



HAROP

HUISARTSEN

RAMPENOPVANGPLAN

Amsterdam deel A

Colofon:

Versie: definitief
5 december 2011

Auteurs: Bob de Dood
Harmke Breimer
Ellis Lourijsen
Joost Leferink

Projectmanagement
Huisartsenposten Amsterdam
Huisartsenposten Amsterdam
Huisartsenkring Amsterdam

Inhoudsopgave

AFKORTINGEN EN BEGRIPPENLIJST	4
1. INLEIDING	7
1.1. <i>Structuur HaROP</i>	7
1.2. <i>Samenwerkingsverband</i>	7
1.3. <i>Leeswijzer</i>	7
1.4. <i>Onderhoudsprocedure</i>	8
2. UITGANGSPUNTEN VAN HET HAROP.	9
2.1. <i>Organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing</i>	9
2.2. <i>Wettelijk kader</i>	9
2.3. <i>Rol overheid.....</i>	9
2.4. <i>Rol huisartsenkring</i>	9
2.5. <i>Rol huisartsenposten.....</i>	9
3. GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING	10
3.1. <i>Rol overheid.....</i>	10
3.2. <i>Rol van de huisartsenzorg bij grootschalige infectieziekten.....</i>	10
3.3. <i>Alarmering en informatievoorziening</i>	10
3.4. <i>Stadia van opschaling</i>	10
3.5. <i>Fase van uitvoering.....</i>	12
3.6. <i>Fase van afschaling.....</i>	17
4. OPGESCHAALDE ACUTE ZORG (FLITSRAMP).....	18
4.1. <i>Inleiding organisatie van de opgeschaalde acute zorg bij een flitsramp.....</i>	18
4.2. <i>Organisatie van de opgeschaalde acute zorg bij een flitsramp</i>	18
4.3. <i>Fase van alarmering</i>	18
4.4. <i>Fase van opschaling</i>	18
4.5. <i>Fase van uitvoering.....</i>	19
4.6. <i>Fase van afschaling.....</i>	211
5. NAZORG NA RAMPEN.....	22
5.1. <i>Organisatie van de nazorg</i>	22
5.2. <i>Rol van de huisartsen bij nazorg bij rampen.....</i>	22
5.3. <i>Fasen van hulpverlening</i>	22
5.4. <i>Bevolkingsonderzoek.....</i>	24
Bijlage 1 <i>Wettelijk kader.....</i>	255
Bijlage 2 <i>Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden overheid.....</i>	27
Bijlage 3 <i>Rol overheid bij de organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding</i>	28
Bijlage 4 <i>Fasering influenzapandemie WHO</i>	30
Bijlage 5 <i>Opschaling en GRIP-niveau's.....</i>	31
Bijlage 6 <i>Eerste nazorgfase</i>	33
Bijlage 7 <i>Tweede nazorgfase</i>	35
Bijlage 8 <i>Verwijzingen naar relevante informatie.....</i>	36

Afkortingen en begrippenlijst

Actiecentrum GGD/GHOR	Centraal operationeel coördinatiepunt bij rampen en crisis: zie hoofdstuk 4.4. en bijlage 3
Afschaling	Overgang naar een lager stadium
ANW	Avond- Nacht- en Weekenduren (en erkende feestdagen)
Behandelcentrum (BC)	De locatie waar lichtgewonde slachtoffers (T3) van een ramp kunnen worden behandeld; het gaat om zorg aan de slachtoffers op het gebied van EHBO, ontregeling van chronische aandoeningen, vergeten medicatie etc.
BKZ	(Ministerie van) Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBRNe	Gevaarlijke stoffen van chemische, biologische, radiologische, nucleaire en explosieve aard
CIb	Centrum Infectieziektebestrijding
Flitsramp	Een ramp of crisis die zich onverwacht en heftig voordoet: voorbeeld: de vuurwerkrampe in Enschede
GAGS	Gezondheidskundige Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GGD	Gemeentelijke of gewestelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio: verantwoordelijk voor de coördinatie van de medische ketenzorg bij rampen en crises
GRIP	Gecoördineerde Regionale IncidentbestrijdingsProcedure
HaROP	HuisArtsen RampenOpvangPlan
HaROP Deel A	Theoretisch en wettelijk kader van het Huisartsen Rampenopvangplan
HaROP Deel B Infectieziekten	Praktische uitwerking van de rol en verantwoordelijkheden van huisartsen, Huisartsendienst en Huisartsenkring bij de uitbraak van een infectieziekte
HaROP Deel C Infectieziekten	Actielijst (taakkaarten) voor het Crisissteam Huisartsenzorg, de Hagro Coördinatoren HaROP en de huisartsen bij de uitbraak van een infectieziekte (afgeleid van het HaROP Deel B Infectieziekten)
HaROP Deel B Flitsramp	Praktische uitwerking van de rol en verantwoordelijkheden van huisartsen, Huisartsendienst en Huisartsenkring bij een flitsramp
HaROP Deel C Flitsramp	Actielijst (taakkaarten) voor het Crisissteam Huisartsenzorg en de huisartsen bij een flitsramp (afgeleid van het HaROP Deel B Flitsramp)
HpA	Huisartsen posten Amsterdam (organisatie waarbij zes huisartsenposten (=Hap's) in Amsterdam zijn aangesloten)
HKA	Huisartsen Kring Amsterdam
IAC	Informatie- en Adviescentrum Ingericht door gemeente en GHOR voor de nazorg (psychosociaal, maar ook materiële nazorg) en bemenst door GGZ, maatschappelijk werk, Slachtofferhulp, welzijnsinstellingen, rechtshulp en gemeentelijke diensten
LvI	Laboratorium voor infectieziekten
MMT	Mobiel Medisch Team van het Traumacentrum, bestaande uit een traumaheli of een zogenaamd 'grondgebonden' MMT met

	ambulancevoertuig
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
nVWA	Nieuwe Voedsel en Warenautoriteit
OMT	Outbreak Management Team
Opgeschaalde fase	Zogenaamde 'warme' fase: periode van ramp of crisis
Opschaling	Overgang naar een hoger stadium
Opvangcentrum	De locatie waar men de niet-gewonde slachtoffers van een ramp al dan niet voor langere tijd opvangt
Pg	Publieke gezondheid
Preparatieve fase	Zogenaamde 'koude' fase: periode dat er geen sprake is van een (dreigende) ramp of crisis, waaronder de voorbereidingsperiode
PSOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen: een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen, ambulancevoorzieningen, geestelijke gezondheidszorginstellingen (crisisdienst GGZ), verloskundigen, huisartsendiensten, huisartsen, Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) en de zorgverzekeraars.
ROT	Regionaal Operationeel Team
SEH	Spoedeisende hulp
Stadium 0 (wit)	Preparatief stadium, waarin voorbereidingsactiviteiten plaatsvinden
Stadium 1 (groen)	Normale praktijkvoering
Stadium 2 (oranje)	Aanvullende afspraken zijn nodig om consulten en uitval te kunnen opvangen en om de tweedelijnszorg te ontlasten. Telefonische bereikbaarheid komt onder druk te staan. Primair op niveau HAGRO
Stadium 3 (rood)	Opschalen naar organisatie van 24-uurs huisartsgeneeskundige zorg
Stadium 4 (donkerrood)	De continuïteit van de huisartsenzorg kan niet meer binnen de reguliere organisatie worden gewaarborgd: GRIP 3 of GRIP 4
SZW	(Ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Veiligheidsregio (regio invullen)	In de Veiligheidsregio werken de brandweer, de GHOR, de politie en de gemeenten samen voor een effectieve voorbereiding op en bestrijding van rampen en crises
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WIP	Werkgroep Infectieziektepreventie: een samenwerkingsverband van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Vereniging voor Infectieziekten en de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg met als doel het maken richtlijnen op het gebied van infectiepreventie voor de gezondheidszorg

Wpg	Wet publieke gezondheid
Wrzo	Wet rampen en zware ongevallen
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
Wvr	Wet veiligheidsregio's

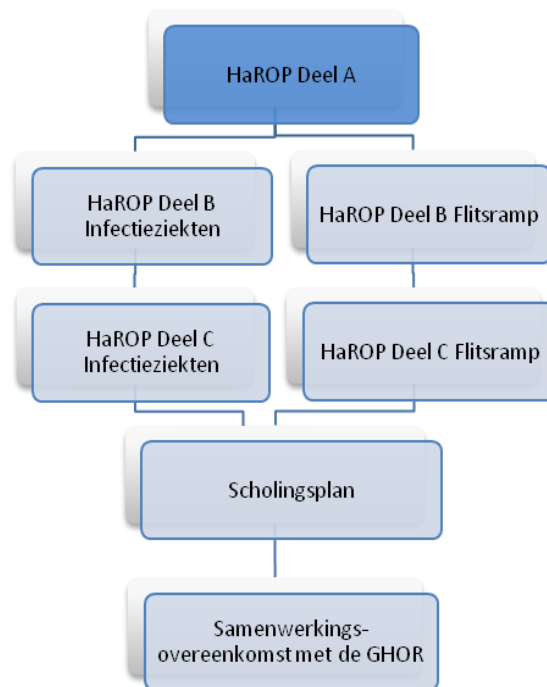
1. Inleiding

Voor u ligt het Huisartsen Rampenopvangplan (HaROP) Deel A. Bij het samenstellen van dit document is uitgegaan van de landelijke leidraad Huisartsen RampenOpvangPlan HaROP d.d. 28 februari 2011 van de LHV.

De HaROP Deel A vormt de basis voor de borging van de continuïteit van de huisartsenzorg bij calamiteiten, zowel bij rampen als bij de uitbraak van infectieziekten.

Noot: daar waar HaROP staat dient dit gelezen te worden als HaROP/HaPROP (Huisartsenpost Rampenopvangplan).

1.1. Structuur HaROP



1.2. Samenwerkingsverband

Dit HuisartsenRampenOpvangplan is tot stand gekomen door een samenwerkingsverband tussen de volgende partijen:

- LHV Kring Amsterdam/Almere (HKA)
- Huisartsenposten Amsterdam
- GHOR Amsterdam Amstelland
- Traumanet AMC
- Traumanet VUMC
- GGD Amsterdam

Voor deel A zijn de eerste drie partijen betrokken.

1.3. Leeswijzer

In dit document is uitgegaan van de opschaling van zorg door de huisartsen in twee situaties: bij infectieziekten (hoofdstuk 2) en bij een flitsramp (hoofdstuk 3). In beide situaties kan er sprake zijn van nazorg door de huisartsenzorg. Dit is opgenomen in hoofdstuk 4. De beide opschalingsituaties en de nazorg gaan uit van een samenwerking met de GHOR (zie hoofdstuk 5). In de bijlagen is informatie opgenomen die meer inzicht geeft in de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de betrokken overheidsinstanties. Ook is een tabel van de WHO

over de fases van infectieziekten en een overzicht van verwijzingen naar relevante informatie toegevoegd.

1.4. Onderhoudsprocedure

Aanpassing van het HaROP Deel A vindt plaats als belangrijke feiten wijzigen. Het beheer van het HaROP Deel A ligt bij het bureau van LHV regio Noord West; of ze dit zelf doen of uitbesteden is een beleidskeuze. Controle vindt plaats, gegevens worden – indien van toepassing - aangepast en verspreiding vindt plaats onder de samenwerkingspartners.

Versiebeheer		
Versienummer	Vastgesteld	Verantwoordelijken
1.0	Februari 2012	Zie boven

2. UITGANGSPUNTEN VAN HET HaROP

2.1. Organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing

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 geneeskundige keten op rampen te coördineren is de GHOR in het leven geroepen: de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio. De coördinatierol van de GHOR heeft alleen betrekking op rampen en crises.

De organisatie van de GHOR, de verantwoordelijkheden van de GHOR ten tijde van rampen en crisis en de crisisorganisatie van de Veiligheidsregio is uitgewerkt in de Handreiking samenwerking tussen huisartsen en GHOR.

2.2. Wettelijk kader

In de Wet veiligheidsregio's is de verantwoordelijkheid van zorginstellingen en individuele hulpverleners ten aanzien van rampen en crises uitgewerkt. Verder zijn van toepassing de Wet toelating zorginstellingen en de Wet publieke gezondheid. De wetten zijn inhoudelijk verder uitgewerkt in bijlage 1.

2.3. Rol overheid

Infectieziektebestrijding is een overheidstaak. In de Grondwet is vastgelegd dat de overheid maatregelen moet treffen ter bescherming van de gezondheid van haar burgers. In de Wet publieke gezondheid is die verantwoordelijkheid primair opgedragen aan de gemeenten. Zie bijlage 2.

2.4. Rol huisartsenkring

Zorg tijdens een infectieziekte-uitbraak is onderdeel van de reguliere huisartsenzorg. Bij het opstellen van een Huisartsen Rampenopvangplan bewaakt de huisartsenkring de belangen van de huisartsendagzorg. De huisartsenkring bekijkt de afspraken over de organisatie in het licht van de gevolgen hiervan voor de praktijksituatie.

In afstemming met de huisartsenpost wordt een plan voor de 24-uurs zorg ten tijde van een infectieziekte-uitbraak gemaakt.

2.5. Rol huisartsenposten

De huisartsenpost is beschikbaar voor alle acute huisartsgeneeskundige vragen die zich in avond-, nacht- en weekenduren en op feestdagen (ANW-uren) voordoen. De huisartsenpost is een zorginstelling en dient te voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving. Het bestuur van de huisartsenpost dient verantwoording af te leggen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de kwaliteit van zorg vanuit de huisartsenpost. De bij de huisartsenpost aangesloten huisartsen hebben een overeenkomst gesloten met de organisatie van de huisartsenpost ten aanzien van de zorg voor hun patiënten in de ANW-uren.

3. GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING

3.1. Rol overheid

De bevoegdheden van de overheid bij grootschalige infectieziektebestrijding op lokaal, regionaal, provinciaal en nationaal niveau zijn opgenomen in bijlage 3.

3.2. Rol van de huisartsenzorg bij grootschalige infectieziekten

Huisartsen, artsen in zorginstellingen (zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijke gehandicapten), artsen werkzaam in het ziekenhuis en de GGD 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.

De infectieziektebestrijding vindt in dit stadium 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 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 en de huisartsenzorg (HKA en HpA) het zorgaanbod. De huisartsen zijn en blijven echter verantwoordelijk voor het leveren van de reguliere huisartsenzorg. 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 zorg.

3.3. Alarmering en informatievoorziening

Bij een beginnende infectieziekte-uitbraak moeten de huisartsen goed op de hoogte worden gehouden van de ontwikkelingen. Internationaal wordt gebruik gemaakt van de WHO-fasen van een uitbraak die ook in Nederland gebruikt worden (zie bijlage 4). In de volgende paragraaf worden deze kort toegelicht. Verdere uitwerking op regionaal niveau gebeurt in deel B en C van het HaROP.

3.4. Stadia van opschaling

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. De infectieziektebestrijding vindt in dit stadium 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 en de huisartsen. De huisartsen(posten) zijn en blijven echter verantwoordelijk voor het leveren van de (eerstelijns)zorg. 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 vijf mogelijke stadia. De beslissing tot opschaling wordt grofweg bepaald door de volgende overwegingen:

Stadium 0: preparatieve fase waarin voorbereidingsactiviteiten plaatsvinden

Stadium 1: uitstel niet acute zorgvragen en stroomlijnen informatievoorziening

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 2: samenwerking binnen de Hagro's en Huisartsenposten

Door uitval van personeel en toenemende consulten zijn extra maatregelen nodig om de bereikbaarheid van de huisartsenzorg te garanderen: speciale spreekuren voor de betreffende infectieziekte en extra huisbezoeken. De uitval van personeel is zodanig dat diverse huisartsenpraktijken gesloten moeten worden.

Stadium 3: opschalen naar organisatie van 24-uurs huisartsgeneeskundige zorg

De continuïteit komt in gevaar en er is kans op verstoringen van de openbare orde. Centrale regie door huisartsenkring in afstemming met HpA, GHOR en de tweedelijnszorg is noodzakelijk.

Stadium 4: De continuïteit van de huisartsenzorg kan niet meer binnen de reguliere organisatie worden gewaarborgd

Grote kans op verstoringen van de openbare orde: GRIP 4 (bijlage 5)

De LHV adviseert haar leden om stadium 3 en 4 niet uit te werken. Het HaROP Deel B en C Infectieziekten beperken zich dan ook tot stadium 0 tot en met 2.

3.5 *Fase van uitvoering*

De volgende processen in de uitvoeringsfase zijn onderstaand uitgewerkt, waarbij in elk proces de rol van de huisarts is omschreven.

- Communicatie
- Diagnostiek
- Bron- en contactonderzoek
- Beschermende maatregelen
- Indamming van de uitbraak
- Inzet antivirale middelen
- Vaccinatie
- Doorverwijzing naar de tweedelijnszorg

3.5.1 **Communicatie**

Communicatie met het algemene publiek verloopt volgens het Landelijk draaiboek publiekscommunicatie van het ministerie van VWS. Hiervoor wordt een algemeen telefoonnummer opengesteld alsmede een algemene website voor de informatie over de grootschalige infectieziekte-uitbraak.

Communicatie over regionale onderwerpen wordt door GGD en GHOR afgestemd en gegeven. De huisartsen worden hierover geconsulteerd en – indien gewenst – kunnen er gezamenlijke communicatieafspraken worden gemaakt. Als er sprake is van een GRIP-situatie gelden er bijzondere afspraken met betrekking tot communicatie en woordvoering.

Om onduidelijkheid in de mediaberichtgeving te voorkomen, worden persvragen die specifiek gericht zijn op de huisartsenzorg afgehandeld door een deelnemer van een centraal aangewezen medewerker van de huisartsenkring of huisartsenpost, die dit kortsluit met de GGD en de GHOR.

Rol huisartsen bij communicatie

- Telefonische afhandeling van 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 huisartsen. Dit wordt vanuit de HKA gecoördineerd.
- Doorverwijzen algemene persvragen naar de GHOR, indien hier afspraken over zijn gemaakt.

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

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

3.5.2 Diagnostiek

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 en het laboratorium voor infectieziekten (LVI) specifieke richtlijnen beschikbaar.

De behandelend arts of de arts-microbioloog meldt een ziektegeval of sterftegeval door een infectieziekte bij de GGD.

Rol huisartsen bij diagnostiek

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

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Implementeren meldingsplicht infectieziekten in eigen procedures.
- Onderhouden van kennis van diagnose infectieziekten.

3.5.3 Bron- en contactonderzoek

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 nieuwe Voedsel en Warenautoriteit (nVWA) essentieel. De nVWA 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 Infrastructuur en Milieu. Bij blootstelling door het werk is er samenwerking met bedrijfsartsen, bedrijfshygiënist, 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 huisartsen bij bron- en contactonderzoek

- Meewerken aan bron- en contactonderzoek GGD.
- Geen voorbereidingsactiviteiten huisartsen

3.5.4 Beschermende maatregelen

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 praktijkassistenten zelf, kunnen in bepaalde gevallen beschermende maatregelen nodig zijn. Huisartsen worden 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 huisartsen bij beschermende maatregelen

- Treffen beschermende maatregelen bij verschijnen van een (vermoedelijk) besmette patiënt op het spreekuur

Rol huisartsenposten bij beschermende maatregelen

- Treffen beschermende maatregelen bij verschijnen van een (vermoedelijk) besmette patiënt op het spreekuur. Relevant is dat huisartsenposten in een ziekenhuis te maken hebben met een ziekenhuisprotocol rondom beschermende maatregelen, waarvan de huisartsen op de hoogte moeten zijn. Als er geen ziekenhuisprotocol geldt omdat de huisartsenpost niet in het ziekenhuis gevestigd is, moeten er beschermende maatregelen getroffen worden die ook vastgelegd moeten zijn.

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Aanschaf beschermende middelen
- Eventueel op Hagro- of huisartsenkringniveau afspraken over inkoop van beschermende middelen in situaties van schaarste.
- Voor de HpA geldt dat er ook beschermende middelen aangeschaft moeten worden voor patiënten tijdens de ANW diensten.

3.5.5 Indamming van de uitbraak (containment)

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. De GGD kan adviseren over de geschikte hygiënemaatregelen.

Isolatiemaatregelen

Ook kunnen specifieke isolatiemaatregelen nodig zijn. Hiervoor zijn richtlijnen beschikbaar van de Werkgroep Infectieziektepreventie (WIP). Zo kan worden besloten om in de ziekenhuizen met isolatiekamers te werken, maar ook om patiënten thuis te isoleren. In sommige gevallen kan zelfs een huisartsenpraktijk of huisartsenpost worden afgegrensd om verspreiding te voorkomen. De burgemeester heeft op grond van de Wet publieke gezondheid 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 eerst de voorkeur om de

infectieziektegerelateerde consulten, maar ook de reguliere consulten, zoveel mogelijk te ontmoedigen. Veel vragen kunnen telefonisch worden afgedaan. Hierover kunnen huisartsen eventueel 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.

A. 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 moeten de huisartsen bij de huisbezoeken goed de beschermende maatregelen in acht 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.

B. Aparte spreekuren

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

C. 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 altijd een voorwaarde.

D. 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 in goede samenhang worden geregeld met de reguliere openstelling buiten kantooruren. De huisartsenpost moet 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.

Rol huisartsen bij indamming van de uitbraak

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

3.5.6 Vaccinatie

Vaccinatie als volksgezondheidsmaatregel wordt door de Minister van VWS aan anderen opgedragen, bijvoorbeeld aan de GGD of zoals de vaccinatie van risicogroepen tegen seizoensgriep aan de huisartsen. Tevens zal de minister vaststellen welke risicogroepen worden gevaccineerd of dat wordt overgegaan tot een massavaccinatie. Bepalende factoren hierbij zijn het moment waarop een vaccin beschikbaar komt en de hoeveelheid leverbare vaccins. Voorts stelt de minister een distributieplan vast, geadviseerd door het RIVM.

Op basis van de casusdefinitie van de infectieziekte wordt door de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS geadviseerd wat de risicogroepen zijn. Voor de vaccinatie van risicogroepen kan de Minister van VWS besluiten een beroep te doen op de huisartsen. Een massavaccinatie zal in beginsel worden uitgevoerd door de GGD'en. Deze hebben zich hierop uitgebreid voorbereid.

Rol huisartsen bij vaccinatie

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

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

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

3.5.7 Doorverwijzing naar de tweedelijnszorg

Tijdens een epidemie of infectieziekte-uitbraak 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 wordt de inschatting van de noodzaak tot opname zolang mogelijk overgelaten aan de behandelde artsen (de huisartsen in overleg met de ziekenhuis(triage)artsen en verpleeghuisartsen), op basis van de reguliere criteria. In beginsel wordt voor zoveel mogelijk patiënten, waarbij de medische toestand dat toelaat, verzorging in de thuissituatie 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 de mogelijkheid bestaan om onder coördinatie van het ROAZ een regionale triagecommissie in te stellen, 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 ieder geval moet zoveel mogelijk alle uitstelbare zorg worden uitgesteld en wordt van artsen verwacht dat ze opname en ontslag extra scherp afwegen.

Rol huisartsen bij doorverwijzing naar de tweedelijns zorg

- Doorverwijzen naar tweedelijnszorg conform landelijke criteria
- Vertegenwoordiger aanwijzen voor eventuele triagecommissie (incl. scholing)
- Geen voorbereidingsactiviteiten huisartsen

3.6 Fase van afschaling

De huisartsen informeren GGD/GHOR (en vice versa) over het moment van afschaling. 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.

4 OPGESCHAALDE ACUTE ZORG (FLITSRAMP)

4.1 Inleiding organisatie van de opgeschaalde acute zorg bij een flitsramp

De opgeschaalde acute zorg (ook wel aangeduid als SMH - spoedeisende medische hulpverlening) omvat het geheel van extra- en intramurale zorg aan somatische 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.

4.2 Organisatie van de opgeschaalde acute zorg bij een flitsramp

De zorg wordt bij een flitsramp 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 meerdere Hoofden Gewondennest (HGN), een of meerdere Officieren van Dienst Geneeskundig (OvDG) 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, wordt er 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.

4.3 Fase van alarmering

De wijze van alarmering wordt uitgewerkt in Deel B.

4.4 Fase van opschaling

In een rampsituatie moeten vele mensen en organisaties samenwerken, onder hoge druk. Eenduidige aansturing is dan essentieel. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verschillende opschalingsniveau's: de zogenaamde GRIP-structuur. Deze is uitgewerkt in bijlage 6.

Rol huisartsen bij opgeschaalde acute zorg (flitsramp)

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 met veel slachtoffers .

4.5 Fase van uitvoering

4.5.1 Hulpverlening aan passanten bij een flitsramp

De ervaring is dat nog mobiele slachtoffers van een ramp vaak zelf op zoek gaan naar hulp. Zij kunnen onder andere 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 huisartsen bij hulpverlening aan passanten

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.

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

Registratie passanten is cruciaal in deze fase voor de traceerbaarheid.

4.5.2 Hulpverlening op het rampterrein

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

De geneeskundige hulp op de plaats incident wordt verleend door de ambulance-medewerkers van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) aangevuld met één of meerdere Mobiele Medische Teams (MMT) ¹ en de Geneeskundige Combinatie.

De geneeskundige hulpverlening op het rampterrein staat onder leiding van een aantal coördinerende GHOR-functionarissen. Zij stemmen de geneeskundige hulpverlening af op de werkzaamheden van brandweer, politie, gemeente en andere betrokkenen.

Rol huisartsen bij hulpverlening op het rampterrein

De huisartsen hebben niet direct een rol bij de geneeskundige hulpverlening op een rampterrein. 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. Artsen en 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

¹ Een traumaheli of een 'grondgebonden' MMT met ambulancevoertuig.

dan wel de Officier van Dienst Geneeskundig (OvdG)) 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).

De LHV adviseert haar leden om geen rol te spelen op een rampterrein. De GHOR heeft ook geen voorkeur voor de inzet van huisartsen op een rampterrein. Er zijn dan ook geen voorbereidingsactiviteiten voor huisartsen.

4.5.3 Hulpverlening in een behandelcentrum bij een flitsramp

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 (zwaar-) gewonde 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 de huisartsenzorg.

In voorkomende gevallen zal daarom door de GHOR voor lichtgewonde slachtoffers een zogenaamd behandelcentrum worden ingericht. Dit is een locatie buiten het rampgebied waar lichtgewonden voor behandeling naar verwezen of met bussen naartoe gebracht worden. Deze locatie kan 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 huisartsen bij hulpverlening in een behandelcentrum

Naar analogie van hun dagelijkse rol, kan de huisartsenzorg een belangrijke rol spelen in het ontlasten van de hoofdketen van ambulancezorg en ziekenhuizen. De GHOR en huisartsenzorg kunnen daartoe regionaal afspreken dat huisartsen (of wachtdienstartsen van de huisartsenpost) kunnen worden opgeroepen om te worden ingezet in een behandelcentrum voor lichtgewonden buiten het rampterrein.

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- 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

4.5.4 Hulpverlening aan ontheemden

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.

4.5.5 Hulpverlening door de huisartsenpost bij een flitsramp

Een andere manier om de hoofdketen (ambulancezorg en ziekenhuizen) te ontlasten is de inzet van de huisartsenpost voor lichtgewonde 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.

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Afspraken met de GHOR over een procedure opvang lichtgewonde slachtoffers
- Afspraken met de GHOR over de alarmering en opschaling van de huisartsenzorg, buiten kantooruren en eventueel ook tijdens kantooruren

4.6 Fase van afschaling

De GHOR informeert de huisartsenzorg op het moment dat de hulpverlening op het rampterrein wordt afgeschaald. Het afschalen gebeurt multidisciplinair door politie, brandweer, gemeente en GHOR. De GHOR bepaalt in samenspraak met de aanwezige huisartsen wanneer de hulpverlening in een behandelcentrum 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. Daarnaast zal de GHOR een evaluatiebijeenkomst organiseren. De GHOR zal de evaluatie-informatie gebruiken voor optimalisatie van de draaiboeken.

5 NAZORG NA RAMPEN

5.1 Organisatie van de nazorg

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 getroffen. 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, vanwaaruit alle vormen van nazorg worden gecoördineerd en de kwaliteit van de nazorg wordt bewaakt.

De GGD neemt het initiatief om al tijdens of snel na de ramp alle partijen die bij de nazorg betrokken zijn aan tafel te krijgen om een plan voor de nazorg op te stellen. Dat 'nazorg-overleg' blijft in stand tijdens de hele periode dat er nog behoefte aan nazorg blijkt te bestaan.

5.2 Rol van de huisartsen bij nazorg bij rampen

Huisartsen hebben in de nazorg een hele centrale rol. Lichamelijke klachten bij patiënten worden door hen als eerste geconstateerd 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 kunnen huisartsen om medewerking worden gevraagd aan een gezondheidsonderzoek onder de getroffen bevolking. In de volgende paragrafen worden deze rollen nader uitgewerkt.

De voorbereiding bestaat in alle fases uit het doornemen van de LHV-toolkit Psychosociale nazorg na rampen.

5.3 Fasen van hulpverlening

Huisartsen kunnen voorts heel direct met de psychosociale opvangteams te maken krijgen als ze tegelijkertijd worden ingezet binnen een opvang- of een behandelcentrum. Als regionaal wordt overeengekomen dat huisartsen een rol kunnen vervullen binnen een opvang- of behandelcentrum, dan moeten de huisartsen nader worden geïnstrueerd over de werkwijze van deze teams en ook gezamenlijk met deze teams moeten trainen en oefenen.

De hulp aan getroffen wordt in drie fasen geboden.

5.3.1 Acute fase

De eerste fase is de acute fase en beslaat de periode direct na de gebeurtenis. Die duurt in principe 3x24 uur, met een verlengingsmogelijkheid tot maximaal 7x24 uur. In deze fase zorgt de GGD onder regie van de GHOR voor de beschikbaarheid van een PSH leider opvangteam. De leider opvangteam met zijn teamleden worden ingezet in het opvangcentrum/behandelcentrum en soms ook bij een ziekenhuis. Hiervoor maakt de GGD vooraf afspraken met de GGZ, maatschappelijk werk, vrijwilligers van het Rode Kruis en vrijwilligers van Bureau Slachtofferhulp. Voor de strategische aansturing van de opvangteams formeert de GGD onder regie van de GHOR met de betrokken organisaties een Kernteam PSH.

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.

5.3.2 Eerste nazorgfase

Na de acute fase begint de eerste nazorgfase, die ongeveer drie maanden duurt. De GGD is deze drie maanden na de ramp verantwoordelijk voor het aanbieden en coördineren van voldoende psychosociale nazorg. De GGD kan de huisartsen verzoeken bij hun eigen patiënten te signaleren en te monitoren met welke gezondheidsklachten en vragen patiënten komen en de GGD daarover te informeren. Hierover moeten op dat moment regionale afspraken worden gemaakt. De eerste nazorgfase is uitgewerkt in bijlage 6.

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. Voor de huisartsenposten zal hier geen specifieke rol zijn.

5.3.3 Tweede nazorgfase

Hierna volgt de tweede nazorgfase, waarin de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening bij de reguliere verantwoordelijken (huisartsen en GGZ) ligt, onder regie van de GGD. Deze fase kan enkele jaren duren. Bij een omvangrijke ramp kan de gemeente in samenwerking met de GHOR besluiten een speciaal Informatie- en Adviescentrum (IAC) in te richten voor de nazorg (psychosociaal, maar bijvoorbeeld ook voor materiële nazorg). Dit centrum wordt bemenst door de GGZ, maatschappelijk werk, Slachtofferhulp, welzijnsinstellingen, rechtshulp en gemeentelijke diensten voor onder andere materiële ondersteuning. De behoefte aan nazorg zal vaak pas na een ramp goed kunnen worden ingeschat. De tweede nazorgfase is uitgewerkt in bijlage 7.

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.

5.4 Bevolkingsonderzoek

Het opzetten en uitvoeren van een bevolkingsonderzoek is de taak en verantwoordelijkheid van de gemeente, in samenwerking met de GGD. Zij kunnen de huisartsen verzoeken dat onderzoek geheel of gedeeltelijk uit te voeren bij hun eigen patiënten.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Wettelijk kader

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 voorzitter van de veiligheidsregio is nadrukkelijk uitsluitend verantwoordelijk voor de coördinatie van (de voorbereiding op) de geneeskundige hulpverlening. De directeur Publieke gezondheid heeft (namens de voorzitter van de veiligheidsregio) de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening en is verantwoordelijk voor 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 moeten haar voorbereidingen dus in beginsel uit de zorgpremies betalen.

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 infectieziekte-uitbraak. De GGDen kunnen daarbij een ondersteunende rol vervullen.

De huisartsen 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 huisartsenzorg en zal daarvoor een financiële vergoeding moeten worden vastgelegd. Hierbij moeten de reguliere taken van de huisartsenzorg gewaarborgd 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 gezondheid

De Wet publieke gezondheid 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 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.

De burgemeester is op grond van de Wpg verantwoordelijk voor de voorbereiding op en bestrijdingsmaatregelen tegen het nieuwe griepvirus. Het college van burgemeester en wethouders is op grond van de Wet GHOR (nu Wvr) verantwoordelijk voor het organiseren van hulpverleningsactiviteiten op het gebied van gezondheidszorg bij een ramp en de voorbereiding daarop.

Voor het geval dat de openbare orde en veiligheid in het geding zou komen, is op grond van de Gemeentewet en de Wrzo (nu Wvr) de burgemeester verantwoordelijk en bevoegd in het kader van de openbare orde en veiligheid en rampenbestrijding.

Bijlage 2 Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden overheid

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 (Wet publieke gezondheid).

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 (Wet publieke gezondheid).

Openbare orde

- De burgemeester is verantwoordelijk voor de handhaving van de openbare orde (Gemeentewet artikel 172)
- De burgemeester heeft de leiding (het opperbevel) over de handhaving van de openbare orde (Gemeentewet artikel 173).

Openbaar Ministerie

De (Hoofd)Officier van Justitie heeft de leiding over de politie voor wat betreft de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde.

GGD

De GGD is verantwoordelijk voor de voorbereiding en uitvoering van de GGD-taken in de opgeschaalde situatie.

Directeur GHOR

De directeur GHOR is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie van de totale 'witte kolom'.

Bijlage 3 Rol overheid bij de organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding

Lokale bevoegdheden

Infectieziektebestrijding is een overheidstaak. In de Grondwet is vastgelegd dat de overheid maatregelen moet treffen ter bescherming van de gezondheid van haar burgers. In de Wet publieke gezondheid 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 Wet publieke gezondheid 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 in werking. De burgemeester (voorzitter veiligheidsregio WPG 2^e tranche) 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 Wet publieke gezondheid 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: zie bijlage 5), 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), bestaande uit:

- de directeur GHOR = directeur GGD (straks directeur Pg)
- de regionale brandweercommandant
- de regionale korpschef politie
- de coördinerend gemeentesecretaris.

Contact met de vertegenwoordigers van de huisartsen verloopt via het Actiecentrum GHOR.

Regionale (provinciale) bevoegdheden

Wanneer een infectieziekte-uitbraak meerdere gemeenten treft, coördineert de voorzitter van de veiligheidsregio (de burgemeester die ingevolge de Politiewet is benoemd tot korpsbeheerder 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.

In de tweede tranche van de Wpg (in werking treding vermoedelijk 1 januari 2012) is opgenomen dat de voorzitter van de veiligheidsregio de formele bevoegdheden heeft in het kader van de infectieziektebestrijding en de rol invult van opperbevelhebber van de hulpdiensten. Daarmee wordt 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 Volksgezondheid

Welzijn en Sport (WVS). Het contact met de vertegenwoordigers van de huisartszorg blijft echter in alle gevallen verlopen via het Actiecentrum GHOR.

Bij een ramp of crisis die de grenzen van de veiligheidsregio overstijgt ziet de commissaris van de Koningin toe op de bestrijding en hulpverlening door, waaronder de infectieziektebestrijding. De commissaris van de Koningin kan in voorkomende gevallen aanwijzingen geven over het bestrijdingsbeleid. Met de Wet veiligheidsregio's doen de commissarissen dit volgens de ambtsinstructies die ze ingevolge de wet krijgen van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), thans de Minister van Veiligheid en Justitie (V&J). Voor de infectieziektebestrijding zal de Minister van V&J 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 ontwrichten dreigt te raken.

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 V&J 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 V&J 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.

Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Infectieziekte-Volksgezondheid en Milieu (RIVM) functioneert als regisseur in de keten van de bestrijding infectieziektebestrijding. Het CIb treedt op als permanente tweedelijnsvoorziening voor de infectieziektebestrijding ten behoeve van 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 het richtlijnen en draaiboeken voor de lokale en landelijke bestrijding van infectieziekten. Ter ondersteuning van zijn adviestaak coördineert en verricht het CIb wetenschappelijk onderzoek en specialistische diagnostiek.

Inspectie voor de Gezondheidszorg ((IGZ)

De Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg is bevoegd om alle lokale informatie voor de inspectie 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 Inspectie voor de Gezondheidszorg aanwijzingen geven aan zorgverleners.

Fasering van een influenzapandemie volgens de Wereldgezondheidsorganisatie

- 0** **interpandemische periode** (nieuw virus bij dieren, maar niet bij mensen)

- 1 virusvarianten circuleren onder dieren, maar geen overdracht op mensen

- 2 vaststellen van een nieuwe virusvariant bij dieren met risico van besmetting van dier op mens, maar niet van mens op mens

- 3** **dreigende pandemie** (waakzaamheid voor pandemie; mensen worden besmet met een nieuw virus) beperkte humane infecties met een nieuw subtype, maar geen of zeer beperkte besmetting van mens op mens

- 4 kleinschalige clusters met beperkte mens-op-menstransmissie; geen optimale aanpassing van het virus voor menselijke transmissie

- 5 grotere lokale clusters door verdergaande aanpassing van het virus; suboptimale mens-op-menstransmissie

- 6** **manifeste pandemie** toenemend en uitwaaierend verspreidingspatroon

Bijlage 5 Opschaling en GRIP-niveaus

In 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 zogenaamde 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 Defensie en waterschappen).

Grip 0

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 zogenaamd 'motorkapoverleg'. Het betreft bijvoorbeeld 'normale' verkeersongevallen. Als bij een incident meerdere 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. Indien het ambulancepersoneel daar om vraagt, kan een speciale coördinerende functionaris worden opgeroepen, de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G).

Grip 1

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).

GRIP 2

Is daarnaast 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), (in Amsterdam Interface genaamd), 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 andere 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 meerdere 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 infectieziekte-uitbraak).

GRIP 3

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 leidinggevend 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 meerdere CoPI's) actief.

GRIP 4

Speelt een incident zich af in meerdere 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, nucleaire en explosieve aard (CBRNe) 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).

Bijlage 6 Eerste nazorgfase

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).

Naast de huisartsenzorg zijn de volgende organisaties betrokken de GHOR, de GGD, instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Slachtofferhulp Nederland, instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk, (eventueel) categoriale hulpverleningsinstellingen en (eventueel) instellingen voor jeugdgezondheidszorg

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 zowel in de acute als 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 PSH overnemen.

Kernteam PSH

Evenals in de acute fase is het Kernteam PSH 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 getroffen en;
- 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.

Bijlage 7 Tweede nazorgfase

De start van deze fase is afhankelijk van de behoefte van de getroffen 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 PSH 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.

Bij de tweede nazorgfase zijn dezelfde instanties betrokken als bij de eerste fase (zie bijlage 6)

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 financiering van hulpverlening;
- het afstemmen met het Informatie- en Adviescentrum (IAC);
- adviseren van particuliere initiatieven, zoals een platform voor getroffen, over voorlichting omtrent de psychologische gevolgen.

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.

Bevolkingsonderzoek

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 getroffen en over de eventuele blootstelling aan gevaarlijke stoffen tijdens en na de ramp. Er wordt onderscheid gemaakt in gezondheidsonderzoek rechtstreeks bij getroffen, gezondheidsmonitoring op basis van bestaande registraties en georganiseerd individueel medisch onderzoek.

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.

Bijlage 8 **Verwijzingen naar relevante informatie**

- Landelijk draaiboek Publiekscommunicatie, www.rivm.nl/cib
- Vademecum Aanvragen van diagnostiek door de GGD afdeling algemene infectieziektebestrijding', www.rivm.nl/cib
- WIP-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk, http://wip_richtlijnen_huisartsenpraktijk.pdf
- NHG-standaard Influenzapandemie, <http://nhg.artsennet.nl>
- Operationeel deeldraaiboek 2: Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland, www.rivm.nl/cib
- Landelijk draaiboek Publiekscommunicatie van het ministerie van VWS, http://www.rivm.nl/Images/VWS029_8%20Draaiboek%20web_tcm91-50326.pdf
- Draaiboek explosies van infectieziekten, www.rivm.nl/cib
- LHV-toolkit 'Snel beter bereikbaar zijn', www.lhv.nl
- Operationeel deeldraaiboek 1: Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid, www.rivm.nl/cib
- Operationeel deeldraaiboek 2: Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland, www.rivm.nl/cib
- Operationeel deeldraaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie, www.rivm.nl/cib
- Landelijk model procesplan GHOR, GHOR Nederland
- 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
- 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
- LHV-toolkit nazorg na rampen, samenwerkingsproject huisartsenzorg en GHOR , 2010