

Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen

Handreiking, samenwerking tussen huisartsen en GHOR



Samenvatting

Net als ieder ander kan een huisarts totaal onverwacht geconfronteerd worden met een ramp in zijn¹ directe omgeving. De taken en positie van een huisarts in die situatie zijn niet landelijk eenduidig vastgelegd, noch in wetgeving, noch in eigen richtlijnen. De regionale praktijk van afspraken tussen de huisartsen en de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) laat daardoor grote verschillen zien, met alle onduidelikheden van dien.

Handreiking voor heldere afspraken

Om daarin verandering te brengen, hebben GHOR Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) deze landelijke handreiking geschreven. Daarmee hopen zij een zekere mate van uniformiteit te realiseren en de huisartsen en GHOR optimaal te helpen bij het maken van goede regionale afspraken.

De handreiking heeft als doel een aantal uniforme basisuitgangspunten voor de rol van de huisartsen binnen de GHOR te beschrijven. Daarnaast bevat ze een 'agenda' om daarover nadere regionale afspraken te maken. Deze afspraken kunnen worden vastgelegd in regionale procesplannen en samenwerkingsovereenkomsten.

Wat doet de GHOR?

De GHOR is een regionale overheidsorganisatie onder verantwoordelijkheid van de colleges van burgemeester en wethouders. Als de Wet veiligheidsregio's in werking is getreden, zal de GHOR deel gaan uitmaken van de veiligheidsregio. De GHOR is verantwoordelijk voor de coördinatie van de voorbereiding op en uitvoering van drie processen:

- 1 de opgeschaalde Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH); dit proces omvat het geheel van extra- en intramurale zorg aan somatische slachtoffers van rampen en zware ongevallen. De reguliere keten van acute zorg levert deze zorg;
- 2 de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR); dit proces omvat de psychosociale nazorg aan getraumatiseerde slachtoffers van rampen en zware ongevallen;
- 3 de Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG); dit proces is gericht op bescherming van de volksgezondheid bij ongevallen en rampen met gevaar voor mens en milieu, om (extra) gewonden of verergering van letsel te voorkomen.

Om haar coördinatierol voor deze drie processen te kunnen vervullen, voert de GHOR structureel overleg met alle betrokken geneeskundige ketenpartners. Het doel daarvan is dat de GHOR met de partners afspraken maakt over hun taken en prestaties bij rampen en de voorbereiding daarop. Die taak staat ook als een verplichting in artikel 27, tweede lid van de Wet veiligheidsregio's.

¹ Overal waar hij of zijn staat, kunt u ook zij of haar lezen. Omwille van de leesbaarheid is deze tekst in de hij-vorm geschreven.

Verantwoordelijkheden van GHOR en ketenpartners

De GHOR is uitsluitend verantwoordelijk voor de coördinatie van (de voorbereiding op) de geneeskundige hulpverlening en het maken van afspraken hierover met de ketenpartners. De daadwerkelijke uitvoering van de primaire zorgprocessen is en blijft altijd een verantwoordelijkheid van de ketenpartners zelf. Op grond van wet- en regelgeving zijn zij zelf verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatieve zorg onder alle omstandigheden. Zij zullen zich dus ook zelf moeten voorbereiden op bijzondere situaties die gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening.

Voor de huisartsen betekent dit dat de somatische en psychosociale zorg die zij in hun praktijk verlenen aan eigen patiënten en ‘passanten’ die slachtoffer zijn van een ramp, onder de reguliere contractafspraken met de zorgverzekeraars vallen. Hetzelfde geldt voor de behandeling van patiënten in de avond, nacht en het weekend door de huisartsenpost.

De huisartsen en huisartsenposten zullen zich verder ook zelf moeten voorbereiden op situaties die de continuïteit van hun reguliere zorgverlening kunnen aantasten, zoals een influenzapandemie. De GHOR-bureaus kunnen daarbij een belangrijke ondersteunende rol vervullen. De huisartsen en huisartsenposten hebben echter geen verplichte aanvullende rol. Zij hebben alleen de verplichting om hun reguliere zorgverlening onder alle omstandigheden voort te zetten. Inzet van huisartsen op een rampterrein of in een behandelcentrum voor slachtoffers van een ramp, dat de GHOR heeft ingesteld, hoort niet bij deze reguliere taakstelling. Als de GHOR toch de huisartsen een specifieke taak wil toebedelen, dan zullen daarover regionale afspraken moeten worden gemaakt. Hierbij zullen de reguliere taken van de huisartsen en huisartsenposten gewaarborgd moeten blijven.

Grootschalige infectieziektebestrijding

De gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor het bestrijden van uitbraken van infectieziekten. Zij houden daarvoor een Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand. Bij zeer grote uitbraken (pandemieën) vervult de GHOR namens de gemeenten een centrale coördinerende rol, onder de nationale aansturing van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bij een pandemische infectieziekte-uitbraak krijgen huisartsen te maken met een enorme toename van ziektegevallen in een korte periode. Huisartsen en de GHOR zullen dan in nauwe samenspraak bezien tot op welk moment de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat, en vanaf wanneer aanvullende arrangementen nodig zijn om de continuïteit te waarborgen. Op dat moment worden alle regionale en landelijke coördinatie- en adviesstructuren operationeel.

De GHOR coördineert de hulpverlening binnen de regio, in nauwe samenwerking met de GGD. De huisartsen zijn en blijven echter verantwoordelijk voor het leveren van de zorg. Door de toegenomen zorgvraag (veel consulten) en het afgenomen zorgaanbod (uitval onder huisartsen) kan de continuïteit van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. Dan moeten regionaal maatregelen worden getroffen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te garanderen. De huisartsen zijn hiervoor primair zelf verantwoordelijk. Gemeenten en de GHOR zullen het organiseren van de continuïteit van zorg wel ondersteunen. Ze doen dat

vanuit hun verantwoordelijkheid voor het bestrijden van de gevolgen van een ramp. Daarom is het aan te bevelen van tevoren regionale afspraken te maken over onder andere informatievoorziening, diagnostiek, beschermende maatregelen, vaccinatie, antivirale middelen, opnamebeleid en opties voor het anders inrichten van de huisartsenzorg als de continuïteit in gevaar komt.

In beginsel blijft bij een pandemie sprake van reguliere patiëntenzorg. De consulten kunnen op reguliere wijze worden gedeclareerd. Bij opschaling van de huisartsenzorg zal het echter veelvuldig voorkomen dat patiënten niet door hun eigen huisarts worden geholpen. Dan kunnen huisartsen het passantentarief in rekening brengen. Daarnaast brengt een aantal van de bovenstaande maatregelen extra kosten met zich mee. Daar waar (nog) geen afspraken over de financiering voorhanden zijn, lijkt het verstandig dat huisartsen samen met de GHOR en GGD contact zoeken met de zorgverzekeraars hierover. Bepaalde inspanningen van huisartsen en huisartsenposten vloeien immers voort uit specifieke eisen (zoals het aanleveren van registratiegegevens of het instellen van een callcenter om onnodige (kruis)besmettingen te voorkomen).

Opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening

De GHOR vervult bij rampen een coördinerende rol in de spoedeisende medische hulpverlening die de ambulancezorg en de ziekenhuizen leveren. De GHOR coördineert onder andere de ambulancebijstand, gewondenspreiding en slachtofferregistratie. Er zijn echter geen landelijk uniforme afspraken over de rol van de huisartsen en huisartsenposten bij opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening.

Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het adequaat continueren van hun reguliere zorgverlening. Dit betekent dat zij hulp dienen te verlenen aan slachtoffers die zelfstandig naar de eigen praktijk (of in de avond, nacht en het weekend naar de huisartsenpost) komen. Nog mobiele slachtoffers gaan vaak zelf op zoek naar hulp. Zij zullen onder andere aankloppen bij de eigen huisarts, een praktijk in de buurt van het rampterrein of, buiten kantooruren, bij de huisartsenpost.

Hoewel de huisartsen daartoe niet verplicht zijn, kunnen regionaal afspraken worden gemaakt over een aanvullende rol bij rampen. Naar analogie van hun dagelijkse rol, zouden de huisartsen bij rampen namelijk kunnen bijdragen aan de hulpverlening aan lichtgewonde slachtoffers in de zogenoemde 'nevenketen'. De huisartsen en huisartsenposten zouden hiermee een belangrijke rol kunnen spelen in het ontlasten van de hoofdketen van ambulancezorg en ziekenhuizen. De GHOR en huisartsen(posten) kunnen daartoe regionaal afspreken dat huisartsen worden ingezet in een behandelcentrum voor lichtgewonden buiten het rampterrein. Dan kunnen de huisartsen en/of huisartsenposten met de GHOR een financiële tegemoetkoming overeenkomen voor de voorbereidingsactiviteiten (planvorming, opleiding, oefening) en de daadwerkelijke patiëntcontacten bij een inzet.

Psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen

In de acute fase (maximaal 3x24 uur na een ramp) coördineert de GHOR de eventuele inzet van psychosociale opvangteams die slachtofferhulp bieden. Als regionaal is afgesproken dat huisartsen kunnen worden ingezet in een behandelcentrum voor lichtgewonde slachtoffers, dan zullen zij getraind moeten zijn in de samenwerking met deze psychosociale opvangteams. In de lange nazorgperiode daarna spelen de huisartsen een centrale rol. Zij hebben een signaleringsfunctie voor de behoefte aan psychosociale zorg. Regionaal moeten afspraken worden gemaakt over het monitoren van psychosociale klachten, zodat gemeente, GGD en GHOR de hulpverlening centraal kunnen coördineren.

Structurele samenwerking is wenselijk

Structurele samenwerking houdt in dat er vaste huisartsenvertegenwoordigers aanwezig zijn bij het beleidsoverleg en organisatorische overleg over de geneeskundige hulp binnen de veiligheidsregio. Dat betekent ook dat huisartsen deelnemen aan werkgroepen en projectgroepen voor het opstellen van deelplannen en protocollen, als voorbereiding op een ramp. Een complicerende factor is dat de gebiedsindelingen van de GHOR en de huisartsenzorg niet op elkaar aansluiten. Alle huisartsenkringen en -posten binnen een GHOR-regio zullen daarom vanuit hun gelederen een of meer vertegenwoordigers moeten aanstellen, die zich inwerken in de materie. Zij kunnen de huisartsenkring en -post op deskundige wijze vertegenwoordigen bij de voorbereiding op rampen en crises.

De samenwerking heeft als doel huisartsen structureel in de GHOR-organisatie in te bedden, zodat hun kennis en deskundigheid beter kunnen worden benut. Dat geldt voor de voorbereiding op rampen, tijdens rampen, maar ook in de nazorg. Deze samenwerking is niet vrijblijvend. Wederzijdse rechten en verplichtingen moeten worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

Gericht trainen, samen oefenen en praktijkervaring zijn essentieel

Procesplannen, draaiboeken, protocollen en checklists zijn slechts een deel van de voorbereiding. Een plan op zichzelf blijkt niet zo effectief voor handelingen die in de dagelijkse praktijk weinig voorkomen. Gerichtte training, gezamenlijke oefeningen en praktijkervaring blijken meer effect te hebben. Om de procesplannen daadwerkelijk te kunnen implementeren, zijn daarom afspraken tussen de GHOR en de huisartsen nodig over het gezamenlijk bijscholen, trainen en oefenen voor GHOR-omstandigheden. De exacte behoeften zullen regionaal bepaald worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	7
1. Verantwoording	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doelgroep	10
1.3 Totstandkoming en status.....	11
1.4 Leeswijzer	11
2. De GHOR, de veiligheidsregio en de bestrijding van rampen en crises	13
2.1 Organisatie van de GHOR.....	13
2.2 Taken en verantwoordelijkheden van de GHOR.....	14
2.3 Operationele crisisorganisatie van de veiligheidsregio	16
3. Verantwoordelijkheden van de huisarts en huisartsenpost bij rampen en crises.....	23
3.1 Wettelijke verplichtingen	23
3.2 Primaire zorgprocessen: eigen verantwoordelijkheid van ketenpartners.....	23
3.3 Huisartsen bij een ramp inzetten mag.....	24
4. Huisartsenzorg en grootschalige infectieziektebestrijding.....	27
4.1 Organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding.....	27
4.2 De rol van de huisartsen.....	28
4.3 Regionale afspraken.....	30
5. Huisartsenzorg en opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening	39
5.1 Organisatie van de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening	39
5.2 De rol van de huisartsen.....	42
5.3 Regionale afspraken.....	44
6. Huisartsenzorg en psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen.....	51
6.1 Organisatie van de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen.....	51
6.2 De rol van de huisartsen.....	52
6.3 Regionale afspraken.....	52
7. Slotbeschouwing: structurele samenwerking	55
7.1 Structurele samenwerking is nodig	55
7.2 Complicerend: grenzen lopen niet parallel	55
7.3 Samenwerking is niet vrijblijvend	55
7.3 Trainen, samen oefenen en praktijkervaring.....	56

Bijlage 1: gebruikte afkortingen	57
Bijlage 2: gebruikte documenten	58
Bijlage 3: overzicht gebiedsindelingen.....	59
Bijlage 4: checklist regionale afspraken	64

Voorwoord

De rol van huisartsen en huisartsenposten bij ‘flitsrampen’ of grootschalige infectieziekte-uitbraken is in Nederland niet landelijk uniform uitgewerkt. Toch zijn er veel praktijkvoorbeelden bekend van huisartsen die, als het erop aankomt, een zeer belangrijke rol hebben gespeeld bij een ramp. Ook is er een steeds breder besef dat een gedegen voorbereiding op bijvoorbeeld een influenzapandemie onontbeerlijk is. De Wet veiligheidsregio’s, momenteel in behandeling bij de Eerste Kamer, geeft een extra impuls aan dit besef.

Huisartsen, huisartsenposten en de GHOR willen de gezamenlijke voorbereiding graag een stap verder brengen. GHOR Nederland, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) hebben de handen ineengeslagen om de eerste bakens te zetten voor een nadere samenwerking op landelijk en regionaal niveau. Zo hebben we deze handreiking met landelijke afspraken en goede voorbeelden opgesteld.

De handreiking besteedt aandacht aan huisartsenzorg tijdens een opgeschaalde situatie, vanuit het perspectief van de huisartsenzorg en vanuit het perspectief van de GHOR. Met de handreiking stellen we de kennis en ervaring die in de regio is opgedaan landelijk beschikbaar. Daarnaast is ze een hulpmiddel om regionaal goede en vergelijkbare afspraken te maken. De huisartsen (individueel, de kringen en de posten) en de GHOR kunnen zo efficiënt en effectief aan de slag gaan met vervolgvactiteiten op regionaal niveau om de samenwerking te versterken.

De handreiking beschrijft de huidige situatie en is slechts een eerste stap. Het is zaak om de komende periode landelijk de taken van de huisartsen binnen de GHOR nog verder door te ontwikkelen en aan te scherpen. Ook komt er landelijk een gezamenlijk opleidings- en oefentraject om huisartsen te bekwamen in de regionale samenwerking met de GHOR. Samen zullen we zo de komende jaren de huisartsen en huisartsenposten ondersteunen bij de regionale voorbereiding met de GHOR op rampen en crises.

Dr. S.R.A. van Eijck
voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging

Drs. F.C.W. Klaassen, arts
voorzitter GHOR Nederland

Drs. S.A.J.J. Rikken, arts
vicevoorzitter Vereniging Huisartsenposten Nederland

Drs. A.E. Timmermans, huisarts
bestuursvoorzitter Nederlands Huisartsen Genootschap



1. Verantwoording

In dit hoofdstuk komen de aanleiding, de doelgroep, de totstandkoming en de status van de handreiking aan de orde. Een leeswijzer sluit deze verantwoording af.

“De ramp kwam op een zonnige zaterdagmiddag, letterlijk als een donderslag bij heldere hemel. De meeste huisartsen waren vrij. Toen het bericht van de ramp zich verspreidde, kregen zij ineens de rol van hulpverlener en dat wierp veel vragen op. Het was hun niet duidelijk wat hun rol in een dergelijke grootschalige ramp kon zijn. Hun onzekerheid werd nog versterkt door de verwarring bij de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) toen huisartsen daar hun hulp aanboden: op huisartsen als hulpverleners was niet gerekend. In het rampgebied zelf zijn twee huisartsen gaan helpen met de opvang en triage van de soms ernstig gewonden. Eén van hen kwam daarbij in een gevaarlijke en gruwelijke situatie terecht. Twee jaar na de ramp bleek hij te lijden aan een posttraumatisch stresssyndroom, hoewel hij tussentijds had doorgewerkt.” (Rik Soeteman, Mij mankeert niets: ervaringen van huisartsen tijdens en na een ramp)

“In de nieuwjaarsnacht 2000-2001 ontstond een korte felle brand in café Het Hemeltje in Volendam. Op dat moment luidden daar ongeveer 300 jongeren het nieuwe jaar in. Bijna 200 jongeren liepen brandwonden op, en de verstikkende rook leidde tot ernstige longproblemen en soms bewusteloosheid. De brand kostte veertien jongeren het leven. Ook in Volendam werden de huisartsen benaderd voor monitoring van getroffenen, hun gezinsleden en niet-getroffenen [...] Onderzoek [...] laat zien dat de huisartsenpraktijk een waardevolle bron van informatie kan zijn voor de langetermijneffecten van rampen. Het kunnen vergelijken met gegevens van voor de ramp en met een controlegroep is belangrijk. Het overgrote deel van de betrokken huisartsen bleek bereid mee te werken aan onderzoek, ook al betekende dat een extra tijdsinvestering naast extra patiëntenzorg vanwege de ramp.” (G.A. Donkers c.s., Gezondheidsklachten na een ramp. Lessen voor de toekomst)

1.1 Aanleiding

Net als ieder ander kan een huisarts totaal onverwacht geconfronteerd worden met een ramp in zijn directe omgeving, zoals Rik Soeteman en een aantal collega's overkwam bij de vuurwerkramp in Enschede. De taken en positie van de huisartsen in zulke situaties zijn echter niet landelijk eenduidig vastgelegd, noch in wetgeving, noch in eigen richtlijnen.

Huisartsen kunnen daardoor in de situatie terechtkomen dat niet duidelijk is wat er van hen wordt verwacht, terwijl hulpverlening aan slachtoffers niet kan wachten. Zoals in Enschede duidelijk werd, was zelfs bij de speciaal daartoe in het leven geroepen overheidsinstantie GHOR niet duidelijk welke rol de huisarts zou kunnen vervullen.

In sommige regio's hebben het GHOR-bureau en de huisartsen dit manco onderkend en met samenwerkingsovereenkomsten en draaiboeken de rol van de huisarts nader ingevuld en vastgelegd. Die regionale afspraken laten grote verschillen zien. Elke GHOR-regio heeft de rol van de huisartsen en de daarvoor benodigde randvoorwaarden op een eigen manier ingevuld. Een probleem daarbij is dat de grenzen van de GHOR-regio's niet overeenkomen met die van de huisartsenkringen en -posten (zie bijlage 3). Hierdoor kunnen huisartsen te maken krijgen met verschillende GHOR-regio's, die elk weer andere afspraken hanteren.

Om een zekere mate van uniformiteit te realiseren, en de huisartsen en GHOR maximaal te helpen bij het maken van goede regionale afspraken, hebben de betrokken brancheverenigingen² het initiatief genomen tot deze landelijke handreiking. Die heeft allereerst als doel een aantal uniforme basisuitgangspunten te beschrijven voor de rol van de huisartsen binnen de GHOR, zodat elke regio hetzelfde startpunt heeft. Bijvoorbeeld voor organisatie en verantwoordelijkheden. Zo proberen we de gevolgen van de incongruente regiogrenzen in te perken.

Daarnaast biedt de handreiking een 'agenda' voor het maken van nadere regionale afspraken, die de betrokken partijen op hun eigen situatie kunnen toespitsen. Regio's houden daarbij de ruimte om eigen keuzes te maken en eigen accenten te leggen. Om bij deze regionale keuzes te helpen, staan in de handreiking diverse 'best practices' (goede voorbeelden) van de concrete organisatie van een bepaalde taak. Bovendien is in bijlage 4 een checklist opgenomen van onderwerpen waarover regionaal afspraken in een convenant kunnen worden vastgelegd.

1.2 Doelgroep

Deze handreiking heeft als doelgroep de partijen die uiteindelijk de concrete samenwerkingsafspraken moeten maken: de GHOR-bureaus, de huisartsenkringen en de huisartsenposten. Ook voor huisartsengroepen en individuele huisartsen biedt deze handreiking een nuttige 'inleiding op de GHOR'. De handreiking vervangt echter niet de regionale afspraken en draaiboeken. De GHOR-regio's, huisartsenkringen en huisartsenposten zullen zelf actief moeten blijven communiceren, zodat alle betrokken huisartsen ten minste de basisafspraken over hun rol bij rampen kennen, en kunnen toepassen.

² GHOR Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN).

1.3 Totstandkoming en status

GHOR Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) hebben de opdracht gegeven voor deze handreiking. De handreiking is tot stand gekomen met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De handreiking heeft de status van een deskundigenadvies. Ze is geen richtlijn of normstellend kader, maar beschrijft uitsluitend de bestaande organisatie en bevat tips voor nadere regionale afspraken.

De handreiking is een dynamisch document. Zo worden er diverse discussiepunten gesignaleerd waarover regionale afspraken wenselijk zijn, en die ook een basis bieden voor nadere landelijke discussie. Misschien zal het mogelijk blijken om over een aantal van deze discussiepunten later landelijk uniforme afspraken te maken tussen de betrokken koepels. Dan zal de handreiking later op die punten worden aangepast.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat waarvoor de GHOR en de veiligheidsregio's verantwoordelijk zijn, en hoe de rampenbestrijding in Nederland is georganiseerd. Welke verantwoordelijkheden de huisartsen en huisartsenposten dragen bij (de voorbereiding op) rampen en crises leest u in het hoofdstuk daarna. In de hoofdstukken 4, 5 en 6 worden vervolgens voor de drie GHOR-processen de organisatie en verantwoordelijkheden beschreven. Die processen zijn: grootschalige infectieziektebestrijding, opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening en psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen. In de drie hoofdstukken komen ook de onderwerpen aan de orde waarover regionaal afspraken kunnen worden gemaakt. In het laatste hoofdstuk staan mogelijkheden om de samenwerking tussen GHOR en huisartsenzorg structureel te borgen.



2. De GHOR, de veiligheidsregio en de bestrijding van rampen en crises

Dit hoofdstuk geeft achtergrondinformatie over het ontstaan en over de taken en verantwoordelijkheden van de GHOR. Verder is er veel aandacht voor de veiligheidsregio's en de crisisorganisatie in deze regio's.

2.1 Organisatie van de GHOR

Sinds halverwege de jaren tachtig de Bescherming Bevolking – een ‘slapende’ rampenorganisatie uit de tijd van de Koude Oorlog – is opgeheven, is in Nederland de voorbereiding op de rampenbestrijding een verantwoordelijkheid van de colleges van burgemeester en wethouders. In de Rampenwet en Brandweerwet uit 1985 is de uitvoering van de rampenbestrijding opgedragen aan de organisaties die ook verantwoordelijk zijn voor de reguliere, dagelijkse veiligheidszorg: gemeente, brandweer, politie en geneeskundige keten, onder het ‘opperbevel’ van de burgemeester. Voor de geneeskundige hulpverlening betekent dit uitgangspunt dat haar kernopgave is de reguliere gezondheidszorg naadloos te kunnen laten opschalen van dagelijkse omstandigheden naar grootschalig optreden. Dat is niet eenvoudig, want de geneeskundige hulpverlening is niet één organisatie onder directe verantwoordelijkheid van de overheid, zoals andere hulpdiensten. Ze is juist een keten van diverse private en publieke zorgverleners van de ambulancezorg, ziekenhuizen, huisartsen en huisartsenposten, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en GGD, aangevuld met vrijwilligers van het Nederlandse Rode Kruis. De overheid heeft daarom eind jaren negentig de GHOR in het leven geroepen om vanuit de overheid toch de voorbereiding van deze gezondheidszorgorganisaties op rampen en op de daadwerkelijke hulpverlening te kunnen sturen (zie kader op bladzijde 15).

De GHOR is een deel van de veiligheidsregio

De GHOR is een regionale overheidsorganisatie onder verantwoordelijkheid van de colleges van burgemeester en wethouders. Als de Wet veiligheidsregio's in werking is getreden, zal de GHOR samen met de brandweer en de gemeenschappelijke meldkamer (van ambulancezorg, brandweer en politie) de veiligheidsregio gaan vormen (zie kader op bladzijde 14). De indeling van de veiligheidsregio's is gelijk aan die van de 25 politieregio's (zie bijlage 3). Het bestuur van een veiligheidsregio bestaat uit de burgemeesters van de gemeenten binnen het desbetreffende gebied. Zodoende heeft het dezelfde samenstelling als het bestuur van de politie (het zogenoemde Regionaal College, waarin bovendien de Hoofdofficier van Justitie zitting heeft). De voorzitter van het bestuur van de veiligheidsregio is ook de korpsbeheerder van Politie (dat is de burgemeester van de grootste gemeente).

De taken van een directeur GHOR

Het bestuur stelt een 'directeur GHOR' aan voor uitvoering van de aan de veiligheidsregio opgedragen GHOR-taken. De term directeur GHOR komt in de plaats van wat voorheen de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) heette. Bij rampen en crises heeft de directeur GHOR de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening, onder het opperbevel van de burgemeester van de getroffen gemeente of van de voorzitter van de veiligheidsregio (bij incidenten die de gemeentegrens overschrijden). De directeur GHOR is ook lid van de directie van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD) die binnen de veiligheidsregio liggen, om optimale afstemming te realiseren met de taken van de GGD. De directeur GHOR heeft een GHOR-bureau met beleidsfunctionarissen die vaak ook een operationele functie vervullen bij rampen. Een GHOR-bureau heeft gemiddeld een omvang van tien fte.

Wettelijke basis

De huidige wettelijke basis van de GHOR is de Wet GHOR, zoals voor het laatst gewijzigd op 13 april 2004. In augustus 2007 heeft de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) echter bij de Tweede Kamer het wetsvoorstel veiligheidsregio's ingediend. Deze wet zal de huidige Wet rampen en zware ongevallen, Brandweerwet 1985 en Wet GHOR vervangen. De Tweede Kamer heeft het wetsvoorstel op 23 april 2009 aanvaard. De wet veiligheidsregio's vormt de basis voor deze handreiking. Daarbij zijn we ervan uitgegaan dat de behandeling in de Eerste Kamer niet of nauwelijks tot wijzigingen zal leiden in de voorgestelde bepalingen over de GHOR. Waarschijnlijk treedt de nieuwe wet uiterlijk op 1 januari 2010 in werking.

GHOR-bureau als aanspreekpunt

Binnen de organisatie van de veiligheidsregio is het GHOR-bureau het primaire aanspreekpunt voor de geneeskundige keten. Vice versa treedt het GHOR-bureau namens de geneeskundige keten op als het aanspreekpunt voor de brandweer, politie en gemeenten binnen de veiligheidsregio.

Financiering en toezicht

De GHOR wordt gefinancierd uit bijdragen van de rijksoverheid (BZK) en van de deelnemende gemeenten. De GHOR staat onder gedeeld toezicht van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

2.2 Taken en verantwoordelijkheden van de GHOR

De GHOR is verantwoordelijk voor de coördinatie van de voorbereiding en uitvoering van drie processen:

- 1 de opgeschaalde Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH); dit proces omvat het geheel van extra- en intramurale zorg aan somatische slachtoffers van rampen en zware ongevallen, die geleverd wordt door de reguliere keten van acute zorg;

- 2 de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR); dit proces omvat de psychosociale nazorg aan getraumatiseerde slachtoffers van rampen en zware ongevallen, die primair geleverd wordt door de instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Slachtofferhulp, maatschappelijk werk en ook de huisartsen;
- 3 de Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG); dit proces is gericht op bescherming van de volksgezondheid bij ongevallen en rampen met gevaar voor mens en milieu om zo (extra) gewonden of verergering van letsel te voorkomen. Dit deelproces is niet gericht op individuele behandeling, maar op het nemen van preventieve en beschermende maatregelen en advisering aan de spoedeisende medische hulpverlening over bescherming, ontsmetting en behandelwijzen. Het betreft incidenten met gevaarlijke stoffen van chemische, biologische, radiologische en nucleaire aard (CBRN), waaronder ook grootschalige infectieziekte-uitbraken. De adviescapaciteit wordt daarbij primair geleverd door de GHOR, de GGD en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Achtergrond: voorgeschiedenis GHOR

In 1991 kreeg de GGD, met de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen, de opdracht om de voorbereiding van alle betrokken geneeskundige organisaties op rampen te coördineren. Met als doel meer eenheid creëren binnen de complexe organisatie van de geneeskundige keten. Halverwege de jaren negentig werd uit diverse inspectierapporten duidelijk dat de samenwerking binnen de geneeskundige keten tekortschoot. Dat kwam onder andere door het grote aantal betrokken organisaties, publiek en privaat, met elk weer eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Binnen de geneeskundige kolom lopen zowel publieke geldstromen vanuit het rijk en gemeenten als publiek-private geldstromen van de zorgverzekeraars. De geneeskundige hulpverlening bij rampen bevond en bevindt zich daarmee op het snijvlak van twee systemen met totaal verschillende grondstructuren.

In 1996 hebben de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen besloten om drie belangrijke ontwikkelingen in gang te zetten om de ketensamenwerking te verbeteren, door:

- 1 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV) op te richten. Dat zijn samenwerkingsverbanden van de ambulancediensten en de meldkamer ambulancezorg (voorheen Centrale Post voor het Ambulancevervoer (CPA)), op de schaal van de politieregio's;*
- 2 elf (academische) ziekenhuizen als traumacentrum aan te wijzen. Een traumacentrum is verantwoordelijk voor de afstemming in de keten van dagelijkse acute zorg in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ);*
- 3 regionale besturen voor de GHOR in te stellen, op de schaal van de politieregio's. De besturen zouden de verantwoordelijkheid dragen voor publieke ketenregie op de geneeskundige keten bij (de voorbereiding op) rampen.*

De coördinatierol van de GHOR heeft alleen betrekking op rampen en crises. Voor de dagelijkse acute zorg, psychosociale hulpverlening en openbare gezondheidszorg gelden andere coördinatiemechanismen. In de acute zorg vervullen bijvoorbeeld de traumacentra een coördinatierol. Voor de openbare gezondheidszorg is deze rol in de Wet publieke gezondheidszorg (wet PG) opgedragen aan de GGD. Om alle verantwoordelijkheden duidelijk te kunnen scheiden, wordt in GHOR-termen een ramp of crisis gedefinieerd als een acute disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod. De coördinatierol van de GHOR heeft twee doelen: een samenhangende hulpverleningsketen realiseren voor incidenten met een groot aantal slachtoffers die zorgen voor een grote zorgvraag, en zorgcontinuïteit organiseren bij (langdurige) crises die het zorgaanbod beïnvloeden, bijvoorbeeld stroomuitval of personeelsuitval.

Ketenoverleg

De GHOR overlegt structureel met alle betrokken geneeskundige ketenpartners, om haar coördinatierol voor de drie processen te kunnen vervullen. Dat doet de GHOR om met de partners afspraken te maken over hun taken en prestaties bij rampen en de voorbereiding daarop. De GHOR doet dit op basis van de verplichting in artikel 27, tweede lid van de Wet veiligheidsregio's.

In de procesplannen die bij het 'regionaal crisisplan' horen, leggen de partijen de gezamenlijke doctrines en werkwijzen voor grootschalige hulpverlening vast. Verder maken ze afspraken over voorbereidingsactiviteiten (preparatie), zoals gezamenlijke oefeningen, rampen(opvang)plannen en de aanschaf van ondersteunende materialen en middelen. Ze leggen de afspraken vast in samenwerkingsovereenkomsten (convenanten), in het beleidsplan van de veiligheidsregio en inhoudelijk in het crisisplan (zie kader op bladzijde 17). Hiernaast wordt ook in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) de 'opgeschaalde' acute zorg aan de orde gesteld. Dit is een overleg dat de elf traumacentra initiëren met alle aanbieders van acute zorg binnen het werkgebied van de traumacentra. Instellingen die vallen onder de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), zoals huisartsenposten, zijn verplicht om aan dit overleg deel te nemen. De afstemming tussen dit ROAZ en het GHOR-overleg moet op veel plaatsen nog van de grond komen.

Repressieve inzet

Als de GHOR daadwerkelijk bij rampen wordt ingezet, heeft ze een regierol in leiding en coördinatie. Allereerst vervult de GHOR diverse leidinggevende en adviserende functies: op de plaats van het incident, binnen het Regionaal Operationeel Team (ROT) en actiecentra van de hulpdiensten en binnen het beleidsteam van de burgemeester. Daarnaast heeft de GHOR een regierol in het ondersteunen van de hulpverlening. De GHOR organiseert dan de logistieke ondersteuning, zoals de zogenoemde Geneeskundige Combinatie, met extra materialen voor op het rampterrein, ambulancebijstand en gewondenspreiding, maar ook diverse communicatie- en informatiediensten, zoals C2000.

2.3 Operationele crisisorganisatie van de veiligheidsregio

In een rampsituatie moeten veel mensen en organisaties onder hoge druk samenwerken.

Achtergrond: planvorming van de veiligheidsregio

Een veiligheidsregio heeft de wettelijke plicht om de volgende plannen te maken:

- risicoprofiel;
- beleidsplan;
- crisisplan;
- rampbestrijdingsplan.

Risicoprofiel

Om als veiligheidsregio een adequaat beleid te kunnen voeren, moet er inzicht zijn in de aanwezige risico's, zowel in de eigen regio als in de omliggende gebieden (nationaal en internationaal). Elke regio zal zodoende een 'regionaal risicoprofiel' moeten hebben. Dat is de basis voor het 'beleidsplan veiligheidsregio'. Dit profiel bestaat uit:

- een overzicht van risicovolle situaties binnen de regio die tot brand, ramp of crisis kunnen leiden;
- een overzicht van de aard, omvang en effecten van soorten branden, rampen en crises die zich in de regio kunnen voordoen;
- een analyse waarin weging en inschatting van gevolgen van soorten branden, rampen en crises zijn opgenomen.

Het bestuur van de veiligheidsregio heeft een zogenoemde 'haalplicht' bij het maken van het risicoprofiel. Dat willen zeggen dat het bestuur gemeenteraden maar ook politie, waterschappen en andere door de minister van BZK aangewezen organisaties vraagt om hun zienswijzen. Het bestuur moet deze zienswijzen verwerken in het beleidsplan van de veiligheidsregio.

Beleidsplan

Het beleidsplan beschrijft de manier waarop de multidisciplinaire voorbereiding en uitvoering van de rampenbestrijding en crisisbeheersing vorm krijgt. Ook staat daarin wat er van alle diensten en gemeenten aan prestaties wordt verwacht in alle schakels van de veiligheidsketen (proactie, preventie, preparatie, repressie en nazorg). Daarnaast beschrijft het beleidsplan de organisatie van en prestaties van de dagelijkse brandweerzorg.

Crisisplan

Het crisisplan is het operationele plan voor de generieke aanpak van rampen en crises in de regio. Het regionaal crisisplan vervangt de huidige gemeentelijke rampenplannen. In het crisisplan worden de organisatie, de verantwoordelijkheden, de taken en bevoegdheden in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing beschreven, en de opschalingsprocedures. Ook afspraken met crisispartners over hun bijdrage krijgen een plaats in het crisisplan of in de bijbehorende procesplannen. De afspraken met de huisartsen over hun operationele taken worden in de drie GHOR-procesplannen bij het crisisplan vastgelegd.

Rampbestrijdingsplannen

Rampbestrijdingsplannen zijn operationele plannen voor de aanpak van een concrete rampsituatie. Voor specifieke locaties (zoals een luchthaven) of sectoren (zoals verwerking van gevaarlijke stoffen) zal het bestuur van de veiligheidsregio opdracht geven een rampbestrijdingsplan te maken. Dat moet in elk geval gebeuren voor luchtvaartterreinen en instellingen met gevaarlijke stoffen die vallen onder het Besluit risico's van zware ongevallen (Brzo). Verder staat het de veiligheidsregio vrij om voor andere naar plaats, aard of ernst voorzienbare rampen of zware ongevallen en voor verschillende ramptypen operationele plannen op te stellen, zoals voor een griepandemie.

Eenduidige aansturing is dan essentieel. Er moet één persoon zijn die de situatie als geheel overziet en de beslissingen neemt. Zonder eenduidige gezagsstructuur is er zeker bij bovenlokale rampen een groot risico van stagnatie in de besluitvorming en miscommunicatie in de bevelslijnen naar de betrokken organisaties.

Wie de leiding heeft, hangt af van de reikwijdte van een ramp. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de zogenoemde Gecoördineerde Regionale IncidentenbestrijdingsProcedure (GRIP). De veiligheidsregio stelt een GRIP op en legt die vast in het crisisplan.

Via een GRIP kunnen, afhankelijk van de behoefte aan multidisciplinaire sturing op een incident, de coördinerende functionarissen of de meldkamer opschalen naar vier verschillende regionale sturingsniveaus. Binnen deze sturingsniveaus worden de monodisciplinaire leiding- en coördinatiestructuren van brandweer, politie, gemeenten en geneeskundige keten aan elkaar gekoppeld. Waar nodig worden ze aangevuld met liaisons/adviseurs van andere crisispartners, zoals Defensie en waterschappen.

GRIP 0: Normale dagelijkse werkzaamheden van de operationele diensten

De dagelijkse hulpverlening wordt ook wel GRIP 0 genoemd. Er is dan geen sprake van opschaling, maar er kan wel multidisciplinaire afstemming tussen de hulpdiensten nodig zijn. Die vindt dan plaats in een zogenoemd motorkapoverleg. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij 'normale' verkeersongevallen. Als bij een incident meer ambulances tegelijk worden ingezet, heeft in beginsel de 'eerste ambulance' (herkenbaar aan een groen zwaailicht) de coördinatie over de ambulancehulpverlening. Die stemt de ambulancezorg met de andere diensten af binnen het motorkapoverleg. Vaak zal dan een speciale coördinerende functionaris worden opgeroepen: de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G).

GRIP 1: Bronbestrijding

Als de hulpdiensten veel eenheden hebben ingezet of als de coördinerende functionarissen van de diensten (waaronder de OvD-G) behoefte hebben aan centrale multidisciplinaire sturing ter plaatse, kan worden opgeschaald naar GRIP 1. Dan wordt de operationele sturing ter plaatse onder eenhoofdige leiding gebundeld in een Commando Plaats Incident (CoPI). Dat bestaat uit de vier disciplines. Namens de GHOR is dit de OvD-G ofwel de Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G).

GRIP 2: Bron- en effectbestrijding

Het CoPI of de leidinggevende van de meldkamer kan besluiten tot opschaling naar GRIP 2. Dat gebeurt als er ook ondersteuning van actiecentra nodig is, of als er activiteiten moeten worden verricht buiten de plaats van het incident. Bijvoorbeeld wanneer de bevolking moet worden gewaarschuwd, of wanneer opvang van slachtoffers nodig is. Dan wordt de tactisch-strategische sturing onder eenhoofdige leiding van de Operationeel Leider (OL) gebundeld in een ROT. Ook daarin hebben de vier disciplines zitting. Elke discipline zal verder eigen actiecentra inrichten, voor zover ze dat nodig vindt. Voor de GHOR is dit het Actiecentrum GHOR. Vanuit dat centrum coördineert de GHOR onder andere de ambulancebijstand, gewondenspreiding, de slachtofferregistratie en de eventuele inzet



van huisartsen. Afhankelijk van het soort incident zal het ROT een of meer CoPI's aansturen, bijvoorbeeld bij 'klassieke' rampen zoals branden, explosies en grote verkeersongevallen. Het ROT kan ook zonder instelling van een CoPI direct leiding geven aan processen die niet op één incidentlocatie zijn gecentreerd. Dat geldt voor 'moderne' crises zoals wateroverlast, stroomuitval of griepandemie.

GRIP 3: Bedreiging van het welzijn van (grote groepen van) de bevolking

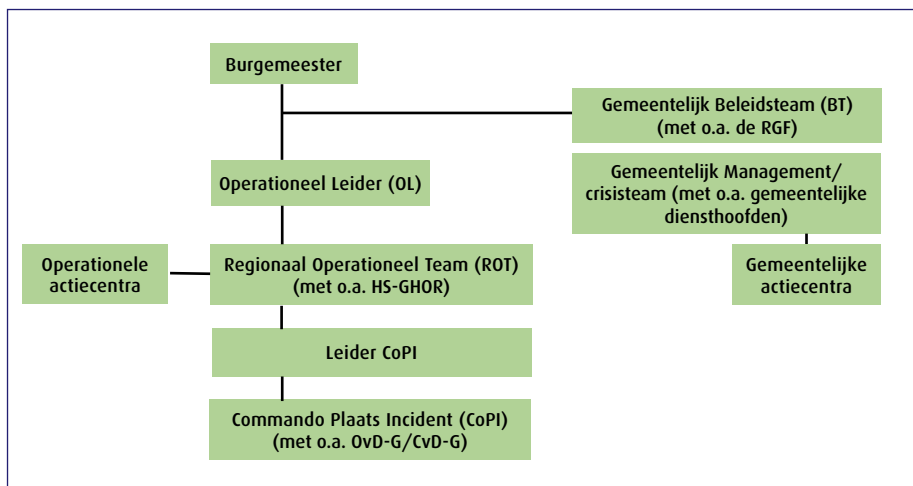
Als een incident zo omvangrijk is dat de burgemeester besluit zijn rol als opperbevelhebber te vervullen, wordt opgeschaald naar GRIP 3. Dan wordt een gemeentelijk beleidsteam (crisisstaf) geformeerd dat de burgemeester adviseert. Dat team bestaat uit leidinggeven- den van brandweer, politie, GHOR en gemeente en (doorgaans) de Officier van Justitie. Binnen het beleidsteam neemt het 'bevoegde gezag' de strategische beleidsbeslissingen over de bestrijding van het incident. De burgemeester is het bevoegde gezag als het gaat om het optreden van de hulpdiensten. De Officier van Justitie is het bevoegde gezag als het gaat om het optreden van de politie voor de opsporing en rechtshandhaving. De feitelijke tactisch-strategische sturing ligt ook in GRIP 3 bij het ROT, onder eenhoofdig leiding van de Operationeel Leider. Deze stemt zijn operationele leiding af met de burgemeester als opperbevelhebber. Als dat van toepassing is, blijft ook het CoPI (of blijven meer CoPI's) actief.

GRIP 4: Gemeentegrensoverschrijdend, eventueel schaarste

Speelt een incident zich af in meer gemeenten, of heeft een incident in de ene gemeente gevolgen voor omliggende gemeenten, dan wordt opgeschaald naar GRIP 4. De operationele

organisatie (ROT en eventuele CoPI's) blijft dan in stand, zoals bij GRIP 2 en 3. De strategische beleidsbepaling vindt dan echter niet meer plaats in het gemeentelijk beleidsteam, maar in een regionaal beleidsteam. Binnen dit beleidsteam heeft de voorzitter van de veiligheidsregio het opperbevel over de bestrijding, in nauwe afstemming met de burgemeesters van de getroffen gemeenten.

Overstijgt een incident de grenzen van de veiligheidsregio, dan draagt de commissaris van de Koningin zorg voor de afstemming tussen de betrokken regionale beleidsteams. Heeft een incident gevolgen voor meer provincies, of is er sprake van een 'nationale crisis' die heel het land raakt, dan kan de rijksoverheid (de minister-president, de minister van BZK of een vakminister) bepaalde bevoegdheden naar zich toe trekken. Dit staat in nationale crisisplannen, die geen deel uitmaken van de GRIP.



Figuur 1 Operationele crisisorganisatie

Ook de hulpverleningsprocessen worden opgeschaald volgens GRIP

De drie primaire hulpverleningsprocessen waarover de GHOR de coördinatie voert, worden uitgevoerd binnen de hiervoor beschreven en regionaal in het crisisplan vastgelegde leiding- en coördinatiestructuur. Die wordt opgeschaald volgens GRIP. Voor de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening zal doorgaans minimaal een CoPI (GRIP 1) worden ingericht. Is grootschalige ambulancebijstand, gewondenspreiding over ziekenhuizen en een behandelcentrum voor T3-slachtoffers (lichtgewonden, zie ook paragraaf 5.1) nodig, dan wordt meestal ook een ROT ingericht (GRIP 2) en eventueel ook een gemeentelijk of regionaal beleidsteam (GRIP 3 of 4). Bij de grootschalige infectieziektebestrijding wordt vaak direct opgeschaald naar GRIP 2 of hoger. In die situatie verzorgen meer organisaties op diverse plekken de hulpverlening en diagnostiek, en al die hulp moet worden gecoördineerd.



Bij zeer grote infectieziekte-uitbraken (zoals influenzapandemie) treden landelijke coördinatiemechanismen in werking, en wordt regionaal tot GRIP 4 opgeschaald. Bij psychosociale hulpverlening wordt doorgaans minimaal tot GRIP 2 opgeschaald, omdat de hulp dan op meer plekken tegelijk wordt verleend, bijvoorbeeld op de plaats van het incident en in een behandelcentrum/opvangcentrum. Dan is een ROT nodig om alle hulp op elkaar af te stemmen.

Aanspreekpunt huisartsen

Het primaire aanspreekpunt voor de huisartsen binnen de commandostructuur van de GHOR is in beginsel het Hoofd Actiecentrum GHOR (GRIP 2 en hoger). Als er geen actiecentrum operationeel is, informeert de meldkamer de huisartsen als dat nodig is.



3. Verantwoordelijkheden van de huisarts en huisartsenpost bij rampen en crises

Bij rampen en crises moeten huisartsen(posten) zorgen dat de reguliere huisartsenzorg zo veel mogelijk zoals gewoonlijk verleend wordt. De zorg die huisartsen verlenen aan eigen patiënten en passanten die slachtoffer van een ramp zijn, valt in principe onder de reguliere contractafspraken met zorgverzekeraars. Huisartsen hebben geen verplichte aanvullende rol bij rampen en crises; afspraken daarover zijn wel mogelijk.

3.1 Wettelijke verplichtingen

Momenteel behandelt het parlement het wetsvoorstel veiligheidsregio's. In dit voorstel krijgt de verantwoordelijkheid van zorginstellingen en individuele hulpverleners bij rampen en crises vorm. In artikel 27, eerste lid van het wetsvoorstel is de verplichting opgenomen voor zorginstellingen (waaronder huisartsenposten) en zorgaanbieders (waaronder huisartsen) om 'de nodige maatregelen te treffen met het oog op hun taak bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en de voorbereiding daarop'. Die verplichting is ook bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). In het tweede lid van artikel 27 staat dat de GHOR en de ketenpartners over deze taken en voorbereidingen schriftelijke afspraken maken.

3.2 Primaire zorgprocessen: eigen verantwoordelijkheid van ketenpartners

De GHOR is nadrukkelijk uitsluitend verantwoordelijk voor de coördinatie van (de voorbereiding op) de geneeskundige hulpverlening en het maken van afspraken hierover met de ketenpartners. De daadwerkelijke uitvoering van de primaire zorgprocessen is en blijft altijd een verantwoordelijkheid van de ketenpartners zelf. Als gevolg van wet- en regelgeving zijn zij er zelf verantwoordelijk voor dat zij kwalitatief goede zorg leveren onder alle omstandigheden. Zij zullen zich dus ook zelf moeten voorbereiden op bijzondere situaties die gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening.

De zorgverzekering maakt daarbij geen onderscheid tussen dagelijkse hulpverlening en grootschalige hulpverlening bij rampen en crises. De burger is verzekerd voor beide en de zorgsector moet haar voorbereidingen dus in beginsel uit de zorgpremies betalen.³

³ Brief van de minister van VWS en staatssecretaris van BZK aan de Tweede Kamer (26 956, nr. 11) over de organisatie van de GHOR, 11 juli 2002.



Voor de huisartsen betekent dit dat de somatische en psychosociale zorg die zij in hun praktijk verlenen aan eigen patiënten en ‘passanten’ die slachtoffer zijn van een ramp, onder de reguliere contractafspraken met de zorgverzekeraars vallen. Hetzelfde geldt voor de behandeling van patiënten in de avond, nacht en het weekend door de huisartsenpost. De huisartsen en huisartsenposten zullen zich verder ook zelf moeten voorbereiden op situaties die de continuïteit van hun reguliere zorgverlening kunnen aantasten, zoals een influenzapandemie. De GHOR-bureaus kunnen daarbij ondersteuning bieden met hun kennis en ervaring.

3.3 Huisartsen inzetten bij een ramp mag

De huisartsen en huisartsenposten hebben geen verplichte aanvullende rol bij rampen en ongevallen; ze zijn alleen verplicht hun reguliere zorgverlening onder alle omstandigheden voort te zetten. Huisartsen inzetten op een rampterrein, of in een behandelcentrum dat de GHOR ingesteld heeft voor slachtoffers van een ramp, valt niet onder deze reguliere taakstelling. Als de GHOR desondanks de huisartsen een specifieke taak wil geven, dan zullen daarover regionale afspraken moeten worden gemaakt. Dan contracteert de GHOR de huisartsen en/of huisartsenposten en zal daarvoor een financiële vergoeding moeten worden vastgelegd. Hierbij zullen de reguliere taken van de huisartsen en huisartsenposten gewaarborgd moeten blijven.

De verantwoordelijkheid van huisartsen en huisartsenposten om zich op rampen voor te bereiden, strekt zich uit over alle drie GHOR-processen (zie paragraaf 2.2). In de volgende drie hoofdstukken werken we deze verantwoordelijkheden per proces nader uit.



4. Huisartsenzorg en grootschalige infectieziektebestrijding

Voor de bestrijding van infectieziekten is primair de gemeente verantwoordelijk. Huisartsen verlenen zorg in het kader van infectieziekten onder verantwoordelijkheid van de GGD. Om de continuïteit van huisartsenzorg bij grootschalige infectieziekte-uitbraken te kunnen borgen, zijn afspraken met de GHOR wenselijk.

4.1 Organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding

De gemeente draagt de primaire verantwoordelijkheid voor de bestrijding van infectieziekten. Conform de Wet publieke gezondheid (wet PG) hebben de gemeenten daarom een gezondheidsdienst (GGD), met artsen en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in de infectieziektebestrijding. Bijna dagelijks houden zij zich bezig met meldingen van infectieziekten van zeer diverse aard. Voor bepaalde infectieziekten geldt namelijk een meldingsplicht: de zogenoemde A-lijst. De huisartsen hebben hierover afspraken met de GGD.

Verantwoordelijken bij een infectieziekte-uitbraak

De directeur van de GGD heeft specifieke bevoegdheden om zijn gemeentebestuur en zijn burgemeester te adviseren. De burgemeester is daarnaast, als eenhoofdig bestuursorgaan, bevoegd om vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen om verspreiding van infectieziekten te voorkomen. Die bevoegdheid heeft hij op grond van de Gemeentewet. Bij een grootschalige uitbraak van een infectieziekte (regionaal, nationaal of zelfs internationaal) treden aanvullende afspraken in werking. Het meest waarschijnlijke voorbeeld van een grootschalige uitbraak is een griep- ofwel influenzapandemie (zie kader op bladzijde 29). Net als bij andere rampen en crises is ook bij een grootschalige uitbraak van een infectieziekte de burgemeester verantwoordelijk voor de bestrijding.

Omdat infectieziekten zich doorgaans niet tot één gemeente beperken, zal de voorzitter van de veiligheidsregio (de burgemeester van de grootste stad in de regio) vaak het opperbevel hebben. Onder dat opperbevel voert de GHOR de coördinatie van de bestrijding. Die coördinatie stemt de GHOR af met de andere hulp- en overheidsdiensten.

Bij de advisering en bij de uitvoering van bijvoorbeeld diagnostiek blijft de GGD echter de primaire uitvoerende partner. Mede daarom is ervoor gekozen in het wetsvoorstel veiligheidsregio's vast te leggen dat de directeur GHOR ook deel uitmaakt van de directie van de GGD. Bovendien wordt toegewerkt naar een regio-indeling van de GGD'en die gelijk is aan de veiligheidsregio's. Waar dat nog niet het geval is, zijn bij grootschalige infectieziekte-uitbraken de grenzen van de veiligheidsregio leidend.

Landelijke coördinatiestructuur

Ter ondersteuning van de lokale/regionale infectieziektebestrijding is de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) ingesteld. Deze bestaat uit een Bestuurlijk Afstemmings Overleg een Outbreak Management Team, een Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding en een bureau LCI.

Het Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO) formuleert het uiteindelijke advies. De minister van VWS, of namens hem de directeur-generaal (DG) Volksgezondheid, neemt een besluit over de te volgen beleidslijn bij bovenlokale dreiging. In het BAO hebben de DG Volksgezondheid van VWS (voorzitter), de Directie voorlichting en communicatie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD Nederland, en de voorzitter van het Outbreak Management Team (RIVM) zitting. Meestal neemt de burgemeester van de gemeente die het aangaat ook deel aan het BAO.

Het Outbreak Management Team (OMT) stelt het ‘best mogelijke professionele advies’ op voor het BAO. In het OMT hebben inhoudelijk deskundigen zitting. Ook is de IGZ vertegenwoordigd. De DG Volksgezondheid van het RIVM is voorzitter. Het bureau LCI levert een secretaris. Het bureau LCI treedt op als permanente tweedelijnsvoorziening voor de artsen infectieziekten van de GGD'en, als het gaat om de bestrijding. Het bureau LCI coördineert in crisissituaties de activiteiten van de GGD'en en zorgt ervoor dat besluiten van het BAO worden doorgeleid naar de GGD'en.

Het RIVM ondersteunt het landelijke en lokale outbreakmanagement door surveillance en onderzoek. Het is verantwoordelijk voor het leveren van voldoende menskracht om in crisissituaties het bureau LCI en GGD'en te ondersteunen, daar waar het haar eigen expertise betreft.

De Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg is bevoegd om alle lokale informatie die nodig is voor zijn toezichthoudende taak op te vragen of zelf te verzamelen. Hij kan de gemeenteraad, de burgemeester en de minister gevraagd en ongevraagd adviseren.

4.2 De rol van de huisartsen

In de aanloop naar een grootschalige infectieziekte-uitbraak of bij een veterinaire uitbraak van een op de mens overdraagbare ziekte, zal de huisarts als eerste te maken krijgen met (mogelijk) besmette patiënten; hij is ‘poortwachter’ van de zorgketen. De huisarts moet dan weten welke beschermende maatregelen hij in acht moet nemen, aan wie hij de vermoedelijke besmetting moet melden en hoe de diagnostiek verloopt. Bij bijvoorbeeld influenza gelden daarvoor de NHG-standaard Influenza en eventuele aanvullende aanwijzingen van de GGD. Ook draagt de huisarts in de initiële fase de verantwoordelijkheid voor het eventueel voorschrijven van virusremmers (als profylaxe of als therapie). De infectieziektebestrijding vindt in deze fase plaats onder verantwoordelijkheid van de GGD. De GGD zal de huisartsen informeren over de diagnostiek en de preventie.

Bij een daadwerkelijke pandemische uitbraak krijgen huisartsen te maken met een enorme toename aan ziektegevallen in een korte periode. Huisartsen en GHOR zullen in nauwe

Voorbeeld: voorbereiding op influenzapandemie

Er zijn drie landelijke draaiboeken ontwikkeld waarin ook de taak van de huisarts is beschreven. Het eerste draaiboek 'aviaire influenza' gaat in op de preventieve maatregelen bij de uitbraak van een influenzavirus onder (pluim)vee. De huisartsen krijgen hiermee alleen te maken als een eigenaar of ruimer van een besmet bedrijf door de GGD voor verdere behandeling wordt doorverwezen naar de huisarts.

Het tweede draaiboek 'incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland' gaat in op de diagnostiek en indammende maatregelen bij het incidenteel voorkomen van een nieuw humaan influenzavirus in Nederland. Hiermee wordt bedoeld een nieuw virus, dat (door 'reassortment') is ontstaan uit een bekend humaan influenzavirus en een aviair influenzavirus, dat nog niet eerder onder mensen heeft gecirculeerd en waartegen dus geen (kruis)immunitet bestaat. De richtlijnen voor het handelen bij de verdenking van een besmetting staan in dit draaiboek.

Het derde draaiboek 'influenzapandemie' beschrijft alle maatregelen die de hulpdiensten en zorginstellingen moeten treffen bij een pandemische uitbraak. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bepaalt wanneer sprake is van een pandemie. Voor de huisartsen is het belangrijk dat zij de richtlijnen kennen die in dat geval gelden voor ziekenhuisopnames. Verder zijn de huisartsen, maar ook verzorgings- en verpleeghuizen, verantwoordelijk voor het garanderen van de eigen zorgcontinuïteit. Daarbij moeten ze rekening houden met uitval van personeel en een extra aanbod van patiënten.

Fasering van een influenzapandemie volgens de WHO

<i>Interpandemische periode: nieuw virus bij dieren, maar niet bij mensen</i>	<i>Virusvarianten circuleren onder dieren, maar er vindt geen overdracht op mensen plaats.</i>	<i>1</i>
	<i>Er wordt een nieuwe virusvariant vastgesteld bij dieren met risico van dier-op-mensbesmetting, maar er zijn geen mens-op-mensbesmettingen.</i>	<i>2</i>
<i>Waakzaamheid voor pandemie: mensen worden besmet met een nieuw virus</i>	<i>Beperkte humane infecties met een nieuw subtype, maar geen of zeer beperkte mens-op-mensbesmetting.</i>	<i>3</i>
	<i>Kleinschalige clusters met beperkte mens-op-mens-transmissie. Het virus is nog niet optimaal aangepast voor menselijke transmissie.</i>	<i>4</i>
<i>Dreigende pandemie</i>	<i>Grotere lokale clusters ontstaan door verdergaande aanpassing van het virus. Suboptimale mens-op-mens-transmissie.</i>	<i>5</i>
<i>Pandemie</i>	<i>Toenemend en uitwaaierend verspreidingspatroon.</i>	<i>6</i>



samenspraak in de gaten houden tot op welk moment de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat, en vanaf wanneer aanvullende arrangementen nodig zijn om de continuïteit te waarborgen. Dan worden alle regionale en landelijke coördinatie- en adviesstructuren, zoals in paragraaf 4.1 beschreven, operationeel.

De GHOR coördineert binnen de regio de hulpverlening, in nauwe samenwerking met de GGD. De huisartsen zijn en blijven echter verantwoordelijk voor het leveren van de zorg. Door de toegenomen zorgvraag (veel consulten) en het afgenomen zorgaanbod (uitval onder huisartsen) kan de continuïteit van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. Dan moeten regionaal maatregelen worden getroffen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te garanderen. De huisartsen zijn hiervoor primair zelf verantwoordelijk. Gemeenten en GHOR zullen huisartsen ondersteunen bij het organiseren van de continuïteit van de zorg. Zij doen dat vanuit hun verantwoordelijkheid voor het bestrijden van de gevolgen van een ramp.

4.3 Regionale afspraken

Om de continuïteit van huisartsenzorg bij grootschalige infectieziekte-uitbraken te kunnen borgen, is het aan te bevelen vooraf afspraken met de GHOR te maken over:

- informatievoorziening;
- diagnostiek;

- contactonderzoek en beschermende maatregelen;
- vaccinatiebeleid;
- gebruik antivirale middelen;
- verspreiding vaccins en antivirale middelen;
- ziektemonitoring;
- opnamebeleid;
- scheiding van patiëntenstromen;
- callcenter;
- zorgcontinuïteit;
- registratie;
- openbare orde en veiligheid;
- mediawoordvoering;
- procesplan en draaiboeken;
- financiering.

Informatievoorziening

Net als bij een ‘flitsramp’ moeten de professionals in de gezondheidszorg in alle fasen van een infectieziekte-uitbraak actuele informatie hebben. Ze moeten ook weten waar ze met hun vragen voor betrouwbare informatie terecht kunnen.

Er zijn verschillende informatiestromen. Algemene informatie komt via de landelijke overheid. Als aanvulling daarop is specifieke informatie over de regio nodig. De GHOR en GGD zullen daartoe samen met vertegenwoordigers van de huisartsen een aantal standaardboodschappen moeten voorbereiden over de te nemen stappen in de verschillende fasen van een infectieziekte-uitbraak.

De GGD is primair verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke informatie: casusdefinitie en klinische kenmerken, het verloop in de regio, het medisch beleid, het doorgeven van landelijke adviezen enzovoort. De GHOR levert de informatie over bijvoorbeeld het beleid en structuur van de infectieziektebestrijding, de beschikbare voorzieningen en faciliteiten. In de regionale draaiboeken moet beschreven zijn wie voor welke informatie verantwoordelijk is en hoe die informatie wordt verspreid.

Een extra aandachtspunt is de manier waarop huisartsenpraktijken en -posten worden geïnformeerd, zodra zich in de regio een mogelijke besmetting voordoet. Huisartsenorganisaties en GGD en GHOR moeten afspraken hebben gemaakt over hoe die informatie alle huisartsen op tijd bereikt. In hoofdstuk 5 staan voorbeelden voor de communicatiestructuur naar alle afzonderlijke praktijken en posten.

Diagnostiek

Wanneer een mogelijk pandemische infectieziekte nog slechts incidenteel voorkomt, zullen alle verdachte gevallen onder verantwoordelijkheid van de GGD gediagnosticeerd moeten worden. De GGD is dan verantwoordelijk voor het afnemen van monsters voor virologisch onderzoek. De GHOR, GGD en huisartsen zullen concrete afspraken moeten maken over het melden van nieuwe gevallen en over de manier van monsternamen. Als een uitbraak pan-

demische vormen heeft aangenomen, zal het diagnosticeren van de infectie bij individuele patiënten doorgaans overigens weinig nut meer hebben.

Contactonderzoek en beschermende maatregelen

Om verdere verspreiding van een virus te voorkomen, moeten de huisarts, de patiënten en zijn omgeving persoonlijke beschermingsmaatregelen nemen en bepaalde gedragsrichtlijnen volgen. Ook zal de GGD (bij incidentele introductie van een virus) contactonderzoek uitvoeren. De GHOR, GGD en huisartsen zullen hiervoor samen een richtlijn moeten opstellen. Daarbij onderscheiden ze verschillende typen infectieziekten. Ook moeten afspraken worden gemaakt over het aanschaffen en verstrekken van specifieke beschermende middelen voor huisartsen.

Vaccinatiebeleid

De landelijke overheid bepaalt het vaccinatiebeleid. Het ministerie van VWS werkt aan een landelijke vaccinatiestrategie. Vaccinatie zal doorgaans niet of pas laat beschikbaar komen. Als vaccinatie mogelijk wordt, geeft de landelijke overheid aan welke groepen in welke volgorde gevaccineerd zullen worden. Dat zullen waarschijnlijk eerst de risicogroepen zijn en daarna de professionals in de gezondheidszorg. De GHOR, GGD en huisartsen zullen afspraken moeten maken over de betrokkenheid van huisartsenpraktijken bij vaccinatie, en over de vaccinatie van huisartsen en praktijkmedewerkers zelf.

Gebruik antivirale middelen

Huisartsen schrijven antivirale middelen voor. Zij doen dat volgens de NHG-standaard en landelijke richtlijnen die het ministerie van VWS ontwikkelt.

Verspreiding vaccins en antivirale middelen (medicatievoorziening)

De verspreiding van vaccins en antivirale middelen loopt via apotheken en wordt landelijk aangestuurd. De afspraken over vaccinatiebeleid en antivirale middelen moeten worden afgestemd met de regionale apothekers en huisartsen. Het gaat dan om afspraken over voorraad en distributie. Er moeten onder andere afspraken zijn over uitgiftepunten, wanneer vaccins en antivirale middelen schaars zijn.

Ziektemonitoring

De GGD volgt het verloop van de pandemie en moet daarvoor dagelijks informatie krijgen over het aantal patiënten en het verloop van de ziekte. De GHOR, de GGD en zorgverleners maken afspraken over welke gegevens zorgverleners dagelijks moeten aanleveren en op welke manier. Gegevens voor deze ziektemonitoring worden gekoppeld aan de informatie die de GHOR nodig heeft om de zorgcapaciteit te bewaken. Zorgverleners moeten dus met één registratie en één dagelijkse rapportage kunnen volstaan.

Opnamebeleid

Tijdens een pandemische uitbraak kunnen alleen patiënten worden opgenomen met een specifieke medische indicatie. Bij tekortschietende capaciteit in de gezondheidszorg zullen landelijk aangescherpte opnamecriteria worden vastgesteld. Huisartsen kunnen patiënten dan alleen doorverwijzen naar een ziekenhuis als aan deze criteria wordt voldaan. Regionaal zullen er afspraken gemaakt moeten worden over het instellen van een medisch crisisberaad. Daarin moeten de GHOR, de GGD, ziekenhuizen en huisartsen het toepassen van het opnamebeleid en eventuele knelpunten bespreken.

Scheiding van patiëntenstromen

Bij een pandemische uitbraak is de zorg efficiënter te organiseren en is er minder kans op (kruis)besmetting door (vermoedelijk) besmette patiënten en reguliere zorgstromen van elkaar te scheiden. De GHOR en huisartsen dienen daarom afspraken te maken over het thuis bezoeken van patiënten met een vermoedelijke besmetting. Patiënten moet dan via publieksinformatie geadviseerd worden niet zelf naar de huisartsenpraktijk of -post te komen. Deze scheiding van zorg kan ook op het niveau van de huisartsengroep worden georganiseerd. Een of twee huisartsen verlenen dan zorg aan (vermoedelijk) besmette patiënten voor de hele huisartsengroep; de andere praktijken blijven beschikbaar voor de reguliere zorg. De reguliere zorg wordt beperkt. Daarbij wordt in eerste instantie alle gemakkelijk uitstelbare zorg geschrapt. Er worden dan bijvoorbeeld geen periodieke controles meer gedaan. Vervolgens wordt bij toenemende drukte alleen nog de acute en dringende zorg geleverd. Ook in de Avond, Nacht en Weekend (ANW)-zorg is het scheiden van zorgstromen een optie. Patiënten met symptomen van een virusbesmetting krijgen dan bijvoorbeeld een huisbezoek in plaats van een consult op de huisartsenpost. De huisartsenposten moeten dan regelen dat de (op dat moment landelijk beschikbaar gestelde) triagerichtlijnen in de werkwijzen van de post zijn ingepast. Ook moeten de posten triageassistenten hiervoor extra instrueren en trainen. De capaciteit aan visiteartsen moet worden uitgebreid.

Callcenter

Om onnodige consulten en (kruis)besmetting te voorkomen, kan het een optie zijn om voor de huisartsenzorg één telefonisch meldpunt te realiseren. Huisartsenpraktijken zijn dan niet meer telefonisch voor patiënten bereikbaar; alle vragen gaan lopen via callcentra. Met voorlichting aan de bevolking worden alle uitstelbare zorgvragen zo veel mogelijk ontmoedigd. Om de callcentra in te richten, dient vooraf te worden gekozen voor één nummer voor alle vragen of twee gescheiden nummers: één voor de betreffende infectieziekte en één voor de gewone, niet-uitstelbare zorg. De keuze voor twee afzonderlijke nummers, maar wel bediend vanuit één locatie heeft de meeste voordelen. Er zijn dan minder extra voorzieningen nodig. Ook kan waar nodig snel in capaciteit voor beide lijnen worden gewisseld. Buiten kantooruren kunnen beide lijnen worden gekoppeld. Ook onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling is beter te regelen. Het ligt het meest voor de hand om het callcenter te organiseren via de huisartsenposten of de GGD; zij hebben alle faciliteiten en kennis in huis.

Voorbeelden waarborgen continuïteit huisartsenzorg

Voorbeeld 1: pools van waarnemers

Omdat ook huisartsen en praktijkmedewerkers gaan uitvallen, is er behoefte aan een reservoir van waarnemers en vervangers. Het is raadzaam dat op gemeentelijk of regionaal niveau te organiseren. Vervangers voor de medische zorg kunnen bijvoorbeeld gepensioneerde huisartsen, basisartsen en (huis)artsen in opleiding zijn. Vervangers van assistenten kunnen onder andere voormalige praktijkmedewerkers zijn, of parttime assistentes, eventueel in pools, die extra worden ingezet.

Huisartsengroepen kunnen kandidaten voor waarneming of vervanging bij de huisartsenkring (of de regionale huisartsenvereniging) aandragen. De GHOR houdt in samenwerking met de huisartsenkringen het bestand bij van wie waarvoor beschikbaar is, en hoe die personen bereikt kunnen worden. Uiteraard dienen deze gesuggereerde vervangers altijd onder verantwoordelijkheid te werken van een bevoegde hulpverlener.

Voorbeeld 2: huisartsensprekuren concentreren

Huisartsensprekuren worden alleen nog op een of enkele locaties gehouden. Er zijn gescheiden spreekuren voor klachten die gerelateerd zijn aan de infectieziekte en andere zorgvragen. Vooraf hebben de GHOR en huisartsenorganisaties ingeschat welke spreekuurcapaciteit per gemeente nodig zal zijn. Voor de acute zorg kan de structuur van de huisartsenposten worden benut. Deze zijn dan 24 uur per dag open, en geven alle huisartsenzorg die niet uitgesteld kan worden.

Voorbeeld 3: samenwerking met huisartsenpost

Tijdens kantooruren zijn de huisartsen verantwoordelijk voor de huisartsenzorg. De huisartsenposten hebben de verantwoordelijkheid voor de zorg buiten kantooruren. Het heeft veel voordelen de organisatie en faciliteiten van de huisartsenposten te benutten om tijdens het hoogtepunt van een pandemische infectieziekte-uitbraak de zorg overeind te houden. Huisartsenposten hebben de faciliteiten, maar ook de deskundigheid om bijvoorbeeld plannings- en dienstroosters te maken, om triagisten op te leiden en te instrueren en voor contactregistratie. Tijdens de drukste weken van een uitbraak kan de huisartsenzorg binnen kantooruren ook geheel of gedeeltelijk door de huisartsenposten worden georganiseerd. De huisartsenposten zijn dan 24 uur per dag voor zorg geopend.

Voorbeeld 4: zorgmeldpunten

Een van de mogelijkheden is dat zogenoemde zorgmeldpunten worden ingericht, waarin de huisartsen samenwerken. Deze zorgmeldpunten nemen de huisartsenzorg volledig over, zowel de zorg voor besmette patiënten als de reguliere consulten. Die moeten dan wel van elkaar gescheiden worden, om besmetting te voorkomen. In de landelijke draaiboeken voor influenzapandemie staat dat deze zorgmeldpunten zorgen voor aanvullende verzorgings- en verpleegcapaciteit, mocht de continuïteit van de verzorgings- en verpleeghuizen in het gedrang komen. Geschikte locaties voor een zorgmeldpunt zijn bijvoorbeeld conferentiecentra, vakantieverblijven, hotels en zorginstellingen als verzorgingshuizen of verpleeghuizen met uitbreidingscapaciteit.



Zorgcontinuïteit

In de beginfase van een pandemische uitbraak, als het aantal extra patiënten nog beperkt is, blijft de zorg vanuit de huisartsenpraktijken en huisartsenposten geleverd. Door de toegenomen zorgvraag (veel consulten) en het afgenomen zorgaanbod (uitval onder huisartsen) kan de continuïteit van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. Dan moeten regionaal maatregelen worden getroffen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te garanderen. De huisartsen zijn hiervoor primair zelf verantwoordelijk. Gemeenten en GHOR zullen, vanuit hun verantwoordelijkheid voor het bestrijden van de gevolgen van een ramp, het organiseren van de continuïteit van de zorg ondersteunen. Vooraf moeten de opties worden verkend

om de continuïteit te waarborgen. Hiervan zijn diverse voorbeelden beschikbaar (zie kader op bladzijde 34).

Belangrijk is dat huisartsen samen met de GHOR doorlopend de continuïteit monitoren. De huisartsengroepen zullen dagelijks het actiecentrum van de GHOR moeten informeren over de ontwikkelingen in zorgvragen en capaciteit. Uitgevallen huisartsen of praktijkmedewerkers worden binnen de huisartsengroep via onderlinge waarneming opgevangen, zolang dat mogelijk is. Wanneer blijkt dat dat niet meer lukt, kunnen de huisartsengroepen een beroep doen op ondersteuning vanuit de GHOR. De huisartsen kunnen dan besluiten hun zorg 'op te schalen' (callcentra, zorgmeldpunten enzovoort). In voorkomende gevallen kan ook de minister van VWS of de burgemeester, op basis van hun wettelijke bevoegdheden, besluiten dat de huisartsenzorg moet worden opgeschaald. Dat zal altijd in nauw overleg met de huisartsen zelf gebeuren. Het zal heel wat voorbereiding vragen die omschakeling naar grootschalige huisartsenzorg snel en soepel te realiseren. Huisartsen en huisartsenposten moeten daarom voor een gedegen voorbereiding zorg dragen. De GHOR kan daarbij een belangrijke faciliterende rol vervullen.

Registratie

Als opschaling van de huisartsenzorg aan de orde is, zal het vaak voorkomen dat patiënten niet door hun eigen huisarts worden geholpen. Daarom zijn ook over de registratie van patiëntengegevens duidelijke afspraken nodig.

Die registratie heeft twee doelen. Het eerste doel is de continuïteit van zorg per patiënt. Aandoeningen, verloop en behandeling moeten bekend zijn voor vervolcontacten, en om uiteindelijk te kunnen overdragen aan de eigen huisarts van de patiënt. Dat doel wordt het beste gewaarborgd door aan te sluiten bij het registratiesysteem dat de huisartsenpost gebruikt, of bij het Elektronisch Waarneem Dossier of Elektronisch Patiënten Dossier. Met huisartsengroepen die niet bij de huisartsenpost zijn aangesloten, moet vooraf geregeld worden hoe de patiëntenregistratie zal plaatsvinden.

Het tweede doel van de registratie is overzicht houden over het aantal infecties en het verloop ervan. De GHOR en GGD geven vooraf aan welke gegevens zij willen hebben en hoe die kunnen worden aangeleverd. De administratieve krachten verzamelen die gegevens dagelijks. Zij sturen deze dagoverzichten naar de huisartsenzorg en het actiecentrum van de GHOR.

Openbare orde en veiligheid

Grootschalige uitbraken van infectieziekten kunnen leiden tot maatschappelijke onrust. Als de medicatie bijvoorbeeld schaars is, zullen gemeente en politie de openbare orde en de veiligheid en toegankelijkheid van de zorg moeten handhaven. Ook kunnen er extra maatregelen rond huisartsensprekken of apotheken nodig zijn. Hierover moet van tevoren worden nagedacht.

Mediawoordvoering

De bevolking informeren is zeer belangrijk bij een grootschalige uitbraak. Primair zal de rijksoverheid (minister van VWS) hiervoor zorg dragen. Voor specifieke regionale informatie is de

GHOR verantwoordelijk. Met de zorgverleners, dus ook huisartsen en huisartsenorganisaties, moet de basisafpraak worden gemaakt dat vragen van de media worden doorverwezen naar de GHOR. Alleen in overleg met de GHOR kan men eventueel zelf informatie geven die specifiek de huisartsenzorg betreft.

Procesplan en draaiboeken

Het proces van grootschalige infectieziektebestrijding wordt vastgelegd in het procesplan Preventieve Openbare Gezondheidszorg en specifieke draaiboeken of rampbestrijdingsplannen. Voor een influenzapandemie zijn landelijke standaarddraaiboeken beschikbaar, die regionaal zijn vertaald. Bij het opstellen van de regionale planvorming zijn veel partijen betrokken: gemeenten, politie, GGD, huisartsenzorg, ziekenhuizen, apotheken, thuiszorg, GGZ en vrijwilligersorganisaties zoals het Nederlands Rode Kruis. Elke sector werkt daarnaast een draaiboek uit voor het eigen aandeel in de grootschalige infectieziektebestrijding, met ondersteuning van de GHOR.

Een complicerende factor is dat de gebiedsindeling van de GHOR (veiligheidsregio's), huisartsenkringen en -posten niet synchroon lopen. Omdat de gemeente een belangrijke rol speelt bij aanvullende voorzieningen voor de huisartsenzorg, zullen de GHOR en de huisartsen op het niveau van elke gemeente afspraken moeten maken over opschaling van de huisartsenzorg (callcentra, concentratie van huisartsensprekuren en eventueel zorgmeldpunten).

Financiering

In beginsel blijft bij een pandemie sprake van reguliere patiëntenzorg. De consulten kunnen op reguliere wijze worden gedeclareerd. Bij opschaling van de huisartsenzorg zal het echter veelvuldig voorkomen dat patiënten niet door hun eigen huisarts worden geholpen. Dan kunnen huisartsen het passantentarief in rekening brengen.

Ingevolge wet- en regelgeving zijn huisartsen zelf verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. De GHOR kan daarin slechts een faciliterende rol spelen. Een aantal van de bovenstaande maatregelen brengt extra kosten met zich mee. Huisartsen en huisartsenposten zouden vooraf, bij het opstellen van plannen, in overleg moeten treden met de GHOR en GGD over de financiering van de maatregelen (met name omtrent de continuïteit). Daar waar (nog) geen afspraken over de financiering voorhanden zijn, wordt geadviseerd dat huisartsen samen met de GHOR en GGD contact zoeken met de zorgverzekeraars hierover.



5. Huisartsenzorg en opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening

Na een beschrijving van spoedeisende medische hulpverlening, volgt informatie over de rol van de huisartsen en huisartsenposten bij opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening. Zij dienen allereerst hun reguliere zorgverlening adequaat te continueren. Zij zijn niet verplicht een rol te vervullen in de spoedeisende medische hulpverlening, maar afspraken daarover zijn wel mogelijk.

5.1 Organisatie van de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening

De opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening (SMH) omvat het geheel van extra- en intramurale zorg aan lichamelijk gewonde slachtoffers van rampen en zware ongevallen. Dit kunnen verkeers- en vervoersongevallen zijn, rampen met gevaarlijke stoffen, branden in grote gebouwen of instorting van gebouwen, alle met veel (mogelijke) slachtoffers. Dit soort incidenten doet zich altijd onverwacht en vaak ongewoon heftig voor. In eerste instantie ontstaat er chaos, omdat het enige tijd duurt voordat de rampenbestrijdingsorganisatie effectief kan optreden. Het is de taak van de GHOR de organisatie voor de geneeskundige zorg op te starten, en de inzet van alle hulpverleningsdiensten te coördineren en ondersteunen. De zorg wordt onder dergelijke omstandigheden verleend door dezelfde acute zorgketen als in de dagelijkse situatie. De disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod bij rampen (ineens heel veel slachtoffers) vraagt evenwel om aanvullende afspraken en voorzieningen. De GHOR en de ketenpartners leggen die vast in een speciaal procesplan, onderdeel van het regionaal crisisplan.

Het proces omvat de tien stappen van acute zorg:

1 Omstanderhulp en alarmering

Er gebeurt een ongeluk. Iemand belt 112. Er wordt doorgeschakeld naar de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). De centralist stelt de zorgvraag vast en zet de nodige hulpdiensten in.

2 Verplaatsing naar incident

De hulpdiensten (ambulanceteams, Mobiel Medisch Team (MMT) enzovoort) gaan met spoed naar de ongevalsplek.

3 Triage/beoordeling

Op de ongevalslocatie wordt vastgesteld welke zorg de patiënt direct nodig heeft, en

welke behoefte aan ziekenhuiszorg er is. De slachtoffers worden daarbij ingedeeld in drie urgentieklassen: T1, T2 en T3 (zie hierna).

4 Verlening van individuele geneeskundige hulp

Op basis van de beoordeling van de patiënt wordt de eerste medische zorg verleend. Dit kan ook betekenen dat slachtoffers uit complexe beknelde situaties moeten worden bevrijd: een samenspel van diverse hulpverleners.

5 Transport

Afhankelijk van de verdere noodzakelijke zorg wordt de patiënt vervoerd naar een daartoe uitgerust ziekenhuis met voldoende capaciteit om de patiënt op te vangen en te behandelen.

6 Opvang op afdeling Spoed Eisende Hulp (SEH)

Het ambulanceteam draagt de patiënt over en meldt welke handelingen en/of zorg inmiddels is uitgevoerd. Zo nodig wordt een nadere diagnose gesteld en vinden spoedbehandelingen plaats.

7 Operatie

De patiënt wordt overgeplaatst naar een operatiekamer. Als dat nodig is, staat een (medisch) multidisciplinair team klaar voor de operatie.

8 Intensieve zorg

Na de operatie wordt de patiënt eventueel overgeplaatst naar de afdeling intensive care (IC).

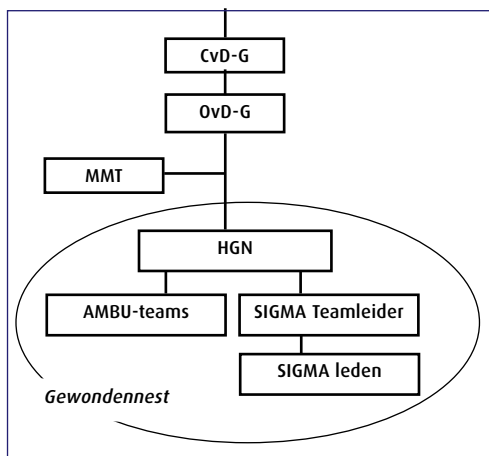
9 Verpleging en ontslag

Tijdens de ziekenhuisopname ondergaat de patiënt de nodige gespecialiseerde zorg, inclusief revalidatie en fysiotherapie. De huisarts wordt hiervan op de hoogte gehouden. Eventuele nazorg wordt in gang gezet.

10 (Poli)klinische revalidatie

Na ontslag uit het ziekenhuis wordt de patiënt gedurende een bepaalde tijd poliklinisch gevolgd, afhankelijk van de aard van de aandoening en de invloed die de traumatische ervaring op zijn leven kan hebben.

De meldkamer ambulancezorg is verantwoordelijk voor het aannemen en uitvragen van de 112-meldingen en voor de alarmering, opschaling en eerste informatievoorziening. Omdat bij grote slachtofferaantallen de regionale ambulancecapaciteit al snel te kort zal schieten, roept de meldkamer op basis van een *ambulancebijstandsplan* extra ambulances op uit omliggende regio's of zo nodig uit het hele land.



Figuur 2 Organisatie van de geneeskundige hulpverlening op het rampterrein

Eerste triage op de plaats van het incident

Op de plaats van het incident worden de slachtoffers zo mogelijk verzameld in een gewondennest. Op basis van een eerste triage worden zij ingedeeld in ernstig gewonden met een acute levensbedreiging (T1), gewonden die binnen zes uur een behandeling nodig hebben (T2) en lichtgewonden (T3).

De geneeskundige hulp op de plaats van het incident wordt verleend door de ambulance-medewerkers van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en eventueel een MMT⁴ van het traumacentrum en Rode Kruisvrijwilligers van de Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA). Zij werken samen in de zogenoemde Geneeskundige Combinatie.

Leiding van de geneeskundige hulpverlening

De geneeskundige hulpverlening op het rampterrein (zie figuur 2) staat onder leiding van een aantal coördinerende GHOR-functionarissen: een of meer Hoofden Gewondennest (HGN), een of meer Officieren van Dienst Geneeskundig (OvD-G) en als dat van toepassing is een Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G). Een van beide laatstgenoemden stemt de geneeskundige hulpverlening binnen het Commando Plaats Incident (CoPI) af op de werkzaamheden van brandweer, politie, gemeente en andere betrokkenen. Wanneer wordt opgeschaald naar GRIP 2 of hoger (zie hoofdstuk 2), dan wordt een Regionaal Operationeel Team (ROT) ingesteld om de hulpverlening op het rampterrein en in de ziekenhuizen op elkaar af te stemmen (o.a. gewondenspreiding).

Slachtoffers naar ziekenhuizen

Na stabilisatie op de plaats van het incident worden de T1- en T2-slachtoffers met ambulances naar ziekenhuizen afgevoerd volgens het gewondenspreidingsplan. De

4 Een traumaheli of een zogenoemd 'grondgebonden' MMT met ambulancevoertuig.

ontvangende ziekenhuizen kunnen besluiten het ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) in werking te stellen, afhankelijk van het patiëntenaanbod en op advies van de GHOR. Op basis van dit plan wordt de interne ziekenhuisorganisatie opgeschaald: extra personeel wordt opgeroepen, operaties worden uitgesteld of afgebroken en er wordt IC-capaciteit vrijgemaakt. Ook wordt er een beleidsteam geformeerd dat de strategisch beslissingen kan nemen over de aanpak van het incident binnen het ziekenhuis.

Eventueel een behandelcentrum voor lichtgewonden

Mensen die niet gewond of lichtgewond zijn, moeten bij voorkeur zo snel mogelijk de plek van de ramp verlaten, zodat alle hulp zich kan concentreren op de zwaargewonden. Bij grote aantallen lichtgewonden kan de GHOR besluiten naast de 'hoofdketen' van acute zorg aan T1- en T2-slachtoffers, een 'nevenketen' in te richten voor de hulpverlening aan lichtgewonde slachtoffers. Zo worden de hulpverleners op het rampterrein en in de ziekenhuizen zo veel mogelijk ontlast. Dit is min of meer vergelijkbaar met het onderscheid in de reguliere zorg tussen enerzijds de acute zorg door ambulancezorg en Spoed Eisende Hulp (SEH) van de ziekenhuizen, en anderzijds de hulpverlening door huisartsen en huisartsenposten. In voorkomende gevallen zal daarom de GHOR voor lichtgewonde slachtoffers een zogenoemd behandelcentrum inrichten. Dit is een locatie buiten het rampgebied waar lichtgewonden voor behandeling naartoe verwezen worden of met bussen naartoe worden gebracht. Deze locatie zal meestal deel uitmaken van het opvangcentrum van de gemeente, waar ook niet-gewonde slachtoffers en familieleden worden opgevangen, en waar onder regie van de GHOR psychosociale opvangteams nazorg bieden (zie hoofdstuk 6). Over de bemensing van het behandelcentrum zal de GHOR regionaal afspraken moeten maken. De hulp binnen het behandelcentrum kan bijvoorbeeld worden verleend door daartoe aangewezen ambulancemedewerkers en Rode Kruisvrijwilligers, maar afhankelijk van de regionale afspraken ook door huisartsen.

Gevaarlijke stoffen

Bij incidenten met gevaarlijke stoffen van chemische, biologische, radiologische en nucleaire aard (CBRN) adviseert de GHOR de burgemeester over te treffen maatregelen en de betrokken zorgverleners (ambulancezorg en ziekenhuizen, maar ook huisartsen) over ontsmetting en behandelwijze. Daarbij werkt de GHOR nauw samen met de GGD en het RIVM. Voor de advisering heeft de GHOR een Gezondheidskundige Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) in dienst.

5.2 De rol van de huisartsen

Binnen de dagelijkse acute zorg vervullen huisartsen en huisartsenposten een eerstelijns rol als verlener van basis acute zorg en als doorverwijzer naar de ambulancezorg (112) en ziekenhuizen (SEH). Op basis van triage wordt onderscheid gemaakt tussen hulpvragen die de huisarts kan afdoen, en hulpvragen waarvoor wordt doorverwezen naar ambulancezorg of ziekenhuis. Over de rol van de huisartsen en huisartsenposten bij opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening zijn geen landelijk uniforme afspraken gemaakt. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het adequaat continueren van hun reguliere zorgverlening. Dit betekent dat zij

hulp moeten verlenen aan slachtoffers die zelfstandig naar de eigen praktijk (of in de avond, nacht en het weekend naar de huisartsenpost) komen. Nog mobiele slachtoffers gaan vaak zelf op zoek naar hulp. Zij zullen onder andere aankloppen bij de eigen huisarts, een praktijk in de buurt van het rampterrein of, buiten kantooruren, bij de huisartsenpost.

Huisartsenhulp bij een ramp mag, maar wel gecoördineerd en veilig

Huisartsen zijn niet verplicht om een aanvullende rol te spelen binnen het GHOR-proces opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening, anders dan de hulpverlening aan slachtoffers in de eigen praktijk. De huisartsen hebben in beginsel geen rol bij de geneeskundige hulpverlening op een rampterrein. De hulpverlening aan zwaargewonden op het rampterrein is 'specialistenwerk'. Daarvoor worden ambulances, MMT's uit ziekenhuizen en SIGMA's van het Rode Kruis ingezet.

Maar het kan natuurlijk zo zijn dat een (huis)arts zich direct op of in de buurt van de plaats van een grootschalig incident bevindt. Hulp bieden zal dan vaak de eerste impuls zijn. Artsen en huisartsen die om wat voor reden dan ook in het rampgebied aanwezig zijn en hun diensten willen aanbieden, moeten zich in elk geval melden bij de leidinggevende van de geneeskundige hulpverlening (de eerste ambulance of de Officier of Commandant van Dienst Geneeskundig). Dan kunnen ze eventueel gecoördineerd en veilig worden ingezet.

In praktijk of post blijven heeft de voorkeur

Het is echter veel verstandiger als huisartsen in de directe omgeving van een ramp in hun eigen praktijk en eventueel de huisartsenpost blijven. Dan blijft de reguliere zorg en de extra opvang van slachtoffers die zelf op zoek gaan naar hulp gewaarborgd. De ervaring is namelijk dat slachtoffers die weg kunnen komen van het rampterrein vaak zelfstandig op zoek gaan naar hulp bij ziekenhuizen of huisartsen (zelfredzaamheid).

Aanvullende rol vooral in behandelcentrum

Hoewel de huisartsen daartoe niet verplicht zijn, kunnen regionaal afspraken worden gemaakt over een aanvullende rol bij rampen. Naar analogie van hun dagelijkse rol, zouden de huisartsen bij rampen bijvoorbeeld kunnen bijdragen aan de hulpverlening aan lichtgewonde slachtoffers in de zogenoemde 'nevenketen'. De huisartsen en huisartsenposten zouden hiermee een belangrijke rol kunnen spelen in het ontlasten van de hoofdketen van ambulancezorg en ziekenhuizen. De GHOR en huisartsen(posten) kunnen daartoe regionaal afspreken dat huisartsen worden ingezet in een behandelcentrum voor lichtgewonden buiten het rampterrein.

Overigens kan er ook sprake zijn van het inrichten van een opvang- en behandelcentrum zonder slachtoffers. Denk bijvoorbeeld aan de stranding van een grote groep reizigers of de ontruiming van een gebied bij een dreigende overstroming. Ook dan kan huisartsenzorg nodig zijn, bijvoorbeeld om reguliere medicatie te verstrekken. Of bij gezondheidsproblemen die zich in het opvangcentrum voordoen. De gemeente draagt hiervoor de primaire verantwoordelijkheid. Ze valt daarbij terug op de coördinerende rol van de GHOR voor de eventuele inzet van medische hulpverleners. Het is niet verplicht om afspraken te maken over de inzet van (bijvoorbeeld) huisartsen in dergelijke situaties. Maar als dat van toepassing is, kan wel worden aangesloten bij eventuele regionale afspraken over de inzet in een behandelcentrum.

Rol bij de nazorg

Tot slot heeft de huisarts nog een rol bij de nazorg voor lichamelijke en psychosociale gevolgen (zie hoofdstuk 6) bij eigen patiënten die slachtoffer zijn van een ramp. De huisarts behandelt deze patiënten zelf voor zover het huisartsenzorg betreft, en verwijst eventueel door naar andere passende zorg. In aansluiting hierop hebben huisartsen een taak in het signaleren en monitoren van de gevolgen van de ramp voor de gezondheidssituatie van direct betrokkenen. Om een goed beeld te krijgen van alle gevolgen van een ramp op de gezondheidstoestand van betrokkenen, kan de gemeente namelijk tot een gezondheidsonderzoek besluiten. Een dergelijk onderzoek opzetten en uitvoeren is de taak en verantwoordelijkheid van de gemeente, in samenwerking met de GHOR en GGD. Zij kunnen de huisartsen verzoeken dat onderzoek volledig of gedeeltelijk uit te voeren bij hun eigen patiënten.

5.3 Regionale afspraken

Voor een goede aansluiting tussen GHOR en huisartsenzorg zijn in elk geval regionale afspraken over de volgende onderwerpen wenselijk:

- informatievoorziening;
- procesplan;
- gezondheidsonderzoek.

Informatievoorziening

Uit de gang van zaken bij rampen in het verleden blijkt dat communicatie steeds weer een zwakke schakel is. Huisartsen in de omgeving van de ramp hebben geen of onvoldoende informatie en zijn niet voorbereid op de slachtoffers die zich direct bij hen melden. Huisartsen weten vaak ook niet goed wat er van hen wordt verlangd of verwacht. Moeten zij wel of niet hun diensten gaan aanbieden op het rampterrein? GHOR en huisartsenorganisaties moeten daarom vooraf afspreken wanneer en hoe huisartsen bij een ramp of crisis worden geïnformeerd. Ook dienen zij de communicatiestructuur daarvoor te regelen. Het betreft overigens niet alleen zogenoemde 'flitsrampen' met veel slachtoffers, maar bijvoorbeeld ook crises als stroomuitval, die gevolgen hebben voor de reguliere acute zorgketen. Bovendien kan het ook nuttig zijn om huisartsen vooraf te informeren over grootschalige evenementen die consequenties hebben voor de bereikbaarheid van de gezondheidszorg.

Huisartsenpraktijken en -posten moeten tijdens de ramp zelf en tijdens de nazorg snel geïnformeerd worden. Nadat een ramp zich heeft voorgedaan, hebben huisartsen op zijn minst informatie nodig over:

- de locatie, het tijdstip en de aard en omvang van het incident, waaronder het eventuele vrijkomen van gevaarlijke stoffen;
- de aard van verwondingen of symptomen van slachtoffers die zich bij huisartsenpraktijk of -post kunnen melden;
- de verwachte belasting van de ambulancezorg en ziekenhuizen waarmee huisartsen rekening moeten houden bij triage en doorverwijzing van 'reguliere' patiënten;
- aanwijzingen voor het doorgeven van informatie over slachtoffer aan de GHOR.

Voorbeelden informatievoorziening aan huisartsen

Voorbeeld 1

De meldkamer of het actiecentrum GHOR informeert rechtstreeks alle huisartsenpraktijken en -posten in het rampgebied zelf plus de directe omgeving. De GHOR moet dan wel een actueel adressenbestand van alle praktijken en posten hebben. Huisartsenkringen of -posten zullen daarvoor de verantwoordelijkheid moeten nemen. Een nadeel is dat de GHOR veel telefoontjes moet plegen in een situatie die sowieso al hectisch is.

Voorbeeld 2

De meldkamer of het actiecentrum GHOR informeert altijd, zowel tijdens kantooruren als tijdens ANW-uren, de huisartsenpost. De huisartsenpost regelt dat alle praktijken en de huisartsenkring worden geïnformeerd. Deze optie heeft als voordeel dat de huisartsenpost zowel tijdens kantooruren als tijdens ANW-uren bereikbaar is, en dat de GHOR altijd slechts één contact hoeft te leggen. Het adressenbestand en de te gebruiken kanalen zijn actueel. Er is wel een aanvullende regeling nodig voor niet-aangesloten huisartsenpraktijken. Intern moet de huisartsenpost een procedure hebben voor wat er moet gebeuren en wie wat doet als de GHOR-informatie binnenkomt tijdens kantooruren en wie wat doet als die informatie tijdens ANW-uren komt.

Praktijken en posten zullen op hun beurt de GHOR moeten informeren over de patiëntenvragen die zij krijgen. Deze informatie moet bij voorkeur digitaal of anders per fax aan de GHOR worden doorgegeven. De GHOR zal hiervoor een format beschikbaar moeten stellen.

De rol van de huisartsenzorg bij grootschalige ongevallen moet goed worden voorbereid. Voor die rol is goede wederzijdse informatievoorziening essentieel. Het is raadzaam hierover afspraken te maken met alle praktijken en posten. Zijn praktijken en posten rechtstreeks bereikbaar via de GHOR of loopt dat via huisartsenkringen en/of -posten? Hoe wordt binnen de praktijk of post de informatie doorgesluisd naar alle praktijkmedewerkers? In een aantal regio's zijn hiervan verschillende voorbeelden bekend (zie kader hierboven).

Bij deze eerste informatie kan eventueel al worden aangekondigd dat er een behandelcentrum opgestart gaat worden. Er wordt via deze weg echter geen oproep gedaan voor bemensing van het behandelcentrum; daarvoor zijn separate afspraken nodig. Integendeel: huisartsen wordt aangeraden in hun praktijk of post te blijven tot er eventueel een gerichte oproep komt. Anders ontbreekt elke coördinatie over wie beschikbaar is. Bij het einde van de acute fase worden alle praktijken en posten volgens dezelfde communicatiestructuur geïnformeerd over de 'afschaling' van de hulpverlening. Huisartsen wordt gevraagd nieuwe slachtoffers die zich zelf melden te blijven doorgeven.

Procesplan

De afspraken over taken, verantwoordelijkheden, organisatie en procedures worden uiteindelijk gebundeld vastgelegd in het procesplan voor de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening. Dat is een onderdeel van het regionaal crisisplan van de veiligheidsregio. Eventueel kunnen specifieke onderdelen uit dit procesplan voor bepaalde doelgroepen (zoals

de huisartsen) nader worden uitgewerkt in draaiboeken, protocollen en/of checklists. Het procesplan en bijbehorende uitwerkingen moet klaarliggen bij alle betrokken partners voor het moment waarop een ramp zich daadwerkelijk voordoet. Vertegenwoordigers van de huisartsen moeten betrokken zijn bij het opstellen van het plan.

Gezondheidsonderzoek

Zowel de inhoud als de manier van uitvoering van een eventueel gezondheidsonderzoek worden in een 'nazorgoverleg' besproken. Als huisartsen daarin een rol hebben, worden met de gemeente, GGD en GHOR afspraken gemaakt over die rol en de daarvoor beschikbare ondersteuning en tegemoetkomingen.

Eventuele aanvullende afspraken

Als de GHOR en de huisartsen/huisartsenposten willen overgaan tot een aanvullende rol van de huisartsenzorg binnen de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening en dit verder willen formaliseren, dan kan ook worden gedacht aan aanvullende afspraken over:

- organisatie en bemensing van het behandelcentrum;
- programma van eisen voor de locatie van het behandelcentrum;
- huisartsen oproepen voor het behandelcentrum;
- slachtofferregistratie;
- financiering.

Organisatie en bemensing van het behandelcentrum

Als de GHOR en huisartsen een rol voor de huisartsen zien weggelegd in het behandelcentrum, dan moeten zij vastleggen hoe het behandelcentrum is georganiseerd. Wie heeft bijvoorbeeld de leiding, wie is verantwoordelijk voor triage van binnenkomende slachtoffers, wie voert welke soort behandeling uit? Het is belangrijk om vooraf te bepalen welke bemensing precies nodig is. De GHOR en huisartsen moeten specifiek vastleggen welke taken een huisarts kan uitvoeren binnen het behandelcentrum. De huisartsen verlenen een deel van de zorg zelf, en stemmen die zorg af met verpleegkundigen en eventueel Rode Kruisvrijwilligers die eveneens voor het behandelcentrum kunnen worden opgeroepen.

Huisartsen leveren in het behandelcentrum huisartsenzorg. Daar zijn in principe geen extra richtlijnen voor nodig. Dat kan wel het geval zijn als er giftige stoffen zijn vrijgekomen. De GHOR zorgt er dan voor dat de huisartsen in het behandelcentrum de juiste informatie hebben over klinische verschijnselen en de manier van behandelen. Op het behandelcentrum vindt hernieuwde triage plaats. Als dat nodig is, wordt de patiënt alsnog naar een ziekenhuis verwezen. De huisarts overlegt dan met de GHOR-functionaris om af te stemmen naar welk ziekenhuis de patiënt het beste verwezen kan worden.

Programma van eisen voor de locatie van het behandelcentrum

De gemeente is verantwoordelijk voor het instellen en inrichten van een behandelcentrum; de GHOR voor de invulling van de medische zorg. Gemeente, GHOR en betrokken hulpverleners, inclusief eventueel huisartsen, zullen vooraf gezamenlijk een programma van eisen op moeten stellen. Daarin staan:

- de eisen waaraan de locatie moet voldoen (beschikbare ruimten, bereikbaarheid en herkenbaarheid, beschikbaarheid van water, elektra, verwarming enz.);
- aanwezige behandelvoorzieningen: behandeltafel, verbandmateriaal, instrumentarium;
- communicatieve voorzieningen: telefoon, fax, internetverbinding.

Als de huisartsen voor de zorg op het behandelcentrum behoefte hebben aan extra voorzieningen of materialen, geven zij dat door aan het Hoofd Behandel Centrum (HBC). De GHOR regelt dan dat die benodigdheden er komen.

Huisartsen komen in beginsel met eigen vervoer naar het behandelcentrum en nemen hun eigen visitetas mee. Ze overleggen met het HBC over welke middelen en instrumenten verder nodig zijn.

Huisartsen oproepen voor het behandelcentrum

Als regionaal wordt afgesproken dat huisartsen een rol gaan vervullen in het behandelcentrum, is het van groot belang dat er duidelijke afspraken zijn over hoe zij worden opgeroepen. Dit is een organisatorisch en communicatief ingewikkeld proces. Daar is een duidelijk draaiboek voor nodig met werkinstructies voor de betrokkenen. In de praktijk zijn diverse voorbeelden bekend van de bereikbaarheidsregelingen van huisartsen (zie kader op bladzijde 48).

Als de GHOR contact heeft kunnen krijgen met iemand die het oproepen van huisartsen verder kan coördineren, wordt zo mogelijk gemeld wat het geschatte aantal op te roepen huisartsen is, waar zij worden verwacht en voor hoeveel tijd. Het benodigde aantal huisartsen zal vooraf niet altijd goed te overzien zijn. Het hangt niet alleen af van het aantal lichtgewonde slachtoffers maar ook van de ernst en bewerkelijkheid van eventuele aandoeningen, en van de aanwezigheid van verpleegkundigen en vrijwilligers.

Een tijdsnorm afspreken voor de komst naar het behandelcentrum is wenselijk. Het is aan te bevelen dat er binnen een uur na de aanvraag minimaal één huisarts op het behandelcentrum aanwezig is. Deze arts maakt samen met het hoofd van het behandelcentrum een beoordeling van het totaal aantal gewenste artsen. Het HBC geeft dat door aan het Actiecentrum GHOR. Van daaruit kunnen zo nodig opnieuw huisartsen worden benaderd volgens de afgesproken procedure.

Het kan zijn dat er bij een echt grote ramp op een gegeven moment spanning ontstaat tussen de behoefte aan huisartsen op het behandelcentrum en de beschikbaarheid voor de gewone zorg. In dat geval beslist de directeur GHOR na overleg met de huisartsenorganisaties over de verdeling van de beschikbare capaciteit. De reguliere zorg zal dan eventueel moeten omschakelen naar alleen nog acute zorg.

Slachtofferregistratie

Voor de beeldvorming van de GHOR en de gemeente, en voor de voorlichting aan verwanten en pers is het noodzakelijk dat slachtoffers worden geregistreerd. Binnen het behandelcentrum zullen administratief medewerkers beschikbaar moeten zijn om patiënten en behandelelingen te registreren. De GHOR is hiervoor verantwoordelijk. Een mogelijkheid is om regionaal af te spreken om doktersassistenten en/of assistenten van de huisartsenpost in te zetten,

Huisartsen oproepen voor het behandelcentrum. Enkele voorbeelden

Op huisartsengroepen binnen en in de directe nabijheid van het rampgebied wordt geen beroep gedaan. Zij moeten zo veel mogelijk op hun praktijk blijven om slachtoffers op te vangen die zich zelf melden. Huisartsengroepen direct buiten de schil van het rampgebied worden als eerste benaderd.

Voorbeeld 1

De meldkamer of het Actiecentrum GHOR neemt tijdens kantooruren direct contact op met de per huisartsengroep aangewezen contactpersonen. Het benaderen van huisartsen gaat per 'kanspiket'. Als de contactpersoon niet bereikbaar blijkt te zijn, wordt een volgende contactpersoon gebeld enzovoort. De contactpersoon die zo bereikt wordt, neemt de verplichting op zich dat er binnen één uur een met de GHOR overeengekomen aantal huisartsen op het behandelcentrum aanwezig is. Dat kan de contactpersoon zelf zijn, of iemand anders uit de huisartsengroep. Tijdens ANW-uren neemt de GHOR contact op met de huisartsenpost. De huisartsenpost vraagt de eerst dienstdoende achterwachters naar het behandelcentrum te gaan. Dit voorbeeld heeft als voordeel heel directe lijnen, maar is wel kwetsbaar. Continue bereikbaarheid van een huisartsengroep is, ook tijdens praktijken, moeilijk te garanderen en bovendien kan de huisartsengroep alleen binnen de eigen groep een beroep doen op huisartsen voor het behandelcentrum. Om deze optie te laten functioneren, moet de GHOR de actuele bereikbaarheidsgegevens van de contactpersoon per huisartsengroep hebben en van zijn plaatsvervangers (overleglijn of 06-nummers). Om die gegevens actueel te houden, moeten minstens elk half jaar en liefst bij elke verandering die gegevens aan de GHOR worden doorgegeven. Ook dat maakt deze optie kwetsbaar.

Voorbeeld 2

De huisartsenkringen benoemen een speciaal eerste aanspreekpunt voor het oproepen van huisartsen voor het behandelcentrum, plus een of meer plaatsvervangers. Deze coördinator benadert de huisartsengroepen ook weer volgens het kanspiket tijdens kantooruren en neemt contact op met de huisartsenposten bij een oproep tijdens ANW-uren. Dit voorbeeld heeft het voordeel van één contactpunt. Omdat de huisartsenkring niet 24 uur per etmaal bereikbaar is, zal er een lijst moeten komen van mensen die de GHOR achtereenvolgens belt. Een ander nadeel is dat de betreffende persoon niet direct alle informatie en faciliteiten heeft om een oproep aan huisartsen voor het behandelcentrum in werking te stellen.

Voorbeeld 3

De huisartsenpost in het rampgebied of in de nabije regio is het aanspreekpunt voor de oproepen tijdens kantooruren en tijdens ANW-uren. De huisartsenpost neemt respectievelijk contact op met een of meer huisartsengroepen of met de huisartsen uit de eigen achterdienst. Ook dit voorbeeld heeft als voordeel één contactpunt. Bijkomend voordeel is dat achter dit contactpunt een 24-uurs beschikbare organisatie zit. Bovendien heeft die organisatie actuele communicatielijnen met een groot deel van de huisartsenpraktijken in de regio. Bij de keuze voor deze optie moeten huisartsenkring en -post afspreken hoe de gang van zaken is bij een oproep voor een behandelcentrum tijdens kantooruren en tijdens ANW-uren. De huisartsenpost legt intern vast welke vervolgstappen degene bij wie de vraag van de GHOR binnenkomt moet zetten.

mits de reguliere huisartsenzorg daardoor niet wordt belemmerd.

Over de manier van registreren moeten vooraf afspraken worden gemaakt. Registratie van welke patiënten het behandelcentrum binnenkomen, gebeurt direct bij binnenkomst. Een administratieve kracht of doktersassistent noteert de persoonsgegevens. Als de patiënt een 'gewondenkaart' heeft (aangemaakt op het rampterrein bij de eerste triage) wordt dat genoteerd. Alle patiëntcontacten op het behandelcentrum worden ook inhoudelijk geregistreerd. Dat gebeurt voor de continuïteit van huisartsenzorg en voor het overzicht van de GHOR. Een goed voorbeeld is registratie via de systemen van de huisartsenpost (zie kader).

Omdat een deel van de slachtoffer zelf op zoek gaat naar hulp, is het voor de GHOR moeilijk overzicht te krijgen over de aantallen slachtoffers en waar die zich bevinden. Ook daar moeten afspraken over zijn, zodat huisartsen weten wanneer en wat ze moeten doorgeven over slachtoffers die zich in de praktijk melden, en aan wie ze die informatie moeten doorgeven. Huisartsen en huisartsenposten zouden deze patiënten 'als slachtoffer van de ramp' moeten registreren en deze informatie, met toestemming van de patiënt, moeten doorgeven aan de GHOR.

Voorbeeld registratiemethodiek

Voor de registratie in het behandelcentrum kan worden aangesloten bij het registratiesysteem van de huisartsenpost. Een zeer handige oplossing is dat de huisartsenpost laptops ter beschikking stelt met de registratieprogrammatuur van de post. En het zou helemaal ideaal zijn als ook directe toegang tot het elektronisch patiëntendossier mogelijk is. Als dit niet mogelijk is, kan er gewerkt worden met een 'papieren versie' van het registratiesysteem van de huisartsenpost. Daarbij kan worden aangesloten bij de noodprocedure die de huisartsenpost zelf heeft voor het uitvallen van het computersysteem. Deze papieren gegevens gaan naar de huisartsenpost en worden daar alsnog in het elektronisch dossier van de post ingevoerd. Door de registratie van de behandelpost via het systeem van de huisartsenposten te regelen, gaat de informatie automatisch naar de eigen huisarts van een patiënt via het waarneembericht, mits de patiënt tot de populatie van de huisartsenpost behoort. Is dat laatste niet het geval, dan wordt de gebruikelijke werkwijze op de post voor passanten gebruikt. Dat betekent meestal dat de passant zelf het waarneembericht meekrijgt. De huisartsenpost is verantwoordelijk voor het leveren van een overzicht van de behandelingen die op het behandelcentrum zijn uitgevoerd voor de GHOR.

Financiering

Voor de zorgverlening in de eigen praktijk aan eigen patiënten en 'passanten' die het slachtoffer zijn van een ramp gelden de reguliere afspraken met de zorgverzekeraars. Hetzelfde geldt voor slachtoffers die zich in de ANW-uren melden bij een huisartsenpost. Als regionaal wordt overeengekomen dat huisartsen en/of huisartsenposten een aanvullende rol kunnen spelen in de 'nevenketen' voor lichtgewonde slachtoffers, dan zullen zij met de GHOR een financiële tegemoetkoming overeen moeten komen voor de voorbereidingsactiviteiten (planning, opleiding, oefening) en de daadwerkelijke patiëntcontacten bij een inzet.



6. Huisartsenzorg en psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen

Psychosociale hulp bij rampen en zware ongevallen wordt primair geleverd door de instellingen voor GGZ, de huisartsen, Slachtofferhulp en maatschappelijk werk. In de acute fase en de eerste nazorgfase is de GHOR nog verantwoordelijk voor de nazorg. Vanaf de tweede nazorgfase zijn de reguliere organisaties, en dus ook de huisartsen, verantwoordelijk. Huisartsen spelen in de nazorg een centrale rol.

6.1 Organisatie van de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen

De psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHOR) omvat de psychosociale nazorg aan getraumatiseerde slachtoffers van rampen en zware ongevallen, die primair geleverd wordt door de instellingen voor GGZ, de huisartsen, Slachtofferhulp en maatschappelijk werk. Naast de slachtoffers zijn ook indirecte getroffen en betrokkenen, zoals familie, klasgenoten, (professionele) reddingswerkers en huisartsen geconfronteerd met een niet-alledaagse en ingrijpende situatie. Vaak hebben ook zij een vorm van zorg en/of beroepsinhoudelijke ondersteuning nodig.

Drie hulpfasen

De hulp aan getroffen en wordt in drie fasen geboden. De eerste fase is de acute fase en beslaat de periode direct na de gebeurtenis. Die duurt in principe 3x24 uur, met een verlengingsmogelijkheid tot maximaal 7x24 uur. In deze fase zorgt de GHOR voor de beschikbaarheid van psychosociale opvangteams. Deze teams worden ingezet in het opvangcentrum/ behandelcentrum en soms ook bij een ziekenhuis. Hiervoor maakt de GHOR vooraf afspraken met de GGZ, maatschappelijk werk, vrijwilligers van het Rode Kruis en vrijwilligers van Bureau Slachtofferhulp. Voor de strategische aansturing van de opvangteams formeert de GHOR met de betrokken organisaties een Kernteam PSHOR.

Na de acute fase begint de eerste nazorgfase, die ongeveer drie maanden duurt. De GHOR is deze drie maanden na de ramp verantwoordelijk voor het aanbieden en coördineren van voldoende psychosociale nazorg. De GHOR kan de huisartsen verzoeken bij hun eigen patiënten te signaleren en te monitoren met welke gezondheidsklachten en vragen patiënten komen en de GHOR daarover te informeren. Hierover zullen op dat moment regionale afspraken moeten worden gemaakt.

Hierna volgt de tweede nazorgfase, waarin de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening bij de reguliere verantwoordelijken (huisartsen en GGZ) ligt, onder regie van de GGD. Deze fase kan enkele jaren duren. Bij een omvangrijke ramp kan de gemeente in samenwerking

met de GHOR besluiten een speciaal Informatie- en Adviescentrum (IAC) in te richten voor de nazorg (psychosociaal, maar bijvoorbeeld ook voor materiële nazorg). Dit centrum wordt bemenst door de GGZ, maatschappelijk werk, Slachtofferhulp, welzijnsinstellingen, rechtshulp en gemeentelijke diensten voor onder andere materiële ondersteuning.

De behoefte aan nazorg zal vaak pas na een ramp goed kunnen worden ingeschat. De GHOR neemt het initiatief om al tijdens of snel na de ramp alle partijen die bij de nazorg betrokken zijn aan tafel te krijgen om een plan voor de nazorg op te stellen. Dat ‘nazorgoverleg’ blijft in stand tijdens de hele periode dat er nog behoefte aan nazorg blijkt te bestaan.

6.2 De rol van de huisartsen

Huisartsen hebben in de nazorg een centrale rol. Patiënten komen met lichamelijke klachten als eerste bij hen en zij zullen ook vaak een signaleringsfunctie hebben voor de behoefte aan psychosociale zorg. Huisartsenorganisaties moeten daarom een centrale rol hebben bij het opstellen van het deelplan nazorg. Over de inhoud en werkwijzen van de psychosociale nazorg zullen huisartsen goed geïnformeerd moeten zijn.

Huisartsen kunnen verder heel direct met de psychosociale opvangteams te maken krijgen als ze tegelijkertijd worden ingezet in een opvangcentrum/behandelcentrum. Als regionaal wordt overeengekomen dat huisartsen een rol kunnen vervullen binnen het behandelcentrum, dan zullen de huisartsen nader moeten worden geïnstrueerd over de werkwijze van deze teams. Ook moeten ze met deze teams trainen en oefenen.

6.3 Regionale afspraken

Om de rol van de huisarts bij de nazorg te kunnen borgen, zijn regionale afspraken over de volgende onderwerpen raadzaam:

- informatievoorziening;
- samenwerken in het opvangcentrum/behandelcentrum;
- monitoring;
- nazorg huisartsen;
- procesplan.

Informatievoorziening

Er zijn duidelijke afspraken nodig over het tijdig informeren van huisartsen over eventuele nazorgbehoeften bij een incident. De GHOR informeert huisartsenpraktijken en -posten of er specifieke problematiek als gevolg van de ramp te verwachten is, en zo ja, in welke mate en wat dan diagnostische en behandeladviezen zijn. Huisartsen krijgen ook bericht over specifieke nazorg die de GHOR zelf organiseert of die andere instanties zullen bieden. Huisartsen kunnen dan daarnaar verwijzen, bijvoorbeeld voor psychosociale hulp.

Samenwerking in het opvangcentrum/behandelcentrum

De huisartsen die worden ingezet in een behandelcentrum voor lichtgewonde slachtoffers moeten kunnen samenwerken met de psychosociale opvangteams die daar eventueel

aanwezig zijn. De huisartsen moeten de mogelijkheden en werkwijze van teams kennen en getraind worden om daarmee samen te werken.

Monitoring

De GHOR kan huisartsen vragen gezondheidsproblemen bij eigen patiënten als mogelijk gevolg van de ramp te registreren en te monitoren, en die informatie door te geven aan de GHOR. De GHOR zal een format en instructies moeten geven voor de manier waarop huisartsen die gegevens bij de GHOR kunnen aanleveren.

Nazorg huisartsen

Ook huisartsen zelf kunnen behoefte hebben aan enige vorm van nazorg na een ramp. De huisartsen zullen afspraken moeten maken over collegiale opvang. De GHOR kan daarbij eventueel ondersteunen.

Procesplan

Alle afspraken over de nazorg worden vastgelegd in een procesplan. De huisartsen moeten betrokken zijn bij het opstellen hiervan.



NOODPLAN



7. Slotbeschouwing: structurele samenwerking

Structurele samenwerking tussen GHOR en huisartsen is nodig. In dit hoofdstuk passeren verschillende facetten daarvan de revue. Trainen, samen oefenen en het opdoen van praktijkervaring lijken cruciaal te zijn voor goede samenwerking tijdens een crisis.

7.1 Structurele samenwerking is nodig

Een structurele samenwerking tussen huisartsen en de GHOR komt pas sinds enkele jaren van de grond. Daarbij beseffen beide kanten dat huisartsenzorg een essentiële schakel is binnen de geneeskundige zorg bij rampen. Dat is ook hun praktijkervaring.

Het huidige samenwerkingsproject van GHOR Nederland, LHV, NHG en VHN, resulterend in deze handreiking, is daarbij een belangrijke nieuwe stap. Structurele samenwerking houdt allereerst in dat er vaste huisartsenvertegenwoordigers aanwezig zijn bij het beleidsoverleg en organisatorische overleg over de geneeskundige hulp binnen de veiligheidsregio. Structurele samenwerking betekent ook dat huisartsen deelnemen aan werkgroepen en projectgroepen voor het opstellen van deelplannen en protocollen als voorbereiding op een ramp.

7.2 Complicerend: grenzen lopen niet parallel

Complicerend daarbij is dat de gebiedsindelingen van de GHOR en de huisartsenzorg niet op elkaar aansluiten. Alle huisartsenkringen en -posten binnen een GHOR-regio zullen daarom vanuit hun gelederen een of meer vertegenwoordigers moeten aanstellen, die zich in die- nen te werken in de materie. Zij kunnen de huisartsenkring en -post op deskundige wijze vertegenwoordigen bij de voorbereiding op rampen en crises. Deze huisartsen zijn tevens de schakel naar de eigen achterban. Zij informeren huisartsen over het belang van samenwerking met de GHOR. Ook stimuleren ze deelname aan scholing en gezamenlijke activiteiten. Vice versa zullen aangrenzende GHOR-regio's zich ertoe moeten verplichten vergelijkbare afspraken te maken met huisartsenkringen en -posten die over de regiogrenzen heen opereren.

7.3 Samenwerking is niet vrijblijvend

De samenwerking heeft als doel huisartsen structureel in te bedden in de GHOR-organisatie, zodat hun kennis en deskundigheid beter kunnen worden benut, in de voorbereiding op rampen, tijdens rampen en in de nazorg. Deze samenwerking is niet vrijblijvend. Wederzijdse rechten en verplichtingen moeten worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Waar de huisartsenzorg zelf de primaire verantwoordelijkheid draagt, zoals voor de zorgcontinuïteit bij een influenzapandemie, worden in die overeenkomst de inhoudelijke afspraken met de GHOR vastgelegd. Als daarnaast regionaal wordt gekozen voor een aanvullende rol

van de huisartsen en/of huisartsenposten in het behandelcentrum, zal de GHOR individuele huisartsen en/of huisartsenposten apart moeten 'contracteren' tegen een overeen te komen financiële vergoeding. Omdat huisartsenkringen geen zorgaanbieder zijn, kunnen die financiële afspraken alleen met individuele huisartsen worden gemaakt.

7.4 Trainen, samen oefenen en praktijkervaring

Procesplannen, draaiboeken, protocollen en checklists zijn slechts een deel van de voorbereiding. Een plan op zich blijkt niet zo effectief voor handelingen die in de dagelijkse praktijk weinig voorkomen. Gerichte training, gezamenlijke oefeningen en praktijkervaring blijken meer effect te hebben. Als alle betrokken functionarissen weten welke doelen bereikt moeten worden, welke rollen zij en hun samenwerkingspartners daarin vervullen en als ze een 'gemeenschappelijke taal' en begrippenkader hebben, dan blijken veel problemen ter plaatse te kunnen worden opgelost. Opleiden, trainen en oefenen is daarom vooral wenselijk voor ongebruikelijke handelingen en situaties, zoals:

- samenwerking met andere disciplines dan gebruikelijk: bijvoorbeeld de samenwerking van huisartsen met verpleegkundigen en vrijwilligers in een behandelcentrum. Zij hebben vaak andere werkwijzen en een andere 'taal' waardoor gemakkelijk miscommunicatie ontstaat. Informatie wordt niet begrepen of relevante informatie wordt niet aan de ander doorgegeven;
- ongebruikelijke pathologie: trauma's die voor huisartsen niet gebruikelijk zijn, of aandoeningen als gevolg van het vrijkomen van giftige stoffen;
- ongebruikelijke handelingen zoals de registratie van patiëntencontacten op een behandelcentrum of beschermende maatregelen tegen gevaarlijke stoffen of infectieziekten (zie hoofdstuk 4);
- ongebruikelijke communicatiestructuren, zoals het snel informeren van alle huisartsen in een beperkte regio over een grootschalig ongeval of het oproepen van huisartsen voor het behandelcentrum.

Om de procesplannen daadwerkelijk te kunnen implementeren, zijn dus afspraken tussen de GHOR en de huisartsen nodig over het gezamenlijk bijscholen, trainen en oefenen voor GHOR-omstandigheden. De exacte behoeften zullen regionaal bepaald moeten worden. Het kan daarbij gaan om bijvoorbeeld cursussen over de GHOR, trainingen voor bepaalde specifieke handelingen of situaties en oefeningen voor de samenwerking met andere hulpverleners en de GHOR. Een goede praktijk is om een nieuw opgesteld procesplan of draaiboek grootschalig te beoefenen, om te evalueren of alle procedures goed werken. Ook kunnen periodiek de vaardigheden worden getraind die de huisartsen hebben voor traumatologie binnen de eerste lijn.

Bijlage 1: gebruikte afkortingen

ANW	Avond, Nacht en Weekend
BAO	Bestuurlijk Afstemmings Overleg
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BZK	(ministerie van) Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBRN	Chemisch, Biologisch, Radiologisch, Nucleair
CoPI	Commando Plaats Incident
CvD-G	Commandant van Dienst Geneeskundig
DG	Directeur-generaal
GAGS	Gezondheidskundige Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GGD	Gemeentelijke (c.q. Gemeenschappelijke/Gewestelijke) Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GRIP	Gecoördineerde Regionale IncidentenbestrijdingsProcedure
HBC	Hoofd Behandel Centrum
HGN	Hoofd Gewondennest
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IAC	Informatie- en Adviescentrum
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOOV	Inspectie Openbare Orde en Veiligheid
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectiebestrijding
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIFV	Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid
NRK	Nederlandse Rode Kruis
OL	Operationeel Leider
OMT	Outbreak Management Team
OvD-G	Officier van Dienst Geneeskundig
POG	Preventieve Openbare Gezondheidszorg
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROT	Regionaal Operationeel Team
SEH	Spoed Eisende Hulp
SIGMA	Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie
SMH	Spoedeisende Medische Hulpverlening
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZiROP	Ziekenhuisrampenopvangplan

Bijlage 2: Literatuur

Basisleerstof GHOR (3^e druk), Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid Nibra, 2008.

Brief van de minister van VWS en staatssecretaris van BZK aan de Tweede Kamer (26 956, nr. 11) over de organisatie van de GHOR, 11 juli 2002.

Certificatieschema GHOR-bureau, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector, 2004.

Donkers, G.A. c.s., *Gezondheidsklachten na een ramp: lessen voor de toekomst*, Medisch Contact, 44, 2004.

Drijver, R. en P. Jochems (red.), *Nederlands Triage Systeem: op weg naar eenduidige triage*, NHG, LAMP, NVSHV, GGZ Nederland, 2006.

Landelijk model procesplan Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen, GHOR Nederland, 2004.

NHG-standpunt: de specifieke huisartsgeneeskundige inbreng in de acute medische zorg, NHG, 2005.

Operationeel draaiboek 1: aviaire influenza, Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI), 2005.

Operationeel draaiboek 2: incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland, Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI), 2005.

Operationeel draaiboek 3: bestrijding influenzapandemie, Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI), 2005.

Procedure GHOR, GHOR Nederland, 2001.

Procesbeschrijving POG, Openbare Gezondheidszorg bij Ongevallen en Rampen, GHOR Nederland, 2004.

Soeteman, R., *Mij mankeert niets: ervaringen van huisartsen tijdens en na een ramp*, Huisarts en wetenschap, 49, 2006.

Wetsvoorstel veiligheidsregio's, Tweede Kamer, dossier 31 117.

Bijlage 3: overzicht gebiedsindelingen

Veiligheidsregio's / GHOR regio's



Bron: RIVM

Huisartsenkringen (mei 2009)



LHV-Bureau Noordwest-Nederland

- A. Huisartsenkring Amsterdam
- B. Huisartsenkring Noord-Holland Noord
- C. Huisartsenkring Noord-Holland Midden

LHV-Bureau West-Nederland

- D. Huisartsenkring district Rotterdam
- E. Huisartsenkring Haaglanden
- F. Huisartsenkring Rijnland & Midden-Holland
- G. Huisartsenkring Westland/Schieland/Delfland

LHV-Bureau Zuidwest-Nederland

- H. Huisartsenkring Zuid-Holland Zuid
- I. Huisartsenkring West-Brabant
- J. Huisartsenkring Midden-Brabant
- K. Huisartsenkring Zeeland
- L. Huisartsenkring Noord-Brabant Noordoost

LHV-Bureau Zuidoost-Nederland

- M. Huisartsenkring Zuidoost Brabant
- N. Huisartsenkring Limburg
- O. Huisartsenkring Nijmegen e. o.

LHV-Bureau Oost-Nederland

- P. Huisartsenkring Gelre-IJssel
- Q. Huisartsenkring De Gelderse Rivieren
- R. Huisartsenkring Twente

LHV-Bureau Noord-Nederland

- S. Huisartsenkring Friesland
- T. Huisartsenkring Groningen
- U. Huisartsenkring Drenthe
- V. Huisartsenkring Zwolle/Flevoland

LHV-Bureau Midden-Nederland

- W. Huisartsenkring Midden-Nederland

Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging

Huisartsenposten (oktober 2007)



Bron: Vereniging Huisartsenposten Nederland

ROAZ-gebieden en HAP (mei 2009, nog in ontwikkeling)

TC VUMC

Centrale Huisartsenpost Kop van Noord-Holland
Centrale Huisartsenpost West-Friesland, Hoorn
Huisartsenpost Alkmaar
Huisartsenpost Amsteldam
Huisartsenpost Amsterdam
Huisartsenpost Haarlemmermeer
Huisartsenpost Midden-Kennemerland
Huisartsenposten Zaanstreek-Waterland
LHV Bureau Noordwest-Nederland
Spoedpost Zuid-Kennemerland

ACUTE ZORG REGIO OOST

CHN Nijmegen
CHRA Arnhem
Huisartsenpost 'De Gelderse Vallei'

TC NOORD NEDERLAND

Doktersdiensten Groningen
Dokterswacht Friesland
Centrale huisartsendienst Drenthe

TC ZWOLLE

Centrale huisartsenpost Salland
Regionale huisartsenpost Apeldoorn
Regionale huisartsenpost Zutphen
Huisartsenpost Noord West Veluwe

TC LIMBURG

Stichting Huisartsenpost Noord Limburg
Stichting Huisartsenposten Midden Limburg
Huisartsendienst Westelijke Mijnstreek
Stichting Huisartsenpost M'richt en Heuvelland

Bron: Landelijke vereniging voor Traumacentra

TC ZUID WEST NEDERLAND

HAP Nieuwe Waterweg Noord en Centrale Huisartsenpost Rijnmond
Huisartsenpost Dirksland
Huisartsenpost Zeeland
Huisartsenpost Dordrecht/Gorinchem

TC WEST NEDERLAND

SHR
Doktersdienst Duin- en Bollenstreek
Huisartsenpost Zoetermeer
Huisartsenkring Haaglanden

TC EUREGIO

CHPE Enschede
CHP Almelo
HAP Winterwijk/Groenlo
Huisartsenpost Hengelo

TC UTRECHT

Huisartsenpost primair
Huisartsenkring Midden-Nederland
Huisartsenkring Midden-Nederland

TC BRABANT

Centr. Huisartsenpost Midden Brabant
Centrale huisartsenpost ZOB
Huisartsenpost hov
Stichting HDS West Brabant
St. Huisarts Organisatie Kempen en omstr.

Bijlage 4: checklist regionale afspraken

Bij het vastleggen van regionale afspraken in een convenant kan aan de volgende onderwerpen worden gedacht.

- **Partijen**

De GHOR en huisartsenposten kunnen als rechtspersoon een samenwerkingsovereenkomst sluiten. Omdat de huisartsenkringen als collectief geen rechtspersoon of zorgaanbieder zijn, kunnen daarmee uitsluitend inhoudelijke samenwerkingsafspraken worden gemaakt die geen directe financiële gevolgen hebben. Afspraken met direct financiële gevolgen voor de individuele huisarts (zoals de niet-reguliere inzet in een behandelcentrum voor T3-slachtoffers) kunnen uitsluitend worden gemaakt tussen de GHOR en de betreffende individuele huisartsen.

- **Wettelijke basis**

Gerefereerd kan worden aan de in de (concept) Wet veiligheidsregio's opgenomen verplichting tot het maken van regionale afspraken.

- **Begripsbepalingen**

Voor begrippen als ramp, crisis en de GHOR-processen kunnen definities uit de landelijke regelgeving en model-procesplannen worden overgenomen.

- **Afspraken over de grootschalige infectieziektebestrijding**

- informatievoorziening;
- diagnostiek;
- contactonderzoek en beschermende middelen;
- vaccinatiebeleid;
- antivirale middelen;
- medicatievoorziening;
- ziektemonitoring;
- opnamebeleid;
- scheiding van patiëntenstromen;
- callcenter;
- zorgcontinuïteit;
- registratie;
- openbare orde maatregelen;
- mediawoordvoering;
- opstellen van procesplan en draaiboeken.

- **Afspraken over de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening**

- informatievoorziening;
- opstellen van procesplan en draaiboeken;
- gezondheidsonderzoek;
- organisatie en bemensing van behandelcentrum;
- programma van eisen locatie behandelcentrum;
- oproepen van huisartsen voor behandelcentrum;
- slachtofferregistratie.

- **Afspraken over de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen**

- informatievoorziening;
- samenwerking huisartsen met psychosociale opvangteams in opvangcentrum/ behandelcentrum;
- monitoring psychosociale klachten;
- nazorg aan huisartsen;
- opstellen van procesplan en draaiboeken.

- **Afspraken over het opleiden, trainen en oefenen**

In de samenwerkingsovereenkomst kan worden vastgelegd welke opleidingen en trainingen voor welke taken van de huisarts wenselijk worden geacht en op welke wijze en met welke frequentie huisartsen bij gezamenlijke oefeningen worden betrokken. Een alternatief is dat alleen wordt vastgelegd hoe de huisartsen worden betrokken bij het opstellen van het jaarplan opleiden, trainen en oefenen van de GHOR, waarin dergelijke afspraken over te volgen opleidingen en oefenfrequentie elk jaar opnieuw worden overeengekomen.

- **Afspraken over betrokkenheid bij (kwaliteits-)beleid van de veiligheidsregio**

De samenwerkingsafspraken met de huisartsen worden verder verankerd in het beleidsplan van de veiligheidsregio's en het bijbehorende kwaliteitsbeleid. In de samenwerkingsovereenkomst kan worden vastgelegd op welke wijze (welke vertegenwoordigers e.d.) de huisartsen en huisartsenposten bij het opstellen van het (kwaliteits-)beleid worden betrokken.

- **Overlegstructuren**

De GHOR is verplicht om structureel overleg met de huisartsen en huisartsenposten te voeren. In de overeenkomst kan worden vastgelegd op welk niveau, met welke frequentie en over welke onderwerpen overleg wordt gevoerd.

- **Financiële bepalingen**

Op basis van de wettelijke verantwoordelijkheden zoals beschreven in de handreiking, moet in de samenwerkingsovereenkomst duidelijk worden beschreven wie voor welke zaken de verantwoordelijkheid en dus ook de kosten draagt. Voor regionaal overeengekomen taken die niet tot de reguliere verantwoordelijkheid van de huisartsen en huisartsenposten behoren, kunnen regionaal vergoedingen worden overeengekomen.

- **Slotbepalingen, zoals:**
 - duur/opzegging van de overeenkomst;
 - eventuele geschillenregeling;
 - werkingsgebied;
 - aanhalingstitel van de overeenkomst.

Tekst: Ruud Houdijk, Houdijk Advies

Eindredactie: Tekstbureau Brandsma

In samenwerking met:

Cora Baukema, LHV

Carian Cools, GHOR Nederland

Chris Dekkers, GHOR Nederland

Sylvia Meulenstein, GHOR Nederland

Tonnie van de Rijdt, Van de Rijdt Adviesbureau

Lisette Romijn, LHV

Kees in 't Veld, NHG

Christel van Vugt, VHN

Fotografie: GHOR Nederland, GHOR ZHZ, Getty Images (blz. 8), Herbschleb & Slebos (blz. 22), Yon Gloudemans (blz. 38, 54)

Vormgeving en productie: Peter Verwey Grafische Producties BV, Heemstede

Drukwerk: ORO Grafisch Project Management, Koekange

In opdracht van:

GHOR Nederland

Landelijke Huisartsen Vereniging

Nederlands Huisartsen Genootschap

Vereniging Huisartsenposten Nederland

Financiering:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Digitale exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar via de websites van GHOR Nederland (www.ghor.nl), LHV (www.lhv.nl), NHG (www.nhg.org) en VHN (www.vhned.nl).

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgever.

© mei 2009



GHOR Nederland

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)