

# Landelijk model Integraal Crisisplan Huisartsenzorg

Oktober 2024

# 1. Inleiding

## 1.1 Doel van het crisisplan

Dit plan beschrijft de afspraken die binnen de regio door huisartsen en regio-organisaties zijn gemaakt over het crisismanagement bij een (grootschalig) incident of een ramp. Hierbij gaat het niet alleen over crises die de continuïteit van de huisartsenzorg bedreigen, maar over alle soorten crises die de bedrijfscontinuïteit kunnen raken. Dergelijke situaties vragen om beslissingen in onzekerheid, zicht op de kritieke momenten, integrale aanpak, slagkracht, leiderschap en het verdienen van vertrouwen. Omdat bovenstaande niet vanzelfsprekend is bij aanpak van een crisis vanuit de reguliere organisatie, wordt gebruik gemaakt van een hiervoor ingerichte crisisorganisatie.

De direct betrokken partijen zijn:

- huisartsenspoedpost(en);
- regio-organisatie(s);
- LHV-afdeling(en);
- Overig.

Dit model vervangt het uit 2014 daterende model HaROP (Huisartsen RampenOpvangPlan). De focus voor deze versie van het nieuwe HaROP, dit Integraal Crisisplan, is vooral en uitsluitend gericht op de continuïteit van de huisartsenzorg 24/7. Primair ligt de taak van de huisarts in de eigen praktijk of de huisartsenspoedpost. De maatschappij en de wereld om ons heen is niet meer hetzelfde als enkele jaren geleden. Daarom is ook een overgang te zien van de klassieke rampenbestrijding naar crisisbeheersing. Klimatologische, digitale, sociale en internationale ontwikkelingen leiden in toenemende mate tot nieuwe, bovenregionale crises en complexe maatschappelijke vraagstukken. Alle betrokken crisispartners zullen hierop moeten anticiperen, zo ook de huisartsenzorg. Risicomanagement en informatie-uitwisseling zijn twee nieuwe items die ook landelijk meer aandacht krijgen.

Het model kent geen formele status, maar is bedoeld als een nuttig instrument voor de huisartsenzorg voor die regio's die nu nog beschikken over het HaROP en aan een update toe zijn. Er is gebruik gemaakt van bestaande crisisplannen uit een groot aantal regio's en ervaringen van verschillende gebeurtenissen. Voor een zorgvuldige implementatie en tips voor de totstandkoming zijn in dit document kaders geplaatst met een toelichting. Daarnaast is er een informatieve presentatie en een format voor een samenvatting voor de achterban beschikbaar. Het updaten of vormgeven van een Integraal Crisisplan is geen invuloefening, het gezamenlijk doorlopen van het proces om te komen tot een crisisplan is van meer belang dan het hebben van het plan.

## 1.2 Leeswijzer

Dit model bestaat uit twee delen:

- Het Integraal Crisisplan als vast te stellen hoofddocument;
- Bijbehorende werkdocumenten als concrete uitwerking van het meer formele Integraal Crisisplan. Hierin staan handvatten en handreikingen, voorbeelden, taakkaarten en de variabele bereikbaarheidsgegevens.

### **Tips**

Formeer een beperkte werkgroep met een gemixte vertegenwoordiging en enthousiaste leden. Deze werkgroep heeft een tijdelijk karakter en bestaat bij voorkeur uit:

- een leidinggevende/manager (bijvoorbeeld van de HAP);
- een betrokken huisarts;
- de persoon die het plan straks gaat beheren;
- een vertegenwoordiger van de LHV (ambassadeur of beleidsmedewerker);
- eventueel een directie of MT-lid.

Vanuit de wettelijke verplichting ligt het opdrachtgeverschap formeel bij de organisatie die verantwoordelijk is voor de huisartsenspoedpost(en). De werkgroep kan vervolgens als 'slapend' worden beschouwd en bij een eventuele update opnieuw adviseren.

Maak het plan passend voor de regio, maak er geen invuloefening van. Het proces van implementatie is van essentieel belang, van meer belang dan het hebben van het plan. Pas in het plan sowieso de naamgeving of functies aan zoals in de regio gebruikelijk is. Bijvoorbeeld daar waar locatiemanager staat kan ook teamleider of teammanager staan.

### **Toelichting op beschikbare subsidie**

Jaarlijks verleent het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een subsidie om zorginstellingen op te leiden, te laten oefenen en nauwer en beter te laten samenwerken (De OTO-gelden\*). Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorbereidingen. Zij kunnen voor een deel van de kosten die zij maken bij de voorbereiding een beroep doen op deze subsidie. De regionale Netwerken Acute Zorg beheren het OTO-budget, vaak in overleg met de GHOR. Het Regionale Netwerk legt jaarlijks verantwoording af aan het Ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

In het convenant staat vermeld dat de gelden niet aangewend mogen worden voor:

- financiering van de instellingen voor reguliere zorg;
- compensatie van productieverlies van individuele beroepsbeoefenaars en zorginstellingen tijdens een opleiding, training of oefening;
- opleidingen en trainingen die voor het verlenen van reguliere zorg vereist zijn;
- financiering van reguliere taken in niet opgeschaalde situatie van medewerkers van zorginstellingen;
- vacatiegelden voor deelname aan overleggen.

Ieder eigen regionaal Netwerk Acute Zorg heeft specifieke regels en verdeelsleutels voor de jaarlijkse OTO-aanvraag, een OTO-jaarplan is daarvan meestal een vereiste. Doorgaans wordt de aanvraag in gezamenlijkheid ingediend door meerdere RHO's en soms met medewerking of in afstemming met een LHV-vertegenwoordiger.

\*OTO = Opleiden, Trainen en Oefenen

# Inhoudsopgave

<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>2</b>
1.1 DOEL VAN HET CRISISPLAN .....	2
1.2 LEESWIJZER .....	2
<b>2. NUT EN NOODZAAK</b> .....	<b>5</b>
2.1 WETTELIJK KADER .....	5
2.2 KWALITEITSKADER .....	6
2.3 UITGANGSPUNTEN .....	6
2.4 REGIONAAL (ZORG)RISICOPROFIEL .....	7
2.5 SOORTEN CRISES EN REIKWIJDTE VAN HET CRISISPLAN .....	7
2.6 BOVENREGIONALE SAMENWERKING .....	8
2.7 OPBOUW VAN HET CRISISPLAN .....	8
2.8 ONDERHOUD VAN HET CRISISPLAN .....	8
<b>3. MELDING EN ALARMERING</b> .....	<b>9</b>
3.1 MELDING EN ALARMERING BIJ EEN (FLITS)RAMP .....	9
3.2 MELDING EN ALARMERING BIJ EEN INFECTIEZIEKTE-UITBRAAK .....	11
<b>4. OP- EN AFSCHALING</b> .....	<b>12</b>
4.1 OPSCHALING BIJ EEN (FLITS)RAMP OF CRISIS .....	13
4.2 OPSCHALING BIJ EEN INFECTIEZIEKTE-UITBRAAK .....	13
4.3 AFSCHALING BIJ EEN (FLITS)RAMP OF CRISIS .....	14
4.4 AFSCHALING BIJ EEN INFECTIEZIEKTE-UITBRAAK .....	14
4.5 NAFASE .....	14
4.6 NAZORG AAN SLACHTOFFERS .....	15
4.7 NAZORG AAN HUISARTSEN EN MEDEWERKERS .....	15
4.8 EVALUATIE .....	15
<b>5. LEIDING EN COÖRDINATIE</b> .....	<b>16</b>
5.1 DE HAGRO-CRISISCOÖRDINATOREN .....	16
5.2 CRISISTEAM RHO .....	16
5.3 HUISARTSEN EN MEDEWERKERS VAN DE HUISARTSENPRAKTIJKEN EN HAP .....	18
5.4 GGD/ GHOR EN KETENPARTNERS .....	18
5.5 REGIONAAL OVERLEG ACUTE ZORG (ROAZ) .....	18
<b>6. INFORMATIEMANAGEMENT</b> .....	<b>20</b>
6.1 HET GEDEELDE GENEESKUNDIGE BEELD .....	20
6.2 BEREIKBAARHEIDSGEGEVENS .....	21
6.3 REGISTRATIE VAN BEHANDELDE PATIËNTEN EN VERWIJZINGEN .....	21
<b>7. CRISISCOMMUNICATIE</b> .....	<b>21</b>
7.1 COMMUNICATIE MET PUBLIEK .....	22
7.2 COMMUNICATIE MET DE PERS .....	22
7.3 SOCIALE MEDIA .....	22
AFKORTINGEN .....	23

## 2. Nut en Noodzaak

### 2.1 Wettelijk kader

De wet en regelgeving verplicht zorgaanbieders en -instellingen *handelswijzen te beschrijven in geval van crisissituaties die gevolgen kunnen hebben voor de eigen organisatie en een risico kunnen vormen voor de continuïteit of goede uitvoering van zorg*. Hieronder valt ook de *noodzakelijke voorbereiding op die handelswijzen en de uitvoering voor de gemaakte afspraken*<sup>1</sup>. Conform het uitvoeringsbesluit Wkkgz dient de aanbieder van huisartsenzorg in huisartsenposten te beschikken over een crisisplan en deze te sturen naar de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) van de regio's waar de zorgaanbieder zorg verleent.

Daarnaast is ook de volgende wetgeving van toepassing op crisisbeheersing in de huisartsenzorg:

- De Wet Veiligheidsregio's beoogt 'een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van brandweerzorg, geneeskundige hulpverlening, rampenbestrijding en crisisbeheersing onder een regionale bestuurlijke regie'. Artikel 33 verplicht alle betrokken partijen maatregelen te treffen met het oog op hun taak en de voorbereidingen daarop. In ditzelfde artikel staat benoemd dat deze voorbereidingen schriftelijk vastgelegd moeten worden, doorgaans gebeurt dit door middel van een convenant. In dit convenant worden de wederzijdse verwachtingen geconcretiseerd tussen de veiligheidsregio en de huisartsenzorg.
- De Wet BIG stelt dat alle beroepsbeoefenaren in de zorg verantwoorde zorg dienen te leveren onder alle omstandigheden.
- Er is overigens geen wettelijke plicht voor huisartsen om mee te werken in de rampenbestrijding.

Huisartsen hebben, zo leert de historie, een duidelijke rol en betrokkenheid bij rampen en crises:

- Mobiele slachtoffers zoeken vaak zelf hulp, bij de eigen huisarts of een huisartsenpraktijk of een huisartsenspoedpost nabij het rampterrein.
- Er kan door de GHOR<sup>2</sup> een verzoek worden gedaan om huisartsenzorg te leveren in een verzorg-/opvanglocatie. Het primaire streven is om de eventuele zorgverlening aan lichtgewonde slachtoffers van een ramp/incident door de huisartsen op de eigen locatie (praktijk/spoedpost) te laten plaatsvinden. Deze afspraken worden vastgelegd in een convenant tussen veiligheidsregio/DPG en de huisartsenzorg<sup>3</sup>.
- De huisarts speelt een belangrijke rol in de psychosociale nazorg (latere nafase) aan eigen patiënten die slachtoffer zijn van een ramp. Hierbij is adequate coördinatie en communicatie vanuit de GGD en/of GHOR een belangrijke voorwaarde.
- In de aanloop naar bijvoorbeeld een infectieziekte-uitbraak krijgt de huisarts als eerste te maken met besmette patiënten, de essentiële rol van de huisartsen is tijdens de COVID-19 periode wel gebleken.
- Een ramp of crisis houdt zich niet aan de ANW-tijden, maar zal ook de huisartsenpraktijken treffen. Zoals in de meeste regio's in het land hebben de Regionale Huisartsenorganisaties (RHO) met de huisartsenspoedposten al in gezamenlijkheid met LHV-ambassadeurs of vertegenwoordigers van de dag-/ketenzorg deze voorbereiding in gezamenlijkheid opgepakt. Daarom: het **Integraal Crisisplan**, één gezamenlijk plan voor de huisartsenzorg.

---

<sup>1</sup> Uitvoeringsbesluit Wkkgz artikel 8

<sup>2</sup> GHOR: Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de Regio, onderdeel van de Veiligheidsregio

<sup>3</sup> Het is geen wettelijke verplichting om gehoor te geven aan een eventueel verzoek van de GHOR. De enige wettelijke verplichting is het waarborgen van de continuïteit van de huisartsenzorg [dagpraktijk & HAP]

## 2.2 Kwaliteitskader

Bij het opstellen van dit crisisplan is rekening gehouden met de normen uit het *Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0* (sept 2016) en het *Landelijk Beleidskader Risicomanagement & Crisisbeheersing voor de zorg 3.0* (september 2022).

### Tip

Op de website van het [LNAZ](#) (Landelijk Netwerk Acute Zorg) staan de bovengenoemde documenten:  
[Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0](#)  
[Landelijk Beleidskader Risicomanagement & Crisisbeheersing voor de zorg 3.0](#)

## 2.3 Uitgangspunten

De betrokken bestuurders in de regio<sup>4</sup> hebben de volgende uitgangspunten geformuleerd voor het crisisplan:

- Het crisisplan is een integraal plan; het biedt een structuur om allerlei soorten verstoringen van de continuïteit van de huisartsenzorg of bedrijfscontinuïteit te bestrijden.
- Het crisisplan is 24/7 van toepassing; hierdoor is ook de continuïteit van de totale huisartsenzorg tijdens crisissituaties eenduidiger en efficiënter te coördineren, brede afstemming is daarom ook bij de totstandkoming essentieel.
- Het crisisplan beschrijft zaken op hoofdlijnen. De verantwoordelijken nemen met dit handvat en de eigen professionaliteit beslissingen die adequaat zijn in de specifieke context.
- In een crisissituatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande werkwijzen, processen en structuren. Individuele praktijken en spoedposten behouden zoveel en zolang mogelijk hun autonomie. De afspraken in dit crisisplan die een aantal organisatorische acties bij de huisarts wegnemen, zijn bedoeld om oplossingen te bieden in situaties die zelden voorkomen. Ze geven de huisarts ruimte om zich in een crisissituatie toe te leggen op zijn kerntaak, de zorg voor de patiënt.
- Doelmatige crisisbeheersing vereist draagvlak voor en naleven van de gemaakte afspraken door alle partijen. Dit wordt geborgd door vaststelling van het crisisplan door de betrokken besturen.

Crisismanagement is geen doel op zich, maar een middel om adequaat om te gaan met bijzondere situaties. De kern is het organiseren van flexibiliteit in reactie op hoog dynamische, complexe en soms emotionele situaties. Iedere situatie is anders, maar gaat wel gepaard met dreiging, urgentie en onzekerheid. Bij de meeste incidenten zal er eerst een directe operationele respons vanuit de huisartsen zijn. Het crisismanagement steunt op tal van reguliere voorzieningen, procedures en expertisevelden die samen moeten worden gebracht in een bijzondere situatie. Op strategisch en tactisch niveau is het de kunst focus te houden en richting te geven. Dit vergt in ieder geval:

1. Voldoende aandacht voor de impact (naast de oorzaak en het directe effect): welke impact heeft het op medewerkers, patiënten/cliënten, de omgeving, de samenleving?
2. Beslissingen te midden van onzekerheid: het duurt even voordat er overzicht is. Er is waarschijnlijk zowel te weinig als te veel informatie en toch moeten er knopen worden doorgemaakt.
3. Zicht op kritieke momenten en kritieke besluiten. Voorbeelden van kritieke besluiten zijn het evacueren of het stopzetten van bepaalde vormen van zorg.
4. Oog voor het bijzondere: doorhebben waar je kunt vertrouwen op het bekende (de professionele basis, de routine, het improvisatievermogen van de huisarts) en wat er dit keer echt anders is. Juist het bijzondere vergt extra aandacht.
5. (Terug)verdienen van vertrouwen: iedere crisis kan een beschadiging van het vertrouwen opleveren van medewerkers, cliënten, toezichthouders, media, etc. Dit vertrouwen moet worden (terug)verdiend.

<sup>4</sup> Dit zijn huisartsenregio's; een RHO en/of LHV-afdeling

6. Een integrale aanpak: maatregelen versterken elkaar en wijzigingen of aanpassingen worden doordacht op implicaties voor andere maatregelen. Tezamen dragen de maatregelen bij aan het realiseren van benoemde doelstellingen en conform vastgestelde uitgangspunten.
7. Leiderschap: het in moeilijke omstandigheden bieden van perspectief, realiseren van moeilijke keuzes en het bieden van kalmte en rust.

Bovenstaande kan niet vanzelf worden gerealiseerd in de staande organisatie. Dit is de reden om te komen tot een crisisorganisatie zoals in dit document beschreven.

## 2.4 Regionaal (zorg)risicoprofiel

Per veiligheidsregio is er een regionaal risicoprofiel gemaakt. Het regionaal risicoprofiel geeft inzicht en inventariseert welke risico's en kwetsbaarheden zich voordoen in de regio en geeft een inschatting van de waarschijnlijkheid dat een crisis zich voor gaat doen. Daarnaast is er een zorgrisicoprofiel opgesteld. Dit meer specifieke profiel geeft per crisistype weer welke knelpunten in de zorgketen de continuïteit van zorg begrenzen en onder druk zetten. De hieruit voortvloeiende gevolgen voor de huisartsenzorg komen overeen met de risico's zoals beschreven in de volgende paragraaf.

### **Overweging**

*Aannemende dat de huisartsenzorg betrokken is geweest bij de totstandkoming van het regionaal risicoprofiel is dat in jullie bezit. Anders is een link naar de website van de GHOR of veiligheidsregio eventueel hierboven te plaatsen. Echter: hyperlinks kunnen nogal eens wijzigen, beperk daarom de verwijzingen naar externe websites.*

## 2.5 Soorten crises en reikwijdte van het crisisplan

Het integraal crisisplan is geschreven voor alle (dreigende) gevolgen van disbalans die de continuïteit van de huisartsenzorg of de bedrijfscontinuïteit kunnen bedreigen. De voorbereiding op een interne calamiteit is de verantwoordelijkheid van de individuele huisartsenpraktijken en de huisartsenspoedpost (HAP). Zij dienen te beschikken over specifieke deelplannen of processen en procedures. Voorbeeld is een ontruimingsplan of een plan met betrekking tot uitval ICT of nutsvoorziening. Dit zijn voor dit plan onderliggende, reguliere planmatige voorbereidingsactiviteiten en kunnen geschaard worden onder de noemer Business Continuity Management (BCM). Het omvat een set aan voorzorgsmaatregelen inclusief noodprocedures naar aanleiding van een risico-inventarisatie of op basis van NPA-/ISO-/HKZ- of AVG/NEN7510 eisen. Voorbeelden van noodprocedures zijn:

- Noodprocedure uitval telefonie en VIPLive;
- Brand- en ontruimingsplan huisartsenspoedpost;
- Bedrijfshulpverleningsplan;
- Stroomuitval.

Wanneer door de interne of externe crisis de continuïteit van de huisartsenzorg over een deel van het werkgebied in het geding is, kan de crisisstructuur (dit crisisplan) ondersteuning bieden voor de 24/7 huisartsenzorg. Risico's die zowel regionaal als nationaal zeer waarschijnlijk worden geacht, met naar verwachting ook een grote (ernstig tot catastrofaal) impact voor de continuïteit van de huisartsenzorg, zijn:

- Sluiting/ontruiming van de huisartsenpost;
- Groot aanbod van patiënten;
- (Acuut) tekort aan personeel bij praktijken of de huisartsenspoedpost;
- (Langdurige regionale) uitval van nutsvoorzieningen;
- Uitval apparatuur of ICT-middelen/cybercrime;
- Uitbraak infectieziekte;
- Of een combinatie van één of meer.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is opgenomen dat ROAZ-regio's aan de slag gaan met [ROAZ-beelden en -plannen; het regioplan Acute Zorg](#). Het ROAZ-beeld identificeert ontwikkelingen in de zorgvraag en -aanbod en knelpunten in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg.

## 2.6 Bovenregionale samenwerking

Een crisis houdt zich niet altijd aan de regiogrens. Wanneer er sprake is van een regio-overschrijdende crisis, kan er een situatie ontstaan dat er meer coördinatie nodig is dan met de losstaande regionale crisisorganisaties te realiseren valt. Afstemming tussen de crisisteams van omliggende regio's is dan noodzakelijk. Dit kan plaatsvinden in geval van:

- Regio-overstijgende calamiteiten, of de dreiging daarvan, voor zover die de zorgcontinuïteit of de gezondheid/veiligheid van medewerkers en huisartsen bedreigen;
- Ernstige schade aan gebouwen en/of installaties, of de dreiging daarvan;
- Terroristische acties of de dreiging daarvan die de zorgcontinuïteit of de gezondheid/veiligheid van medewerkers en huisartsen bedreigen;
- In geval van cyberaanval overleg met Z-Cert;
- (Pandemische) infectieziekten zoals 'Covid-19'.

Er zijn crisisteams die tijdens de Covid-19 periode naast het 'eigen' crisisteam ook een Centraal Crisisteam geactiveerd hadden op ROAZ- of veiligheidsregio niveau. Een Centraal Crisisteam bestaat uit vertegenwoordigers vanuit de betrokken crisisteams. Zo kan afstemming op (boven)regionaal niveau worden gerealiseerd en werd tijdens de covid-19-periode met 'één mond' input geleverd in ROAZ-overleggen namens de huisartsen.

## 2.7 Opbouw van het crisisplan

In de volgende hoofdstukken worden de vijf processen uit de basisvereisten crisismanagement uitgewerkt voor:

1. Melding en alarmering;
2. Op- en afschaling;
3. Leiding en coördinatie;
4. Informatiemanagement;
5. Crisiscommunicatie.

## 2.8 Onderhoud van het crisisplan

Dit plan, incl. noodprocedures, wordt onderhouden door de XXX van organisatie XXX in opdracht van de XXX. Gegevens worden jaarlijks geactualiseerd.

De adviseur crisisbeheersing is de zogenaamde crisiscoördinator binnen de regio die de uitvoering ter hand neemt in de **koude, voorbereidende fase**. Hij/zij voert de werkzaamheden uit onder verantwoordelijkheid van de directeur- bestuurder. Hiermee wordt deels uitvoering gegeven aan het beleggen van de verplichting (art. 33 Wvr) om de huisartsenzorg voor te bereiden op crises.

*Zie de rol en taken van de adviseur crisisbeheersing/OTO-coördinator in de werkdocumenten.*

### **Advies**

*Laat één medewerker verantwoordelijk zijn voor het actueel houden van het crisisplan. Hij/zij kan zich hierin in de uitvoering bij laten staan. Een afstemming minimaal eenmaal per jaar met directie/management of de eerdergenoemde werkgroep is aan te bevelen. Daarin kunnen ook resultaten/evaluaties van OTO worden meegenomen. Het zorgt voor draagvlak en commitment. Deze medewerker heeft dan de rol van adviseur crisisbeheersing en moet gezien worden als een extra taak. Dit kan gecombineerd worden met het coördineren van de OTO-activiteiten.*



### 3. Melding en alarmering

Het proces 'Melding en alarmering' omvat het aannemen, verwerken en registreren van de gegevens over het incident en het alarmeren en/of informeren van de juiste betrokkenen.

#### 3.1 Melding en alarmering bij een (flits)ramp en crisis

Bij een (flits)ramp komen politie (blauwe kolom), brandweer (rode kolom), ambulance en medische zorg (witte kolom), bevolkingszorg van de gemeente [oranje kolom] en soms defensie (groene kolom) in actie. De samenwerking tussen deze kolommen is vastgelegd in de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdingsprocedure (GRIP) en kent vier niveaus (zie de werkdocumenten). De GHOR is verantwoordelijk voor de regionale coördinatie van de geneeskundige hulpverlening in het rampgebied. Wanneer een externe ramp of crisis impact kan hebben op de huisartsenzorg meldt de GHOR of de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) dit overdag telefonisch bij het bereikbare nummer in de regio, zoals afgesproken, (bijvoorbeeld secretariaat HAP of RHO) waar zij zullen vragen naar de directeur/bestuurder en bij diens afwezigheid naar een vervanger. Tijdens de ANW-uren zal de GHOR bellen naar de huisartsenspoedpost. Via de regiearts of regieassistent komt de melding van de GHOR bij de crisiscoördinatoren/crisisteam terecht. Per regio worden over de bereikbaarheid duidelijke afspraken gemaakt.

Bij melding en alarmering zijn een tweetal rollen binnen de regio essentieel:

##### a. De crisiscoördinatoren

De crisiscoördinator<sup>5</sup> is het eerste aanspreekpunt voor mogelijke crisissomstandigheden totdat de taken verdeeld zijn in het crisisteam. De crisiscoördinator stemt na het ontvangen van de melding of signaal met een collega crisiscoördinator af of coördinatie door het crisisteam noodzakelijk is. De crisiscoördinator heeft hiermee specifiek de rol in de beoordeling tot wel of niet opschalen.

Wanneer een gebeurtenis impact kan hebben op de huisartsenzorg wordt dit gemeld conform het hiernavolgende schema. De rol van crisiscoördinator wordt verdeeld (=voorbeeld) over:

- de locatiemanagers/teamleiders;
- de medisch manager(s);
- de directeur/bestuurder;
- of beleidsmedewerker.

Zie de taakkaart in de werkdocumenten

#### **Advies**

*Bepaal per regio wie op basis van reguliere functie en verantwoordelijkheden deze rol op zich kan nemen. De hier genoemde functies zijn slechts een voorbeeld. De reguliere functies die deze rol vervullen verschillen per regio zoals vanuit bijvoorbeeld LHV, RHO of HAP.*

#### **Overweging**

*Binnen de huisartsenzorg lijkt een specifieke functie niet direct noodzakelijk, omdat de crisisorganisatie en de besluitvorming dicht bij regulier ligt. Om aansluiting te houden met de ketenpartners is het wel aan te bevelen om de aanspreekpunten (degenen die besluiten over wel of niet opschaling binnen de huisartsenorganisatie) te bestempelen als crisiscoördinator.*

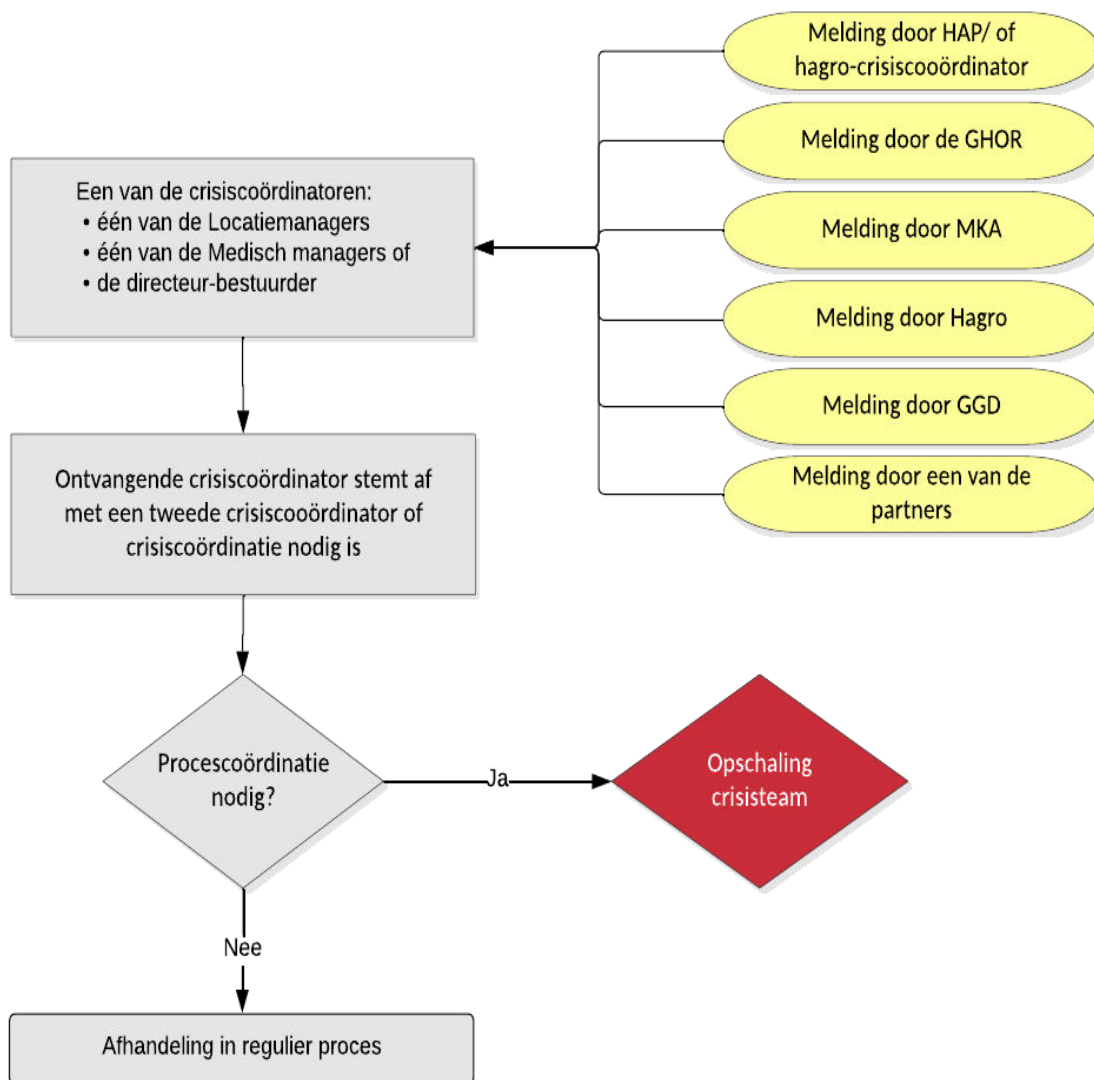
<sup>5</sup> Of een andere relevante benaming

**b. De informatiecoördinatoren (ICO) (indien LCMS-gz gebruikt wordt)**

Indien er informatie gedeeld wordt via het Landelijk Crisis Management Systeem Geneeskundige Zorg (LCMS-gz) worden de informatiecoördinatoren hierover geïnformeerd. De, hiervoor opgeleide, informatiecoördinator is geen functie, maar een rol, als extra taak, uitgevoerd door één van de crisisteamleden. De informatiecoördinatoren worden gealarmeerd zodra het LCMS-gz wordt geactiveerd en het crisisteam actief is. Zie de taakkaart in de werkdocumenten.

**Toelichting**

Netcentrisch werken is een werkwijze waarbij heldere afspraken worden gemaakt over het beschikbaar stellen van informatie zodat besluitvorming onder (crisis) omstandigheden altijd gebaseerd is op een actueel en consistent situatiebeeld. Crisismanagers/crisisteams op alle betrokken niveaus hebben hierdoor gelijktijdig toegang tot de meest actuele en gevalideerde informatie met betrekking tot het incident. Het doel is een snellere en betere informatievoorziening. Netcentrisch werken is het doel, LCMS-gz is slechts een middel. Het LCMS-gz wordt (nog) niet in iedere regio gebruikt door de huisartsenzorg al is dat wel de wens van de GHOR. Landelijk is een eventuele verplichting nog steeds een punt van discussie, het gaat dan voornamelijk over de randvoorwaarden.



Om de melding in ontvangst te nemen, kunnen de volgende items van belang zijn om te vragen:

- Informatie over het soort incident of de soort ramp;
- De locatie, het tijdstip en de aard van het incident;
- Indien van toepassing: informatie over gevaarlijke stoffen;
- De aard van verwondingen/symptomen van slachtoffers die zich bij de huisartsenpraktijken of de huisartsenspoedpost kunnen melden;
- De te verwachten belasting van de ambulancezorg en de ziekenhuizen waarmee huisartsen rekening moeten houden bij triage en doorverwijzing van patiënten;
- Verwachte tijdsduur;
- Adviezen en behandelperspectieven die huisartsen kunnen opvolgen.

#### *Inzet huisartsenzorg in een opvang- en/of behandelcentrum*

Huisartsen hebben geen rol op het rampterrein. Het primaire streven is om de zorgverlening aan slachtoffers van een ramp/incident door de huisartsen op de eigen locatie (praktijk/HAP) te laten plaatsvinden. Als daar behoefte aan is en verwijzing naar huisartsenpraktijken of HAP niet toereikend is, kan huisartsenzorg ingezet worden in een opvang- of behandelcentrum<sup>6</sup>. De GHOR maakt dit kenbaar aan de crisiscoördinator van de RHO, de GHOR (of gemeente) benadert zelf geen individuele huisartsen. De crisiscoördinator informeert de leden van het crisisteam. Wanneer het crisisteam niet bij elkaar is, is er overleg met een medisch manager van RHO. Bij positief besluit bepalen ze in overleg met de GHOR de mate en wijze van inzet. De crisiscoördinator bevestigt de inzet en informeert de betrokken huisarts(en)/HAP. De RHO heeft wel een morele inspanningsverplichting, maar kan geen garantie geven tot bijvoorbeeld het participeren in de opvang van T3-slachtoffers.

#### *Gevaarlijke stoffen*

Bij incidenten met gevaarlijke stoffen van chemische, biologische, radiologische en nucleaire aard (CBRN) adviseert de Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) van de GHOR de crisiscoördinator over ontsmetting en behandelwijze (zie de bijlage met werkdocumenten).

### **3.2 Melding en alarmering bij een infectieziekte-uitbraak**

Infectieziektebestrijding vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de GGD.

- De huisartsen melden (vermoedens van) meldingsplichtige infectieziekten conform de reguliere procedures bij de arts infectieziektebestrijding van de GGD;
- De GGD informeert de huisartsen over (inter)nationaal gesignaleerde infectieziekten, handelingsperspectief en preventieve maatregelen;
- Indien op basis van de berichtgeving van de GGD een uitbraak wordt verwacht van zodanige omvang dat opschaling noodzakelijk wordt, informeert de crisiscoördinator het crisisteam;
- In stadium 2 van de opschaling alarmeert de crisiscoördinator het crisisteam en de crisiscommunicatie huisartsen;
- Bij overgang naar stadium 3 licht de crisiscoördinator de GHOR in over de opschaling (zie hoofdstuk 4 voor de stadia van opschaling.).

---

<sup>6</sup> Betreffende de financiering van deze inzet moeten lokaal/regionaal afspraken worden gemaakt.

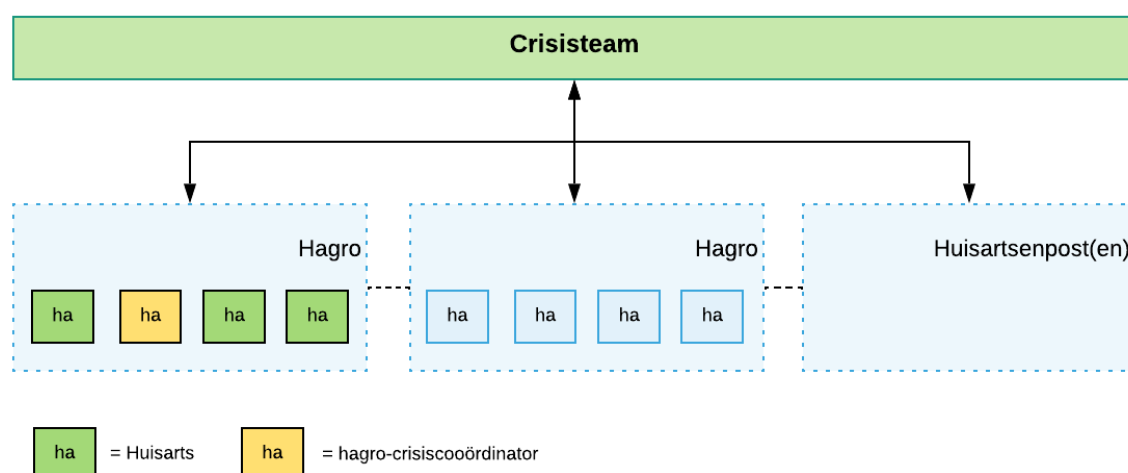
## 4. Op- en afschaling

Tijdens een opschaling verandert de normale organisatie van de huisartsenzorg naar een organisatievorm die is toegesneden op de bestrijding van een incident of crisis. De omvang en de snelheid van opschalen kunnen per incident of crisis anders zijn, afhankelijk van de impact die het incident of de crisis heeft op de huisartsenzorg, binnen een RHO of een van de zorgpartners binnen de keten.

Als de reikwijdte van een incident of uitbraak beperkt blijft tot een individuele praktijk, hagro of de huisartsenpost, wordt het vraagstuk op dat niveau opgelost en gelden de regulier gemaakte afspraken. De hagro-crisiscoördinator kan de huisarts of hagro ondersteunen. In deze gevallen zal niet snel sprake zijn van een omvangrijke crisis die de continuïteit van de regionale huisartsenzorg bedreigt. Het crisisplan wordt in deze gevallen niet geactiveerd en er is geen sprake van opschaling van de regionale crisisorganisatie.

Na ontvangst van de melding beoordeelt degene die de melding aanneemt in afstemming met de directeur/bestuurder (of een tweede crisiscoördinator) of opschaling noodzakelijk is. Argumenten voor opschaling kunnen zijn:

- Een gerede kans op verstoring van de zorgcontinuïteit;
- Veel media-aandacht en/of maatschappelijke onrust;



### **Ter overdenking**

De 'aanspreekpunten' per hagro (of ander samenwerkingsverband) variëren landelijk qua naamgeving enorm. Van 'crisiscommunicatie huisartsen hagro', 'hagro-contactpersoon' of 'hagro aanspreekpunt'. In dit document is het advies om te spreken over 'hagro-crisiscoördinator'. Dit is dus de huisarts die aanspreekpunt per hagro de informatie-uitwisseling coördineert. Zie ook het schema hierboven en paragraaf 5.1. Per hagro (en wellicht wagro of ander samenwerkingsverband) zullen daarom twee huisartsen (waarvan één vervanger bij vakantie of ziekte) gekozen moeten worden.

#### 4.1 Opschaling bij een (flits)ramp of crisis

Gedurende de opschaling is het crisisteam actief en worden de hagro-crisiscoördinatoren geïnformeerd. Uitsluitend het crisisteam onderhoudt de contacten over de crisis (beheersing) met de GHOR en met de ketenpartners. Het ROAZ zal in deze situatie eigenlijk geen rol spelen.

##### **Toelichting**

*Er is voor de huisartsenzorg geen concreet afvinklijstje te maken wanneer wel of niet moet worden opgeschaald. Dit is immers situationeel. Het is ook geen gegeven dat wanneer anderen opschalen, de huisartsenzorg ook moet opschalen, andersom idem dito.*

#### 4.2 Opschaling bij een infectieziekte-uitbraak

Een infectieziekte-uitbraak kent over het algemeen een langere aanlooptijd. Wanneer de zorgcontinuïteit in de keten in gevaar is, zal met name het ROAZ leading zijn en de GHOR in mindere mate.

Bij een infectieziekte-uitbraak kan er een disbalans ontstaan in de huisartsenzorg wanneer de zorgvraag toeneemt en het zorgaanbod afneemt. Externe factoren kunnen deze balans mede beïnvloeden door bijvoorbeeld de beperkte beschikbaarheid van Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM), medicatie, kans op kruisbesmetting of stagnatie bij de door- en uitstroom (ziekenhuis of VVT).

##### *Dagsituatie*

Wanneer bij ziekteverzuim niet meer in de praktijk opgevangen kan worden, zoeken huisartsen in eerste instantie oplossingen binnen de hagro. Indien dat niet meer lukt gaan hagro's samenwerken. Bij verder afnemende capaciteit en toenemende vraag wordt enkel zorg geboden die niet uitstelbaar is, conform de landelijke richtlijnen op dat moment. De crisiscoördinatoren zijn de schakel tussen de hagro-crisiscoördinatoren en het crisisteam.

##### *Situatie tijdens kantoortijden*

Stadium	Besluitvorming	Organisatie huisartsenzorg tijdens daguren
Stadium 1	Huisarts	Normale praktijkvoering.
Stadium 2	Hagro-crisiscoördinator	Een of enkele praktijken moeten sluiten, verdeling patiënten onder collega-praktijken in hagro.
Stadium 3	Hagro-crisiscoördinator	Centralisatie naar één praktijk binnen de hagro.
Stadium 4	Crisisteam huisartsenzorg i.a.m. GHOR	Huisartsenzorg wordt geregeld op regionaal niveau. Bewaking scenario en bijstelling <sup>7</sup> .

##### *Te treffen maatregelen om de instroom van nieuwe patiënten te minimaliseren:*

- Aanwijzingen via website, krant en telefoonbandjes (zie hoofdstuk crisiscommunicatie);
- Strikte triageprotocollen; verwijzing naar de dagsituatie, behalve bij (dreigende) ABCD-problemen;
- Overweging stoppen electieve zorg.

<sup>7</sup> De LHV (ambassadeurs en beleidsmedewerkers) hebben tijdens de Covid-19 periode een adequate doorgeleiding kunnen realiseren naar landelijke gremia en hebben bijgedragen aan eenduidigheid qua regionale en landelijke aanpak. Het betrekken van de LHV als landelijke partij is in een (zeldzaam) stadium 4 aan te bevelen.

### Situatie tijdens ANW

Stadium	Besluitvorming	Organisatie huisartsenzorg tijdens ANW-uren
Stadium 1	Locatie-, teammanagers/huisarts	- HAP draait gewoon door; - Inventariseren reservecapaciteit.
Stadium 2	Crisisteam RHO	- Let op mogelijkheden waarnemers; - Reservesystemen aanspreken.
Stadium 3	Crisisteam RHO	- Triage volgens strikte naleving reguliere protocollen; - Verwijzing naar dagsituatie, behalve bij (dreigend) ABCD-probleem; - Maximale inzet reservesystemen.
Stadium 4	GHOR/ROAZ i.s.m. crisisteam RHO	- Als het niet meer lukt binnen de hagro worden diensten regionaal ingevuld a.d.h.v. centrale inventarisatie.

Voor de regionale afstemming met de ketenpartners kan onder leiding van de GHOR of het ROAZ overleg worden gevoerd met participatie vanuit de huisartsenzorg.

### Algemene maatregelen

Tijdens de uitbraak worden tevens maatregelen in acht genomen om infectie te voorkomen:

- Huisartsen en medewerkers gebruiken beschermingsmiddelen volgens richtlijnen;
- Bij infectieziekten met complicaties waarbij zorg niet uitstelbaar is, worden visites gereden;
- Voor noodzakelijke consulten worden vaste kamers gebruikt die nadien worden gereinigd; Wachtkamers worden extra gereinigd, watercontainers en boekjes worden verwijderd.
- Directe patiëntcontacten vinden zo veel mogelijk plaats met medewerkers die de ziekte reeds hebben doorgemaakt.

### 4.3 Afschaling bij een (flits)ramp of crisis

Als er na enige tijd geen nieuw aanbod van patiënten meer is, wordt afgeschaald naar de normale werkwijze. Er kunnen regionaal verschillen zijn in het moment van afschaling. Het crisisteam informeert de huisartsen en overige medewerkers via de hagro-crisiscoördinator. Zo mogelijk vindt er een debriefing plaats waarbij de medewerkers geïnformeerd worden over de toestand en vragen beantwoord kunnen worden.

### 4.4 Afschaling bij een infectieziekte-uitbraak

Bij afnemend verzuim in de huisartsenpraktijken/HAP vindt afschaling plaats naar lagere stadia. Besluitvorming daarover vindt plaats door de verantwoordelijke in het op dat moment geldende stadium. Het stadium van afschaling kan per hagro verschillen.

### 4.5 Nafase

Onder de nafase wordt het geheel aan processen verstaan die na een ramp of crisis op de langere termijn spelen. In de nafase kunnen de volgende thema's/processen een rol spelen:

- o Informatie en coördinatie;
- o Communicatie getroffen en, interne, publieks- en mediacommunicatie;
- o Nazorg medewerkers en patiënten;
- o Zorg aan eigen organisatie;
- o Rouwverwerking en herdenking;
- o Regionale en/of landelijke afstemming;
- o Juridische afwikkeling;
- o Schademanagement en herstelwerkzaamheden;

- o Financiën;
- o Verantwoording;
- o Onderzoek en evaluatie;
- o Verslaglegging en archivering.

In de nafase (dagen, weken, maanden en soms jaren na een crisis) liggen er belangrijke uitdagingen die vragen om een verantwoorde overgang qua organisatie en aanpak. Het crisisteam stelt in de laatste vergadering de overgang naar de nafase vast. Hierbij wordt een expliciete keuze gemaakt voor bijvoorbeeld een projectstructuur of voor het beleggen in de reguliere organisatie. Het is raadzaam om voor de overdracht van de nafase een overdrachtsdocument samen te stellen, zodat op basis hiervan een plan van aanpak kan worden gemaakt.

Dit plan van aanpak kan onder andere informatie bevatten over:

- Op welke thema's (zie bovenstaande thema's) verwachten we nog activiteiten?
- Wie 'trekt' de nafase intern?
- Wat doen zorgpartners en hoe sluiten we hierop aan?
- Wat zijn bijbehorende doelstellingen en uitgangspunten?
- Hoe verloopt het evaluatieproces?
- Etc.

#### **4.6 Nazorg aan slachtoffers**

Psychosociale nazorg aan slachtoffers is een verantwoordelijkheid van het college van B&W en formeel neergelegd bij de GGD. De eerste opvang gebeurt in afstemming en in samenwerking met de GHOR.

In de eerste nazorgfase kan de GHOR aan huisartsen verzoeken gezondheidsklachten en vragen van eigen patiënten te signaleren en te monitoren en de GHOR daarover te informeren. Vanaf de tweede nazorgfase zijn de reguliere organisaties - de huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg - verantwoordelijk, onder regie van de GGD. Deze fase kan tot enkele jaren duren.

#### *Gezondheidsonderzoek*

Om een goed beeld te krijgen van de gevolgen van een ramp op de gezondheidstoestand van betrokkenen, kan de gemeente een gezondheidsonderzoek opzetten en uitvoeren, in samenwerking met GHOR en GGD. Ze kan huisartsen verzoeken dat onderzoek geheel of gedeeltelijk uit te voeren bij hun eigen patiënten. Contacten hierover lopen rechtstreeks tussen gemeente en huisartsen. Afspraken over gezondheidsonderzoeken worden doorgaans vastgelegd in een convenant.

#### **4.7 Nazorg aan huisartsen en medewerkers**

Huisartsen en medewerkers kunnen voor nazorg een beroep doen op de reguliere mogelijkheden zoals bedrijfsopvangteam, vertrouwensarts of bedrijfsarts. Als daar behoefte aan is, kan het crisisteam besluiten tot een specifieke aanpak voor de nazorg.

#### **4.8 Evaluatie**

- Binnen enkele weken na afloop van de crisissituatie kan het functioneren van de crisisorganisatie geëvalueerd worden. De te kiezen methode en vorm is afhankelijk van de behoefte en de doelen.
- Het crisisteam evalueert en/of bespreekt het eigen handelen en de samenwerking met ketenpartners.
- De GHOR initieert eventueel ketenbreed een evaluatie en betreft de huisartsen hierbij.
- Geleerde lessen worden gebruikt als input voor het crisisplan en het opleiden, trainen en oefenen (OTO).

Als daar aanleiding voor blijkt, worden procedures en afspraken verbeterd en het crisisplan bijgesteld.

## 5. Leiding en coördinatie

Het proces 'Leiding en coördinatie' omvat de besluitvorming over de opvang van de ramp, het coördineren van en leidinggeven aan de crisisbeheersing, het monitoren van de resultaten en het op basis hiervan beoordelen en bijstellen van de activiteiten.

### 5.1 De hagro-crisiscoördinatoren

Elke hagro of ander samenwerkingsverband heeft een aanspreekpunt in de vorm van een crisiscoördinator en een vervanger. Het crisisteam heeft het contact met de hagro-crisiscoördinatoren en de teamleiders/regieassistenten voor de HAP. In het crisisteam vindt een logische verdeling van taken plaats, de locatie- of teammanagers nemen deze rol op zich voor de teamleiders/regieassistenten/triagisten.

De kerntaken van de hagro-crisiscoördinator:

- Heeft lijst actuele contactgegevens huisartsen en medewerkers eigen hagro;
- Fungeert als linking pin tussen het crisisteam en de huisartsen in de hagro;
- Coördineert de samenwerking en informatievoorziening in de hagro.

En is dus de linking pin tussen de huisartsen en het crisisteam.

#### **Overweging**

*Er kan dus zeker ook sprake zijn van een 'wagro-coördinator' of andere terminologie.*

De kerntaken van de achterban (huisartsen en de huisartsenpost):

- Het conformeren aan de genomen besluiten door het crisisteam;
- Verlenen huisartsenzorg; werkzaamheden niet/weinig anders dan regulier;
- Informeren van en afstemmen met hagro-crisiscoördinator (huisarts);
- Communicatie naar medewerkers en patiënten op dat moment in de praktijk.

### 5.2 Crisisteam Huisartsenzorg

Het crisisteam draagt zorg voor coördinatie op hoofdlijnen en op onderwerpen die de continuïteit van regionale huisartsenzorg betreffen (voor de dagzorg alsook voor de ANW). Ook is het crisisteam verantwoordelijk voor communicatie met ketenpartners, hagro's en de huisartsenposten. Het crisisteam past de BOB-methodiek toe (beeldvorming, oordeelsvorming, besluitvorming); een vergaderagenda met deze methodiek is in de werkdocumenten opgenomen.

Het heeft in maximaal opgeschaalde vorm de onderstaande samenstelling. De samenstelling is flexibel, situationeel/afhankelijk van het incident en zo beperkt mogelijk;

#### **Advies**

*Bespreek in de werkgroep de meest logische samenstelling. Cave: beperk het aantal leden zoveel mogelijk en let op voor dubbelrollen.*



Samenstelling crisisteam RHO*)			
	Rol	(Primair)	(Vervanger)
Kern	Voorzitter	Directeur RHO	Locatiemanager/medisch manager
	Medisch adviseur voor ANW	Medisch manager	Medisch manager
	Medisch adviseur voor dagzorg	Vanuit LHV-afdeling of coöperatiebestuur	Vanuit LHV-afdeling of coöperatiebestuur
	Organisatorisch adviseur	Locatiemanager 1	Locatiemanager 2
	Logger/plotter	Secretaresse	Secretaresse
	Informatiecoördinator (ICO, verwerking LCMS-gz)	Medisch adviseur voor ANW Medisch adviseur voor de dagzorg Organisatorisch adviseur	Vervangen elkaar
	Communicatie	Communicatieadviseur	

\*Zie werkdocumenten voor de namen van de leden van het kernteam, het crisisteam en hun vervangers, inclusief telefoonnummers. Vanuit het crisisteam vormen een zestal leden het kernteam. Het kernteam heeft een signalerende en voorbereidende functie, kan de opschaling vormgeven en in noodgevallen snel schakelen.

#### **Advies/overweging/tip**

*De leden van het crisisteam dragen zelf zorg voor vervanging en tijdige aflossing. Leden van het crisisteam wordt niet gevraagd om voor een bepaalde tijdsperiode 24 uur per dag/zeven dagen in de week beschikbaar te zijn, om te komen en krijgen geen piketvergoeding, er is sprake van een kans-piket. Er is op basis van een 'mutual agreement' met de leden van het crisisteam de volgende afspraak gemaakt: wanneer er een crisis voordoet, wordt verwacht dat de leden beschikbaar zijn om bijeen te komen mede op basis van hun reguliere functie en verantwoordelijkheden.*

#### *Voorzitter CT*

De rol van voorzitter CT wordt doorgaans ingevuld door de directeur/bestuurder. Echter, een technisch voorzitter is ook een goede optie, de technisch voorzitter is niet inhoudelijk betrokken bij de besluitvorming en heeft geen mandaat en kan zich volledig op het proces richten. Bij verhindering wordt de voorzittersrol overgenomen door één van de crisisteamleden die hiervoor is aangewezen.

#### *Logger & plotter*

Het crisisteam wordt ondersteund bij het loggen en notuleren van activiteiten en besluiten van het crisisteam. Adequate verslaglegging is essentieel om tijdens de crisis besluiten eenvoudig te kunnen recapitulieren en achteraf verantwoording te kunnen afleggen.

#### *Leden crisisteam/adviseurs*

De leden van het crisisteam zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en aansturing van de betrokken coöperaties in opgeschaalde situatie, de dienstapotheken inclusief. Zij fungeren in feite allen als adviseur binnen het crisisteam. Afhankelijk van de situatie kan het aantal en de deskundigheid van de leden variëren.

#### *Communicatiedeskundige*

De communicatiedeskundige formuleert een communicatie- en voorlichtingsstrategie voor de specifieke crisis. Het onderwerp communicatie is inhoudelijk belegd bij de adviseurs.

Het crisisteam maakt voor de verschillende rollen in het CT gebruik van de landelijk vastgestelde profielen. In de werkdocumenten zijn deze toegevoegd en bevatten een toelichting per rol.

#### *Crisisruimte*

Als ruimte voor het crisisteam wordt in principe een van de beschikbare ruimtes van RHO gebruikt. De crisisruimte kan een virtuele (online) ruimte zijn. De fysieke ruimte beschikt over de benodigde faciliteiten, zoals communicatiemiddelen (telefoon(s), internet), printer, flipover en ondersteunende materialen zoals draaiboeken (crisisplan in hard copy), bereikbaarheidsgegevens, adreslijsten, schrijfmateriaal etc. Bij voorkeur vindt het overleg fysiek plaats.

#### *Besluitvormingsprocedure*

Het crisisteam maakt gebruik van de BOB-systematiek. De afkorting staat voor:

- Beeldvorming: wat is er feitelijk aan de hand? Wat weten we precies?
- Oordeelsvorming: wat zijn de consequenties van het Beeld? Wat betekent dit voor de korte en lange termijn?
- Besluitvorming: welke besluiten nemen we? Wie gaat welke acties uitvoeren?

### **5.3 Huisartsen en medewerkers van de huisartsenpraktijken en HAP**

De huisartsen en medewerkers voeren de hun toebedeelde taken uit. Dit zijn zoveel mogelijk de reguliere taken. De daadwerkelijke uitvoering van de zorg blijft altijd een verantwoordelijkheid van de individuele huisartsenpraktijken en de HAP. Zij zijn er zelf verantwoordelijk voor dat zij kwalitatief goede zorg leveren onder alle omstandigheden. De zorgverzekeringswet maakt daarbij geen onderscheid tussen dagelijkse hulpverlening en hulpverlening bij crisis. De huisartsenzorg aan eigen patiënten en passanten die slachtoffer zijn van een crisis of ramp, valt onder de reguliere contractafspraken met de zorgverzekeraar.

### **5.4 Landelijke organisaties (LHV, InEen, VPH, NHG)**

De landelijke koepels zijn geen crisisorganisaties en hebben daarin een formele rol. In de voorbereiding op crisissituaties, zoals de totstandkoming van dit crisisplan, wordt actief geparticipeerd. Vooral tijdens een langdurige crisis kunnen de koepels een rol vervullen, niet alleen zijn zij gesprekspartner van de landelijke gremia, zoals VWS/GGD/GHOR en RIVM, maar ook naar de achterban. Het is daarom van belang dat vertegenwoordigers zoals LHV-ambassadeurs of LHV-beleidsmedewerkers aan gehaakt zijn en blijven. Facilitering in doorgeleiding naar landelijk, het opstellen van uniforme communicatieboodschappen of ontwikkelen van specifieke procedures of protocollen kunnen de eenduidigheid van de beroepsgroep van dienst zijn. Deze voorbeelden zijn vooral van toepassing op bovenregionale of landelijke crises.

### **5.5 GGD/GHOR en ketenpartners**

Het crisisteam is tijdens de crisis de verbindende schakel tussen GGD/GHOR of ROAZ en overheid enerzijds en de huisartsenpraktijken/HAP anderzijds. Afhankelijk van het type incident of ramp onderhoudt het crisisteam ook bilateraal contact met ketenpartners, zoals ziekenhuizen en V&VN en crisisteams van omliggende posten.

### **5.6 Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)**

De aanbieders van acute zorg die betrokken zijn bij de acute zorgketen zoals de huisartsenzorg in huisartsenposten en aanbieders van huisartsenzorg, anders dan in huisartsenposten, nemen deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)<sup>8</sup>. Dit om in regionaal verband betere samenwerking binnen de acute zorg, in reguliere en opgeschaalde situaties, te bewerkstelligen en te waarborgen namens de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG). Er is een [landelijke leidraad](#) ontwikkeld die handvatten en uitgangspunten biedt voor het interpreteren van de wettelijke kaders.

---

<sup>8</sup> Conform AMvB Wkkgz hoofdstuk 8, artikel 8a.2

Zorgaanbieders maken op basis van de AMvB afspraken over:

- De bereikbaarheid van de acute zorg (in relatie tot de bereikbaarheidsnormen);
- Maatregelen die de druk op de acute zorgketen beperken (gelet op beschikbaarheid);
- De beschikbaarheid van de acute zorg, ook in periodes waarin de zorgvraag hoger is dan normaal of de beschikbaarheid van medewerkers beperkter is;
- Inzicht in welke zorgaanbieder welke specifieke competenties, expertises en faciliteiten heeft en de voor dat inzicht te verstrekken informatie;
- Inzicht in de actueel beschikbare capaciteit voor acute zorg en intensive care;
- Inzicht in opleidingsinspanningen;
- Een belangrijk onderdeel hiervan is het (financieel) ondersteunen van opleiden, trainen en oefenen door de betrokkenen.

## 6. Informatiemanagement

Het doel van het proces 'Informatiemanagement' is het beschikbaar maken van een gedeeld en actueel beeld van de situatie ter ondersteuning van het (crisis) besluitvormingsproces. Dit proces is ingericht op basis van het concept netcentrisch werken. Het netcentrisch werken is een werkwijze waarbij heldere afspraken worden gemaakt over het beschikbaar stellen van informatie, zodat de besluitvorming onder (crisis)omstandigheden altijd gebaseerd is op een actueel en consistent situatiebeeld. Bij netcentrische informatievoorziening wordt de informatie niet doorgegeven via hiërarchische lijnen, maar wordt ze zo snel mogelijk gedeeld met iedereen voor wie de informatie relevant kan zijn.

### 6.1 Het gedeelde Geneeskundige Beeld

Centraal in de werkwijze staat het beschikbaar stellen van een gedeeld en actueel beeld aan alle betrokken zorginstellingen, op basis waarvan betreffende instellingen in staat worden gesteld hun eigen afwegingen in hun respectievelijke besluitvormingsprocessen te maken. Vanuit de verschillende zorginstellingen kan worden aangegeven aan welke informatie men behoefte heeft. Hieronder een overzicht van de verschillende aspecten die in het Gedeelde Beeld terug dienen te komen:

1. Situatie
  - a. Algemeen beeld, wat is er gebeurd?
  - b. Oorzaak;
  - c. Reden voor opschaling;
  - d. Huidige stand van zaken;
  - e. Inzicht in duur.
2. Slachtoffer beeld
  - a. Aantallen;
  - b. Classificatie;
  - c. Doelgroepen (kinderen, ouderen, etc.);
  - d. Soort letsel (brandwonden, botbreuken, etc.);
  - e. Afkomst (zijn er buitenlanders bij betrokken?).
3. Gevaarlijke stoffen
  - a. Besmette slachtoffers/hulpverleners;
  - b. CBRN-protocol;
  - c. Veiligheid eigen personeel.
4. Communicatie
  - a. Maatschappelijke onrust;
  - b. Communicatiestrategie vanuit veiligheidsregio.
5. Meteo
  - a. Weersinvloeden (kou, regen, etc.);
  - b. Weersverwachting.

Vanuit de ketengedachte is het daarom noodzakelijk om in de oordeels- en besluitvorming van de eigen organisatie de consequenties voor de overige betrokken zorginstellingen mee te wegen. Het Landelijk Crisis Management Systeem-gezondheidszorg (LCMS-gz) speelt hierin een essentiële rol om de informatie te delen binnen de geneeskundige keten.

## 6.2 Bereikbaarheidsgegevens

Om snel en efficiënt te kunnen communiceren over de rampenopvang, moeten actuele bereikbaarheidsgegevens beschikbaar zijn van de beschreven rollen binnen de crisisstructuur van de RHO en externe partners.

- Bereikbaarheidsgegevens van het crisisteam en de hagro-crisiscoördinatoren zijn essentieel en moeten snel kunnen worden opgevraagd.
- Als de rol van (vervangend) hagro-crisiscoördinator overgaat op een andere huisarts, dient dit altijd te worden doorgegeven aan de adviseur crisisbeheersing, ter actualisering van het bestand.
- De hagro-crisiscoördinator is zelf verantwoordelijk voor een actueel bestand van contact- en bereikbaarheidsgegevens van de betrokken hagro of huisartsenpraktijken.
- Contactgegevens van relevante ketenpartners zijn ook essentieel en moeten snel kunnen worden opgevraagd.
- Voor alle noodzakelijke contactgegevens, zie werkdocumenten.

## 6.3 Registratie van behandelde patiënten en verwijzingen

Tijdens een crisis kunnen de processen worden ondersteund door de reguliere administratieve systemen. Bij een infectieziekte-uitbraak kan desgewenst in het betreffende HIS/ HAPIS een mogelijkheid gecreëerd worden voor registratie van patiënten die met klachten op de HAP komen. Eventueel kan dit ook handmatig gebeuren.

## 7. Crisiscommunicatie

Het proces crisiscommunicatie heeft de volgende doelen:

- Betekenisgeving: wat betekent de crisis voor getroffen en betrokkenen en samenleving?
- Schadebeperking: doorgeven van gedrags- en handelingsadviezen en instructies;
- Informatieverstrekking: voorzien in de informatiebehoefte van betrokkenen, publiek en pers door middel van algemene informatie, verklaringen en toelichting op het crisisbeleid.

### 7.1 Communicatie met publiek

Informatie over een crisis richting publiek is een taak van GGD/GHOR of overheden. Omwille van de eenduidigheid verstrekken huisartsen zo weinig mogelijk algemene informatie aan patiënten.

Indien relevant worden bellers via de wachttekst op de telefooncentrale verwezen naar een landelijk informatienummer of de website van de rijksoverheid. Het informeren van het publiek/eigen patiënten over de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken/HAP tijdens de crisis is wel een taak van de huisartsenzorg.

### 7.2 Communicatie met de pers

Communicatie met de pers verloopt via het crisisteam RHO. Huisartsen en medewerkers wordt geadviseerd geen pers te woord te staan, maar door te verwijzen naar het crisisteam RHO.

### 7.3 Sociale media

In gesprek komen en blijven: dat maakt sociale media sociaal. Vier sociale media-activiteiten op volgorde van belang:

- **Luisteren (monitoren):** weten wat er zoal gebeurt op sociale media. Wat wordt er over de organisatie of in het algemeen geschreven en wat is de toon van de berichten;
- **Produceren:** het plaatsen van informatie op sociale media laat zien waar jouw organisatie zich mee bezighoudt;
- **Reageren:** het corrigeren van verkeerde informatie of reageren op positieve of negatieve berichten op sociale media;
- **Interacteren:** hier gaat het om met elkaar in gesprek gaan en blijven, waardoor de buitenwereld blijvend bij de organisatie en haar werkzaamheden betrokken wordt.

## Afkortingen

<b>Ac-GHOR</b>	Actiecentrum GHOR
<b>ACGZ</b>	Algemeen Commandant Gezondheidszorg
<b>ANW</b>	Avond-, nacht- en weekend-uren
<b>BAO</b>	Bestuurlijk Afstemmingsoverleg
<b>BIG</b>	wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg
<b>CMIO</b>	Chief Medical Information Officer
<b>CISO</b>	Chief Information Security Officer
<b>Cib</b>	Centrum voor infectieziektebestrijding
<b>CoPI</b>	Commandoteam Plaats Incident
<b>DPG</b>	Directeuren Publieke Gezondheid
<b>FG</b>	Functionaris Gegevensbescherming
<b>GAGS</b>	Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
<b>GGD</b>	Gemeentelijke of Gewestelijke Gezondheidsdienst
<b>GHOR</b>	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
<b>GRIP</b>	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure
<b>HAP</b>	Huisartsenpost
<b>IGJ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
<b>LCMS-gz</b>	Landelijk Crisis Management Systeem - geneeskundigezorg
<b>LHV</b>	Landelijke Huisartsen Vereniging
<b>MKA</b>	Meldkamer Ambulancezorg
<b>NAW</b>	Naam, adres, woonplaats
<b>OMT</b>	Outbreak Management Team
<b>OvDG</b>	Officier van Dienst Geneeskundig
<b>POH</b>	Praktijk Ondersteuner huisarts
<b>PSHOR</b>	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
<b>PTSS</b>	Post Traumatisch Stressyndroom
<b>RAV</b>	Regionaal Ambulance Voorziening
<b>RHO</b>	Regionale Huisartsenorganisatie
<b>RIVM</b>	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
<b>ROAZ</b>	Regionaal Overleg Acute Zorg
<b>ROT</b>	Regionaal Operationeel Team
<b>SEH</b>	Spoedeisende Hulp
<b>V&amp;J</b>	Ministerie van Veiligheid en Justitie
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Wkkgz</b>	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
<b>WPG</b>	Wet Publieke Gezondheid
<b>WTZa</b>	Wet Toelating Zorgaanbieders
<b>WVR</b>	Wet Veiligheidsregio's
<b>ZiROP</b>	Ziekenhuis RampenOpvangPlan