



**DEFINITIEF CONCEPT**

**Model**

**Huisartsenzorg RampenOpvangPlan**

**(HaROP)**

#### Inhoudsopgave

[INLEIDING 3](#_Toc273459432)

[Aanleiding 3](#_Toc273459433)

[Waarom een HaROP? 4](#_Toc273459434)

[Doelgroep van het model 5](#_Toc273459435)

[Totstandkoming en status van het model 5](#_Toc273459436)

[Leeswijzer 5](#_Toc273459437)

[DEEL A: VOORBEREID OP RAMPEN EN CRISES 6](#_Toc273459438)

[DEEL B: FORMAT HaROP 9](#_Toc273459439)

[1. UITGANGSPUNTEN VAN HET HaROP 10](#_Toc273459440)

[1.1 Organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing 10](#_Toc273459441)

[1.2 Wettelijk kader 11](#_Toc273459442)

[1.3 Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden 12](#_Toc273459443)

[1.4 Financiering 13](#_Toc273459444)

[2. PREPARATIE 14](#_Toc273459445)

[2.1 Planvorming 14](#_Toc273459446)

[2.2 Samenwerking in het ROAZ 14](#_Toc273459447)

[2.3 Opleiden, trainen en oefenen (OTO) 14](#_Toc273459448)

[2.4 Aanschaf middelen 14](#_Toc273459449)

[2.5 Bereikbaarheid 14](#_Toc273459450)

[2.6 Registratie en informatiesystemen 14](#_Toc273459451)

[2.7 Catering 15](#_Toc273459452)

[2.8 Incidentevaluatie 15](#_Toc273459453)

[2.8 Beleid en kwaliteit GHOR 15](#_Toc273459454)

[2.9 Beheer en evaluatie HaROP 15](#_Toc273459455)

[3. GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING 16](#_Toc273459456)

[3.1 Organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding 16](#_Toc273459457)

[3.2 Rol van de huisartsen(post) 18](#_Toc273459458)

[3.3 Fase van alarmering (en informatievoorziening) 19](#_Toc273459459)

[3.4 Fase van opschaling 19](#_Toc273459460)

[3.5 Fase van uitvoering 23](#_Toc273459461)

[3.6 Fase van afschaling 32](#_Toc273459462)

[4. OPGESCHAALDE ACUTE ZORG 33](#_Toc273459463)

[4.1 Organisatie van de opgeschaalde acute zorg 33](#_Toc273459464)

[4.2 Fase van alarmering (en informatievoorziening) 33](#_Toc273459465)

[4.3 Fase van opschaling 34](#_Toc273459466)

[4.4 Fase van uitvoering 36](#_Toc273459467)

[4.5 Fase van afschaling 40](#_Toc273459468)

[5. NAZORG NA RAMPEN 41](#_Toc273459469)

[5.1 Organisatie van de nazorg 41](#_Toc273459470)

[5.2 Rol van de huisartsen 42](#_Toc273459471)

[5.3 Processen binnen de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR) 42](#_Toc273459472)

[DEEL C: REGIONALE AFSPRAKEN MET DE GHOR 52](#_Toc273459473)

[BIJLAGE 1: afkortingen 55](#_Toc273459474)

[BIJLAGE 2: veiligheidsregio’s per huisartsenkring 56](#_Toc273459475)

[BIJLAGE 3: veiligheidsregio’s per huisartsenpost 58](#_Toc273459476)

[BIJLAGE 4: format taakkaart 60](#_Toc273459477)

[BIJLAGE 5: voorbeeld mogelijke opschalingsstadia huisartsenzorg bij infectieziekte-uitbraken 61](#_Toc273459478)

# INLEIDING

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

*“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 huisartspraktijk 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)

## Aanleiding

Net als ieder ander kan een huisarts totaal onverwacht geconfronteerd worden met een ramp in zijn of haar directe omgeving, zoals Rik Soeteman en een aantal collega’s overkwam bij de vuurwerkramp in Enschede. Huisartsen kunnen dan in de situatie terecht komen dat niet duidelijk is wat van hen wordt verwacht, terwijl hulpverlening aan slachtoffers niet kan wachten. De regionale samenwerking tussen huisartsenzorg en de GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio)wordt nog op zeer verschillende manieren ingevuld. Veel huisartsenkringen beschikken nog niet over een vast aanspreekpunt voor de GHOR. Schriftelijke afspraken vertonen grote verschillen of ontbreken nog. Specifieke procedures of rampenopvangplannen zijn nog slechts mondjesmaat beschikbaar. Gevolg is dat veel huisartsen niet weten waar ze bij rampen en gezondheids­crises aan toe zijn. De potentie van de huisartsenzorg wordt daardoor onderbenut. Daar staat overigens tegenover dat verschillende huisartsendienstenstructuren wel al regionaal afspraken met de GHOR gemaakt hebben over de rol van de huisartsenpost bij rampen.

GHOR Nederland, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) hebben dit manco onderkend en de landelijke handreiking ‘samenwerking tussen huisartsen en GHOR’ ontwikkeld. Hierin zijn de organisatie van de rampenbestrijding en de verantwoordelijkheden van de huisartsen(posten)beschreven. Voorts is concreet gemaakt wat van de huisartsen verwacht wordt binnen de drie GHOR-processen: de acute zorg, de infectieziektebestrijding en de nazorg.

Huisartsen en huisartsenposten dragen de verantwoordelijkheid om onder alle omstandigheden verantwoorde zorg te leveren. Voor het optreden bij rampen en crises zijn specifieke voorbereidingen gewenst om te garanderen dat de huisartsen snel en adequaat kunnen inspringen op de omstandigheden en daarbij goed kunnen samenwerken met alle betrokken overheidsorganisatie en zorgverleners. De huisartsen en huisartsenposten wordt daarom geadviseerd om de landelijke handreiking regionaal te implementeren middels concrete voorbereidingsactiviteiten. Om deze regionale implementatie te ondersteunen, zijn landelijk de volgende instrumenten ontwikkeld:

* een NHG-webcast over de samenwerking tussen huisartsen en GHOR
* een toolkit over grootschalige infectieziekte-uitbraken en een bijbehorende e-learningmodule over influenzapandemie
* een toolkit en e-learningmodule over de nazorg na rampen.

Voorts is het initiatief genomen tot het voorliggende model voor de ontwikkeling van een HuisartsenzorgRampenOpvangPlan(HaROP).

## Waarom een HaROP?

Van alle zorgverleners die een rol vervullen bij rampen en crises wordt verwacht dat zij zich daarop voorbereiden. Dit geldt voor ziekenhuizen, ambulancezorg, GGD, het Rode Kruis, geestelijke gezondheidszorg en ook voor de huisartsen en huisartsenposten. In de Wet Veiligheidsregio’s is dit opgenomen in de vorm van een wettelijke verplichting voor zorginstellingen (waaronder huisartsenposten) en zorgaanbieders(waaronder huisartsen) om “de nodige maatregelen te treffen met het oog op hun taak [binnen de geneeskundige hulpverlening] en de voorbereiding daarop.” In het tweede lid van hetzelfde wetsartikel is opgenomen dat de GHOR en de ketenpartners over deze taken en voorbereidingen schriftelijke afspraken maken.

De voorbereiding op rampen omvat diverse soorten activiteiten. Het betreft het gericht opleiden en trainen van het betrokken personeel voor de specifieke taken die zij bij rampen en crises vervullen. Ook betreft het rampenoefeningen van de eigen taakstelling en van de samenwerking met andere zorgverleners en hulpdiensten. Voorts kan het nodig zijn om arrangementen te treffen voor de alarmering van extra personeel en om specifieke materialen en middelen aan te schaffen om hulp te kunnen verlenen aan grote slachtofferaantallen. Het verdient aanbeveling om al deze voorbereidingen centraal schriftelijk vast te leggen, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is wat van hen verwacht wordt. Ook is het handig om in een specifiek plan de organisatie, taken en procedures te beschrijven die gelden als zich een ramp of crisis voordoet. Huisartsen kunnen dan bij een ramp of crisis het plan uit de kast halen en terugvinden wat ze kunnen doen.

De praktijk in de geneeskundige keten is om de voorbereidingen (‘koude situatie’) en de organisatie van het optreden bij rampen en crises (‘warme situatie’) tezamen vast te leggen in een *rampenopvangplan*. Zo beschikken de ziekenhuizen over een ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) en de GGD’en over een GGD-rampen­opvang­plan (GROP). Naar analogie van deze plannen is dit model opgesteld waarmee ook de huisartsen en huisartsenposten een rampenopvangplan kunnen ontwikkelen.

## Doelgroep van het model

Dit model HaROP is bedoeld voor de huisartsenzorg in den brede, dat wil zeggen zowel de huisartsen als de huisartsenposten. Het model is niet bedoeld voor individuele huisartsen, maar primair voor de regionale coördinatoren die als taak hebben voor de huisartsenkring en/of huisartsenpost een rampenopvangplan te ontwikkelen. De uiteindelijke HaROP’s, die regionaal worden opgesteld, zijn nadrukkelijk wél bedoeld voor de individuele huisartsen, zodat zij weten hoe zij zich kunnen voorbereiden en wat ten tijde van een ramp of crisis van hen wordt verwacht.

## Totstandkoming en status van het model

Het model HaROP is opgesteld in opdracht van GHOR Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Aan de ontwikkeling is bijgedragen door:

* Carian Cools, GHOR Nederland
* Chris Dekkers, GHOR Nederland
* Lisette Romijn, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
* Martin Smeekes, GHOR Nederland
* Kees in ’t Veld, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
* Christel van Vugt, Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)
* Ruud Houdijk, Houdijk Advies

Het model kent geen formele status, maar is bedoeld als een nuttig instrument voor de huisartsenzorg. Het is een dynamisch document. Wanneer bijvoorbeeld de rol en invulling van de regionale crisiscoördinatoren (zie deel A) verder is ontwikkeld, zal dit mogelijk leiden tot een herziene versie.

## Leeswijzer

Dit model bestaat uit drie delen:

* In deel A wordt beschreven welke stappen de huisartsenzorg kan zetten om zich beter voor te bereiden op rampen.
* In deel B wordt een format met voorbeeldteksten gegeven voor een HaROP.
* In deel C wordt een handreiking gegeven voor de wettelijk verplichte afspraken die de huisartsenzorg met de GHOR moet sluiten.

# DEEL A: VOORBEREID OP RAMPEN EN CRISES

In dit deel wordt beschreven welke stappen nodig zijn om adequaat voorbereid te zijn op rampen en crises.

**STAP 1. Wijs een regionale crisiscoördinator aan**

De huisartsenzorg in Nederland is ingedeeld in 23 huisartsenkringen en 52 huisartsendienstenstructuren, tegenover 25 veiligheidsregio´s (zie bijlage 2 en 3). De huisartsendienstenstructuren beschikken in totaal over ca. 130 huisartsenposten. De voorbereiding op rampen vergt regionale afspraken met de GHOR, GGD, zorgketen en gemeenten over diverse onderwerpen. Omdat het onmogelijk en onwenselijk is voor de overheid om met alle huisartsen afzonderlijk dergelijke afspraken te maken, wordt aanbevolen dat de huisartsenkringen en -posten gezamenlijk ‘crisiscoördinatoren’ aanwijzen (hoewel dit geen verplichting is). Het is aan de kringen en posten om ieder vanuit hun eigenstandige verantwoordelijkheid te bezien welke samenwerkingsmogelijkheden er op dit vlak zijn.

De crisiscoördinatoren kunnen namens de huisartsenzorg het gesprek aangaan met de GHOR en GGD om afspraken te maken over de samenwerking. De crisiscoördinator zorgt ervoor dat de huisartsenzorg beschikt over een rampenopvangplan en schriftelijke afspraken met het bestuur van de veiligheidsregio, die op grond van de Wet Veiligheidsregio’s verplicht zijn, en waar nodig wordt bijgeschoold en geoefend. Ook kan de crisiscoördinator een rol vervullen in de opschaling en coördinatie wanneer zich daadwerkelijk een ramp of crisis voordoet.

De term crisiscoördinator is geïntroduceerd door de ziekenhuizen. De term verwijst daar zowel naar een operationele crisisfunctie als naar een voorbereidingstaak (beheer rampenopvangplan). Hetzelfde onderscheid zou binnen de huisartsenzorg gemaakt kunnen worden. Het is echter aan de huisartsenkringen en –posten om de vraag te beantwoorden of voorbereiding en operationele coördinatie in één functionaris worden verenigd of juist van elkaar gescheiden worden ingevuld. Voor het treffen van een eventuele bereikbaarheidsregeling voor de operationele coördinator zijn overigens sowieso meer functionarissen noodzakelijk.

**STAP 2. Initieer structureel overleg met de relevante partners**

Om bij rampen en crises, goed met de overheid, hulpdiensten en de (tweedelijns)zorg te kunnen samenwerken, is een structurele vorm van voorbereidend overleg nodig. Dit betekent dat de huisartsenkringen en huisartsenposten vertegenwoordigers nodig hebben voor:

* het vaste overleg van de GHOR met alle zorgketenpartners;
* specifieke overleggen met GHOR en GGD over infectieziektebestrijding (preventieve openbare gezondheidszorg);
* het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), waarin ook de zorg onder GHOR-omstandigheden (waaronder grootschalige infectieziekte-uitbraken) een agendapunt vormt.

De crisiscoördinator kan hierbij een belangrijke rol spelen, maar ook andere huisartsen kunnen als vertegenwoordiger worden aangewezen.

Knelpunt is dat de gebiedsindelingen van de huisartsenkringen (23), huisartsendiensten­structuren (54), veiligheidsregio/GHOR (25), GGD(30) en ROAZ (11) niet op elkaar aansluiten. Om toch goed te kunnen samenwerken hebben de huisartsenkringen en huisartsenposten vaste vertegenwoordigers nodig voor elke veiligheidsregio/GHOR, GGD en ROAZ die binnen hun werkgebied valt. In sommige gevallen kan dit ook worden gerealiseerd middels een gezamenlijke vertegenwoordiger van meer kringen of van de kring en de huisartsenpost.

**STAP 3. Maak regionale afspraken**

Het bestuur van de veiligheidsregio (GHOR) en de huisartsen(kringen) en huisartsenposten worden door de nieuwe Wet Veiligheidsregio’s verplicht om schriftelijke afspraken te maken over de samenwerking. Deze worden vastgelegd in een overeenkomst (convenant) en nader uitgewerkt een Huisartsenzorg RampenOpvangPlan (zie stap 4) en in de regionale procesplannen en procedures van de GHOR. De afspraken komen tot stand in overleg met de GHOR, GGD en andere relevante partners (zie stap 2). Namens de huisartsenkringen en huisartsenposten kan de crisiscoördinator, eventueel in samenwerking met andere vertegenwoordigers, de afspraken voorbereiden. De afspraken moeten uiteindelijk worden bestendigd door de kring en het bestuur van de huisartsenpost. Vanwege de ongelijke gebieds­indelingen zullen veel huisartsenkringen en huisartsenposten afspraken moeten maken met meer veiligheidsregio’s (GHOR). De huisartsenzorg kan van de veiligheidsregio’s verwachten dat deze de afspraken zoveel mogelijk bovenregionaal op elkaar afstemmen.

Voor de inhoud van de afspraken kan gebruik worden gemaakt van deel C van dit model.

**STAP 4. Stel een HaROP op**

De afspraken met de GHOR worden uitgewerkt in het HaROP. Dit kan met behulp van het format in deel B van dit model.

**STAP 5. Implementeer het HaROP**

De afspraken en procedures uit het HaROP moeten uiteindelijk hun weg vinden naar de individuele huisartsenpraktijk en huisartsenpost. Het simpelweg kunnen naslaan van het plan ten tijde van een ramp of crisis is in veel gevallen al voldoende. Er zijn echter specifieke afspraken en procedures die nadere actie vragen. Te denken valt aan de aanschaf van beschermende middelen, het voorbereiden van een gezamenlijk telefoonnummer en het vastleggen van vervangingsafspraken. In het HaROP worden dergelijke concrete actiepunten benoemd. Voorts is een belangrijke activiteiten om gezamenlijk de processen en taken uit het HaROP uit te werken in concrete taakkaarten die de huisarts ‘uit de kast kan trekken’ ten tijde van een ramp of crisis. Hiervoor is in bijlage 4 van dit model een voorbeeld format opgenomen.

De crisiscoördinator en de GHOR kunnen de huisartsen(posten) adviseren en ondersteunen bij de implementatie. Hierbij kan tevens gebruik worden gemaakt van de landelijke toolkits ‘nazorg na rampen’ en ‘grootschalige infectieziekte-uitbraken’.

**STAP 6. Organiseer instructiebijeenkomsten**

De crisiscoördinator en andere huisartsen, die de kring en huisartsenpost vertegenwoordigen in de relevante overleggen, vormen de schakel naar de eigen achterban. Een belangrijke rol van hun is om de huisartsen te informeren over het belang van samenwerking voor rampen en crises en de met de GHOR gemaakte afspraken. Om de afspraken goed te implementeren kunnen bijeenkomsten worden georganiseerd om de individuele huisartsen te instrueren in het gebruik van het HaROP.

**STAP 7. Opleiden, trainen en oefenen**

De schriftelijke afspraken en het HaROP zijn de basis voor de voorbereiding op rampen en crises. Plannen op zichzelf zijn echter niet effectief als het werkwijzen en organisatievormen betreft die in de dagelijkse praktijk weinig voorkomen. Gerichte scholingsmodules, trainingen, gezamenlijke oefeningen en praktijkervaring hebben meer effect. Als de huisartsen en medewerkers van de huisartsenpost, GHOR, GGD en tweedelijns­zorg weten welke doelen bereikt moeten worden, welke rollen zij en hun samenwerkingspartners vervullen en ze een ‘gemeenschappelijke taal’ en begrippenkader hebben, dan blijken veel problemen bij een ramp of crisis snel ter plaatse te kunnen worden opgelost.

In aanvulling op de instructiebijeenkomsten zal de crisiscoördinator de individuele huisartsen stimuleren om deel te nemen aan gezamenlijke opleidings-, trainings- en oefenactiviteiten. Landelijk zijn binnen het systeem van het NHG e-learning modules ontwikkeld over grieppandemie en de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen, alsmede een webcast over de GHOR in algemene zin. Regionaal kan de GHOR in overleg met de huisartsen instructies en trainingen aanbieden over specifieke onderwerpen. Ook worden regelmatig ketenoefeningen georganiseerd waarin ook de rol van de huisartsen(post) kan worden meegenomen. In het vaste overleg met de GHOR (zie stap 2) worden jaarlijks de ambities voor het gezamenlijke opleidings-, trainings- en oefenbeleid besproken en vastgelegd.

# DEEL B: FORMAT HaROP

In dit deel wordt beschreven hoe een HaROP eruit zou kunnen zien. Behalve een raamwerk (inhoudsopgave) worden in dit format ook voorbeeldteksten gegeven.

Het format is als volgt ingedeeld:

1. Uitgangspunten van het HaROP
2. Preparatie
3. De grootschalige infectieziektebestrijding
4. De opgeschaalde acute zorg
5. De nazorg na rampen

Voor de onderscheiden processen binnen de hoofdstukken 3 t/m 5 wordt de volgende hoofdindeling aangehouden:

* Procesbeschrijving
* Rol van de huisartsenzorg
* Voorbereidingsactiviteiten van de huisartsen
* Meer informatie (literatuurverwijzingen)

In bijlage 4 van dit model is een format taakkaart opgenomen. Hiermee kunnen de in het HAROP beschreven deelprocessen worden uitgewerkt in concrete instructies die de huisartsenzorg ten tijde van een ramp of crisis ´uit de kast kan trekken´.

# 1. UITGANGSPUNTEN VAN HET HaROP

## 

## 1.1 Organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing

In deze paragraaf worden de relevante uitgangspunten van de rampenbestrijding en crisisbeheersing beschreven.

Tekstsuggestie:

*In Nederland is de voorbereiding op de rampenbestrijding een verantwoordelijk­heid van de colleges van Burgemeester en Wethouders. De uitvoering– onder het ‘opperbevel’ van de burgemeester – is opgedragen aan de organisaties die ook verantwoordelijk zijn voor de reguliere, dagelijkse veiligheidszorg: gemeente, brandweer, politie en geneeskundige keten. Om vanuit de overheid de voorbereiding van de gezondheidszorg op rampen te coördineren is de GHOR in het leven geroepen: de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio. De GHOR vormt samen met de brandweer en meldkamer onderdeel van de veiligheidsregio, waarvan er in Nederland 25 zijn. In sommige regio’s is ook de GGD onderdeel van deze organisatie.*

***GHOR***

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

1. *De opgeschaalde acute zorg. 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).*

*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 opgedragen aan de GGD. Om deze verant­woordelijk­heden duidelijk te kunnen scheiden, wordt in GHOR-termen een ramp of crises gedefinieerd als een acute disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod. De coördinatierol van de GHOR richt zich aldus zowel op het realiseren van een samenhangende hulpverleningsketen voor incidenten met een groot aantal slachtoffers die zorgen voor een grote zorgvraag, als op zorgcontinuïteit bij (langdurige) crises, zoals stroomuitval of personeelsuitval, die het zorgaanbod beïnvloeden.*

## 1.2 Wettelijk kader

In deze paragraaf wordt de relevante wet- en regelgeving beschreven.

Tekstsuggestie:

*Wet veiligheidsregio’s*

*In de Wet Veiligheidsregio’s is de verantwoordelijkheid van zorginstellingen en individuele hulpverleners ten aanzien van rampen en crises uitgewerkt. In artikel 33, eerste lid van de wet is de verplichting opgenomen voor zorginstellingen (waaronder huisartsenposten) en zorgaanbieders (waaronder huisartsen) als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) om “de nodige maatregelen [te treffen] met het oog op hun taak [binnen de geneeskundige hulpverlening] en de voorbereiding daarop.” In het tweede lid van hetzelfde wetsartikel is opgenomen dat de GHOR en de ketenpartners over deze taken en voorbereidingen schriftelijke afspraken maken.*

*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. Ingevolge wet- en regelgeving zijn deze 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. 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.[[1]](#footnote-1)*

*Voor de huisartsen betekent dit dat de zorg (somatisch en psychosociaal), 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 met de kennis en ervaring waarover zij beschikken.*

*De huisartsen en huisartsenposten hebben echter geen verplichte aanvullende rol anders dan voortzetting van hun reguliere zorgverlening onder alle omstandigheden. Inzet van huisartsen op een rampterrein, of in een door de GHOR ingesteld behandelcentrum voor slachtoffers van een ramp, behoren niet tot deze reguliere taakstelling. Als de GHOR desondanks een specifieke taak aan de huisartsen wil toebedelen, dan zullen daarover regionale afspraken moeten worden gemaakt. In een dergelijk geval 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.*

*Wet toelating zorginstellingen*

*Informatie over de inzet en voorbereiding op rampen en crises leggen zorginstellingen vast in het jaardocument maatschappelijke verantwoording, zoals voorgeschreven in de WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen). De instellingen en diensten in de zorg zijn steeds zelf verantwoordelijk voor hun preparatie op grootschalig optreden.*

*Wet publieke gezondheidszorg*

*De Wet Publieke Gezondheidszorg (Wpg) geeft aan het College van Burgemeester en Wethouders een aantal taken. Bij een infectieziektecrisis is de burgemeester verantwoordelijk voor de bestrijding. Vanuit de Gemeentewet is hij of zij tevens verantwoordelijk voor de openbare orde. In het voorstel Wet op de veiligheidsregio’s zal de verantwoordelijkheid bij bovenregionale infectieziektecrises naar een hoger bestuursorgaan overgaan waarbij de lokale verantwoordelijkheid overeind blijft. De voorzitter van de veiligheidsregio is dan eindverantwoordelijk. In het besluit en toelichting op de wet PG is opgenomen dat het college ook verantwoordelijk is voor inzicht in de gezondheidssituatie na rampen.*

## 1.3 Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden

In deze paragraaf worden de taken en bevoegdheden van de betrokken functionarissen beschreven.

Tekstsuggestie:

*Gemeentebestuur*

* *Rampenbestrijding en crisisbeheersing:*
  + *Het College van Burgemeester en Wethouders is verantwoordelijk voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing (Wet veiligheidsregio’s).*
  + *De burgemeester heeft bij rampen en crises het opperbevel over de hulpverlening (Wet veiligheidsregio’s).*
  + *De burgemeester heeft de bevoegdheid om aanwijzingen te geven en vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen (Gemeentewet).*
* *Infectieziektebestrijding*
  + *Het College van Burgemeester en Wethouders is verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding (Wet publieke gezondheid).*
  + *De burgemeester heeft de leiding over de infectieziektebestrijding (Wet publieke gezondheid).*
  + *De burgemeester heeft de bevoegdheid om aanwijzingen te geven en vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen (Gemeentewet).*
* *Openbare orde*
  + *De burgemeester is verantwoordelijk voor de handhaving van de openbare orde (Politiewet);*
  + *De burgemeester heeft de leiding over de handhaving van de openbare orde (Politiewet).*

*Openbaar MinisterieDe (Hoofd)Officier van Justitie heeft de leiding over de politie voor de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde.*

*Directeur GGD*

* *Verantwoordelijk voor de voorbereiding en uitvoering van de GGD-taken in de opgeschaalde situatie.*

*Regionaal Geneeskundig Functionaris (directeur GHOR)*

* *De RGF is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie van de totale ‘witte kolom’.*

*Crisiscoördinator (Uitvoeringsfase)*

* *Is verantwoordelijk voor de uitvoering van het HaROP en coördineert in opgeschaalde situatie de huisartsenzorg in de regio en draagt zorg voor afstemming met de ketenpartners en GHOR. De crisiscoördinator is verantwoordelijk voor een adequate communicatie met de huisartsen.*

*HaROP-Coördinator*

*(Voorbereidingsfase)*

* *Is verantwoordelijk voor een actueel en geïmplementeerd HuisartsenRampen OpvangPlan (HaROP). De HaROP-coördinator en de crisiscoördinator kunnen een en dezelfde persoon zijn.*

## 1.4 Financiering

In deze paragraaf wordt de financiering van de voorbereiding en uitvoering van de hulpverlening bij rampen door huisartsen(posten) beschreven: welke partij betaalt welke activiteiten, welke vergoedingen worden gegeven, et cetera. Zolang hierover geen landelijk uniforme afspraken zijn gemaakt, zal elke huisartsenkring en huisartsenpost dit regionaal moeten beschrijven in samenwerking met de GHOR.

# 2. PREPARATIE

## 2.1 Planvorming

Benoem welke operationele plannen voor de huisartsenzorg relevant zijn. Denk aan:

* Procesplannen GHOR
* Rampbestrijdingsplannen
* Specifieke procedures en werkinstructies

## 2.2 Samenwerking in het ROAZ

De voorbereiding op rampen wordt door de geneeskundige keten afgestemd in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Benoem hoe de huisartsenzorg in het ROAZ is vertegenwoordigd en welke afspraken binnen het ROAZ worden gemaakt.

## 2.3 Opleiden, trainen en oefenen (OTO)

Beschrijf hoe de huisartsenzorg vakbekwaam wordt en blijft voor optreden bij rampen en crises. Dit kan uitgewerkt worden in een apart OTO-plan van de huisartsenzorg of in een paragraaf van het OTO-plan van de GHOR.

## 2.4 Aanschaf middelen

Beschrijf welke middelen vooraf beschikbaar zouden moeten zijn om een ramp of crisis aan te kunnen. Beschrijf hoe eventuele gezamenlijke inkoop hiervan plaatsvindt.

## 2.5 Bereikbaarheid

Beschrijf hoe de bereikbaarheid van huisartsen is geregeld. Wordt gebruik gemaakt van alarmerings- (P2000) en communicatiemiddelen (C2000)? Is er een belboom?

## 2.6 Registratie en informatiesystemen

Beschrijf welke registratie- en informatiesystemen worden gebruikt. Tijdens een crisis maken de huisartsen in principe gebruik van het bestaande informatie­systeem en procedures voor de administratie over het zorgproces en de interne en externe informatie-uitwisseling.

Indien wordt besloten tot opschaling van de huisartsenzorg, dan zal het veelvuldig voorkomen dat patiënten niet door hun eigen huisarts worden geholpen. In dat geval zijn ook over de registratie van patiëntengegevens duidelijke afspraken nodig. Dit heeft twee doelen. Het eerste doel is de continuïteit van zorg per patiënt. Aandoeningen, verloop en behandeling moeten bekend zijn voor vervolgcontacten en om uiteindelijk over te kunnen worden gedragen aan de eigen huisarts van de patiënt. Dat doel kan het beste gewaarborgd worden door aan te sluiten bij het op de huisartsenpost in gebruik zijnde registratie­systeem en de mogelijkheden voor gebruik van het Elektronisch Waarneem Dossier of Elektronisch Patiënten Dossier. Met huisartsengroepen die niet bij de huisartsenpost zijn aangesloten, moet vooraf worden geregeld hoe de patiëntenregistratie zal plaatsvinden.

Het tweede doel van de registratie is overzicht houden van het aantal infecties en het verloop van de uitbraak. In relatie tot de afspraken over de onderlinge informatie­voorziening zullen de GHOR en GGD ook willen vastleggen welke gegevens zij nodig hebben en op welke wijze die kunnen worden aangeleverd door de huisartsen.

## 2.7 Catering

Beschrijf de waakvlamovereenkomsten die zijn gemaakt over de catering ten tijde van incidenten.

## 2.8 Incidentevaluatie

Beschrijf hoe incidenten na afloop worden geëvalueerd door de huisartsenzorg, door de GHOR en in gezamenlijkheid.

## 2.8 Beleid en kwaliteit GHOR

Beschrijf hoe de huisartsenzorg bijdraagt aan de beleidsplannen en het kwaliteitsbeleid van de GHOR.

## 2.9 Beheer en evaluatie HaROP

Beschrijf hoe (evaluatieformulieren, respondenten, frequentie) het HaROP wordt geëvalueerd en wie het structureel beheert.

# 3. GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING

## 3.1 Organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding

In deze paragraaf worden de in paragraaf 1.1 beschreven uitgangspunten nader uitgewerkt voor de infectieziektebestrijding. Een concreet plaatje van de regionale crisisorganisatie kan daarbij helpen.

Tekstsuggestie:

*Lokale Infectieziektebestrijding is een overheidstaak. In de Grondwet is vastgelegddat bevoegdhedende overheid maatregelen moet treffen ter bescherming van de gezondheid van haar burgers. In de Wet publieke gezondheid (Wpg) is die verantwoordelijkheid primair opgedragen aan de gemeenten. De gemeenten worden hierbij ondersteund door de Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst (GGD). De uitvoering van de bestrijding is in handen van de afdelingen infectieziektebestrijding van de GGD’en. Bijna dagelijks houden deze zich bezig met meldingen van infectieziekten van zeer diverse aard.*

*De GGD kan geen maatregelen treffen voordat een infectieziekte gemeld is. Daarom is in de Wpg vastgelegd dat de artsen en hoofden van medisch microbiologische laboratoria en zorginstellingen bepaalde besmettelijke ziekten moeten melden aan de GGD.*

*Wanneer een infectieziekte ondanks indammende maatregelen leidt tot een (dreigende) epidemische of pandemische uitbraak, treden diverse bepalingen van de Wet publieke gezondheid en Wet veiligheidsregio’s (Wvr) in werking. De burgemeester neemt de leiding op zich van de infectieziekte­bestrijding, geadviseerd door de directeur GHOR (coördinatie geneeskundige hulpverlening) en de directeur GGD (uitvoering van de infectieziektebestrijding). De burgemeester heeft tevens het ‘opperbevel’ over de gecoördineerde inzet van politie, brandweer en de geneeskundige keten en kan op grond van de Gemeentewet vrijheids­beperkende maatregelen opleggen om verspreiding van de infectieziekte te voorkomen.*

*De wijze van samenwerking tussen de GGD, GHOR en andere hulpdiensten is vastgelegd in de Gecoördi­­neerde Regionale Incidentenbestrijdings­Procedure (GRIP), onderdeel van het regionaal crisisplan. In het geval van een infectieziekte-uitbraak in één gemeente wordt door de hulp­diensten ‘opgeschaald’ tot het niveau van GRIP 3. Dit houdt in dat de bestrijding en hulpverlening wordt uitgevoerd onder leiding van een Regionaal Operationeel Team (ROT). De burgemeester wordt bij het uitoefenen van zijn/haar rol als ‘opperbevel­hebber’ geadviseerd door het Gemeentelijk Beleids­team (GBT), waarin de directeur(en) GHOR en GGD zitting heeft (hebben), alsmede de leiding­gevenden van brandweer, politie en gemeentelijke diensten. Contact met de huisartsen verloopt via het Actiecentrum GHOR.*

*Regionale bevoegdheden*

*Wanneer een infectieziekte-uitbraak meer gemeenten treft, coördineert de voorzitter van de veiligheidsregio (doorgaans de burgemeester van de grootste gemeente in de regio) de inzet van de betrokken gemeenten. Dit wordt ook wel aangeduid als GRIP 4. De voorzitter van de veiligheidsregio wordt daarbij geadviseerd door het Regionaal Beleids­team (RBT), waarin de eerder genoemde diensthoofden zitting hebben.*

*Onder de huidige wet- en regelgeving behouden de individuele burgemeesters bij GRIP 4 de formele bevoegd­heden in het kader van de infectieziekte­bestrijding en als opperbevelhebber van de hulpdiensten. De voorzitter van de veiligheidsregio heeft dan slechts een coördinerende en afstemmende rol. Met de nieuwe Wet Veiligheids­regio’s zullen de voorzitters van de 25 veiligheids­regio’s bij GRIP 4 ook de bevoegdheden overnemen die de individuele burgemeesters als opperbevel­hebber hebben. Voorts wordt een wijziging van de Wet Publieke Gezondheid voorbereid waarmee de voorzitter van de veiligheidsregio bij infectie­ziekten uit de groep A (zie tip 2) ook de bevoegd­heden in het kader van de infectieziekte­bestrijding overneemt van de individuele burgemeesters. Daarmee wordt in de toekomst bij een infectieziekte-uitbraak de inzet van GGD, GHOR, brandweer, politie en gemeenten bestuurlijk gecoördineerd op de schaal van de 25 veiligheidsregio’s, in afstemming met of onder leiding van de Minister van VWS. Het contact met de huisartsen blijft echter in alle gevallen verlopen via het Actiecentrum GHOR.*

*Provinciale Bevoegdheden*

*Bij een ramp of crisis die de grenzen van de veiligheidsregio overstijgt ziet decommissaris van de Koningin (cvdK) toe op de bestrijding en hulpverlening door de betrokken regio’s, waaronder de infectieziekte­bestrijding. De cvdK kan in voorkomende gevallen aanwijzingen geven over het bestrijdingsbeleid. Met de nieuwe Wet veiligheidsregio’s doen de commissarissen dit volgens de ambtsinstructies die ze krijgen van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijks­relaties (BZK). Voor de infectieziektebestrijding zal de minister van BZK deze instructies vaststellen in overeenstemming met de Minister van VWS.*

*Nationale bevoegdheden*

*Een ernstige uitbraak van een infectieziekte kan een zodanige omvang aannemen*

*dat het maatschappelijke leven erdoor wordt ontwricht of dreigt te ontwrichten. Bij infectieziekten uit de groep A, maar in voorkomende gevallen ook uit de groepen B1 en B2 en bij sommige nieuwe infectieziekten, zal de minister van VWS nationaal leiding geven aan de infectieziektebestrijding. De minister van VWS is in deze situaties verantwoordelijk voor de inhoud van het nationaal aangestuurde bestrijdingsbeleid, maar dient zijn optreden interdepartementaal goed af te stemmen. De minister van VWS zal de minister van BZK terstond op de hoogte stellen van de maatregelen die hij wenst te treffen. Verder zal de minister van VWS beoordelen of de benodigde maatregelen dermate ingrijpend en omvangrijk zijn dat hij zijn collega van BZK zal verzoeken de algemene coördinatie over te nemen.*

*De minister kan dan richtlijnen vaststellen waaraan de burgemeesters, GHOR en GGD, maar ook individuele zorgverleners zich dienen te houden. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de verdeling van (schaarse) antivirale middelen en vaccins of om aangescherpte criteria voor ziekenhuisopname. In voorkomende gevallen kunnen dergelijke richt­lijnen het belang van de volksgezondheid stellen boven het belang van individuele patiënten zoals dat door de (huis)artsen wordt beoordeeld. Zorg­verleners die zich niet houden aan dergelijke aanwijzingen van de minister van VWS kunnen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor het tuchtcollege worden gedaagd indien hun handelen de volksgezondheid schaadt.*

*De minister van VWS wordt geadviseerd door het Bestuurlijk Afstemmings Overleg**(BAO), dat op haar beurt wordt geadviseerd door een multidisciplinaire groep van deskundigen in het Outbreak Management Team (OMT).*

*Centrum Infectieziektebestrijding*

*Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor*

*Volksgezondheid en Milieu (RIVM) functioneert als regisseur in de keten van de*

*infectieziektebestrijding. Het CIb treedt op als permanente tweedelijnsvoorziening voor de infectieziektebestrijding voor de artsen-infectieziekten van de GGD’en. Het CIb adviseert via het OMT bij een dreiging of bestrijding van een uitbraak de GGD’en en draagt in voorkomende gevallen namens de minister van VWS zorg voor de landelijke coördinatie van de GGD-inzet. Tevens voert het CIb de landelijke surveillance van infectieziekten uit. De verspreiding van ziekten en de verandering van parasieten, bacteriën en virussen wordt nauwgezet gevolgd. Het CIb rapporteert hierover op nationaal- en internationaal niveau en waarschuwt professionals bij dreigende risico’s.*

*Bovendien adviseert het CIb de minister van VWS en professionals in de praktijk over het gewenste preventie- en bestrijdingbeleid. Ook ontwikkelt zij richtlijnen en draaiboeken voor de lokale en landelijke bestrijding van infectieziekten. Ter ondersteuning van haar adviestaak coördineert en verricht het CIb wetenschappelijk onderzoek en specialistische diagnostiek.*

*Inspectie voor de Gezondehiedszorg*

*De Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg is bevoegd om alle lokale informatie*

*op te vragen of zelf te verzamelen, die nodig is voor zijn toezichthoudende taak.*

*Hij kan de gemeenteraad, de burgemeester en de minister van VWS gevraagd en ongevraagd adviseren. Namens de minister kan de IGZ aanwijzingen geven aan zorgverleners.*

## 3.2 Rol van de huisartsen(post)

In deze paragraaf wordt op hoofdlijnen beschreven welke rol de huisartsen en huisartsenposten vervullen binnen de grootschalige infectieziektebestrijding.

Tekstsuggestie:

*Huisartsen, artsen in zorginstellingen (zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijke gehandicapten) en artsen werkzaam in het ziekenhuis zijn de eerste belangrijke schakel in de bestrijding van infectieziekten. Zij zijn degenen die bij de patiënt een infectieziekte vaststellen en behandelen.*

*In de aanloop naar een grootschalige infectieziekte-uitbraak of bij een veterinaire uitbraak van een op de mens overdraagbare ziekte, zal de huisarts, als ‘poortwachter’ van de zorgketen, als eerste te maken krijgen met (mogelijk) besmette patiënten. De huisarts moet in dergelijke gevallen weten welke beschermende maatregelen in acht moeten worden genomen, aan wie de vermoedelijke besmetting moet worden gemeld en hoe de diagnostiek verloopt. Ook draagt de huisarts in de initiële fase de verantwoordelijk­heid voor het voorschrijven van antivirale middelen. De infectieziektebestrijding vindt in deze fase plaats onder verantwoordelijkheid van de GGD. De GGD zal de huisartsen adviseren 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(posten) en GHOR zullen in nauwe samenspraak bezien tot op welk moment de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat en vanaf wanneer moet worden gekozen voor aanvullende arrangementen om de continuïteit te waarborgen. Op dat moment worden alle regionale en landelijke coördinatie- en adviesstructuren operationeel. De GHOR coördineert binnen de regio in nauwe samenwerking met de GGD de hulpverlening. De huisartsen(posten) 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. In een dergelijk geval 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, ondersteuning geven bij het organiseren van de continuïteit van de zorg.*

## 3.3 Fase van alarmering (en informatievoorziening)

Bij een beginnende infectieziekte-uitbraak moeten de huisartsen goed op de hoogte worden gehouden van de ontwikkelingen. In deze paragraaf wordt de informatievoorziening aan de huisartsen(posten) door de GGD en GHOR beschreven:

* wanneer wordt geïnformeerd;
* wie wordt geïnformeerd;
* waarover wordt geïnformeerd;
* hoe wordt geïnformeerd.

## 3.4 Fase van opschaling

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de huisartsenzorg bij een voortschrijdende infectieziekte-uitbraak wordt opgeschaald. Internationaal wordt gebruik gemaakt van de WHO-fasen van een uitbraak. In bijlage 5 van dit model is een voorbeeld opgenomen van de mogelijke opschalingsstadia voor de continuïteit van de huisartsenzorg bij een uitbraak in Nederland. Dit voorbeeld is nader uitgewerkt in onderstaande voorbeeldteksten. Dit is echter geen vastgesteld landelijk kader.

Tekstsuggestie:

*Procesbeschrijving*

*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. 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(posten) en GHOR zullen in nauwe 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. De GHOR coördineert binnen de regio de hulpverlening, in nauwe samenwerking met de GGD. De huisartsen(posten) zijn en blijven echter verantwoordelijk voor het leveren van de (eerstelijns)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. Gemeenten en GHOR zullen huisartsen(posten) 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.*

*De opschaling van de huisartsenzorg kent vier mogelijke stadia. De beslissing tot opschaling wordt grofweg bepaald door de volgende overwegingen:*

1. *Zolang de praktijken en posten de normale werkwijze kunnen handhaven:*

*stadium 0 - reguliere organisatie.*

1. *De praktijken en posten hebben nog voldoende capaciteit (geen grote uitval), maar de groeiende informatiebehoefte van patiënten legt extra druk op de spreekuren en de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken en -posten: stadium 1 – uitstel niet-acute zorgvragen en stroomlijning infovoorziening*
2. *Door uitval van personeel en toenemende consulten zijn extra maatregelen nodig om de bereikbaarheid van de huisartsenzorg te garanderen. Met speciale spreekuren voor de betreffende infectieziekte en extra huisbezoeken kunnen de huisartsenpraktijken voldoende worden ontlast:*

*stadium 2 – bundeling van spreekuren*

1. *De uitval van personeel is zodanig dat diverse huisartsenpraktijken gesloten moeten worden:*

*Stadium 3 – inzet extra personeel en centrale telefonische triage*

1. *Door uitval van personeel en toegenomen consulten dreigt de huisartsenzorg voor grote groepen mensen onbereikbaar te worden.*

*stadium 4: huisartsenzorg gebundeld in gemeentelijke zorgmeldpunten*

*Rol huisartsenzorg*

*De huisartsen en huisartsenposten in de regio streven ernaar de hulpverlening*

*zo optimaal mogelijk voort te zetten tijdens een grootschalige infectieziekte-uitbraak. Hierbij worden de volgende stadia onderscheiden:*

*Stadium 0: reguliere organisatie*

*De HAP en de praktijken werken onder volledig reguliere omstandigheden. Als sporadisch een huisarts uitvalt, wordt dit opgevangen met de reguliere vervangings- en doorverwijzingsafspraken in de eigen huisartsenpraktijk of Hagro.*

*Stadium 1: uitstel niet-acute zorgvragen en stroomlijning informatievoorziening*

*Toename aantal telefoontjes en patiënten, maar de praktijken en HAP kunnen de zorg nog aan. De HAGRO’s en huisartsenposten houden gezamenlijk inzicht in de drukte en bezien of en welke praktijken de zorg nog kunnen leveren aan alle patiënten. Uitstel van niet-acute zorgvragen en controles kan lucht geven. De HAP neemt eventueel een extra tekst in gebruik op de telefooncentrale om algemene vragen over de pandemie te verwijzen. De praktijken kunnen een zelfde tekst overwegen op hun telefooncentrales. De rol van de HAP is hierin een coördinerende, door de informatie op één plaats te verzamelen en daarna door te geven aan de GGD/GHOR. Op deze wijze is de monitoring van de huisartsen­capaciteit ook maximaal geborgd. Tevens kan informatie van GGD, GHOR, maar ook van de andere landelijke instanties, via de HAP gecentraliseerd naar de huisartsen worden doorgeleid, zodat niet alle huisartsen dagelijks een zoektocht naar nieuwe informatie hoeven te doen naast hun eigenlijke werk. De HaROP-coördinatoren nemen deze taak op zich. Dit ontlast de praktijken. De coördinatoren adviseren de kring en directeur HAP over het moment waarop het nodig is om de functie van crisiscoördinator te operationaliseren. De crisiscoördinator is vanaf dat moment ook de primus inter pares tussen alle huisartsen(praktijken) en de GGD/GHOR.*

*Stadium 2: bundeling van spreekuren*

*De zorgvraag neemt toe en huisartsen en/of assistentes worden ziek. Op advies van de crisiscoördinator kan worden besloten om één praktijk per Hagro alleen de geïnfecteerde patiënten te laten zien: de ‘Vuile praktijk’. Bij voorkeur wordt de praktijk bezet door medewerkers die de infectieziekte al gehad hebben of over de maximale voorzorgsmaatregelen beschikken. De ’vuile praktijk’ is er alleen voor de eventuele toeloop van patiënten met klachten gerelateerd aan de infectieziekte uit de andere praktijken. Omdat deze patiënten dringend gevraagd wordt thuis te blijven, zullen vanuit hier vooral huisbezoeken worden gedaan. Echter wanneer een patiënt in staat is om te komen, worden ze in deze praktijk uitgenodigd. Alle overige zorg wordt vervolgens vanuit de resterende praktijken per Hagro verleend. Deze informatie wordt aan de patiënten van de Hagro medegedeeld via telefoon, antwoordapparaat, callcenter van de GGD of GHOR en websites.*

*De crisiscoördinator HAP informeert nu standaard dagelijks bij de praktijken over de werkdruk en de werklast volgens het formulier. Op basis van de inventarisatie kan het crisisteam passende maatregelen treffen. Het ontmoedigen van patiënten met een mogelijke besmetting om naar de praktijk te komen blijft gehandhaafd. Op de website van de HAP komt in dit stadium voor het publiek de mogelijkheid om te zien welke huisartsenpraktijk open is of welke praktijk waarneemt voor de eigen huisarts. Dit wordt ingedeeld per gemeente en/of per hagro. Een eigen praktijkwebsite van de huisarts kan een link naar deze site hebben evenals de websites van GHOR en GGD. De crisiscoördinator overlegt met de ziekenhuizen over de doorverwijzing van patiënten in de regio, het traumacentrum heeft hierin een coördinerende rol. De crisiscoördinator stemt dit vervolgens weer af met de hagro’s.*

*Stadium 3: inzet extra personeel en centrale telefonische triage*

*Praktijken moeten sluiten door onderbezetting door het sterk afgenomen zorgaanbod door ziekte onder eigen personeel. Centrale coördinatie binnen de huisartsenkring is noodzakelijk om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te kunnen waarborgen. De crisiscoördinator treft in samenwerking met de GHOR maatregelen om extra personeel op te roepen, zoals studenten geneeskunde, studenten verpleegkunde, Rode Kruis personeel, huisartsen in opleiding en oud-huisartsen. In samenwerking met de huisartsenpost wordt een centraal telefoonnummer ingesteld voor de triage van patiënten. Alle niet-acute zorg wordt uitgesteld.*

*Stadium 4: huisartsenzorg gebundeld in gemeentelijke zorgmeldpunten*

*De hulpverleningsdiensten waaronder de gemeente en GHOR schalen op binnen de rampenstructuur. De GHOR coördineert onder verantwoordelijkheid van de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) de zorgverlening. Onder aansturing van de operationele crisis- en rampenbestrijdingsorganisatie, beschreven in het crisisplan en de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure (GRIP), kunnen zorgmeldpunten in de gemeenten geactiveerd worden.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg(posten)*

* *M.b.t. alle stadia:*
  + *afspraken over monitoring van de druk op de huisartsenzorg;*
  + *afspraken over de centrale besluitvorming over eventuele opschaling (en afschaling) van het ene naar het andere stadium;*
  + *afspraken over de rol van de crisiscoördinator.*
* *M.b.t. stadium 0:* 
  + *vervangings- en doorverwijzingsafspraken binnen de huisartsenpraktijk;*
  + *vervangings- en doorverwijzingsafspraken binnen de huisartsengroep voor het geval meer artsen in dezelfde praktijk tegelijkertijd ziek worden, of een huisartsenpraktijk in opdracht van de burgemeester geheel moet worden geïsoleerd nadat een besmettelijke patiënt op het spreekuur is verschenen;*
  + *afspraken over communicatie naar de patiënten over vervanging/doorverwijzing. Via het antwoordapparaat kan worden doorgegeven dat patiënten bij een andere praktijk terecht kunnen. Ook bij de toegang van de huisartsenpraktijk moeten patiënten kunnen zien waar ze terecht kunnen;*
  + *voorts vergt onderlinge vervanging goede afspraken over de toegang van andere huisartsen tot patiëntgegevens.*
* *M.b.t. stadium 1:* 
  + *afspraken over centrale afstemming op kringniveau van criteria voor uitstel van niet-acute zorg (op basis van eventuele landelijke richtlijnen);*
  + *afspraken met huisartsenpost over centrale afstemming op kringniveau van de telefonische standaardteksten over doorverwijzing naar algemene informatienummers en ontmoediging van onnodige consulten.*
* *M.b.t. stadium 2:* 
  + *op Hagro-niveau afspraken over het instellen van speciale spreekuren voor de infectieziekte (zoals eisen aan de praktijk);*
  + *op Hagro-niveau afspraken (ook met de huisartsenpost) over de wijze van informeren van patiënten over de centrale spreekuren (websites, telefonisch, aan deur praktijk).*
* *M.b.t. stadium 3:* 
  + *op kringniveau en per huisartsenpost afspraken met de GHOR over het aanzoeken van extra personeel;*
  + *op kringniveau afspraken met de huisartsenpost over centrale telefonische triage.*
* *M.b.t. stadium 4:* 
  + *op kringniveau en per huisartsenpost afspraken met GHOR en gemeenten over het instellen van zorgmeldpunten;*
  + *op kringniveau afspraken met GHOR over aanzoeken van extra personeel.*

*Meer informatie*

* *Draaiboek explosies van infectieziekten,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)
* *LHV-toolkit ‘Snel beter bereikbaar zijn’,* [*www.lhv.nl*](http://www.lhv.nl)
* *NHG-Standaard Influenzapandemie,* [*http://nhg.artsennet.org*](http://nhg.artsennet.org)
* *Operationeel deeldraaiboek 1: Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)
* *Operationeel deeldraaiboek 2: Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)
* *Operationeel deeldraaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)

## 3.5 Fase van uitvoering

In deze paragraaf wordt beschreven welke maatregelen door de huisartsen en huisartsenposten worden uitgevoerd ten tijde van een infectieziekte-uitbraak. Het betreft in ieder geval de volgende processen:

* Communicatie;
* Diagnostiek;
* Bron- en contactonderzoek;
* Beschermende maatregelen;
* Indamming van de uitbraak (containment);
* Inzet van antivirale middelen;
* Vaccinatie;
* Doorverwijzing naar de tweedelijnszorg.

Tekstsuggestie:

***Communicatie***

*Procesbeschrijving*

*Communicatie met het algemene publiek verloopt volgens het Landelijk draaiboek publiekscommunicatie Grieppandemie van het Ministerie van VWS. Hiervoor zal een algemeen telefoonnummer worden opengesteld alsmede de website www.crisis.nl en www.grieppandemie.nl. Communicatie over regionale onderwerpen wordt door GGD en GHOR afgestemd en gegeven, de huisartsenzorg wordt hierover geconsulteerd. Om onduidelijkheid in de mediaberichtgeving te voorkomen, worden persvragen die specifiek gericht zijn op de huisartsenzorg afgehandeld door een centraal aangewezen medewerker van de huisartsenkring en/of huisartsenpost, die dit kortsluit met de GHOR. Voor alle overige vragen wordt verwezen naar de afdeling voorlichting van de gemeente of de GHOR.*

*Rol huisartsenzorg*

* *Telefonische afhandeling vragen eigen patiënten conform landelijk vastgestelde informatie;*
* *Informeren patiënten op consult conform landelijk vastgestelde informatie;*
* *Doorverwijzen persvragen over huisartsenzorg naar de centrale woordvoerder van de huisartsenkring/huisartsenpost;*
* *Doorverwijzen algemene persvragen naar de gemeente of GHOR.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

* *In kringverband afspraken maken met huisartsenpost, GHOR, GGD en gemeente over een gezamenlijk callcenter voor het geval de telefoonlijnen van de huisartsenpraktijken overbelast raken door vragen;*
* *In kringverband afspraken maken met de GHOR en GGD over het doorgeven van de landelijk vastgestelde informatie aan de individuele huisartsen;*
* *In kringverband afspraken maken met huisartsenpost, GHOR, GGD en gemeente over de centrale afhandeling van persvragen over de huisartsenzorg.*
* *In kringverband en met de huisartsenpost afspraken maken met de GHOR, GGD en gemeente over de doorverwijzing van algemene persvragen (doorverwijzingscriteria, contactgegevens).*

*Meer informatieLandelijk draaiboek publiekscommunicatie Grieppandemie,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)

***Diagnostiek***

*Procesbeschrijving*

*Wanneer de arts een infectieziekte vermoedt maar de ziekteverwekker nader wil vaststellen, kan de arts patiëntenmateriaal, bijvoorbeeld bloed, ontlasting, speeksel of huidschraapsels, afnemen voor onderzoek in een medisch microbiologisch laboratorium. Voor de afname van patiënten­materiaal zijn bij de GGD specifieke richtlijnen beschikbaar.*

*De behandelend arts of de arts-microbioloog meldt een ziektegeval of sterftegeval door een infectieziekte bij de GGD wanneer de infectieziekte door het laboratorium bevestigd is èn meldingsplichtig is volgens de Wet Publieke Gezondheid. Dit zijn in ieder geval de volgende infectieziekten:*

* *Groep A*
* *Pokken, polio en severe acute respiratory syndrome (SARS).*
* *Groep B1*
* *Humane infectie veroorzaakt door een aviair influenzavirus, difterie, pest, rabies, tuberculose en virale hemorragische koorts.*
* *Groep B2*
* *Buiktyfus (typhoid fever), cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie en voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron.*
* *Groep C*
* *Specifieke infectieziekten die door de minister van VWS worden aangewezen.*

*Het onderscheid tussen deze vier groepen houdt verband met de reikwijdte van de meldingsplicht en met de uitoefening van landelijke bevoegdheden:*

* *Voor infectieziekten in groep A mag de laboratoriumbevestiging van de diagnose niet worden afgewacht, maar moet een vermoede besmetting direct aan de GGD worden gemeld. Bij A-infectieziekten geeft de Minister van VWS leiding aan de bestrijding.*
* *Bij vermoeden van een infectieziekte in groep B1 en B2, waarbij een patiënt weigert mee te werken aan het diagnoseonderzoek, moet dit binnen 24 uur aan de GGD worden gemeld. Bij deze infectieziekten geeft in beginsel de burgemeester leiding aan de bestrijding. Deze kan echter aan de Minister van VWS vragen om de leiding over te nemen.*
* *Bij vaststelling van een infectieziekte in groep B1, B2 en C moet dit binnen 24 uur aan de GGD worden gemeld.*

*De minister van VWS kan aan deze groepen nieuwe ziekten toevoegen en infectieziekten van de ene groep in de andere overzetten. Een voorbeeld is de Nieuwe Influenza A (H1N1), die aan de A-groep is toegevoegd.*

*Onder bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld als een uitbraak epidemische of pandemische vormen heeft aangenomen, kan de minister van VWS de meldingsplicht opschorten. Ook kan dan worden besloten te stoppen met de diagnoseonderzoeken.*

*Rol huisartsenzorg*

* *Signaleren (vermoedelijke) infectieziekten.*
* *Melden (vermoedelijke) geïnfecteerde patiënten bij GGD;*
* *In samenspraak met GGD uitvoeren van of doorverwijzen voor diagnostisch onderzoek.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

* *Implementeren meldingsplicht infectieziekten in eigen procedures;*
* *Onderhouden van kennis van diagnose infectieziekten.*

*Meer informatie*

* *Vademecum Aanvragen van diagnostiek door de GGD afdeling algemene infectieziekte­bestrijding’,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)

***Bron- en contactonderzoek***

*Procesbeschrijving*

*Naar aanleiding van een melding kan de GGD besluiten bron- en contactonderzoek te verrichten. Er wordt dan gezocht naar de besmettingsbron van de infectieziekte en naar mogelijke besmette contacten van de zieke. De GGD verricht het bron- en contactonderzoek vaak samen met andere partijen, afhankelijk van de aard van de gemelde infectie.*

*Bij mens-op-mens overdracht werkt de GGD samen met individuele zorgverleners. Bij een ziekte die overgedragen kan worden door dieren of voedsel, is er samenwerking met de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) essentieel. De VWA kan bij gevaar voor de volksgezondheid ook maatregelen afdwingen. Bij blootstelling in het milieu (zoals bij oppervlaktewater) werkt de GGD samen met de provincie en het Ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) en de VROM-inspectie. Bij blootstelling door het werk is er samenwerking met bedrijfsartsen, bedrijfs­hygiënisten, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en de Arbeidsinspectie. In alle gevallen wordt de GGD geadviseerd door het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).*

*Rol huisartsenzorg*

* *Meewerken aan bron- en contactonderzoek GGD.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Geen*

*Meer informatie*

* *NHG-standaard Influenzapandemie*

***Beschermende maatregelen***

*Procesbeschrijving*

*Om te voorkomen dat een infectieziekte zich verder verspreidt naar contacten van de patiënt, andere patiënten in de huisartsenpraktijk of huisartsen­post of naar de huisartsen en medewerkers zelf, kunnen in bepaalde gevallen beschermende maatregelen nodig zijn. Vormen van beschermende maatregelen zijn contactisolatie, zoals onderzoekshand­schoenen, beschermende kleding, bril, handalcohol en desinfecteeralcohol, en druppelisolatie, zoals een chirurgisch of FFP2 mond-neusmasker). Huisartsen wordt geadviseerd om altijd voldoende beschermende middelen in voorraad te hebben. De GGD kan hierover adviseren. Tevens is een richtlijn beschikbaar van de Werkgroep Infectieziektepreventie (WIP). Op basis van de casusdefinitie van een infectieziekte zal het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM een advies opstellen over de specifieke beschermende maat­regelen voor patiënten, patiënt­contacten en medisch personeel.*

*Rol huisartsenzorg*

* *Treffen beschermende maatregelen bij verschijnen van een (vermoedelijk) besmette patiënte op het spreekuur*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

* *Aanschaf beschermende middelen*
* *Eventueel op Hagro- of kringniveau of met de huisartsenpost afspraken over inkoop van beschermende middelen in situaties van schaarste*

*Meer informatie*

* *NHG-standaard Influenzapandemie*
* *WIP-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk.*

***Indamming van de uitbraak (containment)***

*Procesbeschrijving*

*Beschermende maatregelen en voorlichting*

*De eerste stap om verspreiding van een infectie te voorkomen is het treffen van beschermende maatregelen. Een tweede belangrijk middel is goede voorlichting aan patiënten en patiëntcontacten over hygiënische maatregelen, zoals hand- en hoesthygiëne of sanitaire hygiëne. De GGD kan adviseren over de geschikte hygiëne­maatregelen op basis van de casusdefinitie van de betreffende infectieziekte.*

*Isolatiemaatregelen*

*Ook kunnen specifieke isolatiemaatregelen nodig zijn. Hiervoor zijn richtlijnen beschikbaar van de Werkgroep Infectieziektepreventie (WIP). Zo kan worden besloten om in de ziekenhuizen en huisartsenposten met isolatiekamers te werken, maar ook om patiënten thuis te isoleren. In sommige gevallen kan zelfs een huisartsenpraktijk of huisartsenpost worden afgegrendeld om verspreiding te voorkomen. De burgemeester heeft op grond van de Gemeentewet de bevoegdheid om personen – patiënten en patiëntcontacten, waaronder medisch personeel – vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen en deze eventueel door de politie te laten handhaven. Dit zal doorgaans alleen voorkomen bij zeer ernstige en besmettelijke infectieziekten.*

*Scheiden van patiëntenstromen*

*Als voor een infectieziekte geen strikte isolatierichtlijnen gelden is evenzogoed een belangrijke maatregel om patiëntenstromen zoveel mogelijk van elkaar te scheiden. Dit voorkomt de kans op (kruis)besmetting en biedt bovendien de gelegenheid om bij een toegenomen zorgvraag de reguliere consulten en de zorg aan besmette patiënten zo goed mogelijk te continueren.*

*Beperken consulten*

*Om contact tussen patiënten in de huisartsen­praktijk en huisartsenpost en ook in de openbare ruimte zoveel mogelijk te beperken, verdient het allereerst de voorkeur om de infectieziekte­gerelateerde consulten, maar ook de reguliere consulten, zoveel mogelijk te ontmoedigen. Veel vragen kunnen telefonisch worden afgedaan. Hierover kunnen huisartsen met de huisartsen­post afspreken dat het telefoonnummer van de huisartsenpost ook overdag wordt opengesteld. Ook kan alle gemakkelijk uitstelbare zorg worden geschrapt, zoals periodieke controles.*

*Huisbezoeken*

*Een ander effectief middel om patiëntenstromen van elkaar te scheiden is het afleggen van huis­bezoeken bij - vermoedelijk - besmette patiënten. Zo wordt contact met andere patiënten in de huis­artsen­praktijk en huisartsenpost vermeden, maar worden ook contacten met mensen in de openbare ruimte en het openbaar vervoer beperkt. Belangrijke voorwaarde is dat patiënten middels duidelijke voorlichting wordt geadviseerd om niet zelf naar de huisartsen­praktijk of huisartsenpost te komen. De huisartsen kunnen hierover afspraken maken met de GHOR en GGD en in voorkomende gevallen zal ook landelijke voorlichting worden ingezet door de Minister van VWS. Verder zullen de huisartsen bij de huisbezoeken goed de beschermende maatregelen in acht moeten nemen om zelfbesmetting en overdracht aan anderen te voorkomen. Ook kunnen onderlinge vervangingsafspraken binnen de huisartsengroep nodig zijn, als het reguliere spreekuur in het gedrang komt door de hoeveelheid huisbezoeken. Indien een huisartsenpost besluit meer huisbezoeken af te leggen, zullen meer visiteartsen moet worden ingezet.*

*Aparte spreekuren*

*Een derde mogelijkheid is om in de eigen huisartsenpraktijk (en/of huisartsenpost) aparte spreekuren te organiseren, speciaal voor deze infectieziekte. Dit vergt duidelijke communicatie naar de patiënten over de onderscheiden tijdvakken en over de noodzaak van reguliere en infectieziektegerelateerde consulten. Ook zal in de praktijk en aparte ruimte beschikbaar moeten zijn of moet goede ontsmetting plaatsvinden tussen de spreekuren in.*

*Taakverdeling binnen de huisartsengroep*

*Een vierde optie om patiëntenstromen te scheiden, is door een taakverdeling af te spreken binnen een huisartsengroep. Eén of twee huisartsenpraktijken nemen dan de zorg aan (vermoedelijk) besmette patiënten op zich voor de hele huisartsengroep, terwijl de andere praktijken beschikbaar blijven voor de reguliere consulten. Voordeel is dat geen aparte ruimtes in een en dezelfde praktijk nodig zijn en dat de patiëntenstromen in de praktijk er minder kans is op (kruis)besmetting via lucht, deurklinken, meubilair en sanitair. Goede schoonmaak blijft wel altijd een voorwaarde.*

*Daginzet huisartsenpost*

*Tot slot kan worden overwogen om de huisartsenpost(en) ook tijdens kantooruren open te stellen, voor de reguliere of juist voor de infectieziekte­gerelateerde consulten. Dit moet dan wel in goede samenhang worden geregeld met de reguliere openstelling buiten kantooruren. De huisartsenpost moet dan bij de overschakeling goed worden schoongemaakt, of de huisartsenposten moeten voor de ANW-uren een onderlinge taakverdeling overeenkomen, vergelijkbaar met de hierboven besproken taakverdeling binnen een huisartsengroep.*

*Eventuele afspraken om patiëntenstromen te scheiden door een taakverdeling binnen een huisartsengroep of de inzet van de huisartsenpost, kunnen niet los worden gezien van de afspraken over de continuïteit van de huisartsenzorg. Zie tip 12.*

*Rol huisartsenzorg*

* *Informeren patiënten over hygiënische maatregelen (conform landelijke richtlijnen);*
* *Opvolgen aanwijzingen van GGD of burgemeester over eventuele isolatie van patiënten en afgrendeling van een besmette praktijk;*
* *Ontmoedigen onnodige consulten;*
* *Afleggen huisbezoeken bij vermoedelijk besmette patiënten;*
* *Eventueel inrichten van gescheiden spreekuren (zie ook: stadium 2);*
* *Ontmoedigen.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Zie paragraaf 3.4 stadium 2.*

*Meer informatie*

* *NHG-standaard Influenzapandemie,* [*http://nhg.artsennet.nl*](http://nhg.artsennet.nl)
* *Operationeel deeldraaiboek 2: Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)

***Inzet antivirale middelen***

*Procesbeschrijving*

*Onder normale omstandigheden of bij een kleine uitbraak kunnen artsen in beginsel conform de reguliere richtlijnen antivirale middelen aan patiënten voorschrijven. Bij een dreigende of feitelijke epidemische of pandemische uitbraak treden specifieke richtlijnen in werking, om de beperkt beschikbare hoeveelheid antivirale middelen gericht in te zetten. Bij de incidentele introductie van een nieuw virus - dreigende grootschalige uitbraak - en bij een aviaire uitbraak met dier-op-mens besmettingen kan landelijk worden besloten antivirale middelen niet alleen op therapeutische basis in te zetten, maar in sommige gevallen ook als profylaxe om de uitbraak in te dammen. Bij een epidemische of pandemische uitbraak worden antivirale middelen in beginsel alleen nog op therapeutische basis ingezet bij risicogroepen en eventueel zorgverleners. De Minister van VWS zal de richtlijnen hiervoor vaststellen, op basis van een advies van de Gezondheidsraad. Tevens stelt de Minister een distributieplan voor de antivirale middelen vast, geadviseerd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers (NVZA) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI).*

*Rol huisartsenzorg*

* *Voorschrijven antivirale middelen conform landelijke richtlijnen.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Geen*

*Meer informatie*

* *NHG-standaard Influenzapandemie.*

***Vaccinatie***

*Procesbeschrijving*

*Vaccinatie als volksgezondheidsmaatregel is primair een verantwoordelijkheid van de GGD, tenzij door de minister van VWS aan anderen opgedragen, zoals de vaccinatie van risicogroepen tegen seizoensgriep door huisartsen. Bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak zal de minister van VWS besluiten of en wanneer vaccinatie nodig is en hoe deze wordt uitgevoerd. Tevens zal de minister vaststellen of alleen risicogroepen worden gevaccineerd, of dat wordt overgegaan tot een massavaccinatie. Het moment waarop een vaccin beschikbaar komt en de leverbare hoeveelheid vaccins, zijn hierbij bepalende factoren. Voorts stelt de Minister een distributieplan vast, geadviseerd door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI).*

*Op basis van de casusdefinitie van de infectieziekte wordt door de Gezondheidsraad aan de minister van VWS geadviseerd wat de risicogroepen zijn. Dit kan afwijken van de risicogroepen voor de reguliere seizoensgriep. Voor de vaccinatie van risicogroepen kan de minister van VWS besluiten een beroep te doen op de huisartsen, zoals recent bij de Nieuwe Influenza A. Een massavaccinatie zal in beginsel worden uitgevoerd door de GGD’en. Deze hebben zich hierop uitgebreid voorbereid, onder meer in het kader van de pokken. Recente voorbeelden van een dergelijke massavaccinatie­campagne zijn de meningokokkenvaccinatie en de vaccinatie van jonge kinderen tegen Nieuwe Influenza A.*

*Rol huisartsenzorg*

* *Informeren patiënten over de vaccinatie;*
* *Eventueel uitvoeren van vaccinatie (risicogroepen) op verzoek van de Minister van VWS.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Pas van toepassing als wordt besloten tot vaccinatie door de huisartsen. Dan voorbereiding op basis van reguliere vaccinatie seizoensgriep.*

*Meer informatie*

* *NHG-standaard Influenzapandemie*

***Doorverwijzing naar de tweedelijnszorg***

*Procesbeschrijving*

*Tijdens een epidemie of pandemie zullen zowel de eerste als de tweedelijnszorg onder druk komen te staan. Het kan dan voorkomen dat de eerstelijnszorg als ‘poortwachter’ scherpere criteria moet gaan toepassen voor de opname van patiënten in ziekenhuizen en verpleeghuizen.*

*Vanaf het begin van een uitbraak zal de inschatting van de noodzaak tot opname zolang mogelijk worden overgelaten aan de behandelde artsen (de huisartsen in overleg met de ziekenhuis­(triage)artsen en verpleeghuisartsen), op basis van de reguliere criteria. In beginsel zal voor zoveel mogelijk patiënten, waarbij de medische toestand dat toelaat, verzorging in de thuissituatie worden aanbevolen, maar dat zal afhangen van de casusdefinitie van de betreffende infectieziekte.*

*Indien de opnamecapaciteit in de tweede lijn zwaar onder druk komt te staan, kunnen scherpere opnamecriteria nodig zijn. De richtlijnen voor diagnose en behandelmethoden en ook aangescherpte criteria voor opname en ontslag van besmette patiënten worden opgesteld door het landelijke Outbreak Management Team (OMT) en uitgevaardigd door de Minister van VWS. De behandelende artsen zullen deze landelijke opnamecriteria moeten toepassen. Huisartsen kunnen patiënten in dat geval dus alleen doorverwijzen naar een ziekenhuis of verpleeghuis als aan de landelijke criteria wordt voldaan. Regionaal zal in een dergelijke situatie een medisch crisisberaad worden ingesteld waarin de toepassing van het opnamebeleid en eventuele knelpunten worden besproken tussen GHOR, GGD, ziekenhuizen en huisartsen.*

*Als blijkt dat de opnamecriteria onvoldoende uniform worden toegepast, of als de tweedelijnszorg ondanks de aangescherpte opnamecriteria nog steeds in het gedrang komt, kan onder coördinatie van het medisch crisisberaad een regionale triage­commissie worden ingesteld, die alle opnames en ontslagen beoordeelt. Een dergelijke triagecommissie bestaat uit medisch deskundigen die ervaring hebben met het toepassen van triage. De Minister van VWS zal op advies van het OMT de kaderstellende eisen vaststellen waaraan de triagecommissie moet voldoen en volgens welke systematiek/protocollen gewerkt moet worden.*

*Overigens kan als aanvullende maatregel om de tweedelijnszorg te ontlasten ook worden besloten om de opname- en ontslagcriteria voor andere aandoeningen dan de betreffende infectieziekte aan te scherpen. In elk geval zal zoveel mogelijk alle uitstelbare zorg moeten worden uitgesteld en wordt van artsen verwacht dat ze opname en ontslag extra scherp afwegen.*

*Rol huisartsenzorg*

* *Doorverwijzen naar tweedelijnszorg conform landelijke criteria;*
* *Vertegenwoordiger aanwijzen voor eventuele triagecommissie*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Geen*

*Meer informatie*

* *Operationeel deeldraaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie,* [*www.rivm.nl/cib*](http://www.rivm.nl/cib)

## 3.6 Fase van afschaling

In deze paragraaf wordt beschreven hoe en wanneer wordt besloten tot afschaling.

Tekstsuggestie:

*De huisartsenzorg informeert GGD/GHOR (en vice versa) over het moment van afschaling. Binnen enkele weken na de afschaling krijgen alle betrokkenen een evaluatieformulier dat o.m. gebruikt kan worden om verbeteringen in het HaROP aan te brengen. Deze evaluatie wordt ter beschikking gesteld aan de GHOR voor optimalisatie van de draaiboeken.*

# 4. OPGESCHAALDE ACUTE ZORG

## 4.1 Organisatie van de opgeschaalde acute zorg

In deze paragraaf worden de in paragraaf 1.1 beschreven uitgangspunten nader uitgewerkt voor de grootschalige acute zorg.

Tekstsuggestie:

*De opgeschaalde acute zorg (ook wel aangeduid als SMH - spoedeisende medische hulpverlening) omvat het geheel van extra- en intramurale zorg aan somatische (d.w.z. lichamelijk gewonde) slachtoffers van rampen en zware ongevallen. Dit kunnen zijn verkeers- en vervoersongevallen, rampen met gevaarlijke stoffen, branden in grote gebouwen of instorting van gebouwen, alle met veel (mogelijke) slachtoffers. Dit soort incidenten doen zich geheel onverwacht en ongewoon heftig voor en wordt daarom ook wel aangeduid als ‘flitsrampen’. In eerste instantie ontstaat chaos, omdat het enige tijd duurt voordat de rampenbestrijdingsorganisatie in staat is effectief op te treden. Het is de taak van de GHOR om 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, die door de GHOR en de ketenpartners worden vastgelegd in een speciaal procesplan, onderdeel van het regionaal crisisplan.*

*De geneeskundige hulpverlening op het rampterrein 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 indien van toepassing 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 paragraaf 4.3), 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). Bij GRIP 3 en 4 staat de hulpverlening onder bestuurlijke leiding van de burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio, geadviseerd door een beleidsteam.*

## 4.2 Fase van alarmering (en informatievoorziening)

In deze paragraaf wordt beschreven hoe huisartsen worden gealarmeerd bij een ramp. Deze paragraaf dient in te gaan op de volgende aspecten:

* Hoe worden huisartsen geïnformeerd over een ramp in de buurt en de te volgen gedragslijnen;
* Indien een rol in het behandelcentrum overeen is gekomen: hoe worden huisartsen of wachtdienstartsen gealarmeerd/opgeroepen;
* Indien overeen is gekomen dat een huisartsenpost wordt ingezet om de SEH te ontlasten: hoe wordt de huisartsenpost klaargemaakt, waaronder alarmering/oproep van (extra) personeel.

Voor al deze aspecten moet onderscheid worden gemaakt tussen kantooruren en buiten kantooruren.

## 4.3 Fase van opschaling

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de acute zorg bij een ramp wordt opgeschaald.

Tekstsuggestie:

*Procesbeschrijving*

*In een rampsituaties moeten vele mensen en organisaties samenwerken, onder hoge druk. 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 voor stagnatie in de besluitvorming en miscommunicatie in de bevelslijnen naar betrokken organisaties. Wie de leiding heeft hangt af van het ‘opschalingsniveau’. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de Gecoördineerde Regionale IncidentenbestijdingsProcedure (GRIP), die wordt opgesteld door de veiligheidsregio en vastgelegd in het crisisplan. Middels GRIP kan, afhankelijk van de behoefte aan multidisciplinaire sturing op een incident, door de coördinerende functionarissen of de meldkamer worden opgeschaald naar vier verschillende regionale sturingsniveaus. Binnen deze sturingsniveaus worden de monodisciplinaire leiding- en coördinatiestructuren van brandweer, politie, gemeenten en geneeskundige keten aan elkaar gekoppeld en daar waar nodig aangevuld met liaisons/adviseurs van andere crisispartners, zoals het Ministerie van Defensie en de waterschappen.*

*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. Dat vindt dan plaats in een ‘motorkapoverleg’. Dit betreft bijvoorbeeld ‘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 en stemt deze met de andere diensten af binnen het motorkapoverleg. Veelal zal dan echter een speciale coördinerende functionaris worden opgeroepen, de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G).*

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

*Is ook ondersteuning nodig van actiecentra of moeten er activiteiten worden verricht buiten de plaats van het incident (bijvoorbeeld het waarschuwen van bevolking of het opvangen van slachtoffers), dan kan door het CoPI of de leidinggevende van de meldkamer worden besloten tot opschaling naar GRIP 2. In dat geval wordt de tactisch-strategische sturing onder eenhoofdige leiding van de Operationeel Leider gebundeld in een Regionaal Operationeel Team (ROT), waarin de vier disciplines zitting hebben. Elke discipline zal voorts eigen actiecentra inrichten, voor zover nodig geacht. Voor de GHOR is dit het Actiecentrum GHOR, van waaruit onder meer de ambulancebijstand, gewondenspreiding, de slachtofferregistratie en de eventuele inzet van huisartsen worden gecoördineerd. Afhankelijk van het soort incident zal het ROT sturing geven aan een of meer CoPI’s (‘klassieke’ rampen zoals branden, explosies en grote verkeers­ongevallen), dan wel zonder instelling van een CoPI direct leiding geven aan processen die niet op één incidentlocatie zijn gecentreerd (‘moderne’ crises zoals wateroverlast, stroomuitval of grieppandemie).*

*Is een incident van een dergelijke aard dat de burgemeester besluit zijn rol als opperbevelhebber te vervullen, dan wordt opgeschaald naar GRIP 3. In dat geval wordt voor de advisering van de burgemeester een gemeentelijk beleidsteam (crisisstaf) geformeerd, waarin leidinggevenden van brandweer, politie, GHOR en gemeente zitting hebben, alsmede (doorgaans) de Officier van Justitie. Binnen het beleidsteam worden door het ‘bevoegde gezag’ strategische beleidsbeslissingen genomen over de bestrijding van het incident. Het bevoegde gezag is de burgemeester voor wat betreft het optreden van de hulpdiensten en de Officier van Justitie voor wat betreft het optreden van de politie ten behoeve van de opsporing en rechtshandhaving. De feitelijke tactisch-strategische sturing ligt ook bij GRIP 3 bij het ROT, onder eenhoofdige leiding van de Operationeel Leider. Deze stemt zijn operationele leiding af met de burgemeester als opperbevelhebber. Indien van toepassing blijft ook het CoPI (of meer CoPI’s) actief.*

*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 als bij GRIP 2 en 3, maar de strategische beleidsbepaling vindt dan 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.*

*Bij incidenten met gevaarlijke stoffen van chemische, biologische, radiologische en nucleaire aard (CBRN) draagt de GHOR in samenwerking met de GGD en het RIVM zorg voor advisering aan de burgemeester over te treffen maatregelen en aan de betrokken zorgverleners (ambulancezorg en ziekenhuizen, maar ook huisartsen) over ontsmetting en behandelwijze. Hiervoor beschikt de GHOR over een Gezondheidskundige Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS).*

*Rol huisartsenzorg*

*De ingezette huisartsen staan bij een flitsramp onder leiding van de GHOR, conform de beschreven opschalingsniveaus van GRIP. De alarmering en opschaling van de huisartsen is niet direct gekoppeld aan GRIP, maar wordt bepaald door de operationele behoefte. Doorgaans zal het instellen van een aparte nevenketen voor lichtgewonde slachtoffers alleen worden overwogen bij een ramp van dusdanige grootte dat is opgeschaald tot GRIP 3 of 4.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Geen*

*Meer informatie*

* *Landelijk model procesplan GHOR, GHOR Nederland*

## 4.4 Fase van uitvoering

In deze paragraaf wordt beschreven welke activiteiten door de huisartsen en huisartsenposten kunnen worden uitgevoerd bij een flitsramp. Het betreft in elk geval de volgende processen:

* Hulpverlening aan passanten;
* Hulpverlening op het rampterrein;
* Hulpverlening in een behandelcentrum;
* Hulpverlening door de huisartsenpost;
* Hulpverlening aan ontheemden.

Tekstsuggestie:

***Hulpverlening aan passanten***

*Procesbeschrijving*

*De ervaring is dat nog mobiele slachtoffers van een ramp vaak zelf op zoek gaan naar hulp. Zij kunnen onder meer aankloppen bij de eigen huisarts, een praktijk in de buurt van het rampterrein of, buiten kantooruren, bij de huisartsenpost. Dit kan dus betekenen dat een huisarts in de eigen praktijk of in de huisartsenpost wordt geconfronteerd met een slachtoffer.*

*Rol huisartsenzorg*

*Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het adequaat continueren van hun reguliere zorgverlening onder alle omstandigheden. 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. Lichtgewonde slachtoffers kan de huisarts in de eigen praktijk behandelen. Voor zwaarder gewonde slachtoffers kan assistentie worden gevraagd via de meldkamer ambulancezorg.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Geen*

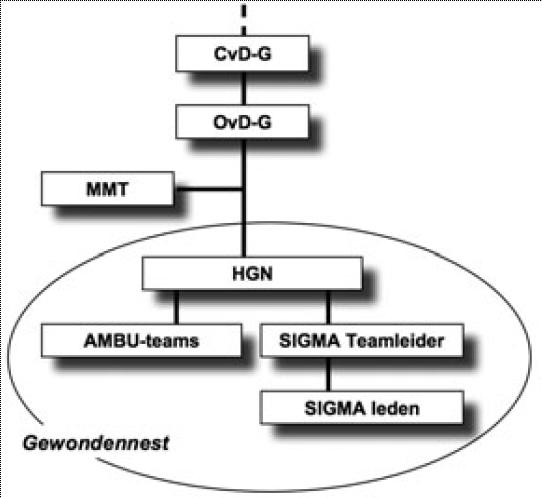
*Meer informatie*

*Geen landelijke documentatie beschikbaar.*

***Hulpverlening op het rampterrein***

*Procesbeschrijving*

*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 tekort zal schieten, worden door de meldkamer op basis van een ambulancebijstandsplan extra ambulances uit omliggende regio’s of zo nodig het hele land opgeroepen.*

*Op de plaats van het incident worden de slachtoffers zo mogelijk verzameld in een gewondennest en op basis van een eerste triage 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 incident wordt verleend door de ambulance­medewerkers van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en indien van toepassing een Mobiel Medisch Team (MMT)[[2]](#footnote-2) van het traumacentrum en Rode Kruisvrijwilligers van de Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA), samenwerkend in de Geneeskundige Combinatie.*

*Na stabilisatie op de plaats van het incident worden de T1 en T2-slachtoffers met ambulances naar ziekenhuizen afgevoerd volgens het gewondenspreidingsplan. De ontvangende ziekenhuizen kunnen, afhankelijk van het patiëntenaanbod en op advies van de GHOR, besluiten tot het inwerkingstellen van het ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP). Op basis van dit plan wordt de interne ziekenhuisorganisatie opgeschaald: extra personeel wordt opgeroepen, operaties worden uitgesteld of afgebroken en IC-capaciteit wordt vrijgemaakt. Tevens wordt een beleidsteam geformeerd dat de strategisch beslissingen kan nemen over de aanpak van het incident binnen het ziekenhuis.*

*De geneeskundige hulpverlening op het rampterrein 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 indien van toepassing een Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G). Een van beide laatstgenoemden stemt de geneeskundige hulpverlening in het Commando Plaats Incident (CoPI) af op de werkzaamheden van brandweer, politie, gemeente en andere betrokkenen.*

*Rol huisartsenzorg*

*De huisartsen hebben in beginsel geen rol bij de geneeskundige hulpverlening op een rampterrein. De hulpverlening aan zwaargewonden op het rampterrein wordt primair geleverd door de ambulancezorg, Mobiele Medische Teams (MMT) van de traumacentra en Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA) van het Rode Kruis. Het kan echter natuurlijk zo zijn dat een (huis)arts zich direct op of in de buurt van de plaats van een grootschalig incident bevindt. Het bieden van hulp zal dan vaak de eerste impuls zijn. Huisartsen die om wat voor reden dan ook in het rampgebied aanwezig zijn en hun diensten willen aanbieden moeten zich in ieder geval melden bij de leidinggevende van de geneeskundige hulpverlening (de eerste ambulance dan wel de Officier van Dienst Geneeskundig) zodat de inzet gecoördineerd en veilig plaatsvindt. Het is echter veel verstandiger als huisartsen in de directe omgeving van een ramp in hun eigen praktijk en eventueel de huisartsenpost blijven, zodat de reguliere zorg en extra opvang van slachtoffers die zelf op zoek gaan naar hulp gewaarborgd blijft. 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).*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Geen*

*Meer informatie*

* *Landelijk model procesplan GHOR, GHOR Nederland*

***Hulpverlening in een behandelcentrum***

*Procesbeschrijving*

*Mensen die niet of licht gewond 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 zoveel 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 door de GHOR voor lichtgewonde slachtoffers een behandelcentrum worden ingericht. Dit is een locatie buiten het rampgebied waar lichtgewonden voor behandeling naar verwezen of met bussen naartoe gebracht worden. Deze locatie zal meestal onderdeel uitmaken van het opvangcentrum van de gemeente, waar ook niet-gewonde slachtoffers en familieleden worden opgevangen en onder regie van de GHOR door psychosociale opvangteams nazorg wordt geboden (zie hoofdstuk 5). 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.*

*Rol huisartsenzorg*

*Naar analogie van hun dagelijkse rol, zouden de huisartsen bij rampen namelijk kunnen bijdragen aan de hulpverlening aan lichtgewonde slachtoffers in de ‘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 kunnen worden opgeroepen om te worden ingezet in een behandelcentrum voor lichtgewonden buiten het rampterrein.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

* *Alarmeringsafspraken (zie paragraaf 4.2);*
* *Afspraken met de GHOR over een procedure behandelcentrum;Afspraken met de GHOR over de logistieke voorzieningen in het behandelcentrum;*
* *Gerichte opleidings- en oefenactiviteiten.*

*Meer informatie*

* *Landelijk model procesplan GHOR, GHOR Nederland*

***Hulpverlening door de huisartsenpost***

*Procesbeschrijving*

*Zie hiervoor.*

*Rol huisartsenpost*

*Een andere manier om de hoofdketen (ambulancezorg en ziekenhuizen) te ontlasten, is de inzet van de huisartsenpost voor T3-slachtoffers. Gezien eerdere ervaringen kan dit bovenal nuttig zijn bij huisartsenposten die in de directe nabijheid van een Spoedeisende Hulp (SEH) gevestigd zijn. Regionaal kunnen afspraken worden gemaakt over de inzet van deze posten buiten kantooruren, maar ook over het eventueel openen van dergelijke posten tijdens kantooruren.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

* *Afspraken met de GHOR over een procedure opvang T3-slachtoffers;*
* *Afspraken met de GHOR over de alarmering en opschaling van de huisartsenpost, buiten kantooruren en eventueel ook tijdens kantooruren.*

*Meer informatie*

*Geen landelijke documentatie beschikbaar.*

***Hulpverlening aan ontheemden***

*Procesbeschrijving*

*Er kan ook sprake zijn van het inrichten van een opvangcentrum zonder gewonde slachtoffers. Denk aan de stranding van een grote groep reizigers of de ontruiming van een gebied bij een dreigende overstroming. De gemeente is verantwoordelijk voor dit proces Opvang & Verzorging en kan via de GHOR de hulp inroepen van huisartsen.*

*Rol huisartsenzorg*

*In een opvangcentrum voor ontheemden kan huisartsenzorg nodig zijn, bijvoorbeeld voor verstrekking van reguliere medicatie of bij gezond­heidsproblemen die zich in het opvangcentrum voordoen.*

*Voorbereidingsactiviteiten huisartsenzorg*

*Het is niet verplicht om afspraken te maken over de inzet van (bijvoorbeeld) huisartsen in dit soort situaties, maar indien van toepassing kan wel worden aangesloten bij eventuele regionale afspraken over de inzet in een behandelcentrum.*

*Meer informatie*

*Geen landelijke documentatie beschikbaar.*

## 4.5 Fase van afschaling

In deze paragraaf wordt beschreven hoe en wanneer wordt besloten tot afschaling.

Tekstsuggestie:

*De GHOR informeert de huisartsen en huisartsenposten op het moment dat de hulpverlening op het rampterrein wordt afgeschaald. De GHOR bepaalt in samenspraak met de aanwezige huisartsen wanneer de hulpverlening in een behandelcentrum wordt afgeschaald. De huisartsenposten bepalen in samenspraak met de GHOR wanneer de hulpverlening in de huisartsenpost wordt afgeschaald.*

*Binnen enkele weken na de afschaling krijgen alle betrokkenen een evaluatieformulier dat o.a. gebruikt kan worden om verbeteringen in het HaROP aan te brengen. Deze evaluatie wordt ter beschikking gesteld aan de GHOR voor optimalisatie van de draaiboeken.*

# 5. NAZORG NA RAMPEN

## 5.1 Organisatie van de nazorg

In deze paragraaf worden de in paragraaf 1.1 beschreven uitgangspunten nader uitgewerkt voor de nazorg.

Tekstsuggestie:

Een ramp kan grote impact hebben op de levens van de slachtoffers, nabestaanden en familie en vrienden. Van het ene op het andere moment is alles anders: er is chaos, bezittingen gaan verloren, er is een groot verdriet om het verlies van dierbaren, de toekomst is onvoorstelbaar en onbeheersbaar, er is geen controle meer, het leven is ruw verstoord. Dit kan leiden tot psychosociale problemen bij de getroffenen. Voor slachtoffers met zwaar letsel geldt bovendien dat ze terecht kunnen komen in een lang revalidatieproces. Dit alles wordt ook wel ‘de ramp na de ramp’ genoemd en vraagt integrale, gecoördineerde nazorg van vele betrokken instanties.

*Nazorg wordt gedefinieerd als ”het opheffen dan wel voorkomen van (blijvende) problemen of schade op lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk terrein” (Modelplan nafase, stichting Impact). Dit omvat de volgende activiteiten:*

* *het verlenen van lichamelijke medische nazorg;*
* *het verlenen van individuele psychosociale nazorg, in dit kader ook wel aangeduid als Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR);*
* *het verlenen van maatschappelijke nazorg, zoals administratieve, juridische en financieel-economische nazorg, uitvaartverzorging en collectieve psychosociale nazorg (herdenkingsbijeenkomsten e.d.);*
* *het (eventueel) uitvoeren van gezondheidsonderzoek onder de getroffen bevolking (somatisch en/of psychosociaal).*

*De eindverantwoordelijkheid voor de coördinatie van nazorg na rampen ligt bij de gemeente. De gemeente kan besluiten om vanuit de ‘één loketgedachte’ een Informatie- en Adviescentrum (IAC) in te richten, van waaruit alle vormen van nazorg worden gecoördineerd en de kwaliteit van de nazorg wordt bewaakt.*

*Nazorgfasen*

*De hulp aan getroffenen wordt geboden in drie fasen. De eerste fase is de acute fase en beslaat de periode direct na de gebeurtenis en duurt in principe 3 x 24 uur, met een verlengingsmogelijkheid tot maximaal 7 x 24 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, Bureau Slachtofferhulp en het Rode Kruis. Voor de strategische aansturing van de opvangteams formeert de GHOR met de betrokken organisaties een Kernteam PSHOR. In bepaalde gevallen worden ook religieuze instellingen in de acute fase bij de opvang van slachtoffers betrokken.*

*Specifiek voor de nazorg aan de betrokken hulpverleners beschikken ambulancezorg, brandweer, politie en ook sommige zorginstellingen over bedrijfsopvangteams (BOT).*

*Na de acute fase begint de eerste nazorgfase, die ongeveer drie maanden duurt. De GHOR is gedurende 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 ligt bij de reguliere verantwoordelijken (huisartsen en geestelijke gezondheidszorg), 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. Dit centrum wordt bemenst door de GGZ, maatschappelijk werk, slachtofferhulp, welzijnsinstellingen, rechtshulp en gemeentelijke diensten voor onder meer materiële ondersteuning.*

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

## 5.2 Rol van de huisartsen

In deze paragraaf wordt op hoofdlijnen beschreven welke rol de huisartsen en huisartsenposten vervullen binnen de nazorg.

Tekstsuggestie:

*Huisartsen hebben in de nazorg een bijzonder centrale rol. Lichamelijke klachten komen 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. Verder kan huisartsen om medewerking worden gevraagd aan een gezondheidsonderzoek onder de getroffen bevolking. In de volgende paragrafen worden deze rollen uitgewerkt.*

## 5.3 Processen binnen de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR)

Tekstsuggestie:

***Acute fase***

*Procesbeschrijving*

*Duur*

*De acute fase beslaat de periode direct na de gebeurtenis en duurt in principe 3 x 24 uur, met een verlengingsmogelijkheid tot maximaal 7 x 24 uur.*

*Betrokken organisaties*

*In de acute fase zijn bij de psychosociale rampenopvang betrokken:*

* *de GHOR;*
* *de GGD;*
* *de instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);*
* *Slachtofferhulp Nederland;*
* *Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk;*
* *(eventueel) categoriale hulpverleningsinstellingen.*

*Coördinatie GHOR*

*De hulpverlening na rampen staat onder het ‘opperbevel’ van de burgemeesters, of – in het geval van een ramp over meer gemeenten – de voorzitters van de veiligheidsregio: de burgemeesters van de centrumgemeenten van de 25 veiligheidsregio’s. De burgemeester/voorzitter verzamelt daartoe een beleidsteam om zich heen, waarin de diensthoofden van brandweer, politie, GHOR en gemeente zitting hebben. Namens de GHOR is dit de ‘directeur GHOR’, tevens lid van de directie van de GGD. Hij heeft in de acute fase de operationele leiding over het geheel van geneeskundige hulpverlening, waaronder de psychosociale nazorg.*

*Onder de bestuurlijke leiding van het beleidsteam, wordt de multidisciplinaire operationele aansturing van de hulpverlening door brandweer, politie, gezondheidszorg en gemeente georganiseerd vanuit het Regionaal Operationeel Team (ROT). Onder het ROT hangt een Actiecentrum GHOR, dat zorgt voor de informatievoorziening en logistieke ondersteuning binnen de geneeskundige hulpverlening.*

*Kernteam PSHOR*

*Speciaal voor de psychosociale hulpverlening wordt een Kernteam PSHOR in gesteld. In dit kernteam zijn de genoemde betrokken organisatie vertegenwoordigd. De leider en medewerkers van het Kernteam zijn regulier als directeur of manager werkzaam bij een van deze ketenpartners. De taken van het Kernteam zijn:*

* *het aansturen en ondersteunen van de psychosociale opvangteams;*
* *het voorbereiden van de hulpverlening na de acute fase (eerste nazorgfase);*
* *het adviseren van het beleidsteam over strategische beleidsbeslissingen omtrent het voorgaande.*

*Psychosociale opvangteams*

*Voor de acute psychosociale rampenopvang worden op locatie – in een gemeentelijk opvangcentrum voor slachtoffers en/of bij ziekenhuizen – een of meer psychosociale opvangteams ingezet. Deze teams bestaan uit een speciaal getrainde Leider en een aantal medewerkers. De taken van het opvangteam zijn:*

* *het bieden van een steunende context en signaleren waar die ontbreekt;*
* *het identificeren van betrokkenen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een verwerkingsstoornis (psychosociale triage) en het registreren van deze betrokkenen;*
* *indien nodig, het bieden van acute psychosociale hulp.*

*Onder een ‘steunende context’ wordt verstaan:*

* *een rustige, veilige en gestructureerde omgeving;*
* *aandacht en troost voor de betrokkenen;*
* *met vaste regelmaat betrouwbare informatie geven;*
* *omstandigheden creëren die de zelfredzaamheid van betrokkenen bevorderen;*
* *praktische hulp en structuur geven.*

*Regulier is de Leider van het opvangteam als coördinator of teamleider werkzaam bij een van de ketenpartners (vaak een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van de crisisdienst van een GGZ-instelling). Een Psychosociaal opvangteam bestaat uit medewerkers afkomstig uit de 0e, 1e en 2e lijn. Dit betekent dat er een gevarieerd hulpaanbod is voor lichte tot ernstige psychosociale problematiek. Het kernteam bepaald aan de hand van informatie over de gebeurtenis en de betrokkenen hoe de verhouding in aantal 0e, 1e en 2e lijns medewerkers in een opvangteam is.*

*Rol huisartsenzorg*

*In de acute fase hebben huisartsen in beginsel geen rol op het rampterrein of in een gemeentelijk opvangcentrum. Huisartsen zullen dus doorgaans pas in aanraking komen met een slachtoffer als deze naderhand op consult komt in de praktijk. Dan wordt al gesproken over de eerste nazorgfase, waarin de huisarts een centrale spilrol vervult.*

*Belangrijk om te weten, is dat de psychosociale opvangteams slachtoffers kunnen doorverwijzen naar de huisarts. Regionaal kunnen nadere afspraken worden gemaakt over het vooraf informeren van huisartsen in een dergelijk geval.*

*Voorts kan de GHOR regionaal een contract sluiten over de inzet van huisartsen in een behandelcentrum voor lichtgewonde slachtoffers, bij het gemeentelijk opvangcentrum. Huisartsen die een dergelijke (niet-verplichte) rol vervullen, moeten hoe rol goed kennen en kunnen samenwerken met de psychosociale opvangteams. De GHOR zal bij het sluiten van een dergelijk contract afspraken maken over het opleiden, trainen en oefenen hiervoor.*

*Voorbereidingsactiviteiten*

* *doornemen LHV-toolkit nazorg na rampen;*
* *indien een rol in het behandelcentrum T3-slachtoffers is overeengekomen (*zie paragraaf 4.4*): beoefen de samenwerking tussen de huisarts en de psychosociale opvangteams in het opvangcentrum/behandelcentrum.*

*Meer informatie*

* *Landelijk Model procesplan PSHOR, GHOR Nederland (voorheen Raad van RGF´en), in samenwerking met OPRON en IPSHOR, 2004.*[*http://www.ghor.nl/kr\_rgf/default.asp?datoom=1853*](http://www.ghor.nl/kr_rgf/default.asp?datoom=1853)
* *Multidisciplinaire richtlijn: vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* [*http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\_id=60*](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=60)
* *LHV-toolkit Nazorg na rampen, samenwerkingsproject huisartsenzorg en GHOR , 2010*

***Eerste nazorgfase***

*Procesbeschrijving*

*Duur*

*Nadat het gemeentelijke opvangcentrum is gesloten wordt de inzet van de psychosociale opvangteams gestaakt. Dit betekent afronding van de acute fase en start van de eerste nazorg fase. Tijdsduur van deze fase is ongeveer 3 maanden (maximaal).*

*Betrokken organisaties*

*In de eerste nazorgfase zijn bij de psychosociale hulpverlening betrokken:*

* *de GHOR;*
* *de GGD;*
* *de instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);*
* *Slachtofferhulp Nederland;*
* *instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk*
* *(eventueel) categoriale hulpverleningsinstellingen;*
* *(eventueel) instellingen voor jeugdgezondheidszorg;*
* *huisartsen.*

*Coördinatie GHOR*

*Bij rampen die veel nazorg vragen (psychosociaal en anderszins), staat veelal ook na de acute fase de hulpverlening nog onder het ‘opperbevel’ van de burgemeester, of de voorzitter van de veiligheidsregio. De vergaderfrequentie van de burgemeester/voorzitter met het beleidsteam, waarin de diensthoofden van brandweer, politie, GHOR en gemeente zitting hebben, zal wel afnemen ten opzichte van de acute fase. Ook het Regionaal Operationeel Team (ROT) en Actiecentrum GHOR zullen minder frequent vergaderen en minder werkzaamheden uitvoeren.*

*Zolang de rampenorganisatie operationeel blijft, zal de GHOR namens de gemeente de totale coördinatie van de geneeskundige hulpverlening verzorgen, waaronder de psychosociale hulpverlening.*

*Coördinatie GGD*

*Behalve de GHOR komt in de eerste nazorgfase ook de GGD nadrukkelijk in beeld. De GGD is wettelijk verantwoordelijk voor de coördinatie van de nazorg na rampen, binnen de kaders van de gemeente en GHOR. De GGD zal in deze fase het voorzitterschap van het Kernteam PSHOR overnemen.*

*Kernteam PSHOR*

*Ook na de acute fase blijft het Kernteam PSHOR operationeel. De taken van het Kernteam zijn in de eerste nazorgfase:*

* *het afstemmen van de psychosociale hulpverlening door de betrokken instanties, met als doel:*
  + *het identificeren van personen die dringend psychologische of psychiatrische hulp nodig hebben en deze hulp verlenen of regelen;*
  + *het identificeren van slachtoffers die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een verwerkingsstoornis;*
  + *het vroegtijdig onderkennen van verwerkingsstoornissen en het stimuleren van een adequate behandeling ervan;*
  + *het organiseren, mobiliseren en versterken van sociale steun uit de directe omgeving van de getroffenen;*
* *het informeren van andere hulp- en dienstverleners over diagnostiek, behandeling en samenwerking;*
* *het zorgen voor een goede toegankelijkheid van de eerste en tweedelijns hulpverlening voor de slachtoffers;*
* *het adviseren over en mede-organiseren van vormen van collectieve preventieve psychosociale interventies, zoals:*
  + *voorlichting via folders, media etc.*
  + *informatiebijeenkomsten voor diverse doel- en taalgroepen en het inschakelen van deskundigen die deze bijeenkomsten begeleiden*
  + *herdenkingsbijeenkomsten;*
* *het afstemmen met het Informatie- en Adviescentrum (IAC);*
* *voorbereidingen treffen voor de overdracht van de nazorg aan de reguliere hulpverlening (tweede nazorgfase);*
* *het adviseren van het beleidsteam over strategische beleidsbeslissingen omtrent het voorgaande.*

*Informatie- en Adviescentrum*

*Na een ramp komen veel zaken op de slachtoffers af. Behalve aan psychosociale nazorg, kunnen zij ook behoefte hebben aan vormen van materiële (huisvesting), financiële (schadeafhandeling), juridische (aansprakelijkheid) en werkgerelateerde (arbeidsongeschiktheid, re-integratie) nazorg. Dit is een verantwoordelijkheid van de gemeente. De ervaring leert dat het geheel van de nazorg het beste vanuit één loket kan worden georganiseerd: het gemeentelijk Informatie- en Adviescentrum (IAC).*

*Een IAC is de enige organisatie die speciaal voor een ramp wordt opgericht. Een IAC dient in de week na een ramp operationeel te worden en is verantwoordelijk voor het wel en wee van de getroffenen. Het IAC levert zelf geen hulp. Daar wor­den de hulpverleningsinstellingen voor aangewezen, waaronder de geestelijke gezondheidszorg. Een IAC dient daarom steeds op de hoogte te zijn van hoe het met de getroffenen is, om op basis daarvan de hulpverlening te activeren en bij te sturen. Het IAC moet dus voortdurend informatie verwerven, maar ook informatie en advies geven aan de getroffenen en hulpverleningsinstanties.*

*Een ramp is te ver­gelijken met een epidemie, waarbij ook een bepaalde aanpak nodig is om grote aantallen mensen te bereiken. De getroffenen zijn groot in aantal, maar ze zitten doorgaans wel met dezelfde vragen. Door het gebruik van de media kan men in korte tijd alle getroffenen goed bereiken. De termijn waarin een IAC actief is kan variëren. In Noorwegen is ervaring opgedaan met een kortdurend IAC (Weisath, 1991), in Enschede en Volendam met een IAC voor een termijn van 3-5 jaar (Gersons e.a., 2004; Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2004; Gezondheidsraad, 2006). Na de vuurwerkramp in Enschede werd gekozen voor een lange termijn in de verwachting dat de extra structuur die het IAC vormt voor het controleherstel van getroffenen dan voldoende effect heeft gesorteerd. In hoeverre een IAC op de lange duur van nut is om de gevolgen van een ramp te beperken zal uit verder onder­zoek moeten blijken.*

*De belangrijkste werkzaamheden van een IAC zijn:*

* *het bereiken en contact onderhouden met alle getroffenen (outreach);*
* *het verzamelen van alle vragen van de getroffenen;*
* *het zoeken naar en het geven van antwoorden op de vragen;*
* *de monitoring van de toestand van de getroffenen;*
* *het adviseren over welke hulp wanneer gewenst is.*

*Rol van de huisarts*

*Huisartsen hebben in de nazorg een hele centrale rol. Zij kunnen aan patiënten die op consult komen de eerste psychologische hulp bieden: een steunende context. Hiervoor worden van de huisarts de volgende competenties verwacht:*

* *actief kunnen luisteren;*
* *kunnen prioriteren van en reageren op behoeften van getroffenen;*
* *kunnen herkennen van lichte psychische problemen en hier informatie over geven;*
* *kunnen herkennen van potentieel ernstige psychische problemen en hier informatie over geven;*
* *overbrengen van technieken om ASS te hanteren;*
* *kunnen herkennen van risicofactoren voor een slechte uitkomst van psychische gezondheid en dit risico verkleinen door een verhoogde alertheid;*
* *kunnen herkennen en inzetten van informele en formele bronnen voor inter-persoonlijke steun;*
* *weten wanneer en hoe te verwijzen naar meer formele vormen van geestelijke gezondheidszorg.*

*Om de hulpverlening door de huisartsenzorg goed af te kunnen stemmen met de andere hulpverleningsinstanties, kunnen vertegenwoordigers van de huisartsen worden uitgenodigd voor het Kernteam PSHOR.*

*Voorbereidingsactiviteiten*

* *doornemen LHV-toolkit nazorg na rampen;*
* *maak afspraken over de vertegenwoordiging van de huisartsenzorg in het kernteam.*

*Meer informatie*

* *Landelijk Model procesplan PSHOR, GHOR Nederland (voorheen Raad van RGF´en), in samenwerking met OPRON en IPSHOR, 2004.*[*http://www.ghor.nl/kr\_rgf/default.asp?datoom=1853*](http://www.ghor.nl/kr_rgf/default.asp?datoom=1853)
* *LHV-toolkit nazorg na rampen, samenwerkingsproject huisartsenzorg en GHOR , 2010*

***Tweede nazorgfase***

*Procesbeschrijving*

*Duur*

*De start van deze fase is afhankelijk van de behoefte van de getroffenen en de hulpverleningsinstanties. Wanneer in de eerste nazorgfase wordt gesignaleerd dat er een grote behoefte is aan gecoördineerde hulpverlening, zal dit worden voorbereid door het Kernteam PSHOR en direct na de eerste nazorgfase (3 maanden na de ramp) worden gestart. Het kan ook zijn dat er geen behoefte is aan extra coördinatie, of dat deze behoefte pas later optreedt. De tweede nazorgfase kan jaren duren.*

*Betrokken organisaties*

*In de tweede nazorg fase zijn bij de psychosociale hulpverlening betrokken:*

* *de GGD;*
* *de instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);*
* *Slachtofferhulp Nederland;*
* *instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk*
* *(eventueel) categoriale hulpverleningsinstellingen;*
* *(eventueel) instellingen voor jeugdgezondheidszorg;*
* *huisartsen.*

*Coördinatie GGD*

*De GGD is, namens de gemeenten, wettelijk verantwoordelijk voor de coördinatie van de nazorg na rampen, ook in deze tweede nazorgfase. In de eerste nazorgfase heeft de GGD al de uitvoerende coördinatie overgenomen van de GHOR, maar heeft de GHOR wel namens de gemeente de totale coördinatie van de geneeskundige hulpverlening behouden. In deze tweede nazorgfase heeft de GHOR geen rol meer. Ook het Kernteam PSHOR wordt stopgezet. In plaats daarvan onderhoudt de GGD een structureel overleg met de betrokken organisaties.*

*De rol van de GGD is in de tweede nazorgfase:*

* *het afstemmen van de psychosociale hulpverlening door de betrokken instanties;*
* *het zorgen voor een goede toegankelijkheid van de eerste en tweedelijns hulpverlening voor de slachtoffers;*
* *het signaleren van knelpunten in de hulpverlening (capaciteit);*
* *het adviseren over het eventueel instellen van een gespecialiseerd GGZ-team (zie hierna);*
* *het coördineren van eventueel gezondheidsonderzoek onder de bevolking;*
* *belangenbehartiging namens de betrokken instanties over de financiering van de hulpverlening;*
* *het afstemmen met het Informatie- en Adviescentrum (IAC);*
* *adviseren van particuliere initiatieven, zoals een platform voor getroffenen, over voorlichting omtrent de psychologische gevolgen.*

*Informatie- en Adviescentrum*

*Als in de eerste week na een gemeentelijk Informatie- en Adviescentrum (IAC) is ingericht, zal dit veelal ook in de tweede nazorgfase nog operationeel zijn. Het IAC vervult, zolang als dat nodig wordt geacht, de taken zoals beschreven in de vorige paragraaf.*

*Gespecialiseerd GGZ-team*

*De kerntaak van de GGZ bij de nazorg na een ramp is de diagnostiek en behandeling van door de ramp teweeggebrachte psychische stoornissen, in het bijzonder PTSS, angst, depressie, lichamelijk onverklaarde klachten en verslavingsproblematiek. De GGZ kan, in overleg met de GGD, overwegen om een gespecialiseerd team in te stellen. Na de vuurwerkramp in Enschede heeft de lokale GGZ-organisatie Mediant daartoe een gespecialiseerd ‘Vuurwerkteam’ van circa 30 GGZ-hulpverleners opgericht. Deze zijn geschoold in specifieke op PTSS gerichte behandelingsvormen (Gersons & Carlier, 1998) voor volwassenen en kinderen. Door de hulpverleners niet meer dan 2-3 dagen per week intakes te laten doen is getracht secundaire traumatisering van de hulpverleners en op den duur ‘eentonigheid’ te vermijden.*

*Behalve deze kerntaak kan een GGZ-team na een ramp een veelheid aan taken hebben, zoals: bijscho­ling en consultatie voor andere hulpverleners, preventieactiviteiten in de vorm van praatgroepen voor volwassenen, ondersteuning van allochtonen, activiteiten voor jongeren, ondersteuning van leerkrachten en scholen en andere vormen van publieksvoorlichting. In 2003 is een campagne gehouden via ‘Loesje’ om meer mensen die last hebben van klachten te motiveren voor behandeling. Deze activiteiten kunnen worden opgezet en uitgevoerd in samenwerking met andere zorgverleners.*

*Gezondheidsonderzoek*

*Een onderdeel van de tweede nazorgfase kan zijn om een gezondheidsonderzoek onder de bevolking uit te voeren. In een dergelijk gezondheidsonderzoek wordt informatie verzameld over de gezondheidstoestand van getroffenen en over de eventuele blootstelling aan gevaarlijke stoffen tijdens en na de ramp. Er wordt onderscheid gemaakt in gezondheidsonderzoek rechtstreeks bij getroffenen, gezondheidsmonitoring op basis van bestaande registraties en georganiseerd individueel medisch onderzoek. In het eerste geval wordt op individueel niveau, rechtstreeks bij de getroffenen, informatie verzameld. In het tweede geval wordt gebruik gemaakt van bestaande gegevens uit registraties van zorgverleners, zoals huisartsen, geestelijke gezondheidszorg, arbodiensten, apotheken en specialisten. Georganiseerd individueel medisch onderzoek, tot slot, richt zich met name op het (vroeg) herkennen van aandoeningen en signalering van gezondheidsrisico's, zodat voor individuele slachtoffers kan worden bepaald welke preventieve interventie, behandeling of nazorg het meest geschikt is.*

*Voor de getroffenen kan gezondheidsonderzoek bijdragen aan erkenning en herkenning van hun problematiek. Voor de hulpverleners levert het informatie op die kan bijdragen aan verbetering van het beleid voor de behandeling van de getroffenen. Daarnaast levert gezondheidsonderzoek informatie voor lokale en landelijke beleidsmakers om passende maatregelen te kunnen nemen voor de organisatie en inrichting van de nazorg. Ten slotte kan gezondheidsonderzoek bijdragen aan de systematische verzameling en ontsluiting van kennis over de gevolgen van rampen.*

*De gemeente en GGD zullen gezamenlijk beslissen over het al of niet instellen van een gezondheidsonderzoek. Voor de uitvoering wordt vaak gebruik gemaakt van het Centrum Gezondheidsonderzoek bij Rampen van het RIVM.*

*Platform voor getroffenen*

*Getroffenen van een ramp verkeren ongewenst in een afhankelijke en soms gehandicapte situatie. In Enschede zijn 1.250 mensen huis en haard kwijtgeraakt. Het IAC heeft geholpen om de getroffenen niet afhankelijk te maken van een veelvoud aan instanties. De ervaringen met de Bijlmerramp en ook de Faro Vliegramp (Ten Hove, 2002) hebben duidelijk gemaakt dat de getroffenen een georganiseerd verband nodig hebben als spreekbuis. Bij de Enschede ramp is de vorming van een bewoners/getrof­fenenvereniging met professionele ondersteuning daarom actief gestimuleerd. Deze ‘empowerment’ heeft ertoe bijgedragen dat de bewoners bij overheden en instanties actief hun belangen hebben behartigd. De Belangenvereniging Slachtoffers Vuurwerkramp Enschede vervult ook een rol in de voor­lichting over de materiële, lichamelijke en psychische gevolgen van de ramp en wat daaraan gedaan kan worden. Deze bewonersvereniging is actief betrokken geweest bij de schadeafhandeling en de plannen voor de herbouw van de wijk. Verder is ze actief betrokken bij de herdenkingen. Het opzetten van een dergelijk platform voor getroffenen dient na elke ramp gestimuleerd te worden.*

*Rol van de huisarts*

*Ook in deze tweede nazorgfase hebben huisartsen een hele centrale rol. De eerste psychologische hulp is achter de rug, maar nu draait het om het diagnosticeren, behandelen en doorverwijzen van patiënten die blijvende klachten ontwikkelen. Dit wijkt niet wezenlijk af van de hulpverlening die huisartsen aan ‘reguliere’ patiënten bieden, behalve dat de huisarts bekend moet zijn met de specifieke organisatievormen die na de ramp zijn ingesteld, zoals een IAC of een gespecialiseerd GGZ-team. Voor goede afstemming van de hulpverlening en informatievoorziening richting de huisartsen, is het wenselijk om een huisartsenvertegenwoordiger zitting te laten nemen in het nazorgoverleg van de GGD.*

*Verder kan de huisarts door de GGD gevraagd worden om medewerking te verlenen aan een grootschalig gezondheidsonderzoek.*

*Voorbereidingsactiviteiten*

* *doornemen LHV-toolkit nazorg na rampen*

*Meer informatie*

* *Landelijk Model procesplan PSHOR, GHOR Nederland (voorheen Raad van RGF´en), in samenwerking met OPRON en IPSHOR, 2004.*[*http://www.ghor.nl/kr\_rgf/default.asp?datoom=1853*](http://www.ghor.nl/kr_rgf/default.asp?datoom=1853)
* *LHV-toolkit Nazorg na rampen, samenwerkingsproject huisartsenzorg en GHOR , 2010*

# DEEL C: REGIONALE AFSPRAKEN MET DE GHOR

Een van de stappen, om beter voorbereid te zijn op rampen en crises, is het sluiten van afspraken met de GHOR. Met de nieuwe Wet Veiligheidsregio’s worden het bestuur van de veiligheidsregio (GHOR), de huisartsen en de huisartsenposten verplicht om deze afspraken schriftelijk vast te leggen. Op grond van het bijbehorende Besluit Veiligheidsregio’s (artikel 5.1) zijn de partijen verplicht ten minste afspraken te maken over:

a. de procedures die gevolgd worden bij een ramp of crisis, waarbij het in ieder geval gaat over grootschalige alarmering, opschaling, coördinatie, informatiemanagement en evaluatie;

b. de wijze waarop en de mate waarin personeel en materieel worden ingezet;

c. de bereikbaarheid en beschikbaarheid van personeel, ruimte en materieel;

d. de wijze van trainen en oefenen met het oog op het gezamenlijk optreden bij de rampenbestrijding en crisisbeheersing en de frequentie waarin getraind en geoefend wordt;

e. de samenwerking met:

* de functionarissen van de GHOR,
* andere instellingen,
* andere hulpverleningsinstanties;

f. het onderhoud en beheer van materieel voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen dat eigendom is van de veiligheidsregio of het Rijk.

Voor de afspraken met de huisartsen wordt de schaal van de 23 huisartsenkringen gehanteerd, voor de huisartsenposten het niveau van de 54 huisartsendienstenstructuren. Elk van de kringen en dienstenstructuren zal schriftelijke afspraken moeten maken met de veiligheidsregio’s in hun werkgebied (zie bijlage 2 en 3).

Voor de schriftelijke afspraken met de GHOR kan de volgende afsprakenlijst worden gehanteerd, ter nadere concretisering van de genoemde wettelijk verplichte onderwerpen.

**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. 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 individuele huisartsen.

**Wetgeving**

Standaard bij dit soort afspraken (convenanten) is om op te nemen op welke wet- en regelgeving ze gebaseerd zijn. Gerefereerd kan worden aan de in de nieuwe Wet Veiligheidsregio’s opgenomen verplichting tot het maken van schriftelijke afspraken en aan de nadere eisen die aan deze afspraken zijn gesteld in het Besluit Veiligheidsregio’s. Ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) kunnen worden genoemd, omdat hierin is vastgelegd dat huisartsen en huisartsenposten verantwoordelijk zijn voor het leveren van verantwoorde zorg onder alle omstandigheden.

**Begripsdefinities**

Voor begrippen als ramp, crisis, de GHOR-processen en de groepen van infectieziekten kunnen definities uit de landelijke regelgeving en model-procesplannen worden overgenomen, zodat voor eenieder helder is waar de afspraken betrekking op hebben.

**Afspraken over de infectieziektebestrijding**

Concrete afspraken over:

* Informatievoorziening;
* Diagnostiek;
* contactonderzoek en beschermende middelen;
* vaccinatiebeleid;
* antivirale middelen;
* medicatievoorziening;
* ziektemonitoring;
* opnamebeleid;
* scheiden van patiëntenstromen;
* callcenter;
* zorgcontinuïteit;
* registratie;
* openbare orde maatregelen;
* mediawoordvoering;
* opstellen van procesplan en draaiboeken.

**Afspraken over de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening**

Concrete afspraken over:

* informatievoorziening;
* opstellen van procesplan en draaiboeken;
* gezondheidsonderzoek;
* organisatie en bemensing van een behandelcentrum voor lichtgewonden;
* alarmering van huisartsen;
* slachtofferregistratie.

**Afspraken over de PSHOR**

Concrete afspraken over:

* informatievoorziening;
* samenwerking huisartsen met psychosociale opvangteams in behandelcentrum/opvangcentrum;
* 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 huisartsenzorg 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 huisartsenzorg wordt 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 het (kwaliteits-)beleid van de GHOR**

De samenwerkingsafspraken met de huisartsenzorg worden verder verankerd in het beleidsplan van de veiligheidsregio 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.

**Afspraken over overlegstructuren**

De GHOR is verplicht om structureel overleg met de huisartsen en huisartsenposten te voeren. Voorts is de GHOR (en de bijdrage van de huisartsenzorg daaraan) ook een agendapunt in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Zoals uiteengezet in deel A van voorliggende model HaROP (stap 2), hebben de huisartsenkringen en huisartsenposten vertegenwoordigers nodig voor deze overleggen. In de schriftelijke afspraken 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 ‘Samenwerking tussen huisartsen en GHOR’, moet in de schrifte­lijke afspraken 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**

* duur/opzegging van de overeenkomst;
* eventuele geschillenregeling;
* werkingsgebied;
* aanhalingstitel van de overeenkomst.

# BIJLAGE 1: afkortingen

ASS Acute Stress Stoornis

BZK ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

BOT Bedrijfsopvangteam

CBRN Chemisch, Biologisch, Radiologisch, Nucleair

CIb Centrum Infectieziektebestrijding

CoPI Commando Plaats Incident

CvDG Commandant van Dienst Geneeskundig

GAGS Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen

GBT Gemeentelijk Beleidsteam

GGD Gemeentelijke Gezondheidsdienst

GGZ Geestelijke Gezondheidszorg

GHOR Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio

GRIP Gecoördineerde Regionale IncidentenbestrijdingsProcedure

GROP GGD RampenOpvangPlan

HAGRO Huisartsengroep

HaROP Huisartsenzorg RampenOpvangPlan

HGN Hoofd Gewondennest

IAC Informatie- en Adviescentrum (gemeente)

LHV Landelijke Huisartsenvereniging

MMT Mobiel Medisch Team (traumacentrum)

NHG Nederlands Huisartsen Genootschap

NVI Nederlands Vaccin Instituut

NVZA Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers

OMT Outbreak Management Team

OTO Opleiden, trainen en oefenen

OvDG Officier van Dienst Geneeskundig

PSHOR Psychosociale Hulpverlening na Ongevallen en Rampen

PTSS Posttraumatische stress-stoornis

RBT Regionaal Beleidsteam

RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

ROAZ Regionaal Overleg Acute Zorg

ROT Regionaal Operationeel Team

SEH Spoedeisende Hulp (ziekenhuis)

SIGMA Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (Rode Kruis)

VHN Vereniging Huisartsenposten Nederland

VROM Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu

VWA Voedsel en Waren Autoriteit

VWS Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

WIP Werkgroep Infectieziekte Preventie

ZiROP Ziekenhuis RampenOpvangPlan

# BIJLAGE 2: veiligheidsregio’s per huisartsenkring

|  |  |
| --- | --- |
| **Huisartsenkring** | **Veiligheidsregio** |
| Amsterdam/Almere | Amsterdam-Amstelland |
| Flevoland |
| Noord-Holland Noord | Noord-Holland Noord |
| Zaanstreek-Waterland |
| Noord-Holland Midden | Kennemerland |
| Amsterdam-Amstelland |
| District Rotterdam | Rotterdam-Rijnmond |
| Haaglanden | Haaglanden |
| Westland/Schieland/Delfland | Haaglanden |
| Rotterdam-Rijnmond |
| Rijnland & Midden-Holland | Hollands-Midden |
| Zuid-Holland Zuid | Zuid-Holland Zuid |
| Rotterdam-Rijnmond |
| Midden- en West-Brabant |
| West-Brabant | Midden- en West-Brabant |
| Midden-Brabant | Midden- en West-Brabant |
| Zuidoost-Brabant |
| Zeeland | Zeeland |
| Rotterdam-Rijnmond |
| Noord-Brabant Noordoost | Brabant-Noord |
| Zuidoost-Brabant |
| Zuidoost-Brabant | Zuidoost-Brabant |
| Limburg | Limburg-Noord |
| Zuid-Limburg |
| Zuidoost-Brabant |
| Nijmegen e.o. | Gelderland-Zuid |
| Limburg |
| Brabant-Noord |
| Gelre-IJssel | Noord- en Oost-Gelderland |
| Twente |
| IJsselland |
| De Gelderse Rivieren | Noord- en Oost-Gelderland |
| Gelderland-Midden |
| Utrecht |
| Twente | Twente |
| Friesland | Fryslân |
| Groningen | Groningen |
| Drenthe | Drenthe |
| IJsselland |
| Zwolle/Flevoland | IJsselland |
| Flevoland |
| Midden-Nederland | Utrecht |
| Gelderland-Midden |
| Noord- en Oost-Gelderland |
| Gooi en Vechtstreek |

# BIJLAGE 3: veiligheidsregio’s per huisartsenpost

|  |  |
| --- | --- |
| **Huisartsendienstenstructuur** | **Veiligheidsregio** |
| Stichting Primair Huisartsenposten | Utrecht |
| Gooi en Vechtstreek |
| Vereniging Doktersdiensten Groningen | Groningen |
| Dokterswacht Friesland | Fryslân |
| Centrale Huisartsendienst Drenthe | Drenthe |
| Stichting Dienstenstructuur IJssel-Vecht/Flevoland | IJsselland |
| Flevoland |
| Zorggroep Almere | Flevoland |
| Coöperatieve Huisartsenposten Zaanstreek-Waterland | Zaanstreek-Waterland |
| Coöperatieve Huisartsenpost Alkmaar U.A. | Noord-Holland Noord |
| Coöperatieve Huisartsen Post West-Friesland u.a. | Noord-Holland Noord |
| BV Centrale Huisartsenpost Kop van Noord-Holland | Noord-Holland Noord |
| Huisartsenpost Haarlemmermeer | Kennemerland |
| Stichting Huisartsenpost Midden-Kennemerland | Kennemerland |
| Stichting Spoedpost Zuid Kennemerland | Kennemerland |
| Stichting Huisartsenpost Amstelland | Amsterdam-Amstelland |
| Centrale Huisartsenpost Salland | IJsselland |
| Huisartsendienst Twente-Oost | Twente |
| Centrale Huisartsenpost Almelo | Twente |
| Huisartsenpost Hengelo | Twente |
| Coöperatieve Vereniging Huisartsenpost de Gelderse Vallei | Gelderland Midden |
| Huisartsenpost Apeldoorn | Noord- en Oost Gelderland |
| Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem | Gelderland Midden |
| Stichting Huisartsenpost Oude IJssel | Noord- en Oost Gelderland |
| Regionale Huisartsenpost Zutphen | Noord- en Oost Gelderland |
| Huisartsenpost Oost Achterhoek | Noord- en Oost Gelderland |
| Stichting Dienstenstructuur RHV Gelders Rivierenland | Gelderland-Zuid |
| Stichting Huisartsen Dienstenposten Amsterdam | Amsterdam-Amstelland |
| Stichting HAP Delft e.o. | Haaglanden |
| Stichting Mobiele Artsen Service Haaglanden | Haaglanden |
| Stichting Centrale Huisartsenposten Rijnmond | Rotterdam-Rijnmond |
| Coöperatieve Doktersdienst Duin- en Bollenstreek | Hollands Midden |
| HuisArtsenPost Midden-Holland | Hollands Midden |
| Stichting Huisartsenpost Westland | Rotterdam-Rijnmond |
| Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer | Haaglanden |
| Stichting Samenwerkende Huisartsendiensten Rijnland | Hollands Midden |
| Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen u.a. | Gelderland Zuid |
| Centrale Huisartsenposten Zuidoost Brabant | Brabant Zuidoost |
| Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken | Brabant Zuidoost |
| Nightcare | Limburg-Zuid |
| Stichting Huisartsenpost Maastricht en Heuvelland | Limburg-Zuid |
| Stichting Huisartsenposten Midden-Limburg | Limburg-Noord |
| Stichting Huisartsenposten Noord Limburg / Cohesie | Limburg-Noord |
| Huisartsen Dienst Westelijke Mijnstreek-sittard | Limburg-Zuid |
| Nucleus | Zeeland |
| Stichting Coöperatieve Huisartsenposten Nieuwe Waterweg Noord | Rotterdam-Rijnmond |
| Regionale Huisartsenpost Drechtsteden | Zuid-Holland Zuid |
| Coöperatieve Centrale Huisartsenpost Gorinchem e.o. | Zuid-Holland Zuid |
| Cooperatieve HAP 't Hellegat | Rotterdam-Rijnmond |
| Stichting Huisartsendienstenstructuur Zeeland | Zeeland |
| Coöperatieve Huisartsenposten Midden Brabant | Midden- en West-Brabant |
| Centrale Huisartsenposten Noord Brabant (HOV) | Brabant-Noord |
| Maas&Waal | Brabant-Noord |
| Stichting Huisartsenposten West-Brabant | Midden- en West-Brabant |

# BIJLAGE 4: format taakkaart

Met behulp van dit format kunnen de in het HAROP beschreven deelprocessen worden uitgewerkt in concrete instructies die de huisartsenzorg ten tijde van een ramp of crisis ´uit de kast kan trekken´. Deze beschrijving moet zo dicht mogelijk bij de belevingswereld van de huisartsen worden opgeschreven. Het door de huisartsen en GHOR regionaal gezamenlijk ontwikkelen van deze taakkaarten is een belangrijke implementatiestap die het onderlinge begrip kan vergroten.

|  |  |
| --- | --- |
| **Taakkaart huisarts bij een ramp of crisis** | |
| **Naam proces** | **Naam deelproces/taak** |
| *Hoe word ik geïnformeerd?* |  |
| *In welke situaties moet ik iets gaan doen?* |  |
| *Wat is mijn rol?* |  |
| *Wat moet ik concreet doen? (activiteiten)* |  |
| *Welke middelen heb ik nodig?* |  |
| *Met wie moet ik samenwerken?* |  |

De in het format HaROP genoemde taken, die op deze manier kunnen worden uitgewerkt, zijn:

Deelprocessen binnen de grootschalige infectieziektebestrijding:

* Communicatie;
* Diagnostiek;
* Bron- en contactonderzoek;
* Beschermende maatregelen;
* Indamming van de uitbraak (containment);
* Inzet van antivirale middelen;
* Vaccinatie;
* Doorverwijzing naar de tweedelijnszorg.

Deelprocessen binnen de acute zorg:

* Hulpverlening op het rampterrein;
* Hulpverlening in een behandelcentrum;
* Hulpverlening in een huisartsenpost;
* Hulpverlening aan ontheemden.

Deelprocessen binnen de PSHOR:

* Hulpverlening acute fase;
* Hulpverlening eerste nazorg fase;
* Hulpverlening tweede nazorg fase.

# BIJLAGE 5: voorbeeld mogelijke opschalingsstadia huisartsenzorg bij infectieziekte-uitbraken

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Stadium 1: groen** | **Stadium 2: oranje** |
| **Karakterschets** | Extra consulten en uitval huisartsen kunnen binnen de reguliere organisatie van de huisartsenzorg worden opgevangen. | Aanvullende afspraken zijn nodig om consulten en uitval te kunnen opvangen en om de tweedelijnszorg te ontlasten. Telefonische bereikbaarheid komt onder druk te staan. |
| **Sturing** | Primair op niveau huisartsenpraktijk  Afstemming binnen HAGRO | Primair op niveau HAGRO  Afstemming met huisartsenkring en HAP |
| **Mogelijke afspraken om uitval op te vangen** | * Reguliere afspraken over onderlinge vervanging binnen de huisartsenpraktijk * Reguliere afspraken over onderlinge vervanging binnen HAGRO * Extra waarnemers en extra inroostering huisartsen bij HAP vanwege uitval en toegenomen consulten | * Per HAGRO kan worden besloten om huisartsenzorg te concentreren in beperkt aantal praktijken * Extra inroostering huisartsen bij HAP, in afstemming met HAGRO’s en huisartsenkring * Pool van waarnemers op niveau huisartsenkring, afgestemd met HAP |
| **Mogelijke afspraken over het scheiden van patiëntenstromen** | * Huisartsenpraktijken passen hygiëne­protocol toe om (kruis)besmetting te voorkomen * Huisartsenpraktijken kunnen op individuele basis kiezen voor aparte infectieziektespreekuren * HAP kan kiezen voor aparte spreekkamer voor infectieziekte | * Per HAGRO wordt besloten of speciale infectieziekte­spreekuren worden ingesteld in aangewezen praktijken * Extra huisbezoeken * HAP kan kiezen voor aparte spreek­kamer voor infectieziekte |
| **Mogelijke afspraken over telefonische bereikbaarheid** | * Reguliere bereikbaarheid van huisartsenpraktijk * Bij uitval doorverwijzing naar vervanging * Mogelijk extra inzet triageassistenten HAP * Informatienummers rijksoverheid en regionale overheden (GGD/GHOR) | * Reguliere bereikbaarheid van huisartsenpraktijk waar mogelijk * Bij uitval doorverwijzing naar vervanging (geconcentreerde spreekuren) * Extra inzet triageassistenten HAP * HAGRO kan in overleg met huis­artsenkring en HAP besluiten tot instellen gezamenlijk telefoonnummer * Informatienummers rijksoverheid en regionale overheden (GGD/GHOR) |

**Voorbeeld voor mogelijke aanvullende opschalingsstadia wanneer bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak de continuïteit van de huisartsenzorg en de openbare orde in het geding zijn.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Stadium 3: rood** | **Stadium 4: donkerrood** |
| **Karakterschets** | De continuïteit komt in gevaar en kans op verstoringen van de openbare orde; centrale regie door huisartsenkring in afstemming met HAP, GHOR en de tweedelijnszorg is noodzakelijk | De continuïteit van de huisartsenzorg kan niet meer binnen de reguliere organisatie worden gewaarborgd. Grote kans op verstoringen van de openbare orde |
| **Sturing** | Primair op niveau huisartsenkring  Afstemming met HAGRO, HAP en GHOR | GHOR en gemeenten in afstemming met huisartsenkring en HAP |
| **Mogelijke afspraken om uitval op te vangen** | * Per huisartsenkring wordt besloten vanuit welke huisartsenpraktijken de zorg wordt verleend * Huisartsenkring verdeelt huisartsen in overleg met HAP over de aangewezen huisartsenpraktijken en de HAP * Mogelijkheid om HAP tijdens kantooruren in te zetten | * Concentratie huisartsenzorg (kantooruren en ANW) in zorgmeldpunten per gemeente, mogelijk gekoppeld aan HAP * Huisartsen en waarnemers worden door GHOR verdeeld over zorgmeldpunten en HAP * Mogelijk nationale verdeling van zorgcapaciteit en inzet defensieartsen |
| **Mogelijke afspraken over het scheiden van patiëntenstromen** | * Per huisartsenkring wordt besloten of speciale infectieziekte­spreekuren worden ingesteld in aangewezen praktijken * HAP kan kiezen voor aparte spreek­kamer voor infectieziekte of een verdeling van infectieziekte­gerelateerde en reguliere consulten tussen HAP’s * Mogelijkheid om HAP ook tijdens kantooruren in te zetten voor infectieziektespreekuur, mits tijdens ANW de reguliere consulten aan een andere HAP worden overgedragen | * Binnen de zorgmeldpunten worden waar mogelijk de patiëntenstromen gescheiden * Eventueel worden reguliere en infectieziektegerelateerde consulten op aparte locaties verzorgd |
| **Mogelijke afspraken over telefonische bereikbaarheid** | * Telefonische bereikbaarheid wordt op niveau huisartsenkring veilig gesteld * Mogelijkheid tot koppeling met telefooncentrale HAP * Informatienummers rijksoverheid en regionale overheden (GGD/GHOR) | * Telefonische bereikbaarheid wordt door GHOR i.s.m. gemeenten, huisartsenkring en HAP veilig gesteld * Bereikbaarheid voor kantooruren en ANW via hetzelfde telefoonnummer * Mogelijkheden:   + koppeling telefooncentrale HAP   + koppeling informatienummer GGD/GHOR   + telefoonnummer per gemeente * Informatienummer rijksoverheid |

1. *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.* [↑](#footnote-ref-1)
2. Een traumaheli of een ‘grondgebonden’ MMT met ambulancevoertuig. [↑](#footnote-ref-2)