

HaROP

Datum

3 augustus 2016

Status

Voor publicatie

Versie

1.3

Huisartsen(post) Rampenopvangplan Noord-Brabant

Deel A



Huisartsen(post) Rampenopvangplan Noord-Brabant

Deel A

Colofon

Opdrachtgever
Huisartsenzorg Noord-Brabant

Auteur(s)
Jolanda Corré

Eindredactie
dhr. Ed Smeets (GHOR BZO), Toine van Peer (GHOR BMWN)

| | |
|---|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INLEIDING | 5 |
| 1.1 | Structuur HaROP | 5 |
| 1.2 | Samenwerkingsverband | 6 |
| 1.3 | Leeswijzer | 6 |
| 1.4 | Onderhoudsprocedure | 6 |
| 2 | UITGANGSPUNTEN VAN HET HaROP | 7 |
| 2.1 | Organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing | 7 |
| 2.2 | Wet Veiligheidsregio's | 7 |
| 2.3 | Rol overheid | 7 |
| 2.4 | Rol huisartsenkring | 7 |
| 2.5 | Rol huisartsenposten | 7 |
| 3 | GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING | 8 |
| 3.1 | Rol overheid | 8 |
| 3.2 | Rol van de huisartsenzorg bij grootschalige infectieziekten | 8 |
| 3.3 | Fase van alarmering (en informatievoorziening) | 9 |
| 3.4 | Fase van opschaling | 9 |
| 3.5 | Fase van uitvoering | 10 |
| 3.6 | Communicatie | 10 |
| 3.7 | Diagnostiek | 11 |
| 3.8 | Bron- en contactonderzoek | 12 |
| 3.9 | Beschermende maatregelen | 13 |
| 3.10 | Indamming van de uitbraak (containment) | 13 |
| 3.11 | Inzet antivirale middelen | 15 |
| 3.12 | Vaccinatie | 15 |
| 3.13 | Doorverwijzing naar de tweedelijnszorg | 16 |
| 3.14 | Fase van afschaling | 17 |
| 3.15 | Financiering | 17 |
| 4 | OPGESCHAALDE ACUTE ZORG (FLITSRAMP) | 18 |
| 4.1 | Organisatie van de opgeschaalde acute zorg bij een flitsramp | 18 |
| 4.2 | Fase van alarmering | 18 |
| 4.3 | Fase van opschaling | 18 |
| 4.4 | Fase van uitvoering | 18 |

Huisartsen(post) Rampenopvangplan Noord-Brabant

Deel A

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5 | NAZORG NA RAMPEN | 22 |
| 5.1 | Organisatie van de nazorg | 22 |
| 5.2 | Psychosociale Hulpverlening | 22 |
| 5.3 | Rol van de huisartsen bij nazorg bij rampen | 22 |
| 5.4 | Bevolkingsonderzoek | 23 |
| 6 | REGIONALE AFSPRAKEN MET DE GHOR | 24 |
| 6.1 | Partijen | 24 |
| 6.2 | Wetgeving | 24 |
| 6.3 | Begripsdefinities | 24 |
| 6.4 | Onderwerpen | 24 |
| 7 | BIJLAGEN | 25 |
| 7.1 | Bijlage 1 - Wet veiligheidsregio's | 25 |
| 7.2 | Bijlage 2 - Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden overheid | 26 |
| 7.3 | Bijlage 3 - Rol overheid bij de organisatie van de grootschalige infectieziektebestrijding | 27 |
| 7.4 | Bijlage 4 - Fasering influenzapandemie WHO | 30 |
| 7.5 | Bijlage 5 - De rol van de GHOR bij acute opschaalde zorg (flitsramp) | 31 |
| 7.6 | Bijlage 6 - Opschaling en GRIP-niveaus | 32 |
| 7.7 | Bijlage 7 - Verwijzingen naar relevante informatie | 34 |

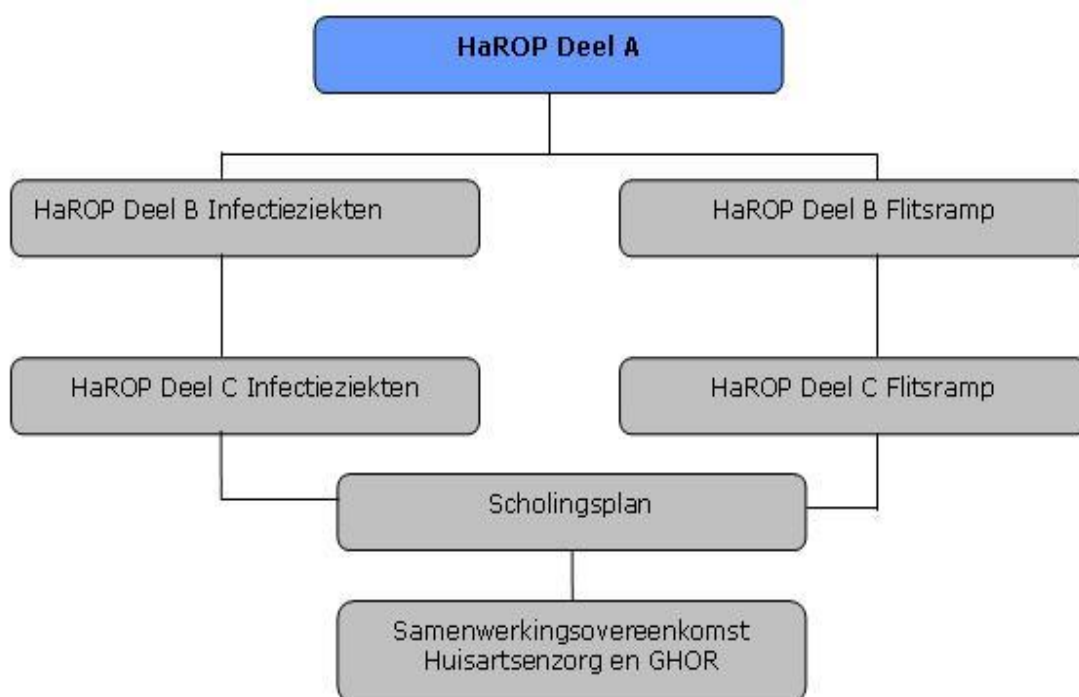
1 INLEIDING

Voor u ligt het Huisartsen Rampenopvangplan (HaROP) Deel A. Bij het samenstellen van dit document is uitgegaan van het landelijke format HaROP van de LHV.

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

- Centrale Huisartsen Posten Zuidoost Brabant
- GHOR Brabant Zuidoost
- GHOR Brabant Midden-West-Noord
- Huisartsenpost HOV
- Huisartsenpost Midden-Brabant
- LHV Huisartsenkring West-Brabant
- LHV Huisartsenkring Midden-Brabant
- LHV Huisartsen Noord-Brabant Noordoost
- LHV Huisartsenkring Zuidoost Brabant
- Stichting Huisartsenposten West-Brabant
- Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken

1.3 Leeswijzer

In dit document is uitgegaan van de opschaling van zorg door de huisartsen in twee situaties: bij infectieziekten (hoofdstuk 3) en bij een flitsramp (hoofdstuk 4). In beide situaties kan er sprake zijn van nazorg door de huisartsenzorg. Dit is opgenomen in hoofdstuk 5. De beide opschalingsituaties en de nazorg gaan uit van een samenwerking met de GHOR: zie hoofdstuk 6. 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. Periodiek controleert de GHOR de gegevens en past deze indien nodig aan.

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 gezondheidszorg op rampen te coördineren is de GHOR in het leven geroepen: de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio.

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 Wet Veiligheidsregio’s

In de Wet Veiligheidsregio’s is de verantwoordelijkheid van zorginstellingen en individuele hulpverleners ten aanzien van rampen en crises uitgewerkt. Deze is opgenomen in bijlage 1.

2.3 Rol overheid

Bij de rampbestrijding en crisisbeheersing zijn in de wetgeving de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden vastgelegd van het gemeentebestuur, het Openbaar Ministerie, de directeur GGD en de GHOR. Zie hiervoor bijlage 2.

2.4 Rol huisartsenkring

Zorg tijdens een pandemie/infectieziekte-uitbraak is onderdeel van de huisartsenzorg. Bij het opstellen van een Huisartsenrampenopvangplan bewaakt de huisartsenkring de belangen van de huisartsenzorg. 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 pandemie/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 aan 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. De huisarts doet ‘in ruil’ diensten op de huisartsenpost.

3 GROOTSCHALIGE INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING

3.1 Rol overheid

De bevoegdheden van de overheid bij grootschalige infectieziektenbestrijding 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) en artsen werkzaam in het ziekenhuis zijn de eerste belangrijke schakel in de bestrijding van infectieziekten.

Zij zijn degenen die bij de patiënt een infectieziekte vaststellen en behandelen. In de aanloop naar een grootschalige infectieziekte-uitbraak of bij een veterinaire uitbraak van een op de mens overdraagbare ziekte, zal de huisarts, als 'poortwachter' van de zorgketen, als eerste te maken krijgen met (mogelijk) besmette patiënten. De huisarts dient in dergelijke gevallen te weten:

- welke beschermende maatregelen in acht moeten worden genomen;
- aan wie de vermoedelijke besmetting moet worden gemeld;
- en hoe de diagnostiek verloopt.

Ook draagt de huisarts in de initiële fase de verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van antivirale middelen. De infectieziektebestrijding vindt in deze fase plaats onder verantwoordelijkheid van de GGD. De GGD zal de huisartsen adviseren over de diagnostiek en de preventie.

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

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

3.3 Fase van alarmering (en informatievoorziening)

Bij een beginnende infectieziekte-uitbraak moeten de huisartsen goed op de hoogte worden gehouden van de ontwikkelingen. 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 Fase van opschaling

3.4.1 Procesbeschrijving

In de aanloop naar een grootschalige infectieziekte-uitbraak of bij een veterinaire uitbraak van een op de mens overdraagbare ziekte, zal de huisarts als eerste te maken krijgen met (mogelijk) besmette patiënten. Bij bijvoorbeeld influenza gelden daarvoor de NHG-standaard Influenza en eventuele aanvullende aanwijzingen van de GGD. Ook draagt de huisarts in de initiële fase de verantwoordelijkheid voor het eventueel voorschrijven van virusremmers (als profylaxe of als therapie). De infectieziektebestrijding vindt in deze fase plaats onder verantwoordelijkheid van de GGD. De GGD zal de huisartsen informeren over de diagnostiek en de preventie. Bij een daadwerkelijke pandemische uitbraak krijgen huisartsen te maken met een enorme toename aan ziektegevallen in een korte periode.

Gemeenten en GHOR zullen huisartsen ondersteunen bij het organiseren van de continuïteit van de zorg. Zij doen dat vanuit hun verantwoordelijkheid voor het bestrijden van de gevolgen van een ramp.

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

- **Fase 0: normale praktijkvoering**
- **Fase 1: uitstel niet-acute zorgvragen en stroomlijning informatievoorziening**
De praktijken 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
- **Fase 2: stroomlijnen van patiënten aanbod**
Door uitval van personeel en toenemende consulten zijn extra maatregelen nodig om de bereikbaarheid van de huisartsenzorg te garanderen.
- **Fase 3: inzet extra personeel en centrale telefonische triage**
De uitval van personeel is zodanig dat diverse huisartsenpraktijken gesloten moeten worden.
- **Fase 4: opschalen naar organisatie van 24-uurs huisartsgeneeskundige zorg**
Door uitval van personeel en toegenomen consulten dreigt de huisartsenzorg voor grote groepen mensen onbereikbaar te worden. Coördinatie van de zorg door de GHOR.

3.5 Fase van uitvoering

De volgende processen in de uitvoeringsfase zijn onderstaand uitgewerkt, waarbij bij 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

3.6 Communicatie

3.6.1 Procesbeschrijving

Communicatie met het algemene publiek verloopt volgens het Landelijk draaiboek publiekscommunicatie Griep пандemie van het ministerie van VWS. Hiervoor zal een algemeen telefoonnummer worden 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 er kunnen, indien gewenst, 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 centraal aangewezen medewerker van de huisartsenkring of huisartsenpost (de crisiscoördinator), die dit kortsluit met de GGD. Voor alle overige persvragen wordt verwezen naar de GGD.

Rol huisartsen bij communicatie

- Telefonische afhandeling vragen eigen patiënten conform landelijk vastgestelde informatie.
- Informeren patiënten op consult conform landelijk vastgestelde informatie.
- Doorverwijzen persvragen over huisartsenzorg naar de centrale woordvoerder van de huisartsen.
- Doorverwijzen algemene persvragen naar de GGD, 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 (doorverwijzing criteria, contactgegevens).

3.7 Diagnostiek

3.7.1 Procesbeschrijving

De behandelend arts of de arts-microbioloog meldt een ziektegeval of sterftegeval door een infectieziekte bij de GGD wanneer de infectieziekte door het laboratorium bevestigd is én meldingsplichtig is volgens de Wet Publieke Gezondheid. Het onderscheid tussen deze vier groepen houdt verband met de reikwijdte van de meldingsplicht en met de uitoefening van landelijke bevoegdheden. Dit zijn in ieder geval de volgende infectieziekten:

| Groep | Infectieziekten | Bevoegdheden | Meldingsplicht |
|-------|--|---|---|
| A | MERS-coronavirus, Pokken, polio en severe acute respiratory syndrome (SARS) en virale hemorrhagische koorts. | Bij A-infectieziekten geeft de Minister van VWS leiding aan de bestrijding. | De laboratorium-bevestiging van de diagnose mag niet worden afgewacht, maar een vermoede besmetting moet direct aan de GGD worden gemeld. |
| B1 | Humane infectie veroorzaakt door een dierlijk influenzavirus, difterie, pest, rabiës, tuberculose. | Bij vermoeden van een infectieziekte in groep B1 en B2, waarbij een patiënt weigert mee te werken | Binnen 24 uur aan de GGD melden. |
| B2 | Buiktyfus (typhoid fever), cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie en voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron. | aan het diagnose-onderzoek, moet dit binnen 24 uur aan de GGD worden gemeld. Bij deze infectieziekten geeft in beginsel de Burgemeester leiding aan de bestrijding. Deze kan echter aan de Minister van VWS vragen om de leiding over te nemen. | Binnen 24 uur aan de GGD melden. |
| C | Specifieke infectieziekten die door de Minister van VWS worden aangewezen, | | Binnen 24 uur aan de GGD melden. |

De Minister van VWS kan aan deze groepen nieuwe ziekten toevoegen en infectieziekten van de ene groep in de andere overzetten. Voorbeelden zijn de Nieuwe Influenza A (H1N1), die in 2009 tijdelijk aan de A-groep is toegevoegd, het

verheffen van virale hemorrhagische koorts tot A-ziekte en het verbreden van de meldingsplicht van aviaire influenza naar dierlijke influenza.

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

Rol huisartsen bij diagnostiek

- Signaleren (vermoedelijke) infectieziekten.
- Melden (vermoedelijke) geïnfecteerde patiënten 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.

3.8 Bron- en contactonderzoek

3.8.1 Procesbeschrijving

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

Bij mens-op-mens overdracht werkt de GGD samen met individuele zorgverleners. Bij een ziekte die overgedragen kan worden door dieren of voedsel, is er samenwerking met de Nederlandse 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 (IenM) en de Inspectie voor Leefomgeving en Transport (ILT). Bij blootstelling door het werk is er samenwerking met bedrijfsartsen, bedrijfshygiënisten, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en de Inspectie SZW. 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.

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Geen voorbereidingsactiviteiten huisartsen

3.9 Beschermende maatregelen

3.9.1 Procesbeschrijving

Om te voorkomen dat een infectieziekte zich verder verspreidt naar contacten van de patiënt, andere patiënten in de huisartsenpraktijk of huisartsenpost of naar de huisartsen en 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 patiënten op het spreekuur

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Aanschaf beschermende middelen
- Eventueel op Hagro- of huisartsenkringniveau afspraken over inkoop van beschermende middelen in situaties van schaarste

3.10 Indamming van de uitbraak (containment)

3.10.1 Procesbeschrijving

Beschermende maatregelen en voorlichting

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

Isolatiemaatregelen

Ook kunnen specifieke isolatiemaatregelen nodig zijn. Hiervoor zijn richtlijnen beschikbaar van de Werkgroep Infectieziektepreventie (WIP). Zo kan worden besloten om in de ziekenhuizen 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 Gemeentewet de bevoegdheid om personen – patiënten en patiëntcontacten, waaronder medisch personeel – vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen en deze eventueel door de politie te laten handhaven. Dit zal doorgaans alleen voorkomen bij zeer ernstige en besmettelijke infectieziekten.

Scheiden van patiëntenstromen

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

Beperken consulten

1. Telefonische 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 infectieziekte gerelateerde 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.

2. Huisbezoeken

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

3. 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 zal binnen de praktijk en aparte ruimte beschikbaar moeten zijn of moet goede ontsmetting plaatsvinden tussen de spreekuren in.

4. Taakverdeling binnen de huisartsengroep

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

5. Dagingzet huisartsenpost

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

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

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)

3.11 Inzet antivirale middelen

3.11.1 Procesbeschrijving

Onder normale omstandigheden of bij een kleine uitbraak kunnen artsen in beginsel conform de reguliere richtlijnen antivirale middelen aan patiënten voorschrijven. Bij een dreigende of feitelijke epidemische of pandemische uitbraak treden specifieke richtlijnen in werking, om de beperkt beschikbare hoeveelheid antivirale middelen gericht in te zetten. De Minister van VWS zal de richtlijnen hiervoor vaststellen, op basis van een advies van de Gezondheidsraad. Tevens stelt de minister een distributieplan voor de antivirale middelen vast, geadviseerd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI).

Rol huisartsen bij inzet antivirale middelen

- Voorschrijven antivirale middelen conform landelijke richtlijnen.

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Geen voorbereidingsactiviteiten huisartsen

3.12 Vaccinatie

3.12.1 Procesbeschrijving

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

Op basis van de casusdefinitie van de infectieziekte wordt door de Gezondheidsraad aan de Minister van VWS geadviseerd wat de risicogroepen zijn. 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.

3.13 Doorverwijzing naar de tweedelijnszorg

3.13.1 Procesbeschrijving

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

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

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

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

Overigens kan als aanvullende maatregel om de tweedelijnszorg te ontlasten ook worden besloten om de opname- en ontslagcriteria voor andere aandoeningen dan de betreffende infectieziekte aan te scherpen. In ieder geval zal zoveel mogelijk alle uitstelbare zorg moeten 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

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Geen voorbereidingsactiviteiten huisartsen

3.14 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 voor optimalisatie van draaiboeken t.b.v. de bestrijding van een infectieziekte uitbraak.

3.15 Financiering

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

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

4 OPGESCHAALDE ACUTE ZORG (FLITSRAMP)

4.1 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. Het is de taak van het GHOR de organisatie voor de geneeskundige zorg op te starten en de inzet van alle hulpverleningsdiensten te coördineren en ondersteunen. De rol van de GHOR bij een flitsramp is uitgewerkt in bijlage 5.

4.2 Fase van alarmering

De wijze van alarmering wordt uitgewerkt in Deel B.

4.3 Fase van opschaling

Procesbeschrijving

In rampsituaties moeten vele mensen en organisaties onder hoge druk samenwerken. Eenduidige aansturing is dan essentieel. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verschillende opschalingsniveaus: 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 van dusdanige grootte dat is opgeschaald tot GRIP 3 of 4.

4.4 Fase van uitvoering

4.4.1 Hulpverlening aan passanten bij een flitsramp

Procesbeschrijving

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

Huisartsen(post) Rampenopvangplan Noord-Brabant

Deel A

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 niet 'eigen' patiënten

4.4.2 Hulpverlening op het rampterrein

Procesbeschrijving

De meldkamer ambulancezorg is verantwoordelijk voor het aannemen en uitvragen van de 112-meldingen en voor de alarmering, opschaling en eerste informatievoorziening.

Op de plaats van het incident worden de slachtoffers bijeengebracht in een, vaak spontaan ontstaan, gewondennest. Hier worden ze op basis van een eerste triage ingedeeld in:

- ernstige gewonden met een acute levensbedreiging (T1);
- gewonden die uiterlijk binnen zes uur een behandeling nodig hebben (T2);
- lichtgewonden (T3).

Na stabilisatie op de plaats van het incident worden de T1 en T2-slachtoffers met ambulances naar ziekenhuizen afgevoerd met behulp van het op de MKA gehanteerde gewondenspreidingsplan. De T3 slachtoffers worden vanaf de plaats van het incident vervoerd naar een daartoe aangewezen gemeentelijk opvangcentrum.

De geneeskundige hulp op de plaats incident wordt verleend door ambulancemedewerkers van de RAV middels de GGB¹ systematiek. Deze kunnen, afhankelijk van de grootte en/of aard van het incident, worden ondersteund door een Mobiel Medisch Team (MMT)² en het Noodhulpteam van het Nederlandse Rode Kruis.

De geneeskundige hulpverlening op het rampterrein staat onder leiding van één of meerdere Officieren van Dienst Geneeskundig (GHOR-functionarissen). Zij stemmen de geneeskundige hulpverlening binnen het Commando Plaats Incident (CoPI) 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 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 'Command & Control' ambulance dan wel de Officier van Dienst Geneeskundig) zodat de inzet gecoördineerd en veilig plaatsvindt. Het is echter veel verstandiger als huisartsen in de directe omgeving van een ramp in hun eigen praktijk en eventueel de huisartsenpost blijven, zodat de reguliere zorg en extra opvang van slachtoffers die zelf op zoek gaan naar hulp gewaarborgd blijft. De ervaring is namelijk dat slachtoffers die weg kunnen komen van het rampterrein vaak zelfstandig op zoek gaan naar hulp bij ziekenhuizen of huisartsen (zelfredzaamheid).

¹ Grootschalige Geneeskundige Bijstand

² Een traumaheli of een zogenaamd 'grondgebonden' MMT met ambulancevoertuig

Vorbereidingsactiviteiten huisartsen

- Geen voorbereidingsactiviteiten huisartsen

4.4.3 Hulpverlening in een behandelcentrum bij een flitsramp

Procesbeschrijving

Mensen die niet of licht gewond zijn moeten bij voorkeur zo snel mogelijk de plek van de ramp verlaten, zodat alle hulp zich kan concentreren op de zwaargewonden. Na de primaire triage zullen de T3 slachtoffers worden verwezen naar de medewerkers van het NRK Noodhulpteam. Hier kunnen deze lichtgewonden de eerste verzorging ontvangen.

In voorkomende gevallen zal daarom door de GHOR voor lichtgewonde slachtoffers een zogenaamd behandelcentrum worden ingericht. Deze locatie zal meestal onderdeel uitmaken van het opvangcentrum van de gemeente, waar ook niet-gewonde slachtoffers en familieleden worden opgevangen en 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, zouden de huisartsen bij rampen namelijk kunnen bijdragen aan de hulpverlening aan lichtgewonde slachtoffers in de zogenaamde 'nevenketen'. De huisartsenzorg zou hiermee een belangrijke rol kunnen 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 5.2)
- Afspraken met de GHOR over een procedure behandelcentrum
- Afspraken met de GHOR over de logistieke voorzieningen in het behandelcentrum
- Gerichte opleidings- en oefenactiviteiten

4.4.4 Hulpverlening door de huisartsenpost bij een flitsramp

Procesbeschrijving

Zie hiervoor: hulpverlening in een behandelcentrum.

Rol huisartsenpost bij hulpverlening door de huisartsenpost

- Een andere manier om de keten (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 bij of 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/ziekenhuis 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

4.4.5 Fase van afschaling

De GHOR informeert de huisartsenzorg op het moment dat de hulpverlening op het rampterrein wordt afgeschaald. De GHOR bepaalt in samenspraak met de aanwezige huisartsen wanneer de hulpverlening in een behandelcentrum wordt afgeschaald. De huisartsenzorg bepaalt in samenspraak met de GHOR wanneer de hulpverlening in de huisartsenzorg wordt afgeschaald.

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

4.4.6 Financiering

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

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 (PSH)
- het verlenen van maatschappelijke nazorg, zoals administratieve, juridische en financieel-economische nazorg, uitvaartverzorging en collectieve psychosociale nazorg (herdenkingsbijeenkomsten e.d.)
- het (eventueel) uitvoeren van gezondheidsonderzoek onder de getroffen bevolking (somatisch en/of psychosociaal).

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

5.2 Psychosociale Hulpverlening

Soms krijgen wij als samenleving te maken met rampen en ingrijpende gebeurtenissen, die een diepe indruk achterlaten. Zo zijn we de afgelopen jaren geconfronteerd met enkele grote rampen, zoals de vuurwerkramp in Enschede. Daarnaast vinden er jaarlijks vele kleinere crises plaats, zoals zedenzaken, gezinsdrama's of suïcides. De ervaring leert dat goede ondersteuning voor de getroffen vanaf het begin van groot belang is om weer grip te krijgen op het leven. De psychosociale hulpverlening gaat uit van de eigen veerkracht van individuen en probeert vooral te normaliseren. De GGD coördineert de hulp door verschillende hulpverleners (maatschappelijk werk, slachtofferhulp, GGZ) met als doel dat slachtoffers de juiste hulp te krijgen en de maatschappelijke onrust zo klein mogelijk blijft. Verreweg de meeste getroffen zullen hierna op eigen kracht verder kunnen met hun leven. Een kleine minderheid zal meer langdurige zorg nodig hebben, die via de reguliere kanalen geleverd wordt.

5.3 Rol van de huisartsen bij nazorg bij rampen

Huisartsen hebben in de nazorg een hele centrale rol. Lichamelijke klachten komen als eerste bij hen en zij zullen ook vaak een signaleringsfunctie hebben voor de behoefte aan psychosociale zorg. Huisartsenorganisaties moeten daarom een centrale rol hebben bij het opstellen van het deelplan nazorg. Over de inhoud en werkwijzen van de psychosociale nazorg zullen huisartsen goed geïnformeerd moeten zijn. Verder kan huisartsen om medewerking worden gevraagd aan

een gezondheidsonderzoek onder de getroffen bevolking. In de volgende paragrafen worden deze rollen nader uitgewerkt.

5.4 Bevolkingsonderzoek

Huisartsen hebben een taak in het signaleren en monitoren van de gevolgen van de ramp voor de gezondheidssituatie van direct betrokkenen. Om een goed beeld te krijgen van alle gevolgen van een ramp op de gezondheidstoestand van betrokkenen kan door de gemeente tot een gezondheidsonderzoek worden besloten. Het opzetten en uitvoeren van een degelijk onderzoek is de taak en verantwoordelijkheid van de gemeente, in samenwerking met GHOR en GGD. Zij kunnen de huisartsen verzoeken dat onderzoek geheel of gedeeltelijk uit te voeren bij hun eigen patiënten.

6 REGIONALE AFSPRAKEN MET DE GHOR

Een van de stappen, om beter voorbereid te zijn op rampen en crises, is het sluiten van afspraken met de GHOR. Met de Wet Veiligheidsregio's worden het bestuur van de veiligheidsregio (GHOR) en de huisartsenzorg verplicht om deze afspraken schriftelijk vast te leggen. Voor de afspraken met de huisartsen wordt de schaal van de 23 huisartsenkringen gehanteerd, voor de huisartsenposten het niveau van de 54 huisartsendienstenstructuren. Elk van de huisartsenkringen en dienstenstructuren zal schriftelijke afspraken moeten maken met de veiligheidsregio's binnen hun werkgebied.

6.1 Partijen

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

6.2 Wetgeving

Standaard bij dit soort afspraken (convenanten) is om op te nemen op welke wet- en regelgeving ze gebaseerd zijn. Gerefereerd kan worden aan de in de Wet Veiligheidsregio's opgenomen verplichting tot het maken van schriftelijke afspraken en aan de nadere eisen die aan deze afspraken zijn gesteld in het Besluit Veiligheidsregio's (een Algemene Maatregel van Bestuur).

6.3 Begripsdefinities

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

6.4 Onderwerpen

- Afspraken over de infectieziektebestrijding
- Afspraken over de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening
- Afspraken over de PSHOR
- Afspraken over het opleiden, trainen en oefenen
- Afspraken over overlegstructuren
- Financiële bepalingen
- Slotbepalingen
- Duur/opzegging van de overeenkomst
- Eventuele geschillenregeling
- Werkingsgebied
- Aanhalingstitel van de overeenkomst.

7 BIJLAGEN

7.1 Bijlage 1 - Wet veiligheidsregio's

De wettelijke verplichting voor de huisarts die voortvloeit uit deze wet is (art 27, lid 1): het treffen van de 'nodige maatregelen' met het oog op de taak EN de voorbereiding daarop. Dit geldt voor zorginstellingen (waaronder huisartsenposten) en zorgaanbieders (waaronder huisartsen) als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). In het tweede lid van hetzelfde wetsartikel is opgenomen dat de GHOR en de ketenpartners over deze taken en voorbereidingen schriftelijke afspraken maken.

De GHOR is nadrukkelijk uitsluitend verantwoordelijk voor de coördinatie van (de voorbereiding op) de geneeskundige hulpverlening en het maken van afspraken hierover met de ketenpartners. De daadwerkelijke uitvoering van de primaire zorgprocessen is en blijft altijd een verantwoordelijkheid van de ketenpartners zelf. Ingevolge wet- en regelgeving zijn deze zelf verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatieve zorg onder alle omstandigheden. Zij zullen zich dus ook zelf moeten voorbereiden op bijzondere situaties die gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening. De zorgverzekering maakt daarbij geen onderscheid tussen dagelijkse hulpverlening en grootschalige hulpverlening bij rampen en crises. De burger is verzekerd voor beide en de zorgsector 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 influenzapandemie. De GHOR-bureaus 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 zullen de reguliere taken van de huisartsenzorg gewaarborgd moeten blijven.

7.2 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 (Gemeentewet).

Infectieziektebestrijding

- Het College van Burgemeester en Wethouders is verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding (Wet Publieke Gezondheid).
- De burgemeester heeft de leiding over de infectieziektebestrijding (Wet Publieke Gezondheid).
- De burgemeester heeft de bevoegdheid om aanwijzingen te geven en vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen (Gemeentewet).

Openbare orde

- De burgemeester is verantwoordelijk voor de handhaving van de openbare orde (Politiewet).
- De burgemeester heeft de leiding over de handhaving van de openbare orde (Politiewet).

Openbaar Ministerie

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

DPG (Directeur Publieke Gezondheid)

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

7.3 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 Gezondheidszorg (WPG) is die verantwoordelijkheid primair opgedragen aan de gemeenten. De gemeenten worden hierbij ondersteund door de Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst (GGD). De uitvoering van de bestrijding is in handen van de afdelingen infectieziektebestrijding van de GGD'en. Bijna dagelijks houden deze zich bezig met meldingen van infectieziekten van zeer diverse aard.

De GGD kan geen maatregelen treffen voordat een infectieziekte gemeld is. Daarom is in de 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 neemt de leiding op zich van de infectieziektebestrijding, geadviseerd door de directeur GHOR (coördinatie geneeskundige hulpverlening) en de directeur GGD (uitvoering van de infectieziektebestrijding). De Burgemeester heeft tevens het 'opperbevel' over de gecoördineerde inzet van politie, brandweer en de geneeskundige keten en kan op grond van de Gemeentewet vrijheidsbeperkende maatregelen opleggen om verspreiding van de infectieziekte te voorkomen.

De wijze van samenwerking tussen de GGD, GHOR en andere hulpdiensten is vastgelegd in de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure (GRIP: zie bijlage 6), 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 DPG (Directeur Publieke Gezondheid)
- de regionale brandweercommandant
- de regionale korpschef politie
- de coördinerend gemeentesecretaris.

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

Regionale bevoegdheden

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

Conform de wet Veiligheidsregio's nemen de voorzitters van de 25 veiligheidsregio's bij GRIP 4 ook de bevoegdheden over die de individuele Burgemeesters als opperbevelhebber hebben. Conform de Wet Publieke Gezondheid neemt de

Huisartsen(post) Rampenopvangplan Noord-Brabant

Deel A

voorzitter van de veiligheidsregio bij infectieziekten uit de groep A ook de bevoegdheden in het kader van de infectieziektebestrijding over van de individuele Burgemeesters. 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 (VWS). Het contact met de vertegenwoordigers van de huisartszorg blijft echter in alle gevallen verlopen via het Actiecentrum GHOR.

Provinciale bevoegdheden

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

Nationale bevoegdheden

Een ernstige uitbraak van een infectieziekte kan een zodanige omvang aannemen dat het maatschappelijke leven erdoor wordt ontwricht of 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 BZK terstond op de hoogte stellen van de maatregelen die hij wenst te treffen. Verder zal de Minister van VWS beoordelen of de benodigde maatregelen dermate ingrijpend en omvangrijk zijn dat hij zijn collega van BZK zal verzoeken de algemene coördinatie over te nemen.

De Minister kan dan richtlijnen vaststellen waaraan de Burgemeesters, GHOR en GGD, maar ook individuele zorgverleners zich dienen te houden. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de verdeling van (schaarse) antivirale middelen en vaccins of om aangescherpte criteria voor ziekenhuisopname. In voorkomende gevallen kunnen dergelijke richtlijnen het belang van de volksgezondheid stellen boven het belang van individuele patiënten zoals dat door de (huis)artsen wordt beoordeeld.

Zorgverleners die zich niet houden aan dergelijke aanwijzingen van de Minister van VWS kunnen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor het tuchtcollege worden gedaagd indien hun handelen de volksgezondheid schaadt.

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

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.

Huisartsen(post) Rampenopvangplan Noord-Brabant

Deel A

Bovendien adviseert het Clb 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 Clb wetenschappelijk onderzoek en specialistische diagnostiek.

Inspectie

De Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg is bevoegd om alle lokale informatie voor de 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 (IGZ) aanwijzingen geven aan zorgverleners.

7.4 Bijlage 4 - Fasering influenzapandemie WHO

Fasering van een influenzapandemie volgens de Wereldgezondheidsorganisatie

- **Interpandemische periode** (nieuw virus bij dieren, maar niet bij mensen)
- Virus varianten circuleren onder dieren, maar geen overdracht op mensen
- Vaststellen van een nieuwe virus variant bij dieren met risico van besmetting van dier op mens, maar niet van mens op mens
- **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
- Kleinschalige clusters met beperkte mens-op-mens transmissie; geen optimale aanpassing van het virus voor menselijke transmissie
- Grotere lokale clusters door verdergaande aanpassing van het virus; suboptimale mens-op-mens transmissie
- **Manifeste pandemie** toenemend en uitwaaierend verspreidingspatroon

7.5 Bijlage 5 - De rol van de GHOR bij acute opgeschaalde zorg (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 echter 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: de bemanning van de 'Command & Control'³ ambulance en de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G).

Laatstgenoemde 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, dan wordt een Regionaal Operationeel Team (ROT) ingesteld om de hulpverlening op het rampterrein en het effectgebied (o.a. de ziekenhuizen) op elkaar af te stemmen. Bij GRIP 3 en 4 staat de hulpverlening onder bestuurlijke leiding van de burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio, geadviseerd door een beleidsteam.

³ Onderdeel van de per 1 januari 2016 geïntroduceerde landelijke GGB systematiek

7.6 Bijlage 6 - Opschaling en GRIP-niveaus

In rampsituaties moeten vele mensen en organisaties onder hoge druk samenwerken. 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 'opscalingsniveau'.

Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure (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 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 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 éénhoofdige leiding gebundeld in een Commando Plaats Incident (CoPI), waarin de diverse disciplines zitting hebben. Namens de GHOR is dit de OvD-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 calamiteitencoördinator van de meldkamer worden besloten tot opschaling naar GRIP 2. In dat geval wordt de tactisch-strategische sturing onder éénhoofdige leiding van de Operationeel Leider gebundeld in een Regionaal Operationeel Team (ROT), waarin de vier disciplines zitting hebben. De GHOR wordt hierin vertegenwoordigd door de Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (ACGZ). Elke discipline zal voorts eigen actiecentra inrichten, voor zover nodig geacht. Afhankelijk van het soort incident zal het ROT sturing geven aan een of meerdere CoPI's (bijvoorbeeld bij 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 (zoals bij wateroverlast, stroomuitval of griep pandemie).

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 GBT (gemeentelijk beleidsteam) geformeerd, waarin leidinggevend van brandweer, politie, GHOR en gemeente zitting hebben, alsmede (doorgaans) de Officier van Justitie. De GHOR wordt hierin vertegenwoordigd door de Directeur Publieke Gezondheid. 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.

Huisartsen(post) Rampenopvangplan Noord-Brabant

Deel A

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).

GRIP 5

Wanneer bij een incident of de vrees daarvoor meerdere veiligheidsregio's betrokken zijn, kunnen de voorzitters van deze veiligheidsregio's in gezamenlijkheid opschalen naar GRIP 5. De bronregio neemt in principe de coördinerende rol op zich. De voorzitter van de bronregio neemt niet de bevoegdheden van de overige betrokken voorzitters veiligheidsregio over.

GRIP Rijk

Wanneer de nationale veiligheid in het geding is en er behoefte is aan sturing door het Rijk kan de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) GRIP Rijk afkondigen. GRIP Rijk kan van kracht zijn in combinatie met GRIP 1 t/m 5 of zonder dat er sprake is van opschaling in de veiligheidsregio.

7.7 Bijlage 7 - Verwijzingen naar relevante informatie

- Landelijk draaiboek publiekscommunicatie Griep pandemie, 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://www.daxtrio.nl/pdf/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
- Operationeel deeldraaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie, www.rivm.nl/cib
- Landelijk draaiboek publiekscommunicatie Griep pandemie van het ministerie van VWS, http://www.rivm.nl/Images/VWS029_8%20Draaiboek%20web_tcm91-50326.pdf

