Officier van Dienst - Geneeskundig
OT	Operationeel Team
PCC	Provinciaal Coördinatie Centrum
PSOT	Psychosociaal Opvangteam
PSH	Psycho Sociale Hulpverlening
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
RCR	Regionaal Coördinator Rampenhulpverlening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
VC	Verbinding Commandowagen
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheidszorg

Gebruikte literatuur

- Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, artikel 2.2
 - Landelijk Model Deelplan, Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen, Uitgave: Raad van RGF'en, in samenwerking met OPRON en IPSHOR
 - Rampenplan voor de gemeenten in Kennemerland, juli 2005
-

Begrippen

Actiecentrum:

De plaats van waar uit iedere operationele dienst de eigendeeltaak regelt.

Acute fase psychosociale hulpverlening:

De eerste fase van de psychosociale hulpverlening beslaat de periode direct na de gebeurtenis en

Duurt in principe maximaal 72 uur.

Behandelcentrum:

Een plaats waar lichtgewonde slachtoffers van een ongeval/ramp, die niet in een ziekenhuis behoeven te worden opgenomen, worden bijeengebracht voor een beperkte medische behandeling.

Bevoegd gezag:

Al naar gelang de van toepassing zijnde wettelijke bepaling de burgemeester, de Commissaris der Koningin, de minister van Binnenlandse Zaken.

Bijstand:

De in het kader van de rampenbestrijding te verlenen hulp door buitengemeentelijke organisaties en instanties.

Centraal Registratiebureau Afhandeling Schade:

Een taakgroep van schade-experts die zich door actief en passief informatie vergaren richt op het op een centrale plaats verkrijgen van een totaaloverzicht van ontstane schade.

Centraal Registratie- en Informatiebureau:

Het bureau dat gegevens verzamelt omtrent doden, gewonden, vermisten en verplaatste personen, deze gegevens registreert en op aanwijzingen van het bevoegd gezag aan belanghebbenden verstrekt.

Chapelle ardente:

De plaats waar de slachtoffers worden opgebaard en waaruit de stoffelijke overschotten ter begraafing c.q. crematie worden vervoerd.

Evacuatie:

Een door de overheid gelaste verplaatsing van groepen personen in Nederland met daaronder: vervoer(sbegeleiding), opneming, verzorging en terugkeer van deze groepen, de voorbereiding daarvan en de nazorg.

Gemeenschappelijk actiecentrum:

Eén actiecentrum van enkele gemeentelijke diensten, eventueel uit verschillende gemeenten, dat gericht is op één of meer activiteiten in een niet scherp af te bakenen of onsamenhangend gebied.

Geneeskundige hulpverleningsketen:

De keten van samenhangende en georganiseerde redding, medische en paramedische handelingen, vanaf het opsporen van de gewonden, tot het moment dat verdere behandeling in een ziekenhuis niet meer nodig is.

Informatie en Adviescentrum:

Gemeentelijk centrum dat informatie verstrekt over de ramp en de gevolgen ervan, met name aan het publiek.

Operationele leiding:

De bevoegdheid tot het in opdracht van de burgemeester geven van bindende aanwijzingen aan commandanten/hoofden van de bij de rampbestrijding samenwerkende zelfstandige diensten, zonder daarbij te treden in de bevoegdheden van de commandanten/hoofden van de diensten aangaande de wijze van uitvoeren van de taken.

Opvangcentrum:

De plaats waar niet-gewonde en (behandelde) lichtgewonden worden ondergebracht in afwachting van de mogelijkheid tot terugkeer naar de eigen woongelegheden of onderbrenging elders.

Ontruiming:

Het voor korte duur verlaten van de verblijfplaats op een advies van parate diensten. Brandweer en politie kunnen direct tot een dergelijk advies overgaan, indien daarvoor, binnen aan te geven grenzen, een mandaat is verstrekt. Een voorwaarde daarbij kan zijn dat zij de ontruiming zelf in goede banen kunnen leiden (vergelijk: evacuatie).

Psychosociale eerste nazorgfase:

De eerste psychosociale nazorgfase begint na de acute fase in de psychosociale opvang die ongeveer 3 maanden duurt.

Ramp:

Een gebeurtenis,

1. waardoor een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen dan wel grote materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden
- en
2. waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillend vakgebied vereist is.

Rampenbestrijding:

Het geheel van overheidsmaatregelen ter bescherming van de bevolking en gericht op de beperking of verzachting van de gevolgen van grote ongevallen en rampen.

Rampenplan:

Een organisatieplan waarin in algemene zin is aangegeven hoe in geval van een ramp of een dreigende ramp gehandeld dient te worden ten einde tot een doelmatige bestrijding van de ramp en de gevolgen daarvan te komen.

Rampterrein:

Het door de opperbevelhebber aangewezen gedeelte van een gemeente waarbinnen bijzondere regimes gelden ten aanzien van de handhaving en het herstel van openbare veiligheid en openbare orde.

Regionaal Coördinatie Centrum:

Indien zich een ramp dreigt voor te doen, voordoet of heeft voorgedaan, die de algemene veiligheid van personen en/of goederen in meer dan een gemeente in regio aantast of heeft aangetast dan wel een bedreiging van die veiligheid inhoudt, kan de coördinerend burgemeester een regionaal coördinatiecentrum in bedrijf stellen.

Tweede psychosociale nazorgfase:

De tweede psychosociale nazorgfase omvat de psychosociale hulpverlening in een daarvoor specifiek door de GGD ingestelde projectorganisatie en kan enkele jaren duren.

Achtergrond- informatie deelnemende instanties

GGZ

De GGZ biedt ambulante hulp aan mensen van alle leeftijden met psychische problemen, variërend van ernstige verwardheid, ongecontroleerd (agressief) gedrag, dwangverschijnselen, angsten, depressies en ernstige neurotische problemen tot problemen in de opvoedingssituatie of in de samenleefrelatie, dementiële problemen etc.

De hulpverleners van de GGZ

Bij de GGZ werken onder meer psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, pedagogen, andragogen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Deze hulpverleners werken in multidisciplinair teamverband, dat wil zeggen dat zij met elkaar de diagnose stellen en een behandelingsplan maken. Zij ondersteunen elkaar middels consultatie en zijn ook met elkaar verantwoordelijk voor de evaluatie van de hulpverlening, voor de uitvoering waarvan doorgaans een bepaalde hulpverlener verantwoordelijk is.

De werkmethode van de GGZ

De hulpverlening van de GGZ bestaat uit onderzoek, diagnose- en indicatiestelling, advies, sociaal-psychiatrische behandeling en begeleiding alsmede psychotherapeutische behandeling. Daarnaast is de GGZ actief op het terrein van de preventie van GGZ-problematiek en ondersteunt de GGZ andere werkers die met GGZ-problematiek te maken hebben, zoals huisartsen en onderwijskrachten. Doorgaans komen de hulpvragers bij de GGZ via en op verwijzing van de huisarts, maar dit is niet noodzakelijk. Voor crisisgevallen is de GGZ dag en nacht bereikbaar; het gaat daarbij echter in de eerste plaats om bereikbaarheid voor artsen, politie etc.

Algemeen Maatschappelijk Werk

Het Algemeen Maatschappelijk Werk is een eerstelijns psychosociale en materiële hulpverleningsvoorziening. Hulp wordt verleend aan mensen van alle leeftijden. Dit gebeurt kosteloos en op vrijwillige basis. Het gaat hierbij om hulpvragen, die betrekking hebben op de wisselwerking tussen individuele, relationele, omgevings- en sociale aspecten. In dit kader is de aangeboden hulp vooral gericht op problemen van psychosociale aard, concrete en informatieve dienstverlening, zoals hulp bij financiële of huisvestingsproblemen, problemen met de gezondheid en relaties.

Zonodig heeft het Algemeen Maatschappelijk Werk een verwijzingsfunctie.

Er wordt gewerkt vanuit verschillende invalshoeken en methodieken, zoals:

- informatie en advies
- langdurige procesmatige begeleiding
- individuele-, echtparen-, gezins- en groepsbegeleiding
- taakgericht werken

Slachtofferhulp

Slachtofferhulp stelt zich ten doel de schade waarmee direct getroffen en van delicten en verkeersongevallen worden geconfronteerd, zoveel mogelijk te verhelpen of te beperken. De schade kan zowel materieel als immaterieel zijn. De (gratis) hulp wordt actief aangeboden aan individuen en/of groepen van personen. Slachtofferhulp wordt verleend aan direct getroffen en betrokkenen zoals bijv. familieleden, getuigen en nabestaanden. Slachtofferhulp wordt verleend door vrijwillige medewerkers die een intensieve basistraining en inwerkperiode gehad hebben. De begeleiding van deze vrijwilligers gebeurt door beroepskrachten.

De door de vrijwilligers geboden hulp bestaat o.a. uit:

- emotionele ondersteuning
- informatie en advies
- concrete diensten
- hulp bij schaderegelingen
- juridische ondersteuning
- verwijzing

De contacten in het kader van begeleiding bij de verwerking van schokkende gebeurtenissen kunnen frequent zijn, intensief, en bestrijken een afgebakende periode. Praktische hulpverlening kan een langere periode beslaan maar met een lagere frequentie.

Leger des Heils

Een belangrijk deel van het werk van het Leger des Heils wordt verricht rond de zwakkeren van de samenleving, zoals de dak- en thuislozenzorg, ouderenzorg, gezinsondersteuning, jeugdbescherming en – hulpverlening, reclassering enz. Toch vindt het Leger des Heils werkvelden onder alle lagen van de bevolking. De beroepskrachten zijn vooral te vinden binnen de professionele zorg- en hulpverlening, ondergebracht in de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg. De vrijwilligers treft men vooral bij het Kerkgenootschap Leger des Heils dat behalve wekelijkse samenkomsten (kerkdiensten) verschillende activiteiten op het gebied van maatschappelijke dienstverlening verzorgt: bezoekwerk, raad en daad, maaltijdvoorziening, enz. Uiteraard biedt het Leger des Heils vanuit haar christelijke levensovertuiging ook geestelijke en pastorale zorg.

GGD

De GGD heeft in het kader van de openbare gezondheidszorg een takenpakket, dat zijn basis heeft in wettelijke regelingen. Met name de Wet Collectieve Preventieve Volksgezondheid (WCPV), de Wet Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (WOGGZ) en de Wet Infectieziektebestrijding zijn relevant in dit kader.

De GGD is een publiekrechtelijk lichaam, dat gevormd wordt door de gemeenten in de regio. Bekende taken van de GGD zijn de infectieziektebestrijding (waarbij de vaccinatie programma's het meest bekend zijn), de jeugdgezondheidszorg en taken op het gebied van de forensische geneeskunde. Daarnaast is de GGD ook uitvoerder van taken op het gebied van de ambulancezorg.

Van belang is, dat de GGD een belangrijke rol heeft bij het organiseren van preventieve activiteiten, waarbij het zoeken en bevorderen van afstemming met de andere instellingen op het gebied van de somatische en geestelijke gezondheidszorg een kerntaak is.

Voor het proces PSH is relevant, dat de GGD op grond van de WCPV een coördinerende taak heeft op het gebied van de psychosociale nazorg. Ook het organiseren van afstemming van psychosociale hulpverlening bij incidenten, die gezien door hun omvang geen grootschalig ongeval zijn, maar wel een grote maatschappelijke impact hebben, wordt vaak gezien als een taak van de GGD.

Rampenbestrijding

Deelplan 13

SMH



INHOUDSOPGAVE

Bladzijde	Hoofdstuk	Paragraaf
3	Kaderstelling	Referentie
3		Inleiding
3		Doel
3		Doelgroep
4		Relatie met andere processen
4		Beheer
5	Hoofdstuk 1: Personeel	Bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken
5		Organen en functies binnen de SMH
7		Hulpverleningsketen
10	Hoofdstuk 2: Alarmering	Bereikbaarheid
10		Opschalen
11	Hoofdstuk 3: Vestiging, accommodatie en toegang	Locaties
11		Legitimatiepasjes
12	Hoofdstuk 4: Verbindingen en communicatie	Communicatiemiddelen
13	Hoofdstuk 5: Logistiek	Registratie
14	Hoofdstuk 6: Nazorg	Debriefing
15	Hoofdstuk 7: Evaluatie	Opzet evaluatie
15		Protocol evaluatie
17	Bijlagen	Afkortingen
17		Gebruikte literatuur
18		Begrippen
21		De gewondenkaart

KADERSTELLING

Referentie

De procesverantwoordelijkheid voor het proces Spoedeisende Medische Hulpverlening (hierna: SMH) is in het kader van de Wet Rampen en Zware Ongevallen opgedragen aan de RGF.

De wettelijke en financiële basis voor de Spoedeisende Medische Hulpverlening blijven in dit deelplan voor het grootste deel achterwege. Deze zaken worden benoemd en beschreven in het convenant tussen de GHOR en de instellingen die de Spoedeisende Medische Hulpverlening voor hun rekening nemen. Dit convenant wordt regelmatig bijgesteld naar aanleiding van actuele ontwikkelingen en eventuele wetswijzigingen.

Inleiding

In het deelplan SMH is doelbewust gekozen voor het opbouwen van de hulpverlening vanuit de dagelijkse zorg. Dit sluit goed aan op de dagelijkse praktijk en is voor alle hulpverleners herkenbaar en bekend. De basis voor grootschalige hulpverlening wordt gevormd door de protocollen “Beoordeling ongevalsituatie en triage” en “Groot ongeval c.q. ramp” uit het Landelijke Protocol Ambulancezorg. Daarnaast zijn de regionale protocollen op het terrein van de samenwerking tussen politie, brandweer en GHOR van belang, alsmede de protocollen in de diverse ziekenhuizen.

Doel

Het doel van de GHOR in het algemeen is het naadloos kunnen opschalen van dagelijkse zorg naar rampenbestrijding/rampengeneeskunde. De doelen van de SMH specifiek zijn:

- het bieden van acute somatische medische zorg aan grote aantallen slachtoffers. Dit alles conform het Landelijke Protocol Ambulancezorg.
 - het uitvoering geven aan het gewondenspreidingsplan (waaronder het vervoeren naar en laten opnemen van de slachtoffers in de ziekenhuizen).
 - het organiseren van ambulancebijstand.
-

Doelgroep

Het proces SMH richt zich op alle potentiële slachtoffers van een calamiteit, dat betekent concreet dus alle inwoners van Kennemerland, inclusief mensen die tijdelijk – op het moment van de calamiteit – in de regio verblijven.

**Relatie met
andere
processen**

Het proces Geneeskundig Hulpverlenen heeft te maken met alle processen in de rampenbestrijding. In de realisering van de hulpverlening bestaat er een sterke relatie met processen Bron- en Effectbestrijding, Redden van slachtoffers, Opvangen en verzorging en Registratie van slachtoffers.

Beheer

Het deelplan wordt jaarlijks geactualiseerd of zoveel eerder als noodzakelijk is, door de GHOR. In het rampenplan is het overzicht opgenomen van de deelplannen en de verantwoordelijke gemeenten.

Dit deelplan, het algemeen deel en de generieke bijlagen, wordt jaarlijks besproken in het overleg met de ketenpartners SMH en in het Veiligheidsplatform Kennemerland. Tijdens het overleg wordt het deelplan beoordeeld op actualiteit. Tevens worden de ervaringen uit oefeningen en incidenten uitgewisseld ter verbetering van het deelplan.

HOOFDSTUK 1: PERSONEEL

Bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken

De verantwoordelijkheid voor het inschakelen van de SMH bij een (dreigende) ramp ligt bij de Regionaal Geneeskundig Functionaris, die procesverantwoordelijk is conform de wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (WGHOR). De SMH-ketenpartners zijn verantwoordelijk voor de inhoud en werkwijze van de geboden hulp.

Organen en functies binnen de SMH

1^e Ambulance

De ambulancezorg verleent in dagelijkse situaties hulp aan gewonden ter plaatse en draagt zonodig zorg voor het vervoer van gewonden naar het ziekenhuis. Bij grote calamiteiten verloopt de ambulancezorg anders en is voor de 1^e ambulance een speciale taak weggelegd. De bemanning van de eerst arriverende ambulance moet proberen zich een goede indruk te vormen van het ongeval en de locatie. Daarbij moet worden gelet op de aard en risico's van het ongeval en de locatie. Deze informatie wordt in een 1^e situatierapport doorgegeven aan de CPA. De bemanning van de 1^e ambulance is herkenbaar aan een groen vest. De 1^e ambulance is herkenbaar aan een groene zwaailamp. Tijdens de verkenning moet de bemanning van de 1^e ambulance de informatie en verkennen verzamelen die nodig is om de situatie goed te kunnen inschatten. De 1^e verpleegkundige gaat verkennen en de chauffeur blijft bij zijn voertuig. De verpleegkundige doet eigen waarnemingen en vult die aan met informatie van andere hulpverleners die al ter plaatse zijn. In het Motorkapoverleg wordt met alle aanwezige disciplines afgestemd. Bijvoorbeeld brandweer en politie, maar ook NS of Rijkswaterstaat. De 1^e verpleegkundige kan zijn verkenning vanuit een oogpunt van veiligheid ook samen doen met een verkenner van bijvoorbeeld Brandweer of Politie.

De verpleegkundige 1^e ambulance moet informatie verzamelen over:

1. de ongevalsituatie;
2. de veiligheidssituatie;
3. de slachtoffersituatie;
4. de potentiële situatie (inclusief de bijstand);
5. de infrastructuursituatie.

Informatie die de eerste verpleegkundige hierover moet verzamelen betreft:

- het soort ongeval
- de locatie
- de aantallen slachtoffers
- de aard en de ernst (aangeduid in aantallen per urgentieklasse) van de letsels
- de gevaren en risico's
- de omvang en kans op uitbreiding
- aantal beknelde slachtoffers
- reeds aanwezige hulpverleners
- de weersituatie algemeen en ter plaatse
- de bijzondere wegsituatie ter plaatse

De chauffeur van de 1^e ambulance noteert deze informatie en geeft dit samengevat in een situatierapport door aan de CPA. Hij vangt de arriverende ambulances en eventuele andere geneeskundige hulpverleners op en geeft hen inzetaanwijzingen.

De verpleegkundige doet bij de verkenning een triage van de slachtoffers. De triage vindt alleen plaats op basis van een snelle inschatting van de vitale functies. De getriëerde slachtoffers krijgen direct een gewondenkaart waardoor duidelijk zichtbaar is in welke triageklasse (T1 t/m T4) zij zijn ingedeeld. De verpleegkundige 1^e ambulance maakt een voorlopig inzetplan voor de ambulancezorg ter plaatse. De chauffeur gebruikt dit plan om aan de andere (ambulance)hulpverleners hun inzetlocatie en opdracht te geven.

OvD-G

De CPA zal op basis van het situatierapport van de 1e ambulance of op eigen initiatief OvD-G de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) alarmeren. De OvD-G neemt de leiding over van de verpleegkundige 1e ambulance en maakt gebruik van het inzetplan. De verpleegkundige draagt de informatie en de gemaakte afspraken over aan de OvD-G en maakt daarbij gebruik van een schets. De verpleegkundige zal hierna als assistent van de OvD-G optreden en telkens opnieuw de triage van de slachtoffers uitvoeren. De chauffeur blijft de communicatie met de CPA voor zijn/haar rekening nemen.

CoPI

De OvD-G zal, tezamen met de OvD's van de overige disciplines, zitting hebben in het Commando Plaats Incident (CoPI) t.b.v. de multidisciplinaire afstemming.

GNK-C

Naast ambulances kan – bij grote aantallen slachtoffers – ook de Geneeskundige Combinatie worden ingezet. De taken van de GNK-C zijn (deze taken worden uitgevoerd in het Gewonden Nest):

- beoordeling en triage van slachtoffers
- het veilig stellen en bewaken van vitale functies
- het stabiliseren van slachtoffers en het gereedmaken voor vervoer
- het geven van de nodige zorg aan slachtoffers

De GNK-C bestaat uit een drietal onderdelen: Het ambuteam, de SIGMA en het MMT. Het Hoofd Gewonden Nest (HGN) geeft leiding aan de GNK-C en deze HGN is één van de Ambuteam-functionarissen.

Het Ambuteam bestaat (naast het HGN) uit twee ambulanceverpleegkundigen en twee ambulancechauffeurs zonder vervoerstaak. Het Ambuteam triëert en verricht handelingen voor het behoud en/of herstel van vitale functies en zij richt zich op het voorkomen van tijdelijke of blijvende invaliditeit. Het Mobiel Medisch Team (MMT) bestaat uit een arts en een verpleegkundige, afkomstig uit het traumacentrum. De taak van het MMT is het uitvoeren van specifieke medische handelingen om slachtoffers te kunnen stabiliseren en vervoersgereed te maken. De SIGMA is samengesteld uit personen van het Nederlandse Rode Kruis en heeft als hoofdtaak het assisteren van de hulpverleners die zijn ingezet. Tevens verzorgen de SIGMA-leden de logistieke ondersteuning. De Regiocoördinator Rampenhulpverlening coördineert de inzet van de eenheden van het Rode Kruis (waaronder de SIGMA) en deze functionaris heeft zitting in het ActieCentrum GHOR.

CGV

Bij zware ongevallen en rampen kan de coördinatie van het ambulanceberichtenverkeer op en rond het ongeval- of rampterrein mogelijk niet meer vanuit de CPA worden gecoördineerd. De CPA stuurt daarom een Coördinator Gewondenvervoer (CGV) ter plaatse om deze coördinatie daar uit te voeren. De CGV heeft ook de leiding over het ambulancestation (de plaats waar een ambulance de mondelinge ritopdracht krijgt). De CGV is bevoegd beslissingen te nemen die de coördinatie van de gewondenafvoer en gewondenspreiding aangaan.

CvD-G

De CvD-G wordt ingezet ingeval de geneeskundige hulpverlening zich niet beperkt tot ambulancezorg of bij een incident waarbij de omvang (van de gevolgen) zeer groot is. De CvD-G geeft van uit het CoPI leiding aan de OvD-G's en de CGV.

De CvD-G zorgt voor coördinatie en leiding aan alle geneeskundige hulpverleners. De CvD-G is op de ongevalplaats belast met de leiding over de organisatie van de geneeskundige hulpverlening zonder daarbij te treden in de inhoudelijke wijze van optreden op het gebied van de medische zorg, psychosociale zorg en/of preventieve volksgezondheidskundige maatregelen.

De CvDG is verantwoording verschuldigd aan het HS-GHOR. De CvDG heeft beslissingsbevoegdheid voor alle medisch-organisatorische aspecten van de geneeskundige hulpverlening op het rampterrein.

HS GHOR

In de verdere opschaling geeft het HS-GHOR namens de RGF leiding aan de sectie GHOR in het Operationeel Team (OT). Hij geeft namens de RGF vanuit het OT direct leiding aan de geneeskundige organisatie.

AC GHOR

De omvang van de hulpverleningsketen bij rampen en de daaruit voortvloeiende GHOR-taken kunnen leiden tot de behoefte aan een Actiecentrum GHOR. Daarbij gaat het om beleidsvragen, maar ook om operationele informatie. Het Actiecentrum GHOR is de plaats, van waaruit de GHOR de eigen bijdrage aan de rampenbestrijding regelt. Het Actiecentrum ondersteunt alle geneeskundige hulpverleningsactiviteiten, die moeten worden uitgevoerd om de slachtoffers te helpen. In het AC worden de volgende taken uitgevoerd:

- informatieverwerking en informatievoorziening
- logistiek
- medische advisering
- overige (proces) ondersteuning

Het AC staat onder leiding van een Hoofd ActieCentrum (HAC) en de HAC valt onder de directe leiding van de HS GHOR.

RGF

De RGF geeft leiding aan het HS-GHOR en indirect ook aan alle onder het HS-GHOR ressorterende functionarissen. De RGF adviseert op strategisch niveau als lid van het Beleidsteam (BT) de betrokken burgemeester(s) aangaande het beleid ten aanzien van de GHOR. Namens het openbaar bestuur is hij o.a. verantwoordelijk voor de onderlinge afstemming binnen de SMH-keten, maar ook ten aanzien van de andere GHOR-processen.

Hulpverle- ningsketen

Triage

De geneeskundige hulpverlening start met het indelen van de slachtoffers. Dit wordt triage genoemd. Hierbij worden de volgende urgentieklassen onderscheiden:

- T1: Gewonden wiens leven onmiddellijk wordt bedreigd door een obstructie van de ademwegen en/of door stoornissen van de ademhaling en/of circulatie.
- T2: Gewonden wiens leven na enkele uren wordt bedreigd door een obstructie van de ademwegen, stoornissen van de ademhaling en/of circulatie of die gevaar lopen op ernstige infecties of invaliditeit, wanneer zij niet binnen 6 uur na oplopen van het letsel behandeld worden.
- T3: Gewonden die niet worden bedreigd door een ademwegobstructie, stoornissen van de ademhaling en/of circulatie, ernstige infectie of invaliditeit. Zij hoeven niet voor medische operatieve behandeling naar het ziekenhuis.
- T4: Gewonden, waarbij onder de gegeven omstandigheden de ademweg niet kan worden vrijgemaakt en vrijgehouden, de ademweg niet kan worden veiliggesteld, bloedingen niet tot staan kunnen worden gebracht en chock niet toereikend kan worden bestreden. Deze klasse wordt in principe alleen onder oorlogsomstandigheden gehanteerd.

Hoofd- en nevenketen

De hulpverleningsketen is gesplitst in een hoofd- en nevenketen. De hoofdketen is bedoeld voor de T1 en T2 slachtoffers, die per definitie naar het ziekenhuis moeten worden vervoerd. De nevenketen is bedoeld voor de T3-slachtoffers die in beginsel niet naar een ziekenhuis hoeven.

Het tijdig instellen van een nevenketen is een van de belangrijkste methoden om capaciteitsknelpunten in de hoofdketen te voorkomen en op te lossen. Bij het instellen van een nevenketen dient voor extra vervoer (géén ambulances) van gewondennest (GN) naar behandelcentrum (BC) te worden gezorgd. Het behandelcentrum is de plaats waar de T3 –slachtoffers worden behandeld. Tevens dient te worden voorzien in transport van uitbehandelde patiënten naar bijvoorbeeld een Opvang- en Verzorgingscentrum van de gemeente.

Ambulancebijstandsplan

Als de behoefte aan ambulances groter is dan regionaal beschikbaar, wordt een beroep gedaan op de omliggende regio's om bijstandsambulances te sturen. Afhankelijk van het moment (overdag, 's avonds, 's nachts of in het weekeinde) varieert het aantal parate ambulances. Om inzicht te hebben in de beschikbare aantallen ambulances in de regio's en deze ambulances volgens plan op te roepen wordt gebruik gemaakt van een Ambulancebijstandsplan. Dit plan is een voorbereid plan waarin de CPA'en staan vermeld, gerangschikt naar oplopende ambulances vanuit de bijstandvragende regio.

Loodspostenplan

De bijstandsambulances worden naar een Loodspost (LP) gestuurd. Een loodspost is een vooraf bepaalde, gemakkelijk te vinden plaats waar het bijstandverlend potentieel wordt opgevangen en van waaruit het naar een gewenste plaats wordt geleid. Dit is meestal het Ambulancestation. Op de loodspost zijn zoveel mogelijk faciliteiten aanwezig, zoals een benzinestation en een restaurant. De potentiële locaties voor loodsposten zijn beschreven in een landelijk loodspostenplan. De opvang en coördinatie op de loodspost is in handen van een loodspostfunctionaris (LPF).

Ambulancestation

Vanaf de Loodspost wordt steeds een groepje ambulances onder politiebegeleiding naar het ambulancestation gebracht. Daar krijgt iedere ambulance een concrete ritopdracht van de CGV. Deze ritopdracht houdt onder andere in waar het slachtoffer opgehaald moet worden, waar het slachtoffer naar toe gebracht moet worden en of terugmelden op het ambulancestation noodzakelijk is.

Overnameplaatsen en aanlandingsplaatsen

Soms is het in de afvoer van slachtoffers niet te vermijden dat van transportmiddel moet worden gewisseld. Dit gebeurt bij een overname plaats (op het land) of bij een aanlandingsplaats (vanaf het water). Een overnameplaats is een voor ambulances bereikbare locatie waar slachtoffers kunnen worden overgenomen van dragers als een gewondennest niet voor ambulances bereikbaar is. Het kan daarbij ook gaan om overname van een helikopter of alternatief vervoer. Een aanlandingsplaats is een locatie aan het water waar slachtoffers per vaartuig naar toe worden gebracht. Een aanlandingsplaats moet een geschikte aanlegplaats bieden voor schepen met een kade of steiger om de slachtoffers verantwoord te kunnen ontschepen. Een aanlandingsplaats moet veilig zijn en voldoende ruimte bieden voor minimaal 10 ambulances en voor het inrichten van een gewondennest.

De potentiële locaties van aanleg- en overnameplaatsen voor zowel de Noordzee, het Noordzeekanaal, de Waddenzee als IJsselmeer zijn beschreven.

Gewondenspreidingsplan

Het aantal gewonden bij rampen is te groot om door één ziekenhuis te kunnen worden opgevangen en behandeld. Daarom worden de slachtoffers gespreid over meerdere ziekenhuizen. Dit wordt uitgevoerd aan de hand van een gewondenspreidingsplan (GSP). Dit is een voorbereid plan waarin de ziekenhuizen staan vermeld met onder meer de bijbehorende Medische Behandel Capaciteit en de specialismen van de ziekenhuizen. Patiënten met een bepaald type letsel worden naar het ziekenhuis vervoerd dat gespecialiseerd is in behandeling van dat type letsel.

HOOFDSTUK 2: ALARMERING

Bereikbaarheid

De diverse functies en organen binnen de SMH zijn ten allen tijde te alarmeren via de Meldkamer Brandweer en Ambulance.

Opschalen

De bevoegdheden die de Wet Rampen en Zware Ongevallen verstrekt aan functionarissen in een rampsituatie, zijn een aanvulling op de normale bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Dit heeft tot gevolg dat rampenbestrijdingstaken een toevoeging zijn aan de normale taakuitoefening van gemeentelijke en regionale organisaties. Het toevoegen van die extra taken wordt opschalen genoemd.

De hulpverleningsdiensten verrichten hun dagelijkse werkzaamheden bij een incident, dat kan uitgroeien tot een ramp. Bij een incident van een zodanige omvang, dat gecoördineerd optreden van de hulpverleningsdiensten noodzaak is, wordt daaraan leiding gegeven door een Commando Plaats Incident (CoPI). Het CoPI bestaat uit de hoogst leidinggevenden van de ter plaatse aanwezige disciplines.

Zodra er sprake is van een ramp of zwaar ongeval is afstemming vereist tussen de regionaal georganiseerde hulpverleningsdiensten, de brandweer en de gemeente(n). Daartoe wordt de regionale rampenstaf geactiveerd en een regionaal Coördinatiecentrum ingericht. De bestuurlijke coördinatie is in handen van de Coördinerend Burgemeester. In de gemeente(n) worden de acties gecoördineerd in een Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten.

HOOFDSTUK 3: VESTIGING, ACCOMMODATIE EN TOEGANG

Locaties

De ambulances worden ingezet vanuit de ambulancedienst Haarlem, Zijlweg 200 te Haarlem, en de Ambulancedienst Kennemerland vanuit de post te Velsen, Amsterdamseweg 12.

Het ambuteam wordt samengesteld door medewerkers van beide hierboven genoemde diensten. Het Ambuteam heeft als vaste uitgangspost Zijlweg 200 Haarlem.

Het SIGMA team heeft als vaste uitgangspost 's Gravenlust 45 te Velsen

De Haakarmbak heeft als vaste uitgangspost Zijlweg 200 te Haarlem.

Het MMT wordt ingezet vanuit het Traumacentrum Noord-West Nederland, locatie: VU medisch centrum (VUmc) te Amsterdam.

Het Actiecentrum GHOR is gevestigd op Zijlweg 200.

De uitgangsposten zijn 24 uur per dag toegankelijk.

Legitimatie- pasjes

Alle functionarissen van de SMH bezitten een pasje met pasfoto waarmee zij zich kunnen identificeren. Met dit pasje krijgen zij toegang tot de Zijlweg, het rampterrein en voor zover van toepassing ook tot andere locaties.

HOOFDSTUK 4: VERBINDINGEN EN COMMUNICATIE

**Communi-
catie-
middelen**

De verbindingen tussen de diverse functionarissen binnen de SMH verlopen in de meeste gevallen via het C2000-netwerk. In andere gevallen wordt voor de mobiele telefoon of de vaste telefoon gekozen.

HOOFDSTUK 5: LOGISTIEK

Registratie

Registratie gebeurt in elk geval op een drietal manieren:

Tijdens grootschalige hulpverlening is het van belang dat medische gegevens op een snelle en duidelijke manier van de ene op de andere hulpverlener worden overgedragen. Hulpverleners noteren medische gegevens op de gewondenkaart. Alle hulpverleners met een coördinerende taak dienen een logboek bij te houden. De chauffeur van de eerste ambulance is, in overleg met de eerste verpleegkundige, belast met het registreren van een voorlopig inzetplan.

Voor het registreren van medische gegevens ter plaatse van een ongeval of ramp is de nationale gewondenkaart ontwikkeld. Het is van belang de kaart goed bij te houden. De kaart heeft een aantal voorbereekte mogelijkheden. Tijdens de triage wordt de kaart aan een slachtoffer bevestigd en de urgentieklasse aangeduid door een van de gekleurde lipjes af te scheuren. De invulling van de kaart gebeurt later, meestal door andere hulpverleners. Op de kaart worden alleen gegevens ingevuld die niet aan het slachtoffer te zien zijn. Dit zijn onder andere de gemeten vitale waarden (op meerdere tijdstippen), de toegediende medicatie en de persoonsgegevens. De kaart is voorzien van afscheurbare hoekjes, waarop de naam van het slachtoffer ingevuld moet worden. Het bovenste hoekje wordt afgescheurd als het slachtoffer het rampterrein verlaat. Dit gebeurt op het ambulancestation als deze operationeel is. Zo niet dat moet het hoofd gewondennest het hoekje afscheuren en bewaren. Het onderste hoekje wordt afgescheurd bij aankomst in het ziekenhuis. De gewondenkaart gaat dan in de status van de patiënt. Door het goed hanteren van de hoekjes kan snel duidelijkheid verkregen worden over de verblijfplaats van de patiënt. Het is daarom belangrijk dat deze hoekjes snel naar het Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB) van de gemeente worden gebracht. In de bijlage van dit deelplan is een afbeelding opgenomen van de gewondenkaart.

Een logboek is een document waarin berichten, in een chronologische volgorde, staan genoteerd. Het betreft alle berichten welke tijdens een inzet binnenkomen en uitgaan. In het logboek is terug te lezen wat op welke tijd heeft plaats gevonden en wat de daaruit voortgekomen actie is geweest. Een logboek kan ondersteunend werken bij een grootschalige inzet en kan gebruikt worden voor het opstellen van situatierapporten. Een logboek is dus een belangrijk document. Ondanks de belangrijkheid kan de indeling simpel gehouden worden. Met drie kolommen, verdeeld in een kolom tijd, een kolom bericht en een kolom actie, kan alle berichtenverkeer bijgehouden worden.

De chauffeur van de eerste ambulance is belast met het maken van een overzicht/schets van de situatie (voorlopig inzetplan).

De chauffeur van de eerste ambulance noteert alle bevindingen van de verpleegkundige bij de schets.

- locatie slachtoffers,
 - urgentieklasse,
 - volgorde van afvoer,
 - inzet bijstandsambulances.
-

HOOFDSTUK 6: NAZORG

Debriefing

Na inzet wordt er voor alle mensen van de SMH-organisatie een debriefing verzorgd op de Zijlweg. Nazorg gebeurt verder binnen de eigen organisatie en aan de hand van de richtlijnen van de eigen organisatie.

HOOFDSTUK 7: EVALUATIE

Opzet evaluatie

De inzet van de SMH in het kader van een ramp wordt – ter voorbereiding op een integrale evaluatie - in eerste aanleg bij voorkeur binnen twee weken na de inzet geëvalueerd door alle betrokkenen binnen de SMH onder verantwoording van de leider van het Kernteam.

De resultaten worden schriftelijk vastgelegd en aangeboden aan de RGF en de directies van de betrokken instellingen. De directies zijn zelf verantwoordelijk voor verspreiding van de uitkomsten onder medewerkers voor wie deze relevant zijn.

Protocol evaluatie

Onderstaande checklist kan behulpzaam zijn bij het schrijven van het evaluatieverslag. Door de punten te verwerken in het evaluatieverslag, is de kans klein dat aan belangrijke zaken voorbij wordt gegaan.

Naast deze geheugensteun heeft het werken met deze checklist het voordeel dat de informatie-uitwisseling tussen collega's over hun bijdrage bij de hulp aan betrokkenen van een ramp, soepeler verloopt.

Door aan de hand van dezelfde systematiek de organisatie en uitvoering van het hulpaanbod te beschrijven, wordt sneller zichtbaar waar de overeenkomsten en verschillen in visie en handelen zitten.

Vervolgens kan de discussie daarover leiden tot nieuwe inzichten en tot het bijstellen van het bestaande deelplan. Een goede evaluatie is van cruciaal belang voor het bevorderen van de kwaliteit van het hulpaanbod bij rampen.

Om te voorkomen dat belangrijke bevindingen wegebben, is het aan te raden om binnen twee weken na afloop van de acute fase het evaluatieverslag te schrijven.

Onderstaande evaluatiepunten zijn op een logische manier gerangschikt. Hoewel het een ieder vrij staat om de punten in een andere volgorde te bespreken, komt het de onderlinge uitwisseling van informatie ten goede als toch aan deze volgorde wordt vastgehouden.

Evaluatiepunten:

1. Beschrijving van de casus.
2. Logboek.
Beschrijving van de gebeurtenissen/ acties in chronologische volgorde. Afhankelijk voor wie de rapportage is bedoeld (intern of extern) kan deze beschrijving globaal of juist gedetailleerd worden gegeven.
3. Bereikbaarheid van de Rampenorganisatie.
Zoals telefonische bereikbaarheid. Was iedereen die nodig was te bereiken. Ging dat vlot of kostte het tijd en/of moeite om iemand te bereiken.
4. Taakinzicht en snelheid van handelen.
Hadden alle betrokkenen een duidelijk beeld over hun eigen rol en taak. Kwamen zij snel in actie of nam dat veel tijd in beslag.
5. Externe communicatie.
Met wie werden welke soort zaken worden besproken. Wie nam het initiatief tot deze gesprekken. Belicht met name de rol van de GGZ en de overwegingen voor deze keuze. Bijvoorbeeld was de GGZ afwachting of nam het juist zelf het initiatief met het aanbieden van hulp.
6. Met wie en welke instellingen is er samengewerkt?
7. Hoe verliep de samenwerking tussen deze instellingen.
8. Omschrijving van het aanbod.
9. Effectiviteit van het aanbod.
Welke activiteiten waren geslaagd, welke minder? Geef een toelichting.
10. Suggesties voor verbetering van het aanbod.

Deelplan 13 – Spoedeisende Medische Hulpverlening

11. Suggesties voor verbetering van de samenwerking.
12. Suggesties voor verbetering van de externe communicatie.
13. Suggesties voor verbetering van de interne communicatie.
14. Is er volgens een bestaand rampenplan gewerkt?
Zo ja, geeft de evaluatie aanleiding tot het bijstellen ervan? Welke wijzigingen worden (eventueel) noodzakelijk geacht?
15. Geeft evaluatie noodzaak tot bijstelling en/of verandering van samenwerkingsverbanden?
16. Andere op- of aanmerkingen.

Datum opmaak evaluatie:

Evaluatieverslag is opgemaakt door:

Onderstaande instellingen zijn betrokken geweest bij de organisatie en uitvoering van het hulpaanbod en gaan akkoord met dit evaluatieverslag.

BIJLAGEN**Afkortingen**

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BT	Beleids Team
CB	Coördinerend burgemeester
CGD	Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten
CGV	Coördinator Gewonden Vervoer
CoRT	Commando Ramp Terrein
CTPI	Coördinatie Team Plaats Incident
CvD-G	Commandant van Dienst - Geneeskundig
GAGS	Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GGD	Gemeenschappelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK	Geneeskundige Combinatie
HAC	Hoofd Actie Centrum
HDK	HulpverleningDienst Kennemerland
HGN	Hoofd Gewonden Nest
HS-GHOR	Hoofd Sectie Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IAC	Informatie en Advies Centrum
KT	Kernteam
LPO	Leider Psychosociaal Opvangteam
NCC	Nationaal Coördinatie Centrum
MBA	Meldkamer Brandweer en Ambulance
OL	Operationeel Leider
OMACGHOR	Operationeel Medewerker Actie Centrum GHOR
OPRON	Overleg Psychosociale Rampen Opvang Nederland
OvD-G	Officier van Dienst - Geneeskundig
OT	Operationeel Team
PCC	Provinciaal Coördinatie Centrum
PSOT	Psychosociaal Opvangteam
PSH	Psycho Sociale Hulpverlening
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
RCR	Regionaal Coördinator Rampenhulpverlening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
VC	Verbinding Commandowagen
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheidszorg

Gebruikte literatuur

- Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, artikel 2.2
 - Landelijke procedure GHOR
 - Rampenplan voor de gemeenten in Kennemerland, juli 2005
-

Begrippen

Actiecentrum:

De plaats van waar uit iedere operationele dienst de eigen deeltaak regelt.

Acute fase psychosociale hulpverlening:

De eerste fase van de psychosociale hulpverlening beslaat de periode direct na de gebeurtenis en

Duurt in principe maximaal 72 uur.

Ambulancebijstandsplan:

Plan waarin gerangschikt naar afstand de CPA-en staan vermeld. Daarbij aangegeven het maximum voor bijstand beschikbare aantal ambulances en binnen welke tijd ze beschikbaar kunnen zijn.

Behandelcentrum:

Een plaats waar lichtgewonde slachtoffers van een ongeval/ramp, die niet in een ziekenhuis behoeven te worden opgenomen, worden bijeengebracht voor een beperkte medische behandeling.

Bevoegd gezag:

Al naar gelang de van toepassing zijnde wettelijke bepaling de burgemeester, de Commissaris der Koningin, de minister van Binnenlandse Zaken.

Bijstand:

De in het kader van de rampenbestrijding te verlenen hulp door buitengemeentelijke organisaties en instanties.

Centraal Registratiebureau Afhandeling Schade:

Een taakgroep van schade-experts die zich door actief en passief informatie vergaren richt op het op een centrale plaats verkrijgen van een totaaloverzicht van ontstane schade.

Centraal Registratie- en Informatiebureau:

Het bureau dat gegevens verzamelt omtrent doden, gewonden, vermisten en verplaatste personen, deze gegevens registreert en op aanwijzingen van het bevoegd gezag aan belanghebbenden verstrekt.

Chapelle ardente:

De plaats waar de slachtoffers worden opgebaard en waaruit de stoffelijke overschotten ter begraving c.q. crematie worden vervoerd.

Commandant van Dienst – Geneeskundig:

Een functionaris die verantwoordelijk is voor de leiding over de geneeskundige hulpverlening ter plaatse en de afstemming hiervan op de overige hulpverlening.

Coördinator Gewonden Vervoer:

Een functionaris van de CPA die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de gewondenafvoer en het ambulanceverkeer ter plaatse.

Debriefen:

Nabespreking van de inzet, direct aansluitend op de inzet.

Evacuatie:

Een door de overheid gelaste verplaatsing van groepen personen in Nederland met daaronder: vervoer(sbegeleiding), opnemings, verzorging en terugkeer van deze groepen, de voorbereiding daarvan en de nazorg.

Gemeenschappelijk actiecentrum:

Eén actiecentrum van enkele gemeentelijke diensten, eventueel uit verschillende gemeenten, dat gericht is op één of meer activiteiten in een niet scherp af te bakenen of onsamenhangend gebied.

Geneeskundige hulpverleningsketen:

De keten van samenhangende en georganiseerde redding, medische en paramedische handelingen, vanaf het opsporen van de gewonden, tot het moment dat verdere behandeling in een ziekenhuis niet meer nodig is.

Hoofd Stafsectie GHOR:

De hoogste geneeskundig functionaris op tactisch niveau die namens de RGF, vanuit het OT direct leiding geeft aan o.a. CvDG'en, AC-GHOR, CPA en Kernteam.

Informatie en Adviescentrum:

Gemeentelijk centrum dat informatie verstrekt over de ramp en de gevolgen ervan, met name aan het publiek.

Loodspost:

Een als regel vooraf bepaalde, gemakkelijk te vinden plaats waar bijstandverlenende ambulances worden opgevangen en van waaruit het naar een gewenste plaats wordt geleid.

Officier van Dienst – Geneeskundig:

Een functionaris ter plaatse van een ongeval die belast is met de coördinatie van met name de ambulancezorg.

Operationele leiding:

De bevoegdheid tot het in opdracht van de burgemeester geven van bindende aanwijzingen aan commandanten/hoofden van de bij de rampbestrijding samenwerkende zelfstandige diensten, zonder daarbij te treden in de bevoegdheden van de commandanten/hoofden van de diensten aangaande de wijze van uitvoeren van de taken.

Opvangcentrum:

De plaats waar niet-gewonde en (behandelde) lichtgewonden worden ondergebracht in afwachting van de mogelijkheid tot terugkeer naar de eigen woongelegheden of onderbrenging elders.

Ontruiming:

Het voor korte duur verlaten van de verblijfplaats op een advies van parate diensten. Brandweer en politie kunnen direct tot een dergelijk advies overgaan, indien daarvoor, binnen aan te geven grenzen, een mandaat is verstrekt. Een voorwaarde daarbij kan zijn dat zij de ontruiming zelf in goede banen kunnen leiden (vergelijk: evacuatie).

Psychosociale eerste nazorgfase:

De eerste psychosociale nazorgfase begint na de acute fase in de psychosociale opvang die ongeveer 3 maanden duurt.

Ramp:

Een gebeurtenis,

1. waardoor een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen dan wel grote materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden

en

2. waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillend vakgebied vereist is.

Rampenbestrijding:

Het geheel van overheidsmaatregelen ter bescherming van de bevolking en gericht op de beperking of verzachting van de gevolgen van grote ongevallen en rampen.

Rampenplan:

Een organisatieplan waarin in algemene zin is aangegeven hoe in geval van een ramp of een dreigende ramp gehandeld dient te worden ten einde tot een doelmatige bestrijding van de ramp en de gevolgen daarvan te komen.

Rampterrein:

Het door de opperbevelhebber aangewezen gedeelte van een gemeente waarbinnen bijzondere regimes gelden ten aanzien van de handhaving en het herstel van openbare veiligheid en openbare orde.

Regionaal Coördinatie Centrum:

Indien zich een ramp dreigt voor te doen, voordoet of heeft voorgedaan, die de algemene veiligheid van personen en/of goederen in meer dan een gemeente in regio aantast of heeft aangetast dan wel een bedreiging van die veiligheid inhoudt, kan de coördinerend burgemeester een regionaal coördinatiecentrum in bedrijf stellen.

Regionaal Geneeskundig Functionaris:

Hoogst leidinggevende en ambtelijk eindverantwoordelijk functionaris binnen de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

SIGMA:

Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie, bestaande uit mensen van het Nederlandse Rode Kruis.

Triage:

Het classificeren van gewonden naar de ernst van de opgelopen letsels. Deze classificatie resulteert in een aantal urgentieklassen voor behandeling en afvoer.

De gewonden- kaart

253847

I

II

III

IV

Naam _____

Geboortedatum _____

Huisadres _____

Woonplaats _____

Adres vindplaats _____

Datum/tijds groep Gewondennest VG-aankomst VG-vertrek

Doorschuren naar Ziekenhuis Mortuarium Huis(jarts)

Houding tijdens vervoer Plat (hoofd laag) Stabiele zijligging Buikligging

Halfzittend Zittend

253847

Diagnose

Hoofd

Hals

Borst

Buk

Ledenaten

Brenwonden

Meervoudige letels

Toelichting

R L L R

	Gewondennest	VG	Ziekenhuis
Ademhaling	Regelmatig Onregelmatig	Regelmatig Onregelmatig	Regelmatig Onregelmatig
Reactie op prikkel	Ja Nee	Ja Nee	Ja Nee
Reactie op pijnprikkels	Ja Nee	Ja Nee	Ja Nee
Pols			
Bloeddruk			
Infusie	Fysiologisch zout □ □ □ □ Plasma vervangend □ □ □ □	Fysiologisch zout □ □ □ □ Plasma vervangend □ □ □ □	Fysiologisch zout □ □ □ □ Plasma vervangend □ □ □ □
Injectie	Preparaat Dosis IV IM	Preparaat Dosis IV IM	Preparaat Dosis IV IM

253847