

Brondocument Basiskennis GHOR



Instituut Fysieke Veiligheid
GHOR Academie
Postbus 7010
6801 HA Arnhem
Kemperbergerweg 783, Arnhem
www.ifv.nl
info@ifv.nl
026 355 24 00

Colofon

Contactpersonen: Carian Cools, decaan GHOR Academie / IFV
Marloes van 't Klooster, adviseur vakbekwaamheid GHOR
Academie / IFV

Titel: Brondocument Basiskennis GHOR

Datum: Maart 2017

Status: Definitief

Auteur: GHOR Academie / IFV

Eindredactie: Ruud Houdijk, Itineris

Beheer en onderhoud: De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen en onderhouden van het brondocument basiskennis GHOR is belegd bij de GHOR Academie van het Instituut Fysieke Veiligheid (www.ifv.nl). Het IFV pleegt periodiek onderhoud aan het brondocument. Het brondocument zal geactualiseerd worden, zodra er ontwikkelingen zijn die dat nodig achten. Hiertoe zullen procesafspraken gemaakt worden. Minimaal 1 keer per jaar zal dit onderwerp van gesprek zijn tussen IFV en GGD GHOR NL.

Inhoud

Verantwoording	5
Totstandkoming.....	5
Doelgroep.....	5
Leeswijzer	5
1 Risico- en crisisbeheersing	7
1.1 Rampen en crises.....	7
1.2 Risico- en crisisbeheersing.....	10
1.3 Algemene wettelijke verantwoordelijkheden.....	11
2 De geneeskundige keten	12
2.1 Zorg onder alle omstandigheden	12
2.1.1 Geneeskundige hulpverlening.....	12
2.1.2 Wettelijke verantwoordelijkheden.....	13
2.1.3 Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO	14
2.1.4 Geneeskundige ketenpartners	14
2.2 Acute zorg.....	15
2.2.1 Deelprocessen.....	15
2.2.2 Acute zorgorganisaties.....	17
2.3 Publieke Gezondheidszorg.....	19
2.3.1 Infectieziektebestrijding (IZB).....	19
2.3.2 Medische Milieukunde (MMK)	20
2.3.3 Psychosociale Hulpverlening (PSH).....	20
2.3.4 Gezondheidsonderzoek na Rampen (GOR)	21
2.4 Zorgcontinuïteit	22
2.5 Ketensamenwerking	22
3 GHOR	24
3.1 Missie van de GHOR	24
3.2 Het snijvlak van openbaar bestuur, zorg en veiligheid	24
3.3 Wettelijke opdracht van de GHOR.....	25
3.4 Organisatie van de GHOR.....	27
3.4.1 Directeur Publieke Gezondheid (DPG)	27
3.4.2 Het GHOR-bureau.....	28
3.4.3 Organisatorische inbedding.....	28
3.5 Taakvelden van de GHOR.....	28
3.5.1 Regionaal risicoprofiel en beleidsplan.....	29
3.5.2 Advisering risicobeheersing	29
3.5.3 Preparatie	31
3.5.4 Repressie	34
3.5.5 Herstel	38
Bijlage 1 Wetgeving	40
Bijlage 2 Afkortingen-, begrippen- en referentielijst	42
Bijlage 3 Operationele GHOR-rollen	48

Bijlage 4 Werk- en meelesgroep 50

Bijlage 5 Crisismodel GHOR 51

Verantwoording

Totstandkoming

Dit brondocument basiskennis GHOR is een doorontwikkeling van de eerdere 4 kennispublicaties GHOR (2012) en de Basisleerstof GHOR (2008). De GHOR Academie heeft geconstateerd dat de kennispublicaties GHOR verouderd zijn en dat het wenselijk is deze te actualiseren. Bij het actualiseren van de kennispublicaties bleek er mede behoefte te zijn aan een soort van actueel en dynamisch 'brondocument met basiskennis GHOR'. Het brondocument basiskennis GHOR is het basisdocument waaruit geput zal worden voor de verdere leerinterventies en didactische leermiddelen die ingezet worden om basiskennis GHOR te ontsluiten en te verspreiden. Dan valt te denken aan factsheets / kennispublicaties, maar het is ook de input en basis voor de GHORdiaanse opleiding basiskennis GHOR (e-learning en webcolleges). Het brondocument basiskennis GHOR is bedoeld als een soort van naslagwerk.

Om in deze behoefte te voorzien is besloten om dit brondocument te ontwikkelen. Het document is ontwikkeld door de GHOR Academie van het IFV in samenwerking met een werk- en meeleesgroep met vertegenwoordigers die waren aangemeld vanuit het GHOR-werkveld (zie bijlage 4 voor de samenstelling). De publicatie is goedgekeurd door het cluster Veiligheid van GGD GHOR Nederland op 22 september 2016.

Doelgroep

Het brondocument is bedoeld als naslagwerk voor iedereen die zich een beeld wil vormen van de GHOR.

De informatie is in het bijzonder toegesneden op nieuwe medewerkers en operationele sleutelfunctionarissen van de GHOR, medewerkers uit de zorgsector met rampen en crises als aandachtsgebied en functionarissen van de multidisciplinaire partners (brandweer, politie en gemeenten). In principe is geen voorkennis over de sector nodig om deze publicatie te kunnen lezen en begrijpen. De sector kenmerkt zich echter wel door vele vaktermen, afkortingen en bijzondere arrangementen, die voor een buitenstaander op voorhand niet alle bekend zullen zijn.

Leeswijzer

In dit brondocument wordt de GHOR in algemene zin beschreven, op basis van landelijke richtlijnen en uitgangspunten. Het kan zijn dat de GHOR in uw eigen regio op onderdelen een andere inkleuring geeft aan bepaalde taken of rollen. In regionale documenten van uw eigen GHOR-bureau kunt u deze nadere invulling terugvinden.

Het brondocument bestaat uit drie hoofdblokken, gerangschikt “van breed naar smal”. In het eerste hoofdstuk wordt in den brede beschreven hoe de risico- en crisisbeheersing in Nederland is georganiseerd. In het tweede hoofdstuk wordt beschreven hoe – binnen dit stelsel van risico- en crisisbeheersing – de gezondheidszorg is gepositioneerd. In het derde hoofdstuk wordt beschreven waarvoor de overheidsorganisatie GHOR – binnen het stelsel van risico- en crisisbeheersing en binnen de gezondheidszorg – verantwoordelijk is. Het document beschrijft de actuele stand van zaken anno 2017, maar behandelt tevens in aparte kadertjes diverse (verwachte) ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zijn niet in beton gegoten. Het doel is om de lezer bekend te maken met actuele discussies over de reikwijdte en taakopvattingen binnen het vakgebied, evenwel zonder dat het eindbeeld op alle punten al volledig duidelijk is. In de bijlagen wordt de wetgeving beschreven en worden afkortingen en begrippen gedefinieerd.

1 Risico- en crisisbeheersing

1.1 Rampen en crises

Veiligheid en gezondheid zijn voor de mens een groot goed. Zij behoren tot de meest basale levensbehoeften. Het waarborgen van veiligheid en gezondheid behoort dan ook tot de belangrijkste kerntaken van de overheid, met de grootste uitgavenposten. In onze samenleving hebben we continu te maken met risico's waardoor de veiligheid en gezondheid in meer of mindere mate in gevaar kunnen komen. Gevaar kan komen van dagelijks voorkomende incidenten, zoals (verkeers-)ongevallen en branden, maar ook van minder vaak voorkomende grootschalige incidenten. Deze worden aangeduid als "rampen" en "crises", termen die een wettelijke definitie hebben.

Wettelijke definities¹

Ramp: een zwaar ongeval of een andere gebeurtenis waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate zijn geschaad of worden bedreigd, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten of organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken.

Crisis: Een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast.

Met het "klassieke" begrip rampen (en zware ongevallen) wordt bedoeld op grootschalige incidenten waarvan de bron en de acute effecten duidelijk te identificeren zijn en die beperkt zijn in tijd en plaats. Bij een ramp is sprake van een plotselinge overgang van de normale situatie naar een abnormale situatie. Voorbeelden hiervan zijn grote branden, incidenten met gevaarlijke stoffen (bijvoorbeeld een explosie of vrijkomen van een giftige stof), spoorwegongevallen, luchtvaartongevallen, kettingbotsingen, natuurbranden, kernongevallen en paniek in menigten (bijvoorbeeld tijdens een grootschalig evenement).

Door voortschrijdende maatschappelijke en technologische ontwikkelingen wordt onze samenleving steeds complexer. Afhankelijkheid van technologie en onderlinge afhankelijkheden tussen sectoren maken ons kwetsbaarder voor uitval en verstoringen. Door de jaren heen is dan ook zichtbaar geworden dat zich nieuwe fenomenen aandienen die niet binnen het kader van de "klassieke" rampenbestrijding vallen, maar wel om grootschalige en coördineerde inzet vragen. Daarom wordt in Nederland naast rampenbestrijding ook gesproken over crisisbeheersing. Ook bij een crisis kan de veiligheid en gezondheid van de samenleving in gevaar komen. Anders dan bij een ramp, gaat het bij een crisis meestal niet om één gebeurtenis, maar om een serie gebeurtenissen die in de tijd gespreid kunnen zijn. De oorsprong is vaak diffuser dan bij een ramp of zwaar ongeval en er kunnen meerdere factoren in het spel zijn. Er zal dus veelal geen sprake van een plotselinge en duidelijk gemarkeerde overgang van de normale situatie naar een abnormale situatie. Bovendien moeten er "vitale belangen van de samenleving" in het geding zijn.²

¹ Wet veiligheidsregio's, paragraaf 1 Algemene bepalingen, artikel 1.

² Wet veiligheidsregio's, Memorie van Toelichting.

De nationaal gedefinieerde vitale belangen zijn:

- > territoriale veiligheid: het ongestoord functioneren van Nederland als onafhankelijke staat in brede zin, dan wel de territoriale integriteit in enge zin
- > fysieke veiligheid: het ongestoord functioneren van de mens in Nederland en zijn omgeving ³
- > economische veiligheid: het ongestoord functioneren van Nederland als een effectieve en efficiënte economie;
- > ecologische veiligheid: het ongestoord blijven voortbestaan van de natuurlijke leefomgeving in en nabij Nederland
- > sociale en politieke stabiliteit: het ongestoorde voortbestaan van een maatschappelijk klimaat waarin individuen ongestoord kunnen functioneren en groepen mensen goed met elkaar kunnen samenleven binnen de verworvenheden van de Nederlandse democratische rechtstaat en daarin gedeelde waarden ⁴

Op regionaal niveau wordt in aanvulling hierop nog een zesde vitaal belang gehanteerd:

- > veiligheid van cultureel erfgoed: het ongestoorde voortbestaan van materiële sporen of getuigenissen uit het verleden in het heden die de samenleving om redenen van o.a. collectieve herinnering en identiteitsbehoud dan wel identiteitsvorming van belang acht om te bewaren, te onderzoeken, te presenteren en over te informeren.⁵

Een crisis heeft gevolgen voor één of meer van deze vitale belangen van de samenleving. In veel gevallen is dit de fysieke veiligheid (het primaire werkgebied van de veiligheidsregio en de GHOR, waarover later meer), maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. Een belangrijk kenmerk van crises is tevens dat vaak hele andere organisaties in beeld komen dan de traditionele hulpdiensten (brandweer, politie, ambulancezorg). Te denken valt aan de drinkwaterbedrijven, leveranciers van gas/elektra, de telecomsector, Rijkswaterstaat, de waterschappen, ProRail en Defensie. Deze worden ook wel aangeduid als de “vitale sectoren”.

Voorbeelden van crises zijn griep пандemie, grootschalige dierziekte-uitbraken, langdurige uitval van nutsvoorzieningen, verstoring van de zorgcontinuïteit, grootschalige ordeverstoringen en maatschappelijke onrust (bijvoorbeeld door een grootschalige zedenzaak). De dreiging van crises beperkt zich nadrukkelijk niet tot Nederland zelf. Vanuit internationaal perspectief zijn voorbeelden van crises een langdurig “kritiek” terroristisch dreigingsniveau, vluchtelingen- en migrantenstromen en gespannen geopolitieke verhoudingen.

Overigens kunnen natuurlijk ook “traditionele” rampen een internationaal of grensoverschrijdend karakter hebben.

³ In het kader van nationale veiligheid wordt voor het vitale belang “fysieke veiligheid” ook “publieke gezondheid” als synoniem gebruikt. Normaliter zijn dit duidelijk te onderscheiden vakgebieden van respectievelijk de veiligheidsregio en de GGD. Als “vitaal belang van de samenleving” komen ze echter op hetzelfde neer: het beschermen van het leven en de gezondheid van de bevolking.

⁴ Leidraad Nationaal Veiligheidsprofiel, werkdocument februari 2016.

⁵ Handreiking Regionaal Risicoprofiel, 2009. Ook voor het Nationaal Veiligheidsprofiel wordt de toevoeging van cultureel erfgoed anno 2016 overwogen.

Het onderscheid tussen ramp en crisis is niet keihard. Diverse soorten dreigingen zouden zowel onder de ene als onder de andere definitie gevat kunnen worden. In veel gevallen is een acute, aanwijsbare situatie (ramp) de aanleiding voor een langdurige, minder afgebakende crisissituatie. Denk bijvoorbeeld aan overstromingen (evacuatie, langdurige opvang, herbouw) en extreem weer (vaak directe oorzaak van uitval van nutsvoorzieningen). Incidenten in het verleden hebben aangetoond dat na de acute fase van hulpverlening vaak een langdurige fase volgt van nazorg, herstel en publiek debat. Dit wordt ook wel aangeduid als “de ramp na de ramp”.

Ontwikkeling: accentverschuiving van ramp naar crisis

Het belang van het onderscheid was (bij de invoering van de Wet veiligheidsregio's) om de klassieke rampenbestrijding te verbreden naar hele andere vormen van crisisbeheersing. Voor de feitelijke afhandeling van een incident is het niet nodig om een strikt onderscheid tussen ramp en crisis te hanteren. De wet maakt geen onderscheid in algemene bevoegdheden voor de ene of andere situatie. De officiële “rampverklaring” (om een beroep te kunnen doen op specifieke wettelijke bevoegdheden en het rampenfonds) is bijvoorbeeld al vele jaren geleden afgeschaft. Toch is het belangrijk om aandacht te houden voor de accentverschuiving die aanleiding was tot het onderscheid. Bij de klassieke rampenbestrijding ligt de nadruk op snelle en vakkundige samenwerking tussen de hulpdiensten op een veelal duidelijk afgebakend rampterrein en eventueel een aanwijsbaar effectgebied. Bij crisisbeheersing komen hele andere organisaties in beeld met hun eigen bevoegdheden. Het lokale openbaar bestuur en de hulpdiensten krijgen dan ineens te maken met andere vormen van samenwerking en andere soorten bestuurlijke afwegingen. Dit vraagt aanvullende competenties en andere soorten samenwerkingsafspraken. Deze accentverschuiving is al diverse jaren het brandpunt van vele beleidsinspanningen, zoals de convenanten met de vitale sectoren, maar is zeker nog niet afgerond. Onderdeel van deze accentverschuiving is tevens een toenemende overlap tussen fysieke veiligheid en sociale veiligheid. Door de bredere focus op verschillende soorten crises, komen naast fysieke impacts nadrukkelijk ook sociale gevolgen in beeld. Voor de GHOR is dit extra relevant vanwege de nauwe samenwerking met de GGD op het gebied van Publieke Gezondheid.



Naast de begrippen ramp en crises kan er ook nog sprake zijn van buitengewone omstandigheden.

Buitengewone omstandigheden: er is sprake van buitengewone omstandigheden als een vitaal belang wordt bedreigd en de normale bevoegdheden ontoereikend zijn om deze dreiging aan te pakken.⁶

Buitengewone omstandigheden kunnen alleen door de Minister-President van toepassing worden verklaard. In dat geval kan speciale noodwetgeving in werking treden. Het Kabinet neemt direct de leiding en kan via de Commissarissen van de Koning en via zogenaamde Rijksheren (zoals de Inspecteurs van diverse rijksdiensten) aanwijzingen geven aan lagere overheden. Bij buitengewone omstandigheden kan bijvoorbeeld worden gedacht aan schendingen van het grondgebied en oorlogshandelingen.

Voor het geheel van rampen, crises en buitengewone omstandigheden wordt ook wel de term “**opgeschaalde situatie**” gehanteerd. Deze term is afgeleid van de noodzaak om onder dergelijke omstandigheden op te schalen. Het doel van opschaling (en afschaling) is om steeds zoveel mogelijk de juiste hoeveelheid bestrijdingspotentieel (mensen en middelen) beschikbaar te hebben om een grootschalig incident optimaal te bestrijden.⁷

1.2 Risico- en crisisbeheersing

Het vakgebied dat zich richt op rampen en crises wordt ook wel aangeduid als risicobeheersing en crisisbeheersing. De overheid richt zich niet alleen op (het voorbereiden van) het operationele optreden ten tijde van een ramp of crisis, maar ook op het voorkomen en beperken van risico's. Voorkomen is immers beter dan genezen. Dit denken is vervat in de zogenaamde “veiligheidsketen”, die bestaat uit vijf fasen of schakels:

- > Pro-actie zorgt ervoor dat het thema veiligheid vroegtijdig op de agenda komt, bijvoorbeeld bij ruimtelijke ontwikkelingen en aanvragen milieuvergunningen zodat onveilige situaties zoveel mogelijk structureel worden voorkomen.
- > Preventie betreft de zorg voor het voorkomen van (directe oorzaken) van onveiligheid en het zoveel mogelijk beperken en beheersen van gevolgen van eventuele inbreuken op die veiligheid.
- > Preparatie richt zich op de voorbereiding op de te nemen acties bij branden, rampen, crises en zware ongevallen.
- > Repressie betreft het daadwerkelijke optreden van de hulpdiensten ten tijde van een incident.
- > Nazorg is, in de breedste zin, alles wat er aan bijdraagt om zo spoedig mogelijk het herstel van de oude situatie te bewerkstelligen, zoals schadeherstel, opvang en psychosociale zorg bij getroffen en.⁸

⁶ Wet veiligheidsregio's, Memorie van Toelichting.

⁷ Basisvereisten crisismanagement, Landelijk Beraad Crisisbeheersing, 2006, p.37.

⁸ Wet veiligheidsregio's, Memorie van Toelichting.

Ontwikkeling: veiligheidsketen

Aan het begin van het millennium zijn de vijf schakels van de veiligheidsketen in het hele veld ingeburgerd geraakt. In de Memorie van Toelichting bij de Wet veiligheidsregio's is dit bestendigd. Recent maakt de veiligheidsketen steeds vaker plaats voor een vereenvoudigd model van risicobeheersing (pro-actie en preventie), crisisbeheersing (preparatie en repressie) en herstel (als alternatief begrip voor nazorg, omdat nazorg te vaak wordt uitgelegd als psychosociale nazorg). Risico-inventarisatie en risicoanalyse (tezamen aangeduid als het regionaal risicoprofiel) wordt vaak gezien als extra initiële fase of schakel, die de andere fasen voedt met informatie. In tegenstelling tot de begrippen rampenbestrijding en crisisbeheersing, is het begrip risicobeheersing als zodanig niet wettelijk gedefinieerd. Wel beschrijft de Wet veiligheidsregio's een aantal vormen van advies over het voorkomen en beperken van risico's, die de risicobeheersing afbakenen.

1.3 Algemene wettelijke verantwoordelijkheden

De (voorbereiding op) crisisbeheersing en rampenbestrijding is opgedragen aan de diensten die ook verantwoordelijk zijn voor de reguliere, dagelijkse veiligheidszorg. Deze worden ook wel aangeduid als de “vier kolommen” en als de “multidisciplinaire partners”:

- > brandweer (rood)
- > gezondheidszorg (wit)
- > politie (blauw)
- > bevolkingszorg door gemeenten (oranje)

Het algemene stelsel van wettelijke verantwoordelijkheden is vastgelegd in de Wet veiligheidsregio's (WVR). In de zogenaamde “gedecentraliseerde eenheidsstaat” van Nederland zijn bevoegdheden zoveel mogelijk op lokaal niveau neergelegd. Zo ook in dit geval: de colleges van Burgemeester & Wethouders van alle gemeenten worden in de WVR verantwoordelijk gesteld voor de crisisbeheersing en rampenbestrijding. Voor de uitvoering van hun taken zijn de gemeenten verplicht om samen te werken in 25 regio's, de zogenaamde veiligheidsregio's. Namens de gemeenten hebben de burgemeesters zitting in het bestuur van de veiligheidsregio's. Ten tijde van een ramp of crisis op gemeentelijke schaal heeft de burgemeester het “opperbevel” over het optreden. Dit houdt in dat de burgemeester eindverantwoordelijk is voor het optreden en waar nodig gebruik kan maken van speciale noodbevoegdheden. In het geval van een ramp of crisis die de lokale schaal overstijgt, berusten het opperbevel en de noodbevoegdheden bij de voorzitter van de veiligheidsregio, d.w.z. de burgemeester van de bij wet aangewezen (centrum)gemeente.

Aan de veiligheidsregio is (de voorbereiding op) de crisisbeheersing en rampenbestrijding opgedragen, alsmede een aantal adviestaken op het gebied van risicobeheersing (primair ter advisering van gemeenten en provincies). De organisatie van de veiligheidsregio omvat de brandweer en de GHOR.⁹ In het geval van de “rode kolom” is de gehele organisatie van de brandweer onderdeel van de veiligheidsregio. In het geval van de “witte kolom” is uitsluitend het coördinatiepunt onderdeel van de organisatie veiligheidsregio: het GHOR-bureau. De zorgorganisaties die de feitelijke geneeskundige hulpverlening verzorgen zijn geen onderdeel van de veiligheidsregio, maar hun verantwoordelijkheid voor crisisbeheersing en rampenbestrijding is wel (o.a.) in de WVR vastgelegd. Hierover meer in het volgende hoofdstuk.

⁹ Anno 2016 omvat de veiligheidsregio tevens de gemeenschappelijke meldkamer van brandweer, ambulancezorg en politie. Dit gaat echter wijzigen. Een Landelijke Meldkamerorganisatie (LMO) met 10 locaties is in de maak.

2 De geneeskundige keten

2.1 Zorg onder alle omstandigheden

2.1.1 Geneeskundige hulpverlening

De rampenbestrijding en crisisbeheersing wordt in Nederland uitgevoerd door de organisaties die ook regulier verantwoordelijk zijn voor veiligheid en gezondheid. De “witte kolom” – meer accuraat ook wel aangeduid als de geneeskundige keten¹⁰ – bestaat uit veel zorgorganisaties die dagelijks geneeskundige hulp verlenen. Als je acute zorg nodig hebt, dan kun je terecht bij bijvoorbeeld de huisarts, huisartsenpost, ambulance zorg en de spoedeisende hulp afdeling van het ziekenhuis. Hiernaast leveren ook de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de Gemeentelijke/Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) vormen van acute en publieke gezondheidszorg. Al deze zorgorganisaties behandelen dagelijks patiënten en cliënten volgens de gebruikelijke procedures en protocollen. Maar wat als zich een ramp of crisis voordoet met veel slachtoffers en er ineens heel snel een grote inzet aan geneeskundige hulpverlening nodig is? In dat geval is het nodig om snel te kunnen “opschalen” om meer mensen (hulpverleners), en middelen te kunnen inzetten, zowel op het rampterrein als intern bij ziekenhuizen en zorginstellingen. Wettelijk wordt er in dat geval gesproken van “geneeskundige hulpverlening”.

Geneeskundige hulpverlening: geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing door daartoe aangesteld personeel, als onderdeel van een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines, door tussenkomst van een meldkamer¹¹.

Er is dan dus sprake van de gelijktijdige, grootschalige inzet van meerdere schakels van de geneeskundige keten en doorgaans ook van meerdere van de multidisciplinaire partners/hulpdiensten.

¹⁰ Geneeskundige keten is geen wettelijk begrip, maar wel ingeburgerd in de beleidspraktijk. De term “witte kolom” is minder accuraat, omdat “kolom” een hiërarchie suggereert terwijl de gezondheidszorg samenwerkt als een “keten”. Voorts wordt ook nog wel gesproken over de “monodisciplinaire partners”, ter onderscheid van de “multidisciplinaire partners” (brandweer, politie, gemeente). In de gezondheidszorg zelf wordt het begrip monodisciplinair in deze context niet goed herkend. In de Beleidsregels WTZi behorend bij deze wet is opgenomen dat ziekenhuizen zich dienen voor te bereiden op inzet in opgeschaalde situaties. Dit vereiste volgt ook uit de Wet Veiligheidsregio's, maar is in de Beleidsregels WTZi nader geconcretiseerd voor de ziekenhuizen. Zij moeten beschikken over een ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) en hiervoor opleiden, trainen en oefenen. Met de DPG stemmen zij hun werkwijze af. De (operationele) afspraken worden vastgelegd..

¹¹ Wet veiligheidsregio's, paragraaf 1 Algemene bepalingen, artikel 1.



2.1.2 Wettelijke verantwoordelijkheden

De daadwerkelijke uitvoering van de geneeskundige hulpverlening is en blijft steeds een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen en zorgverleners zelf. Ook bij rampen en crises zijn de algemene voorschriften voor kwaliteit van zorg van toepassing, zoals opgenomen in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Met andere woorden: de reguliere zorg (zorginstellingen en zorgverleners) moet ook tijdens ramp- of crisissomstandigheden verantwoorde zorg leveren.¹²

Naast de algemene verplichting om verantwoorde zorg te leveren, is in de Beleidsregels WTZi specifiek voor de ziekenhuizen opgenomen dat zij zich dienen voor te bereiden op inzet in opgeschaalde situaties door het opstellen van een ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) en opleiden, trainen en oefenen. Voorts is in de WVR voor alle zorginstellingen en zorgaanbieders “die een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening” als verplichting opgenomen dat zij:

- > de nodige maatregelen treffen met het oog op hun taak en de voorbereiding daarop; en
- > met het bestuur van de veiligheidsregio schriftelijke afspraken maken over hun inzet en op de voorbereiding daarop.

¹² Wet veiligheidsregio's, Memorie van Toelichting. Beleidsregels WTZi, artikel 4.1.

2.1.3 Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO

Voor de mate van voorbereiding op rampen en crises is door de gezondheidszorg zelf het zogenaamde Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO (Opleiden, Trainen en Oefenen) 2.0 ontwikkeld. In dit kwaliteitskader zijn normen vastgelegd, die concretiseren hoe een instelling zich zou moeten voorbereiden. Het kwaliteitskader beschrijft normen voor de volgende aandachtsgebieden:

1. Crisisorganisatie
2. Crisisplan
3. Melding en alarmering
4. Op- en afschaling
5. Leiding en coördinatie
6. Informatiemanagement
7. Crisiscommunicatie
8. OTO planvorming en jaarplan
9. Vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen
10. Kwaliteitsborging van de OTO-activiteiten

Zorginstellingen kunnen door middel van een zelfevaluatie-instrument beoordelen in welke mate zij hun voorbereiding op orde hebben. Tevens worden binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ - zie paragraaf 2.5) afspraken gemaakt over intercollegiale visitaties.

Ontwikkeling: van rampenopvangplan (ROP) naar integraal crisisplan (ICP)
Ter voorbereiding op rampen is door de jaren heen een hele range aan zogenaamde rampenopvangplannen (ROP) ontwikkeld: voor het ziekenhuis (ZiROP), de GGD (GROP), de huisartsenzorg (HaROP). Een ROP is een plan waarin wordt beschreven hoe de instelling zich voorbereidt op de opvang van grotere aantallen slachtoffers. Met de verschuivende aandacht van de "klassieke" ramp naar crises, wordt inmiddels door alle partijen de omslag gemaakt van rampenopvangplan naar integraal crisisplan. Een dergelijk crisisplan geeft een generieke beschrijving van de crisisorganisatie van een zorginstelling tijdens zowel rampen als crises. Het bevat afspraken over structuren, processen en taken/bevoegdheden van de betrokken medewerkers zowel intern als met relevante ketenpartners. Een integraal crisisplan legt het verband tussen rampenopvang, continuïteitsplannen en interne noodplannen (brand, ontruiming). Als basis voor een crisisplan wordt eerst een risicoanalyse gedaan, zodat elke zorgorganisatie zicht heeft op de interne en externe bedreigingen en de voorbereiding daarop kan prioriteren.

2.1.4 Geneeskundige ketenpartners

De genoemde wettelijke verplichtingen zijn van toepassing op de volgende geneeskundige ketenpartners:

- > Instellingen als bedoeld in de WTZi
 - ziekenhuizen
 - de 11 ziekenhuizen met een aanwijzing als traumacentrum
 - de huisartsenposten
 - de Geestelijke Gezondheidszorg
- > Zorgaanbieders als bedoeld in de Wet BIG
 - de huisartsen
- > de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV), inclusief de Meldkamer Ambulancezorg (MKA)
- > de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD)

In aanvulling hierop kunnen tevens vormen van geneeskundige hulpverlening, bijstand en advies worden verzorgd door:

- > het Nederlandse Rode Kruis: noodhulpteams voor lichtgewonde slachtoffers
- > Defensie: ambulancebijstand onder buitengewone omstandigheden
- > Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): advies en specialistische taken binnen de publieke gezondheid

De verplichtingen van de WVR zijn echter niet op deze instanties van toepassing, omdat zij geen reguliere zorgorganisaties zijn.

Voorts zijn er vele soorten zorgorganisaties/-instellingen die in verschillende vormen zorg leveren aan cliënten en deze onder alle omstandigheden, waaronder ook bij rampen en crises, verantwoord moeten kunnen continueren. Dit zijn:

- > verpleeg- en verzorgingstehuizen;
- > gehandicaptenzorg
- > thuiszorgorganisaties
- > apotheken
- > verloskundige zorg

Zij vallen niet onder de wettelijke definitie van “geneeskundige hulpverlening” (aan slachtoffers van rampen en crises), maar hebben wel cliënten in zorg die er van op aan moeten kunnen dat ze ook goede zorg krijgen bij bijvoorbeeld een grieppandemie of langdurige uitval van nutsvoorzieningen. Op grond van de algemene bepalingen van de WTZi, Wkkgz en Wet BIG kan worden verwacht dat zij hun zorgcontinuïteit voorbereiden.

Alle genoemde ketenpartners zijn betrokken bij twee hoofdprocessen van geneeskundige hulpverlening, acute zorg en publieke gezondheidszorg, alsmede bij het waarborgen van zorgcontinuïteit. Deze processen worden in de volgende paragrafen toegelicht.

2.2 Acute zorg

2.2.1 Deelprocessen

Op het rampterrein heeft de geneeskundige hulpverlening te maken met verschillende soorten slachtoffers van lichamelijk zwaargewonde slachtoffers tot lichtgewond of mensen die bijvoorbeeld last hebben van psychische klachten door wat zij bij een incident hebben gezien en meegemaakt. Er zijn richtlijnen en RAV-procedures voor het triëren, behandelen en vervoeren van slachtoffers ten tijde van een ramp/crisis. Hieronder volgt een korte uitleg hierover.

Triage

De lichamelijk gewonde slachtoffers worden bij aankomst door de ambulancevoorziening zoals dat heet getrieerd. Op basis van de (zichtbare) lichamelijke toestand van het slachtoffer wordt het slachtoffer in een triage klasse (T1 t/m T3) geplaatst. De triage klasse kan veranderen als het slachtoffer verslechtert of verbetert, daarom wordt er ook aan hertriage gedaan. Het triage proces is eigenlijk een continu proces, de slachtoffers worden continu gemonitord.

Behandeling

Het is de bedoeling dat slachtoffers zo snel mogelijk door de hulpverleningsdiensten van het brongebied worden afgevoerd naar ziekenhuizen. Dit gebeurt volgens een vaste structuur om ieder slachtoffer zo goed mogelijk te helpen en het proces zo snel mogelijk en gestructureerd te laten verlopen. De zogeheten T1 (zwaargewond) en T2 (gewond) slachtoffers worden indien nodig op het brongebied (op de plek waar zij op dat moment zijn of op een aangewezen locatie; de gewondenverzamelplaats) gestabiliseerd en zo snel mogelijk vervoerd met de ambulance naar een ziekenhuis. Voor de T3 (lichtgewond of betrokkene) slachtoffers wordt een verzorglocatie ingericht, waar zij verzorging en, indien nodig, medische hulp krijgen. Zelfredzame slachtoffers zullen vaak op eigen gelegenheid van het plaats incident weggaan en dan zelf naar de huisarts of spoedeisende hulp gaan.

Vervoer

Zoals hierboven al benoemd is het bij vervoer van slachtoffers heel belangrijk dat dit gestructureerd verloopt. De MKA, ambulance en ziekenhuizen werken hier nauw in samen waarbij de MKA, en dan met name de taakverantwoordelijke transport, de spin in het web is. Deze heeft contact met de ambulance die het slachtoffer vervoert en ook met het ziekenhuis waar het slachtoffer naar toe wordt gebracht. Op de MKA weet men op basis van het gewondenspreidingsplan hoeveel plekken er bij welke ziekenhuizen beschikbaar zijn voor verschillende soorten slachtoffers en maakt hier een verdeling in.

Ontwikkeling: Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB)

In januari 2016 is het model van Grootschalige Geneeskundige Bijstand (GGB) ingevoerd. Dit model sluit aan op de procedure van RAV's voorbereid (hierin wordt beschreven hoe de RAV zich voorbereid op grootschalige inzet van ambulancezorg). Het GGB model zorgt tijdens crisissituaties voor een grotere slagkracht in de geneeskundige hulpverlening, door zoveel mogelijk aan te sluiten bij de reguliere hulpverleningsprocessen. Naast de maximale inzet van de capaciteit van de reguliere zorg (ambulancebijstand), wordt binnen het model ook gebruik gemaakt van vrijwilligers in georganiseerd verband. Het GGB model bestaat uit 4 integrale onderdelen:

Adequaat opgeschaalde ambulancezorg van de regionale Ambulancevoorzieningen met ondersteuning van mobiel medische teams (MMT's) (RAV's en Traumacentra) (richten zich voornamelijk op de T1 en T2 slachtoffers),

Noodhulpteams van het Rode Kruis (dit zijn vrijwilligers die zich richten op de opvang van T3 slachtoffers), Aanvullende logistieke middelen vanuit het Instituut Fysieke Veiligheid (IFV), Regie en coördinatie vanuit de GHOR en borging van de ketenkwaliteit.

Op de MKA wordt er gewerkt met landelijk vastgestelde codes voor inzet van hoeveelheid (en wat voor) capaciteit die nodig is bij een bepaalde ramp/crisis (omvang). GGB wordt ingezet vanaf code 30 (dat betekent 30 slachtoffers of meer). De basis voor het ontwikkelen van het GGB model is een incident met 250 slachtoffers met mechanisch letsel.

Intramurale zorg

De (T1/T2) slachtoffers worden op basis van het gewondenspreidingsplan gespreid over de verschillende afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) van de ziekenhuizen. Doorgaans wordt niet vervoerd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, omdat daar veel directe aanloop van slachtoffers te verwachten valt. Indien nodig wordt ook het nationaal calamiteitenhospitaal in Utrecht geactiveerd voor patiënten opvang. De ziekenhuizen krijgen via de meldkamer of de GHOR een voorwaarschuwing dat ze een grote patiëntenstroom kunnen verwachten, zodat ze tijdig intern kunnen opschalen. Binnen het ziekenhuis doorlopen de slachtoffers de reguliere behandelingen van SEH, OK, IC/CCU etc.

Slachtofferregistratie

Tijdens een ramp/crisis met veel slachtoffers is het voor de geneeskundige hulpverlening belangrijk om goed aan te geven wat de triageklasse van een slachtoffer is en om de medische behandelgegevens te registreren (in het kader van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst /WGBO). Dit gebeurt door middel van de zogeheten gewondenkaart. Op deze kaart staat de triageklasse, informatie over de persoon (NAW gegevens), zijn/haar toestand en of deze al behandeld is. Niet alle slachtoffers zijn in staat om zelf deze informatie te geven, vandaar dat registratie zo belangrijk is. De GHOR heeft met verschillende (keten)partners afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie over slachtoffers. De GHOR is het loket voor het doorgeven van slachtofferinformatie. Hierbij is de GHOR afhankelijk van de ketenpartners en de gemaakte afspraken. Dit is per regio verschillend georganiseerd.

Slachtofferbeeld

Het slachtofferbeeld (aantal slachtoffers en verdeling in triageklassen) is vooral belangrijk t.b.v. de beeldvorming, de omvang van het slachtofferaantal te bepalen, de inzet van de geneeskundige hulpverlening te bepalen en voor multidisciplinaire partners. Daarnaast wordt het slachtofferbeeld ook gedeeld met de burgemeester, deze kan in een eventuele persconferentie hier informatie over geven. Het grote verschil met slachtofferregistratie is dat er bij een slachtofferbeeld geen informatie wordt gegeven die terug te leiden is naar individuele personen. Het gaat om een globaal beeld en niet over individuele slachtoffers.

Verwanteninformatie van slachtoffers

Voor verwanten van niet zelfredzame slachtoffers is het belangrijk om te weten waar een slachtoffer heen is gebracht. In Nederland kennen we SIS, ofwel Slachtoffer Informatie Systematiek. Dit systeem is opgezet om niet zelfredzame slachtoffers te registreren en om verwanten beter te kunnen informeren waar een familielid/kennis zich bevindt. SIS kan ingezet worden tijdens een ramp/crisis met veel slachtoffers. Bevolkingszorg is (als onderdeel van de gemeente) regionaal verantwoordelijk voor het SIS en bepaalt of het SIS opgestart wordt. De GHOR (het actiecentrum) levert t.b.v. het SIS bepaalde informatie aan over slachtoffers (enkel NAW-gegevens en welk ziekenhuis iemand ligt). Deze gegevens worden versleuteld verstuurd naar de backoffice van SIS. Bij de backoffice wordt alle informatie verzameld en wordt er gekeken of deze overeenkomt met meldingen die zijn binnen gekomen bij het frontoffice van SIS. Verwanten kunnen naar een opengesteld telefoonnummer van SIS bellen en opgeven wie zij zoeken als zij weten of denken dat een familielid/kennis betrokken is bij de ramp/crisis. Doordat de GHOR bepaalde bekende registratiegegevens van slachtoffers door geeft aan het SIS kan de frontoffice SIS, indien de informatie van de backoffice SIS overeenkomt met de gezochte persoon, informatie aan de verwanten geven over bijvoorbeeld in welk ziekenhuis een persoon ligt. Voor meer uitleg over SIS zie [deze link](#).

2.2.2 Acute zorgorganisaties

Binnen de geschetste keten van acute zorg zijn de volgende organisaties werkzaam.

Regionale Ambulance Voorziening (RAV)

De RAV is in Nederland verantwoordelijk voor de eerste acute zorg op locatie en het vervoer van slachtoffers naar een ziekenhuis. Ook in een opgeschaalde situatie is de RAV verantwoordelijk voor het (levensreddend) handelen en vervoeren van slachtoffers. Zij bereiden zich op verschillende manieren voor op incidenten met veel slachtoffers, maar ook op allerhande gezondheids crises en continuïteitsproblematiek. Dit is geborgd in “RAV’s voorbereid”. Voor meer informatie over RAV voorbereid [klik op deze link](#).



Meldkamer Ambulance (MKA)

De RAV is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie voor de ambulance zorg. De MKA is samen met partners van de andere meldkamers (Politie en Brandweer) verantwoordelijk voor de intake van meldingen, de alarmering van eenheden en sleutelfunctionarissen, het voeden van en het faciliteren van informatiemanagement en de communicatie over op- en afschaling. Zij zijn zeker ten tijde van een ramp/crisis de spin in het web als het gaat om het regisseren en coördineren van het slachtoffervervoer op afstand en overzicht behouden over de inzet van ambulances binnen de acute zorg. Hiervoor hebben zij in de voorbereiding afspraken met o.a. andere meldkamers, de rijdende dienst van de RAV en de GHOR gemaakt.

Ziekenhuizen

Ziekenhuizen bereiden zich o.a. voor op een ramp of crisis door het maken en onderhouden van een ZiROP (ziekenhuis rampen opvangplan). In dit ZiROP staat beschreven wat het ziekenhuis voor maatregelen neemt bij een grote toestroom van slachtoffers. Zij kunnen bijvoorbeeld de dagelijkse (geplande) zorg en operaties plat leggen waardoor er meer capaciteit beschikbaar is voor de grote toestroom van slachtoffers. Daarnaast registreren zij (medische) gegevens van patiënten die bij hen worden opgenomen. Ten tijde van een ramp/crisis kunnen zij aan de GHOR bepaalde patiëntgegevens leveren t.b.v. slachtofferinformatie. Meer informatie over ZiROP? Bekijk deze [videoclip](#)

Ziekenhuizen met aanwijzing als traumacentrum

De 11 traumacentra coördineren het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Zij hebben tevens een specialistische functie in de zorg voor multitrauma-patiënten. 4 van de traumacentra beschikken over een traumahelicopter, die dagelijks en bij opschaling kan worden ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Voorts beschikken twee traumacentra over een MMT-voertuig, waarmee zij onder bijzondere omstandigheden (zoals mist) aanvullende dekking bieden op de traumaheli's.

Huisartsen(posten)

Huisartsen kunnen ten tijde van een ramp/crisis ingezet worden op ingerichte behandellocaties. De Huisartsen maken hier van te voren afspraken over met de GHOR. Er bestaat ook een Huisartsen rampen opvangplan (HaROP), in dit plan staan samenwerkingsafspraken over de voorbereiding en organisatie van het optreden bij rampen/crises tussen huisartsen(posten) in een bepaalde regio. De rol van de huisartsenzorg bij rampen en crises is sterk afhankelijk van regionale afspraken. De landelijke handreiking GHOR voor de huisartsenzorg is hier te vinden.

2.3 Publieke Gezondheidszorg

De publieke gezondheidszorg omvat de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.¹³ Het stelsel van publieke gezondheidszorg is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) (zie bijlage wetgeving). Volgens deze wet zijn de colleges van B&W van de gemeenten verantwoordelijk voor publieke gezondheidszorg. Op grond van de WPG stellen de gemeenten gezamenlijk de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in, op dezelfde schaal als de 25 veiligheidsregio's. De GGD is ook ten tijde van rampen en crises verantwoordelijk voor het organiseren van publieke gezondheidszorg. De GGD kan in dergelijke situaties 4 opgeschaalde processen inzetten:

- > Infectieziektebestrijding (IZB)
- > Medisch milieukunde (MMK)
- > Psychosociale hulpverlening (PSH)
- > Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR)

De GGD beschrijft deze taakvelden in een eigen GGD-rampenopvangplan (GROP), dat is of wordt omgevormd tot een crisisplan GGD/PG. Het GROP heeft als doel om de GGD 24 uur per dag 7 dagen per week te kunnen laten opschalen en de taken t.b.v. de publieke gezondheid bij een ramp/crisis goed te kunnen uitvoeren. In het GROP staat beschreven hoe zij hier uitvoering aan geven, het omschrijft de aanpassing (proces) van de interne GGD organisatie vanaf begin van de melding bij een ramp/crisis tot de afronding van de inzet. Er zijn werkwijzen, taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en afspraken vastgelegd ten aanzien van de afstemming met partnerorganisaties.

Meer informatie over het GROP: [klik hier](#)

2.3.1 Infectieziektebestrijding (IZB)

De gezondheidszorg heeft een wettelijke meldingsplicht om een casus van (verdachte) infectieziekten door te geven aan de Directeur Publieke Gezondheid (DPG – zie paragraaf 3.3.1). Het opsporen van en beschermen tegen infectieziekte-uitbraken behoort tot de dagelijkse taken van de GGD en komt zeer veelvuldig voor. Als er echter sprake is van (de dreiging van) een grootschalige uitbraak van een infectieziekte, dan kan het proces grootschalige of opgeschaalde IZB worden gestart, waarbij in aanvulling op de reguliere taken van de GGD ook operationele leiding en ketencoördinatie door de GHOR wordt ingezet. Infectieziekten worden onderscheiden in verschillende klassen van afnemende ernst: A, B1, B2 en C.¹⁴ De GGD bereidt zich voor op al deze infectieziekten. Voor A-ziekten

¹³ Wet Publieke Gezondheid.

¹⁴ groep A: Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV), pokken, polio, severe acute respiratory syndrome (SARS), virale hemorrhagische koorts; groep B1: een humane infectie veroorzaakt door een dierlijk influenzavirus, difterie,

geldt dat tevens het bestuur van de veiligheidsregio een voorbereidingsplicht heeft, omdat deze kunnen leiden tot grootschalige verstoring en brede ketensamenwerking vragen.

Bij de melding van een infectieziekte beoordeelt de arts infectieziektebestrijding van de GGD het besmettingsgevaar en of er maatregelen genomen moeten worden om de volksgezondheid te beschermen. Als het proces grootschalige IZB moet worden geactiveerd wordt een procesleider IZB opgeroepen (dit kan ook de arts IZB zijn). Deze procesleider neemt de leiding over de uitvoering van het proces. Bij een dergelijke inzet van het deelproces IZB zijn de primaire taken van de GGD:

- > Bron- en contactopsporing
- > Het nemen van quarantaine- en isolatiemaatregelen (aanwijzen hiervan op verzoek openbaar bestuur)
- > Vaccineren
- > Behandeling met medicijnen om ziekte te voorkomen
- > Het adviseren/nemen van hygiënemaatregelen

Het deelproces IZB heeft naast eigen expertise ook contacten met het RIVM om advies in te kunnen winnen over specifieke (vermoedelijke) infectieziekten en internationale verspreiding. De GGD meldt de infectieziekte daarom bij het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. In het geval van een A-infectieziekte neemt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de verantwoordelijkheid voor de bestrijding op zich. Deze kan waar nodig opdrachten geven aan de voorzitter van de veiligheidsregio en aan de DPG. Voor meer informatie over IZB bij RIVM [klik hier](#).

2.3.2 Medische Milieukunde (MMK)

De Medische Milieukunde is een dagelijkse, reguliere taak van de GGD. Het werkveld van MMK is de relatie tussen milieufactoren in de leefomgeving en de gezondheid. MMK richt zich op de risico's van langdurige blootstellingen, maar ook op acute situaties. Het deelproces opgeschaalde MMK wordt ingezet bij incidenten met gevaarlijke stoffen, ook wel aangeduid als CBRN: Chemisch, Biologisch, Radiologisch en Nucleair. Voor dergelijke acute situaties beschikt de GGD over een Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS). De GAGS geeft advies over de mogelijke gezondheidseffecten van blootstelling aan gevaarlijke stoffen en het (medische) handelingsperspectief. De GAGS geeft ook advies over hoe er het beste gehandeld kan worden door hulpverleners (met betrekking tot ontsmetting slachtoffers en eigen veiligheid) en omstanders (informatie voor publiek). De GAGS is speciaal opgeleid om tijdens een ramp/crisis inzicht te geven in de gezondheidsrisico's van een gevaarlijke stof aan de GHOR (vaak aan DPG of ACGZ) of bestuurders te adviseren over de gevolgen, risico's en te nemen maatregelen (op/afschalen) op korte en lange termijn.

2.3.3 Psychosociale Hulpverlening (PSH)

Dit deelproces wordt opgestart als er bijvoorbeeld bij een ramp/crisis slachtoffers zijn met psychische klachten of dat de inschatting is dat er klachten dreigen te ontstaan door de impact van de gebeurtenis. Hulpverleners kunnen soms al in de acute fase ondersteuning bieden op het gebied van psychosociale hulpverlening. Het proces psychosociale hulpverlening loopt vaak nog door, als de acute fase van de ramp/crisis al is afgelopen. De GGD heeft contacten met diverse partners o.a. slachtofferhulp, GGZ, maatschappelijk werk

pest, rabies, tuberculose; *groep B2*: buiktyfus (typhoid fever), cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie, voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron; *groep C*: de krachtens artikel 19 WPG aangewezen infectieziekten;

die experts kunnen leveren voor deze ondersteuning. Het deelproces PSH is er in opgeschaalde situatie op gericht om het herstel van het psychisch evenwicht van de getroffen en de benodigde zorg zo snel mogelijk onder te brengen in reguliere trajecten. De GGD heeft hierbij een coördinerende rol en zorgt voor afstemming met o.a. de bovengenoemde organisaties. Hiervoor kan een kernteam PSH worden ingericht (onderdeel deelproces PSH).



Ontwikkeling: rol GHOR in zorgcontinuïteit

Er is sprake van toegenomen maatschappelijke aandacht voor crises en (kleinschalige) incidenten. Een actuele ontwikkeling voor het PSH-proces is dat de transities bij gemeenten veelal vragen om heroriëntatie van de rol van de GGD daarbinnen. Naar verwachting leidt dit tot aanpassingen van de PSH-taken. Ook wordt de GGD steeds vaker betrokken bij onder meer zedenincidenten, calamiteiten op scholen en bij sociale en maatschappelijke onrust. De GGD-functionarissen die werkzaam zijn in de psychosociale hulpverlening worden steeds breder ingezet. Verandering van rol betekent dat de GGD afspraken zal herzien – met gemeenten en met bestaande en nieuwe ketenpartners, zowel in het sociaal domein als in het veiligheidsdomein. Dit kan per regio en/of gemeente verschillen. De GGD moet borgen dat maatwerk en flexibele inzet van voldoende en voldoende gekwalificeerde medewerkers mogelijk wordt en blijft. Het tekort aan specialisten op het terrein van infectieziekten en MMK zal ook hier waarschijnlijk problemen geven. Voor het gezondheidsonderzoek of het monitoren na calamiteiten is aansluiting op ontwikkelingen rondom de beschikbaarheid van data te verwachten. (zie document 'publieke gezondheid borgen' H3, GGD GHOR NL- maart 2016)

2.3.4 Gezondheidsonderzoek na Rampen (GOR)

Als er bij een ramp/crisis gezondheidsrisico's op lange termijn kunnen zijn, kan een gezondheidsonderzoek worden opgestart. Door een zelfde onderzoek op een later tijdstip te herhalen, kunnen effecten van een ramp/crisis op de gezondheid worden nagegaan. Uit de onderzoeken kunnen eventuele punten komen die opgepakt moeten worden of om vervolgonderzoek vragen in een regio. Ook kan zo'n onderzoek veel inzicht geven in leerpunten voor als er in de toekomst een soortgelijke ramp of crisis zich zou voor doen. In sommige gevallen kan het zelfs leiden tot een aanpassing van procedures en/of (werk)processen. De procesleider GOR kan de GGD/GHOR adviseren om eventueel

onderzoek uit te voeren en in welke vorm dit dan het beste kan. De procesleider is tevens verantwoordelijk voor het rapporteren over de voortgang van een dergelijk onderzoek, draagt zorg voor afstemming m.b.t. inzet en ondersteuning van het onderzoek en coördineert de uitvoering van een gezondheidsonderzoek. Ook hierbij kan het RIVM adviseren over het al dan niet opstarten van een onderzoek.

2.4 Zorgcontinuïteit

Alle zorginstellingen zijn verplicht tot het leveren van verantwoorde zorg onder alle omstandigheden, zo ook in het geval van verstoring van de zorgcontinuïteit. Dergelijke verstoringen kunnen voortkomen uit een of meerdere van de zogenaamde 7 disbalansen:

1. Sluiting van (delen van) de locatie
2. Groot aanbod van cliënten
3. Verplaatsen van cliënten
4. Tekort aan personeel
5. Uitval nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen
6. Logistieke stagnatie
7. Uitbraak infectieziekten

Van zorginstellingen wordt verwacht dat zij een continuïteitsplan ontwikkelen, al dan niet als onderdeel van een integraal crisisplan of een proces van Business Continuity Management (BCM).

Ontwikkeling: zorgcontinuïteit

De zorgketen en met name de zorginstellingen staan sinds de nieuwe wetgeving rondom zorgverlening (2015), voor grotere uitdagingen en krijgen te maken met zwaardere zorgvragers en zorgtaken. Dit heeft invloed op de zorgcontinuïteit van de zorgaanbieders en instellingen. Zeker als men naar de wettelijke taak kijkt waarin de zorgorganisaties onder elke omstandigheid verantwoordelijk zijn voor het leveren van goede en verantwoorde zorg. Dit werkt ook door in het verlenen van zorg ten tijde van een ramp/crisis. Aan de GHOR de uitdaging hoe zij hier de zorgorganisaties in ondersteunen en nog belangrijker, adviseren. De GHOR houdt zich volop bezig met vragen als waar liggen nu de grootste risico's m.b.t. de zorgorganisaties en hoe brengen we de keten op bovenstaande onderwerpen nog meer bij elkaar? Wat kan de GHOR hierin betekenen? Naast de wettelijke taken van de GHOR m.b.t. zorgaanbieders zal de GHOR zich steeds meer gaan bezighouden met advisering van dergelijke zaken aan zorgorganisaties. Hierdoor krijgt de GHOR ook een beter overzicht en inzicht in de (on)mogelijkheden van de zorgorganisaties en kan waar nodig in de voorbereiding op rampen/crisissen (op afstand) eerder adviseren en/of ingrijpen. Een ander vraagstuk voor de GHOR is hoe om te gaan met de kwetsbare doelgroepen van de bevolking van mensen die langer thuis blijven wonen. Hoe krijgt de GHOR via de geneeskundige keten deze in de voorbereiding en ten tijde van een ramp/crisis snel en overzichtelijk in beeld? Dit complexe vraagstuk zal in de toekomst een belangrijk aandachtspunt voor de GHOR zijn. De GHOR zal zich in de toekomst steeds meer profileren als netwerkorganisatie die expertise heeft op het gebied van zorgcontinuïteit, hierin mee kan denken en verbinding weet te leggen tussen verschillende organisaties binnen de geneeskundige keten. De GHOR zal zich in de toekomst dus nog meer moeten profileren in de care sector om zichtbaar te zijn voor dergelijke organisaties. (zie voor meer informatie het document 'Herijking visie op zorgcontinuïteit' GHOR NL- maart 2014).

2.5 Ketensamenwerking

Het doel van de voorbereiding op rampen en crises is enerzijds dat individuele zorginstellingen en zorgaanbieders adequaat kunnen optreden en anderzijds dat zij als één

samenhangende keten kunnen optreden. Ketensamenwerking staat daarom centraal. De keten van de acute zorg is georganiseerd via het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Het doel van het ROAZ is: ervoor zorgdragen dat de patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk de best beschikbare kwaliteit van zorg ontvangt op de juiste plaats, in zowel dagelijkse als opgeschaalde situaties. Daartoe wordt het acute zorgaanbod in de regio in kaart gebracht, worden eventuele bereikbaarheidsproblemen geïdentificeerd en worden oplossingsmogelijkheden gezocht.

Nederland is ingedeeld in 11 traumaregio's. Deze gebieden zijn groter dan de 25 veiligheidsregio's en zijn ook in veel gevallen niet territoriaal congruent aan de buitengrenzen van de veiligheidsregio's. De "ziekenhuizen met aanwijzing traumacentrum" treden op als organisator van het ROAZ. Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten nemen op grond van de WTZi deel aan dit overleg.

Het ROAZ is een belangrijke plek voor het bespreken van de samenwerking, ook voor opgeschaalde omstandigheden. De deelname aan het ROAZ door de Directeur Publieke Gezondheid (zie 3.4.1) is in de regelgeving niet formeel geregeld, maar de DPG is in de praktijk wel altijd lid. Hiernaast organiseert de GHOR op de schaal van de veiligheidsregio ook een eigen ketenoverleg, waaraan doorgaans naast de acute zorg ook andere zorginstellingen deelnemen, die zich dienen voor te bereiden op zorgcontinuïteit.

3 GHOR

3.1 Missie van de GHOR

De zorginstellingen en zorgverleners moeten zichzelf individueel voorbereiden, maar moeten ook in gezamenlijkheid kunnen optreden als een samenhangende “geneeskundige keten”. Om de samenwerking binnen de geneeskundige keten en tussen deze keten en de multidisciplinaire partners goed te laten verlopen, is er zowel in de voorbereiding op een ramp/ crisis (ook wel koude fase genoemd) als ten tijde van de ramp/ crisis (ook wel warme fase genoemd) regie, ondersteuning, coördinatie en expertise nodig. Hiervoor is de GHOR in het leven geroepen. Het algemene doel van de GHOR is dat de gezondheidszorg (acute zorg en publieke gezondheidszorg), onder regie van het openbaar bestuur, naadloos kan opschalen van de dagelijkse naar grootschalige hulpverlening en dat de betrokken organisaties daarbij als één samenhangende zorgketen optreden. De daadwerkelijke uitvoering van de geneeskundige hulpverlening blijft steeds een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen en zorgverleners zelf.

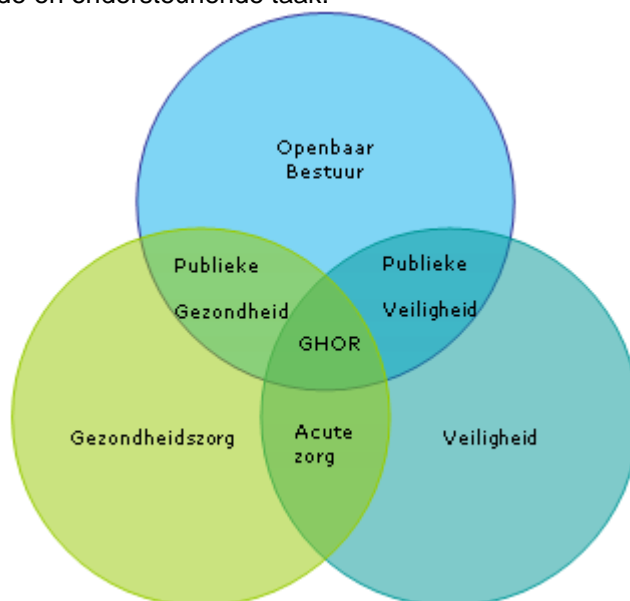
3.2 Het snijvlak van openbaar bestuur, zorg en veiligheid

Het samenwerkingsgebied waarop de GHOR zich richt, bevindt zich op het snijvlak van drie domeinen.

Openbaar bestuur: de GHOR is een publieke taak. Deze wordt in voorbereiding uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de colleges B&W, die daarvoor de veiligheidsregio hebben ingesteld. Tijdens een inzet wordt deze publieke taak uitgevoerd onder het opperbevel van de burgemeester (bij gemeentelijke crisis/ramp) of de voorzitter van de veiligheidsregio (regionale crisis/ramp).

Gezondheidszorg: de geneeskundige hulpverlening wordt bij een crisis/ramp uitgevoerd door de reguliere zorgaanbieders en zorginstellingen. De GHOR heeft hierin de coördinerende, regisserende en ondersteunende taak.

Veiligheid: de GHOR is onderdeel van de veiligheidsregio. Voor een goede risico- en crisisbeheersing moet de geneeskundige hulpverlening of zorg worden afgestemd op het beleid van de multidisciplinaire partners op het gebied van fysieke veiligheid. Dit betreft met name brandweer, politie en gemeenten, maar ook allerlei andere publieke en private partners en de vitale partijen.



Schematisch ziet de samenhang tussen deze drie velden er als volgt uit.¹⁵

Op de raakvlakken van de domeinen bevinden zich de publieke gezondheid, de publieke veiligheid en de acute zorg:

Publieke Veiligheid. Het openbaar bestuur omvat veel meer beleidsterreinen dan alleen de veiligheid. Andersom is veiligheid een breder domein dan alleen de publieke veiligheidstaken. Immers, de burger en het bedrijfsleven dragen veel eigen verantwoordelijkheid voor veiligheid. Het raakvlak van beide domeinen is dat deel van de veiligheid dat onder regie van het openbaar bestuur staat.

Publieke Gezondheid. De gezondheidszorg wordt door de Rijksoverheid gereguleerd, maar gefinancierd uit zorgpremies en uitgevoerd door de 'markt'. Ook binnen de gezondheidszorg staat echter een deel onder directe publieke sturing: de publieke gezondheid, die primair wordt uitgevoerd door de GGD'en.

Acute zorg. Op het raakvlak tussen zorg en veiligheid leveren private zorgorganisaties gezondheidszorg onder grootschalige omstandigheden.

Op het kruispunt van de drie beleidsdomeinen bevindt zich de GHOR. De GHOR verbindt Publieke Gezondheid, veiligheid en acute zorg.¹⁶

3.3 Wettelijke opdracht van de GHOR

Op grond van de WVR is de GHOR belast met¹⁷:

- > de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening t.b.v. rampen en crises;
- > de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied.

De begrippen coördinatie en aansturing hebben betrekking op de warme fase, terwijl regie betrekking heeft op de koude fase.¹⁸

Coördinatie: het laten samenwerken van de geneeskundige keten met de multidisciplinaire partners. Dit kan ook wel worden aangeduid als horizontale afstemming.

Aansturing: het (waar nodig) maken van operationele keuzes en geven van opdrachten binnen de geneeskundige keten. Dit kan ook wel worden aangeduid als verticaal leiding geven en omvat de zogenaamde "operationele leiding" over de geneeskundige hulpverlening.

Regie: het in de voorbereidingsfase maken van afspraken met de zorgaanbieders, het bewaken van hun mate van voorbereiding, het eventueel doen van verbetervoorstellen en het afstemmen van de planvorming van de veiligheidsregio en de planvorming van de zorgaanbieders.

Advies: ter ondersteuning van de regierol kan de GHOR adviezen geven aan "andere overheden" (multidisciplinaire en vitale partners) en "organisaties" (geneeskundige partners) over de afstemming van hun voorbereiding. Deze adviesrol kan naast crisisbeheersing tevens risicobeheersing omvatten.

¹⁵ De GHOR-keten versterkt: visie op de landelijke samenwerking voor opgeschaalde geneeskundige hulpverlening, GHOR Nederland, 2009.

¹⁶ Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden, GGD GHOR Nederland, 2012.

¹⁷ Wet Veiligheidsregio's, paragraaf 1 Algemene bepalingen, artikel 1.

¹⁸ Wet Veiligheidsregio's, Memorie van Toelichting.

Ontwikkeling: het begrip GHOR

GHOR is in de wereld van de rampenbestrijding en crisisbeheersing een ingeburgerd begrip. Oorspronkelijk verwezen de letters naar een handeling of proces: geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. In deze interpretatie staat de GHOR voor de gehele keten van zorgorganisaties, die tezamen de hulp aan slachtoffers verlenen. Bij de invoering van de WVR is aangegeven dat deze vlag de letterlijke lading niet meer dekt. De GHOR wordt in de WVR namelijk opgevat als organisatieonderdeel van de veiligheidsregio. Dat organisatieonderdeel verleent zelf niet de geneeskundige hulpverlening, maar coördineert en regisseert deze. De feitelijke hulpverlening wordt immers verleent door diverse soorten professionals en organisaties in de medische sector en bovendien niet alleen bij ongevallen en rampen, maar ook bij crises. Die ontwikkeling houdt in dat «GHOR» niet gezien moet worden als een afkorting, maar als een zelfstandig begrip, zoals bijvoorbeeld ook «ANWB» en de «HEMA» zich als verzelfstandigde namen hebben losgemaakt van hun historie. In het oorspronkelijke Wetsvoorstel veiligheidsregio's zoals aangenomen door de Tweede Kamer was de afkorting GHOR derhalve niet meer gedefinieerd of uitgeschreven. Naar aanleiding van vragen gesteld tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel is in de Aanpassingswet veiligheidsregio's (17 juni 2009) een nieuwe invulling gegeven aan de oude afkorting GHOR. De wettelijke definitie luidt nu: "de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio, belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied". Als toelichting is daarbij aangegeven dat de nieuwe definitie een goed hanteerbare aanduiding is "omdat de aanduiding GHOR in de wereld van de hulpverlening een vertrouwd en gekend begrip is [...] én de letters corresponderen met (het begin van) de begripsomschrijving."¹⁹ Kortom, het idee om GHOR als zelfstandig begrip te hanteren (zonder noodzaak om de afkorting uit te schrijven) is niet helemaal losgelaten. De nieuwe aanduiding als "geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio" is niet zozeer de nieuwe betekenis van de afkorting maar uitsluitend het begin van de wettelijke begripsomschrijving (in zijn volledigheid lopend tot de passage "op dat gebied"), die zo gekozen is om te corresponderen met de oorspronkelijke afkorting. In de praktijk dekt de nieuwe afkorting niet beter de lading van de GHOR dan de oude. Velen zijn zelfs van mening dat de nieuwe afkorting slechter aansluit bij de praktijk dan de oude. De GHOR is immers zelf juist geen hulpverleningsorganisatie. Dat feit was in de Memorie van Toelichting bij het oorspronkelijke wetsvoorstel de reden om de oude definitie te laten varen, maar wordt met de nieuwe definitie ten onrechte nog veel sterker benadrukt. In de praktijk wordt de oorspronkelijke afkorting net zoveel gehanteerd als de nieuwe. Er gaan dan ook stemmen op om ook in de wet terug te keren naar de oorspronkelijke afkorting.

Naast de specifieke wettelijke taakstelling uit het "hoofdstuk GHOR" van de WVR, behoort tevens tot de wettelijke opdracht van de GHOR om te werken aan de multidisciplinaire risico- en crisisbeheersing:

- > regionaal risicoprofiel: het inventariseren van risico's van branden, rampen en crises
- > advisering risicobeheersing: het adviseren van het bevoegd gezag over risico's van branden, rampen en crises
- > preparatie: het voorbereiden op en het organiseren van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing
- > informatievoorziening: het inrichten en in stand houden van de informatievoorziening binnen de diensten van de veiligheidsregio en tussen deze diensten en de andere diensten en organisaties

¹⁹ Aanpassingswet veiligheidsregio's, Memorie van Toelichting, 17 juni 2009, TK 31 968, nr.3.

Ontwikkeling: GHOR is meer dan “artikel 32, 33 en 34” van de WVR
Niet zelden wordt bij de uitleg van de GHOR alleen gekeken naar de wettelijke definitie van het begrip GHOR en het “hoofdstuk GHOR” van de WVR, bestaande uit de artikelen 32, 33 en 34. Er moet niet uit het oog worden verloren dat deze artikelen alleen de wettelijke taken benoemen die specifiek aan de GHOR zijn opgedragen, net zoals er een heel hoofdstuk in de WVR staat over de brandweer. De veiligheidsregio als geheel (waarvan GHOR en brandweer onderdeel zijn) heeft echter nog meer taken, waaraan de GHOR net als de brandweer haar steentje bijdraagt: risicoprofiel, beleidsplan en crisisplan en advisering over risicobeheersing.

3.4 Organisatie van de GHOR

3.4.1 Directeur Publieke Gezondheid (DPG)

De GHOR staat onder leiding van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG). De DPG is lid van de directie van de veiligheidsregio en tevens directeur van de GGD. De DPG geeft leiding aan twee organisaties, de GHOR en de GGD (die onder twee verschillende wettelijke regimes vallen), met in de meerderheid van de regio's aparte besturen voor GHOR en GGD. De DPG wordt aangesteld door het algemeen bestuur van de GGD, in overeenstemming met het algemeen bestuur van de veiligheidsregio.²⁰ De DPG legt aan beide besturen direct verantwoording af over de taakuitvoering van de GGD en de GHOR.

Doel van de functie DPG is het realiseren van integrale sturing op de reguliere en opgeschaalde publieke gezondheid. Belangrijk is ook dat zo een eenduidig bestuurlijk aanspreekpunt en strategisch adviseur ten tijde van rampen en (gezondheids-)crises wordt gecreëerd. Bovendien draagt de koppeling van functies bij aan het gezag binnen de geneeskundige keten, doordat de directeur niet alleen verantwoordelijk is voor ketenregie (GHOR), maar ook zelf een belangrijke uitvoerende organisatie met eigen slagkracht tot zijn beschikking heeft (GGD).²¹

De DPG heeft in de “koude fase” de leiding over het GHOR-bureau. In de “warme fase” is de DPG belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening. De DPG heeft tevens de leiding over de crisisbeheersingstaken van de GGD.

²⁰ Wet Publieke Gezondheid, artikel 14, lid 3.

²¹ Handreiking inbedding GHOR en GGD, GHOR Nederland, 2011.

Ontwikkeling: rol van de DPG in het ROAZ

De taken van de DPG binnen het ROAZ zijn nadrukkelijk gewijzigd door de tweede tranche WPG uit 2012. Voorheen was het de directeur GHOR die namens het bestuur van de veiligheidsregio binnen het ROAZ afspraken maakt over de voorbereiding van de acute zorg op rampen en crises. Met de functie DPG komen daar nu de verantwoordelijkheden van het GGD-bestuur bij. Het ROAZ is voor de DPG het logische platform om met de acute zorg ook afspraken te maken over de grootschalige infectieziektebestrijding en technische hygiënezorg, optreden bij gevaarlijke stoffen en gezondheidsonderzoek na rampen. Ook de rol van (de crisisfunctie van) de GGZ binnen de PSH kan binnen het ROAZ worden afgestemd.

3.4.2 Het GHOR-bureau

In de voorbereidende ofwel “koude” fase is er een GHOR-bureau dat afspraken maakt met de zorgpartijen over hun voorbereiding op rampen en crises en adviseert over de wijze van voorbereiding en de onderlinge afstemming binnen de keten. Het GHOR-bureau is een echte netwerkorganisatie die zorgverleners met elkaar in verbinding brengt t.b.v. de voorbereiding op rampen en crises. Het heeft tevens een loketfunctie om organisaties met elkaar op onderdelen in verbinding te brengen. Het GHOR-bureau adviseert in de koude fase de keten- en zorgpartners over de voorbereiding.

Het GHOR-bureau heeft alleen een rol in de voorbereiding op een ramp/crisis en is niet de GHOR-crisisorganisatie zoals deze werkzaam is in een opgeschaalde situatie. Medewerkers van het GHOR-bureau zullen vaak wel een operationele rol vervullen in de mono- of multidisciplinaire crisisorganisatie van de regio (zie 3.5.4).

3.4.3 Organisatorische inbedding

De verantwoordelijkheid voor de GHOR is opgedragen aan de colleges van B&W, die deze taak bij gemeenschappelijke regeling opdragen aan de veiligheidsregio. De GHOR vormt dus onderdeel van de organisatie veiligheidsregio, samen met de brandweer en met risico- en crisisbeheersingstaken. In de praktijk bestaan er drie verschillende organisatiemodellen in de regio's: GHOR als afdeling van de veiligheidsregio, GHOR als afdeling van de GGD (op basis van een dienstverleningsovereenkomst met de veiligheidsregio), GHOR als onderdeel van een geïntegreerde organisatie van veiligheidsregio en GGD.²² Alle drie de modellen zijn conform wetgeving.

3.5 Taakvelden van de GHOR

Uit de wettelijke opdracht van de GHOR en de veiligheidsregio (zie paragraaf 3.3) volgt een aantal concrete taakvelden.

Animatie over werkzaamheden van de GHOR: [zie de video](#)

²² Handreiking inbedding GHOR en GGD, GHOR Nederland, 2011.

3.5.1 Regionaal risicoprofiel en beleidsplan

Het regionaal risicoprofiel is een inventarisatie en analyse van in de veiligheidsregio aanwezige risico's, inclusief relevante risico's in aangrenzende gebieden.²³ Het risicoprofiel gaat uit van een zogenaamde "all hazard" benadering: het vergelijken van alle verschillende soorten rampen en crises en de verwevenheden. De risico-inventarisatie vindt plaats op basis van de provinciale risicokaart. In het risicoprofiel worden relevante scenario's van rampen en crises beoordeeld op waarschijnlijkheid en op impact. De impactbeoordeling vindt plaats op de zes vitale maatschappelijke belangen (zie paragraaf 1.1), die zijn geoperationaliseerd in 10 impactcriteria. De uitkomsten van de analyse worden gepresenteerd in een risicodiagram met op de horizontale as de waarschijnlijkheid en op de verticale as de impact. Het risicoprofiel dient als basis voor prioritering van het risico- en crisisbeheersingsbeleid, dat wordt beschreven in het beleidsplan veiligheidsregio. In dit beleidsplan dienen tevens de beoogde operationele prestaties van de vier kolommen te worden beschreven en hoe deze zich verhouden tot de aanwezige risico's. Het risicoprofiel en de confrontatie daarvan met de operationele prestaties kunnen leiden tot ambities om voor specifieke risico's bijvoorbeeld meer aan preventie te doen of nadere planvorming te ontwikkelen. Ook kan het leiden tot specifieke prioriteiten voor het meer jaren OTO-beleid, of om specifieke generieke capaciteiten en operationele prestaties te verbeteren.

Het risicoprofiel is tevens de basis voor risicocommunicatie naar de bevolking en voor transparante risicoacceptatie door het bestuur. Om die reden wordt het risicoprofiel vastgesteld door het algemeen bestuur van de veiligheidsregio, na consultatie van alle gemeenteraden.

Ontwikkeling: kwetsbaarheidsanalyse

Kwetsbaarheid is in het Nederlandse risicodenken een onderbelicht begrip. Internationaal gezien wordt risico inmiddels gedefinieerd als $\text{risico} = \text{kans} * \text{effect} * \text{kwetsbaarheid}$. Dit brengt een hele andere tak van sport in het vizier: naast de traditionele kans- en effectreductie (preventief en repressief) komt de kwetsbaarheidsreductie. Ook dit kan door middel van risicobeheersing (overdrachtsbeperkende maatregelen om zelfredzaamheid verhogen, specifieke maatregelen om verminderd-zelfredzamen te beschermen) en door middel van preparatie en repressie (bevorderen zelfredzaamheid en resilience). Voor de GHOR kan de kwetsbaarheidsanalyse de brug zijn tussen het risicoprofiel en de adviesrol naar zorginstellingen over hun voorbereiding. Door gezamenlijk te werken aan inzicht in de gevolgeffecten van prioritair risico's voor de zorg en de specifieke kwetsbaarheden van instellingen voor die effecten, kun je beweging stimuleren. Dat inzicht in de "publieke risico's" kan de basis zijn voor de eigen "business impact analysis" (BIA) van de zorginstellingen, waarmee zij hun eigen beleid kunnen prioriteren.

3.5.2 Advisering risicobeheersing

De GHOR kan gemeenten en provincies adviseren over het voorkomen en beperken van risico's. Dit betreft bijvoorbeeld de risico's, inzet en capaciteit van de geneeskundige hulpverlening alsmede de technische hygiënezorg bij publieksevenementen. De GHOR heeft hiervoor een landelijke handreiking opgesteld (deze kun je [via deze link](#) inzien). Deze handreiking wordt momenteel geactualiseerd. De advisering over evenementenveiligheid wordt afgestemd met de multidisciplinaire partners en met de geneeskundige keten (primair RAV en GGD).

Naast de advisering bij publieksevenementen kan de advisering ook bestaan uit bijvoorbeeld de toegankelijkheid voor hulpverleners bij bouwprojecten of andere infrastructurele projecten als bijvoorbeeld winkelcentra, recreatievoorzieningen en openbaar vervoer. Het is belangrijk dat hulpverleners goed ergens kunnen komen en ook snel ter plaatse kunnen zijn of weg

²³ Handreiking Regionaal Risicoprofiel, 2009.

kunnen. Door in een vroeg stadium het lokale bestuur van advies te voorzien, kunnen gezondheidsrisico's beperkt dan wel teruggedrongen worden. In de landelijke handreiking gezondheidskundige advisering voor ruimtelijke ordening is beschreven dat deze advisering zich richt op:

- > de aanwezigheid van verminderd en niet-zelfredzame personen (kwetsbare groepen) in het gebouw
- > de aanwezigheid van gevaarlijke stoffen (daardoor is er een verhoogd risico aanwezig voor de verminderd en niet-zelfredzamen in de nabijheid)
- > de bereikbaarheid voor de hulpdiensten en de haalbaarheid van aanrijtijden van de ambulancezorg
- > de zorgcapaciteit van de regio

Dergelijke advisering vindt plaats in samenwerking met de multidisciplinaire partners.

Hoogstwaarschijnlijk zal vanaf 2019 de nieuwe omgevingswet in werking treden. Deze wet vervangt 26 wetten die te maken hebben met omgeving, evenementen, vergunningsaanvragen etc. Gemeentes moeten volgens deze wet een omgevingsvisie maken, wat leidt tot een omgevingsplan. De GHOR zal ook worden betrokken bij het bepalen van deze visie. Omdat de wetgeving een beleidscyclus van 4 jaar kent zijn veel gemeentes nu al in multidisciplinair verband bezig met het opstellen van een omgevingsvisie.



Ontwikkeling: risicogerichtheid

In 2015 is de landelijke visie "risicogerichtheid" ontwikkeld. Hierin staat een kanteling in de risicobeheersing centraal. Kort door de bocht en met een stukje eigen interpretatie komt dit neer op:

- > integraal "all hazard" beginnen
- > van regelgericht naar risicogericht
- > van een vingertje achteraf (met hoge extra kosten) naar meedenken vooraf
- > van regeltoepassing naar transparante besluitvorming (governance)
- > veiligheid een plaats geven in de brede bestuurlijk-maatschappelijke afweging

Gemeentes hebben al langer aangegeven naar een gewijzigde advisering toe te willen. Gehoorde kritieken zijn dat de adviezen te laat komen (als het ruimtelijk plan rond is), te versnipperd zijn (individuele gebouwen, locaties, geen integrale visie op het hele grondgebied) en te weinig echte maatschappelijke meerwaarde hebben (hele dure maatregelen in klein gebied, weinig kosten-

effectief). De grote beweging die moet worden gemaakt is de vertaling van het risicoprofiel naar regionale visies op risicobeheersing en op ruimtelijk beleid. Dit zou kunnen in de vorm van een thematische structuurvisie voor veiligheid, waarin het gehele grondgebied integraal wordt beschouwd vanuit all hazard optiek: wat zijn de karakteristieke effectzones in de regio en wat zijn daarvoor de ruimtelijke handelingsperspectieven? Ook de specifieke “witte invalshoek” hoort hierin thuis. Bij veel risico's zijn de gezondheidseffecten dominant. De GHOR heeft het netwerk en de GGD heeft de kennis in huis om gemeenten hierover te voorzien van slimme adviezen.

De WVR draagt aan de veiligheidsregio een aantal specifieke adviestaken op omtrent met name externe veiligheid. De all hazard adviesrol van de veiligheidsregio is echter niet wettelijk verankerd. De WVR laat de ruimte aan de besturen van de veiligheidsregio's om ook niet-wettelijke adviestaken op te dragen middels het beleidsplan. Om echt werk te maken van risicogerichtheid zouden deze niet-wettelijke adviestaken op het gebied van risicobeheersing veel breder en nader omschreven moeten worden.

3.5.3 Preparatie

Afspraken over voorbereiding

De geneeskundige ketenpartners en de GHOR (namens het bestuur van de veiligheidsregio) dienen schriftelijke afspraken met elkaar vast te leggen over de organisatie van de geneeskundige hulpverlening en de voorbereiding daarop. Deze afspraken dienen binnen de keten op elkaar te worden afgestemd. De afspraken die vastgelegd worden in bijvoorbeeld een convenant gaan over de volgende onderwerpen:

- > Procedures die gevolgd worden bij een ramp/crisis
- > Inzet van personeel en materieel (capaciteit en specialiteit)
- > Bereikbaarheid en beschikbaarheid van personeel, ruimte en materieel
- > Wijze van opleiden, trainen en oefenen m.b.t. opschaling
- > Samenwerking met GHOR en andere (hulpverlenings-)instellingen

Ontwikkeling: schaal van schriftelijke afspraken

Bij de keuze van de schaal waarop afspraken worden gemaakt, staat in beginsel het regionale primaat centraal: over het schaalniveau van de afspraken of het sluiten van afspraken met meerdere partijen tegelijk zijn geen specifieke wettelijke bepalingen vastgelegd. De wetgeving spreekt formeel over afspraken tussen het bestuur van de veiligheidsregio en de individuele zorginstellingen en zorgaanbieders binnen de veiligheidsregio. Afhankelijk van de regionale situatie en ontwikkelingsfase kunnen afspraken worden gemaakt [1] met individuele partners, [2] op de schaal van de veiligheidsregio of [3] op de schaal van het ROAZ. Aangezien het ROAZ geen rechtspersoon is, kan echter niet met het ROAZ als geheel een afspraak worden gemaakt, maar zijn de handtekeningen van alle afzonderlijke partijen altijd nodig.

Advies aan de geneeskundige ketenpartners

De GHOR is voor ketenpartners m.b.t. opgeschaalde zorg een belangrijk adviesorgaan en kan ondersteunen bij de invulling van de wettelijke taak om verantwoorde zorg te leveren in alle omstandigheden. De GHOR kan de ketenpartners adviseren en ondersteunen over hun planvorming en Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO). De instelling zelf is verantwoordelijk voor het uitvoeren hiervan, maar de GHOR heeft veel expertise en ervaring en kan inzicht bieden in de aansluiting op de voorbereiding van andere ketenpartners en de multidisciplinaire partners.

Ontwikkeling: afstemming voorbereiding geneeskundige keten op de vitale sectoren

De GHOR is als onderdeel van de veiligheidsregio tevens bezig met afstemming met de (andere) vitale sectoren. Met behulp van de continuïteitsscenario's uit het risicoprofiel wordt concrete afstemming gezocht om de "continuïteit van de samenleving" te vergroten. De GHOR heeft daarbij een eigen kennisgebied en missie naast de brede doelstelling van de veiligheidsregio. Bijvoorbeeld: hoelang moeten zorginstellingen zonder vitale voorzieningen kunnen, gegeven de reële te verwachten tijdsduur van uitval van elektriciteit, water etc.? De GHOR moet zorgen voor de kennisuitwisseling en kruisbestuiving tussen zorgketen en de andere vitale sectoren, opdat ieder vanuit eigen verantwoordelijkheid slimme maatregelen kan nemen. Het is dus niet zozeer de veiligheidsregio of GHOR die zelf maatregelen neemt, maar zij zorgen voor een goed analyse- en beleidsproces waardoor de andere partijen hun eigen verantwoordelijkheid waar kunnen maken. Als middel voor o.a. de afstemming tussen zorg en vitale sectoren, kan een "kwetsbaarheidsanalyse" worden uitgevoerd als onderdeel van het risicoprofiel. Onder de paraplu van kwetsbaarheidsanalyse zouden de veiligheidsregio's heel gericht kunnen analyseren hoe kwetsbaar bijvoorbeeld de zorg, maar ook de burger (verminderd-zelfredzamen), zijn voor specifieke risico's en voor uitval van vitale voorzieningen.

Inzicht in de mate van voorbereiding

Op grond van de WVR dienen de geneeskundige ketenpartners²⁴ informatie aan het bestuur van de veiligheidsregio te leveren, die inzicht biedt in hun mate van voorbereiding. Het GHOR-bureau zal deze informatie ontvangen, bundelen en van bestuurlijk advies voorzien. Indien de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening of de voorbereiding daarop naar het oordeel van het bestuur van de veiligheidsregio tekort schiet, treedt het bestuur in overleg met de betreffende ketenpartner. Op grond van de WVR heeft de voorzitter van de veiligheidsregio de bevoegdheid om bij tekortkomingen schriftelijke aanwijzingen te geven of in het uiterste geval de Minister van VWS te verzoeken om de nodige maatregelen te treffen. Deze escalatiemogelijkheden zullen echter zoveel als mogelijk worden vermeden.

Operationele planvorming van de veiligheidsregio

Bij wet is de veiligheidsregio verplicht om een multi-disciplinair (regionaal) crisisplan op te stellen. Het crisisplan beschrijft de organisatie, de verantwoordelijkheden, de taken en bevoegdheden in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing. Voorts stelt de veiligheidsregio voor specifieke risico's meer gedetailleerde rampbestrijdingsplannen, coördinatieplannen en bereikbaarheidskaarten op. De GHOR levert een bijdrage aan de multidisciplinaire operationele planvorming en draagt er zorg voor dat de multidisciplinaire plannen en de crisisplannen van de zorgsector over en weer op elkaar zijn afgestemd. Een belangrijk onderdeel van de multidisciplinaire preparatie is de voorbereiding op crisiscommunicatie en informatiemanagement.

Multidisciplinair Opleiden, Trainen en Oefenen

Binnen de veiligheidsregio wordt in multidisciplinair verband met de Brandweer, GHOR, Politie en Bevolkingszorg samengewerkt om oefeningen te organiseren ten behoeve van de vakbekwaamheid van de verschillende functionarissen die o.a. multidisciplinair werkzaam zijn ten tijde van een ramp of crisis.

GHOR-functionarissen/GHOR-rollen

De GHOR beschikt over een aantal functionarissen die tijdens een ramp/crisis ingezet kunnen worden in een specifieke leidinggevende en coördinerende rol. De functionarissen kunnen zowel worden ingezet in multidisciplinair verband (GRIP, zie 3.5.4) als bij een "monodisciplinaire opschaling" van alleen de geneeskundige keten. Volgens de Wet Veiligheidsregio's (WVR) moet de GHOR zorgen voor voldoende beschikbaarheid van

²⁴ Wet Veiligheidsregio's, paragraaf 5 De GHOR, artikel 33

GHOR-functionarissen. In het Besluit Veiligheidsregio's (zie bijlage wetgeving) is vastgelegd welke rollen het betreft.

Ontwikkeling: GHOR-rollen

Er is in 2013 door GGD GHOR NL een GHOR crisismodel vastgesteld (zie bijlage 5), waarin sommige functies zoals benoemd in het besluit veiligheidsregio's een nieuwe benaming hebben gekregen en een aantal andere functies niet meer opgenomen is. De benamingen in het GHOR crisismodel worden gezien als een rol die vervuld kan worden i.p.v. een expliciete functie (dit kan dus betekenen dat een GHOR functionaris meerdere rollen vervuld). In onderstaand schema met GHOR rollen worden de rollen en benamingen gebruikt zoals deze beschreven zijn in het GHOR crisismodel en de benamingen zoals (nog) benoemd in het besluit veiligheidsregio's. Ondertussen worden in het kader van de 2^e tranche de (nieuwe) rollen en benamingen, zoals verwoord in het GHOR crisismodel, opgenomen in de regeling personeel veiligheidsregio's.

Benaming volgens Crisismodel GHOR	Beschrijving besluit veiligheidsregio's
DPG: Directeur Publieke Gezondheid	OD-GHOR: Operationeel Directeur GHOR
ACGZ: Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg	HS-GHOR: Hoofd Sectie GHOR
OvD-G: Officier van Dienst Geneeskundig	OvD-G: Officier van Dienst Geneeskundig
Niet opgenomen in crisismodel GHOR	CvD-G: Commandant van Dienst Geneeskundig
HON: Hoofd Ondersteuning Geneeskundige Zorg	HAc: Hoofd Actiecentrum GHOR
HIN: Hoofd Informatie Geneeskundige Zorg	Nieuwe rol, niet opgenomen in besluit personeel veiligheidsregio's
Niet opgenomen in crisismodel GHOR	OMAc: Operationeel Medewerker Actiecentrum GHOR
HAG: Hoofd Acute Gezondheidszorg	Nieuwe rol, niet opgenomen in besluit personeel veiligheidsregio's
HPG: Hoofd Publieke Gezondheidszorg	Nieuwe rol niet opgenomen in besluit personeel veiligheidsregio's
Vanaf 2016 in kader van RAV Voorbereid en GGB geen functie meer binnen GHOR werkveld ²⁵	CGV: Coördinator Gewonden Vervoer HGN: Hoofd GewondenNest
Niet opgenomen in crisismodel GHOR	Leider kernteam psychosociale hulpverlening
Niet opgenomen in crisismodel GHOR	Leider opvangteam psychosociale hulpverlening

Zie bijlage 4 voor de omschrijving van deze rollen.

²⁵ Met de invoering van het GGB model en RAV voorbereid zijn deze functies bij de GHOR komen te vervallen. Voor meer uitleg zie het kopje GGB model.

Het GHOR-bureau is er verantwoordelijk voor dat functionarissen benoemd worden en dat deze beschikbaar zijn, wanneer zij opgeroepen worden ten tijde van opschaling (tijdens een ramp/crisis). De GHOR zorgt ervoor dat de functionaris beschikt over de juiste middelen om opgeroepen te kunnen worden voor een inzet. De functionarissen die (piket)dienst draaien zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week oproepbaar via de meldkamer ambulancezorg. Ook tijdens een inzet zijn zij via communicatieapparatuur/-middelen bereikbaar en gebruiken deze om de taken behorende bij de functie goed uit te kunnen voeren.

Vakbekwaamheid GHOR functionarissen

Na het aanstellen van de GHOR functionaris wordt deze opgeleid voor de aangewezen GHOR rol. Elke regio heeft hier zijn eigen Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO-) plannen en -cyclus voor. Het GHOR-bureau is verantwoordelijk voor en draagt zorg voor de blijvende vakbekwaamheid van haar functionarissen. Er wordt hierin onderscheid gemaakt tussen vakbekwaam worden: iemand opleiden tot beginnend beroepsoefenaar (GHOR functionaris) en vakbekwaam blijven: zorgen dat een GHOR functionaris zijn/haar vakbekwaamheid op peil houdt.

Het begint dus met 'vakbekwaam worden' voor de GHOR functionaris, waarbij het o.a. belangrijk is om kennis te krijgen van het gehele GHOR domein en de witte keten en de werkzaamheden van de GHOR. Maar ook zeker het 'vakbekwaam blijven' is een belangrijk onderdeel van de OTO-cyclus in de GHOR regio. Het GHOR-bureau faciliteert in het vakbekwaam blijven van haar functionarissen door bijvoorbeeld het aanbieden van bij- en nascholingen en het organiseren van oefeningen voor de verschillende functionarissen. Deze oefeningen worden zowel mono- als multidisciplinair georganiseerd. Door het aanbieden van multidisciplinaire (bij- en na-)scholingen, trainingen en oefeningen is er ook in de koude fase aandacht voor de multidisciplinaire samenwerking (Brandweer, Politie, Bevolkingszorg en/of andere partners) en worden de schakelpunten met de andere hulpverleningsdiensten beter zichtbaar.

3.5.4 Repressie

Ten tijde van een ramp of crisis heeft de DPG de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening. De GHOR heeft, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Brandweer of Politie, zelf geen materieel of middelen die zij kunnen inzetten ten tijde van een ramp/crisis, maar zorgt voor de aansturing van de reguliere zorginstellingen/witte keten. De GHOR vervult daartoe een aantal GHOR rollen, die de geneeskundige keten aansturen en de hulpverlening coördineren in afstemming met de multidisciplinaire partners.

Multidisciplinaire crisisorganisatie

Bij een (dreigende) ramp of crisis wordt een aantal coördinatiestructuren actief. Er wordt in dat geval samengewerkt in multidisciplinair verband tussen de verschillende partners: Brandweer, GHOR, Politie en Bevolkingszorg. Naar gelang het incidenttype kunnen er ook verschillende ketenpartners bij worden gehaald, denk hierbij aan: defensie, waterschappen, Rijkswaterstaat, milieudiensten, nutsvoorzieningen.

Bij een ramp/crisis wordt er voor de multidisciplinaire inzet en afstemming gewerkt in een structuur van zogeheten multidisciplinaire teams. Deze teams zijn werkzaam op verschillende niveaus en hebben eigen werkgebieden en taken waar zij zich ten tijde van een ramp/crisis op richten:

- > Commando Plaats Incident (CoPI): dit team werkt op operationeel niveau en geeft leiding aan de directe hulpverlening op de plaats incident c.q. in het brongebied (het gebied waar de ramp of crisis plaats vindt). Vanuit de GHOR heeft de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) zitting in dit team.

- > Regionaal Operationeel Team (ROT): dit team werkt op tactisch niveau en houdt zich bezig met de effecten ten gevolge van de ramp/crisis. De focus van het ROT is op het effectgebied (het gebied dat last heeft van negatieve effecten die voortkomen uit het brongebied). Vanuit de GHOR neemt de Algemeen Commandant Geneeskundige zorg (ACGZ) zitting in dit team. Het ROT staat onder leiding van de Operationeel Leider, die tevens adviseur is in het BT.
- > Gemeentelijk of Regionaal Beleidsteam (GBT of RBT): dit team werkt op strategisch niveau, ter advisering van de burgemeester en/of voorzitter veiligheidsregio. Het team bestaat uit adviseurs vanuit de vier kolommen en adviseurs met een bepaalde expertise van andere organisaties (dit kan per incidenttype verschillen). Vanuit de GHOR neemt de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) zitting in dit team. Een Regionaal Beleidsteam kan worden ingezet zodra een ramp of crisis gemeentegrens overschrijdend is; er zijn dan twee of meer gemeenten bij betrokken. De burgemeesters van de getroffen gemeenten maken deel uit van het RBT onder leiding van de coördinerend burgemeester of voorzitter Veiligheidsregio.



Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdingsprocedure (GRIP)

Om afhankelijk van de omvang en complexiteit van een ramp of crisis de crisisorganisatie goed te structureren, wordt er gewerkt met een flexibele op- en afschalingsprocedure. Dit is de zogenaamde 'Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdingsprocedure' ofwel GRIP. In GRIP is vastgelegd welke van de genoemde multidisciplinaire teams in welke combinatie worden ingezet. Dit opbouwen (opschalen) van uitvoerende en bestuurlijke diensten vindt plaats via een aantal GRIP-fasen. Deze GRIP-fasen kunnen flexibel worden afgegeven, zo kan bij een grote ramp/crisis bijvoorbeeld meteen een GRIP 2 worden afgegeven of kan bijvoorbeeld een GRIP 3 inzet zijn zonder een daadwerkelijke inzet van actiecentra of een CoPI. De fasen lopen van GRIP 1 t/m GRIP 5 en GRIP Rijk:

- > GRIP 1: Wanneer er op een plaats incident coördinatie nodig is tussen de verschillende kolommen; aansturing vindt plaats vanuit het COPI (operationeel niveau).
- > GRIP 2: Wanneer er coördinatie op de effecten ten gevolge van de ramp/crisis nodig is; aansturing vindt plaats vanuit het ROT (tactisch niveau).
- > GRIP 3: Wanneer het welzijn van de bevolking of grote groepen van de bevolking wordt bedreigd en bestuurlijke aansturing nodig is (strategisch niveau).
- > GRIP 4: Wanneer er sprake is van een ramp of crisis die gemeentegrens overschrijdend is (meerdere gemeenten bij betrokken). Er is aansturing en coördinatie van meerdere gemeenten gezamenlijk nodig.
- > GRIP 5: Wordt afgegeven als er meerdere veiligheidsregio's bij betrokken zijn en bestuurlijke coördinatie nodig is tussen de verschillende veiligheidsregio's.
- > GRIP Rijk: Wordt afgegeven als de nationale veiligheid in het geding is en er sturing door het Rijk nodig is.

Hier vind je een videoclip met uitleg over de fasen GRIP 1 t/m 4: [klik hier](#)

Schematische weergave:

Grip	Inzet multidisciplinaire teams
1	CoPI
2	CoPI en ROT
3	CoPI, ROT en GBT
4	CoPI, ROT en RBT
5	CoPI , meerdere ROT en RBT
Rijk	(evt. meerdere) CoPI/ROT/RBT onder coördinatie van het Rijk

Operationele afstemming binnen de geneeskundige keten

Binnen de geneeskundige keten is tijdens een ramp of crisis op verschillende niveaus contact met de GHOR. De GHOR-functionarissen kunnen een zorginstelling om informatie vragen, advies geven en ondersteuning aanbieden ten tijde van een ramp of crisis. De ondersteuning vanuit de GHOR in de warme fase kan bestaan uit contact leggen tussen (zorg)organisaties of met multidisciplinaire organisaties om knelpunten in de zorginstelling te helpen oplossen, bijvoorbeeld een ontruiming van een instelling. Met wie de zorgpartner te maken krijgt hangt af van het niveau en voor welke vergaderstructuur dit is. Hieronder wordt kort schematisch weergegeven op welke niveaus er contact is met wie (hieronder worden de meest gehanteerde contacten op de verschillende niveaus benoemd, dit kan regionaal anders ingevuld zijn).

Niveau	Zorginstelling	GHOR-functionaris	structuur
Strategisch niveau	Raad van bestuur / directie	Directeur Publieke Gezondheid (DPG)	Gemeentelijk of regionaal beleidsteam (GBT of RBT)
Tactisch niveau	Crisisteam / crisiscoördinator	Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (ACGZ)	Regionaal Operationeel Team (ROT)
Operationeel niveau	Crisis coördinator / individuele contactpersoon van afdeling of aangewezen functionaris (BHV bijv.)	Hoofd Ondersteuning Geneeskundige Zorg (HON) en / of de OvD-G	Backoffice GHOR/ Commando Plaats Incident (CoPI)
Operationeel niveau	Informatie Coördinator	Hoofd Informatie Geneeskundige Zorg (HIN)	Backoffice GHOR

Ontwikkeling: Regionaal Crisisteam Zorg (RCZ)

In sommige regio's is een Regionaal Crisisteam Zorg ingesteld. Dit is een operationeel overleg op strategisch niveau tussen de DPG en de raden van bestuur/directies van de betrokken ketenpartners. Hier worden de strategische aspecten van de crisisbestrijding binnen de keten afgestemd, zodat alle partijen over dezelfde informatie beschikken en hun strategische overwegingen met elkaar kunnen delen. De DPG koppelt hier de besluit van het Beleidsteam terug en kan de opvattingen van de ketenpartners overbrengen naar de burgemeesters/voorzitter veiligheidsregio. Het RCZ is voornamelijk van meerwaarde bij langer durende incidenten en crises, waarbij over meerdere dagen of weken gezamenlijk moet worden opgetreden.

Informatiemanagement binnen de geneeskundige keten

Crisiscommunicatie en informatiemanagement zijn cruciaal tijdens een ramp/crisis. Via o.a. het landelijk crisis management systeem (LCMS) houden de partners elkaar op de hoogte van de laatste ontwikkelingen m.b.t. de ramp/crisis en delen zij relevante informatie. Dit helpt om zowel binnen de geneeskundig keten als multidisciplinair de beeld-, oordeels- en besluitvorming beter te laten verlopen. De GHOR heeft in de persoon van het Hoofd Informatie (HIN) contact met de informatiecoördinatoren van de ketenpartners (niet in alle regio's is dit ingevoerd). De HIN heeft o.a. de rol om informatiecoördinatoren van relevante informatie te voorzien over de ramp/crisis en de gevolgen hiervan. Anderzijds kan de informatiecoördinator de HIN voorzien van informatie over de zorginstelling etc. die voor de GHOR relevant is voor bijvoorbeeld het nemen van beslissingen of te kunnen delen met multidisciplinaire partners. Veel GHOR-regio's en zorgpartners werken netcentrisch voor het delen van informatie, dit is een manier om vanuit één en het zelfde (totaal) beeld te werken, om zo snel mogelijk actuele informatie met elkaar te delen. De informatie wordt online uitgewisseld. Het systeem dat hierbij steeds vaker gebruikt wordt is het LCMS geneeskundig.

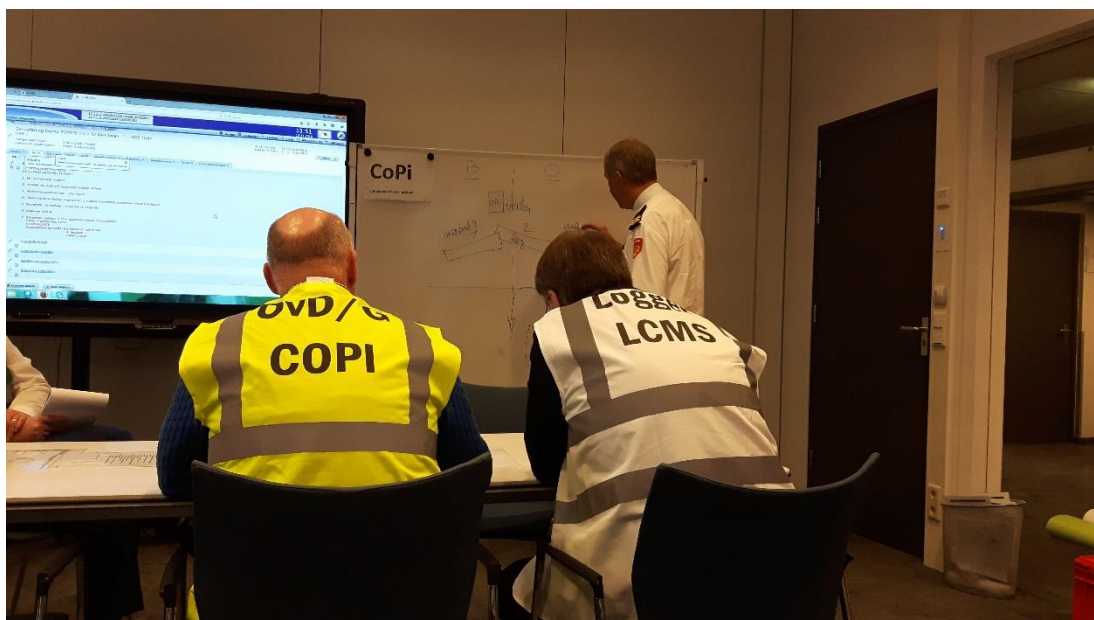
Het is belangrijk dat zowel de HIN als de informatiecoördinator zich bewust is van en een afweging maakt welke informatie er gedeeld wordt met wie en waarvoor deze kan dienen.

Van tevoren worden hier door het GHOR-bureau en verschillende keten/zorgpartners afspraken over gemaakt. Om een goed beeld te krijgen van netcentrisch werken in de geneeskundige keten kun je deze [videoclip](#) bekijken.

Ontwikkeling: social media

De ontwikkeling en invloed van social media spelen een belangrijke rol in de toekomst van het informatiemanagement tijdens rampen / crisissen. De burger en professional komt via social media steeds sneller aan informatie en gaat hier ook actiever naar op zoek. De multidisciplinaire partners zijn gezamenlijk steeds op zoek naar nieuwe methoden en aanpakken om hier op een gestructureerde en veilige manier op aan te sluiten. Zij kunnen behalve informatie brengen ook veel informatie verkrijgen m.b.t. een ramp/crisis via social media.

Naast netcentrisch werken heeft de GHOR een systeem waarin feitelijke informatie staat over keten/zorgpartners die relevant kan zijn ten tijde van een ramp/crisis. Dit systeem heet GHOR4all, hierin staat bijvoorbeeld informatie over hoeveel cliënten er in een zorginstelling verblijven en hoeveel hiervan minder mobiel zijn. GHOR4all kan tevens worden gebruikt om snel overzicht te krijgen welke keten/zorgpartners zich in het brongebied bevinden of last krijgen van de effecten van een ramp/crisis. Op deze manier kan worden snel geschakeld bij bijvoorbeeld een ontruiming of evacuatie.



3.5.5 Herstel

De herstelfase/nafase omvat diverse vormen van nazorg, zoals schadeafhandeling en herbouw, herdenkingsbijeenkomsten, evaluaties en onderzoeken. De GHOR draagt zorg voor de coördinatie van incidentevaluaties en het trekken van lessen. Vanuit de geneeskundige optiek omvat de herstelfase de individuele revalidatie, maar nadrukkelijk ook eventuele langdurige psychosociale nazorg. Dit valt onder het proces publieke gezondheid. Na afschaling door de multidisciplinaire diensten zal de GGD de nazorg op lange termijn coördineren.

Ontwikkelingen: afsluitend

Het is van belang dat de rampenbestrijding en crisisbeheersing de komende jaren mee blijft groeien met de steeds veranderende omgeving. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg volgen elkaar in rap tempo op. Voorbeelden van belangrijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de werkzaamheden van de GHOR en GGD zijn de decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten, concentratie van de spoedeisende hulpverlening en bezuinigen in de zorg. De gemeenten krijgen te maken met het vergroten van de burgerparticipatie en zelfredzaamheid van de burger. Tijdens een ramp/crisis kan dit grote gevolgen hebben voor de geneeskundige hulpverlening en het vormgeven hiervan. Hoe gaat de GHOR hier zowel in de voorbereidende fase als ten tijde van een ramp/ crisis straks mee om? Dit zijn vragen die op veel plekken leven en waar men volop mee bezig is om dit een plek te geven in het beleid, de plannen, richtlijnen, werkzaamheden en taken van de geneeskundige keten.

Bijlage 1

Wetgeving

Zoals eerder vermeld ontleend de veiligheidsregio en dus ook de GHOR zijn bestaansrecht aan de wet op de veiligheidsregio's (WVR). Verder zijn er eerder in deze publicatie verschillende wetten aangehaald die er met elkaar voor zorgen dat er beleid/procedures worden ontwikkeld, uitvoering wordt gegeven aan beleid en afspraken worden gemaakt met verschillende partijen, etc. allemaal ten behoeve van de geneeskundige hulpverlening tijdens rampen/crises. Iedere regio heeft te maken met regio specifieke aspecten, bedreigingen en risico's. Per regio kan het daarom verschillen hoe en op welke wijze er uitvoering wordt gegeven aan bepaalde wettelijke taken.

Hieronder worden de belangrijkste wetten relevant voor de GHOR(keten) benoemd en kan je een link vinden voor meer informatie over de desbetreffende wetgeving.

Wet veiligheidsregio's (WVR)

In deze wet zijn de taken en bevoegdheden van de veiligheidsregio aangegeven ten aanzien van de Brandweer, de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) en de rampenbestrijding en crisisbeheersing. De wet biedt de structuur voor de samenwerking tussen opgeschaalde zorg, Brandweer en openbaar bestuur. Zo staat o.a. in deze wet dat elke veiligheidsregio een regionaal risicoprofiel en beleidsplan dient te hebben met een bijbehorend crisisplan en eventuele rampenbestrijdingsplannen. Elke veiligheidsregio kent zijn eigen risico's en de plannen verschillen dus van elkaar per regio. Voor deze regio specifieke informatie word je verwezen naar het regionale GHOR-bureau, waar je meer informatie hierover kunt vinden (opvragen). Voor wat betreft de zorgverleners (keten- en zorgpartners) wordt in deze wet benoemd dat zij zichzelf moeten voorbereiden op bijzondere situaties (w.o. rampen en crises) die gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening en hierover schriftelijke afspraken moeten maken met het bestuur van de veiligheidsregio. Daarnaast geeft het onderdeel WVR besluit personeel, alle functies zoals benoemd in deze wet weer in kwalificatie profielen.

De Wet veiligheidsregio's vind je [hier](#).

De Memorie van Toelichting bij de WVR vind je [hier](#).

Wet publieke gezondheid (WPG)

In deze wet staat o.a. hoe de organisatie van de publieke gezondheidszorg en de bestrijding van infectieziekten geregeld dient te worden. De gemeenten in Nederland hebben hierin een belangrijke verantwoordelijke taak, zij beschikken over een regionale GGD mede om hier uitvoering aan te geven. In deze wet staan de verantwoordelijkheden van de GGD beschreven waaronder die van de vier deelprocessen PSH, IZB, MMK en GOR m.b.t. opgeschaalde zorg. Per januari 2012 is de WPG 2^e tranche van kracht, dit is een wijziging geweest zodat beter aangesloten kon worden op de wet veiligheidsregio's.

De belangrijkste gevolgen van deze wijziging zijn: het bestuur van de veiligheidsregio is verantwoordelijk voor de voorbereiding op een infectieziektecrisis, dit onderdeel dient specifiek opgenomen te worden in het crisisplan (dit wordt in samenwerking met GGD vastgesteld); Er moet een directeur publieke gezondheid (DPG) zijn aangesteld. Deze geeft zowel leiding aan de GGD en de GHOR organisatie. Tijdens rampen en crises treedt de DPG op als coördinerend en adviserend op de twee uitvoeringsprocessen acute en publieke

gezondheidszorg. Deze heeft tevens de formele eindverantwoordelijkheid over deze twee uitvoeringsprocessen in opgeschaalde situatie; het werkgebied van een GGD moet gelijk zijn aan dat van de veiligheidsregio. De Wet publieke gezondheid vind je [hier](#).

Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

De WTZi geeft diverse voorschriften over de toelating van zorginstellingen tot het zorgstelsel en het toezicht daarop. In de Beleidsregels WTZi behorend bij deze wet is opgenomen dat ziekenhuizen zich dienen voor te bereiden op inzet in opgeschaalde situaties. Dit vereiste volgt ook uit de Wet Veiligheidsregio's, maar is in de Beleidsregels WTZi nader geconcretiseerd voor de ziekenhuizen. Zij moeten beschikken over een ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) en hiervoor opleiden, trainen en oefenen. Met de DPG stemmen zij hun werkwijze af. De (operationele) afspraken worden vastgelegd in het regionaal crisisplan van de veiligheidsregio. In de Beleidsregels WTZi is tevens beschreven dat ziekenhuizen, RAV, GGZ en huisartsenposten afspraken moeten maken over de 24 uurstoegankelijkheid van de acute zorg. Dit doet men binnen het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) dat georganiseerd wordt door het ziekenhuis met erkenning traumacentrum. De Wet toelating zorginstellingen vind je [hier](#). De Beleidsregels WTZi vind je [hier](#).

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

Deze twee wetten beschrijven de kwaliteitsgaranties voor de zorg, die in beginsel ook van toepassing zijn op opgeschaalde situaties.

De Wkkgz vind je [hier](#).

De Wet BIG vind je [hier](#).

Tijdelijke wet ambulancezorg (TWAZ)

Deze tijdelijke wet is ingesteld met ingang van 1 januari 2014, aanvankelijk voor een periode van 5 jaar (t/m 2017). Het uitgangspunt was dat op 1 januari 2018 een nieuwe wet voor de ambulance zorg in werking zou treden. Minister Schippers van het ministerie VWS heeft de duur van de Tijdelijke wet ambulance zorg (TWAZ) in februari 2016 echter verlengd tot 2020. De wet regelt voor deze periode een gebruiksvergunning per veiligheidsregio, zodat de regionale ambulance voorziening (RAV) de ambulance zorg in de desbetreffende regio kan uitvoeren.

De wet beschrijft o.a.: de verantwoordelijkheden van de RAV, dat de schaalgrootte van RAV even groot is als de veiligheidsregio en de eisen die het bestuur van de veiligheidsregio kan stellen aan de RAV ten aanzien van de meldkamer (MKA), ambulance zorg en registratie van slachtoffers (o.a. eisen stellen aan personeel en samenwerking in de keten van acute zorg en keten openbare orde en veiligheid).

Meer informatie over de Tijdelijke wet ambulance zorg (TWAZ) vind je [hier](#).

Bijlage 2

Afkortingen-, begrippen- en referentielijst

Afkortingen

ACGZ	Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg
CACO	Calamiteitencoördinator
CoPI	Commando Plaats Incident
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
GAGS	Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GBT	Gemeentelijk Beleidsteam
GGB	Grootschalige Geneeskundige Bijstand
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen <i>of</i> Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (zie het kader in paragraaf 3.2).
GOR	Gezondheidsonderzoek na Rampen
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdingsprocedure
GROP	GGD-rampenopvangplan
HAG	Hoofd Acute Gezondheidszorg
HAROP	Huisartsenrampenopvangplan
HIN	Hoofd Informatie geneeskundige zorg
HON	Hoofd Ondersteuning geneeskundige zorg
HPG	Hoofd Publieke Gezondheidszorg
IZB	Infectieziektebestrijding
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMK	Medische Milieukunde
MMT	Mobiel Medisch Team
OT	Operationeel Leider
OTO	Opleiden, Trainen, Oefenen
OvD-G	Officier van Dienst Geneeskundig
PSH	Psychosociale Hulpverlening
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RBT	Regionaal Beleidsteam
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROT	Regionaal Operationeel Team
SIS	Slachtofferinformatiesystematiek
TWAZ	Tijdelijke wet ambulancezorg
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
WPG	Wet Publieke Gezondheidszorg

WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WVR	Wet Veiligheidsregio's
ZiROP	Ziekenhuisrampenopvangplan

Wordt niet meer benoemd in het crisismodel GHOR maar nog wel in wetgeving benoemd:

CGV	Coördinator Gewondenvervoer
CvD-G	Commandant van Dienst Geneeskundig
HAC	Hoofd Actiecentrum
HGN	Hoofd Gewondennest
HS-GHOR	Hoofd Sectie GHOR
OMAc	Operationeel Medewerker Actiecentrum GHOR

Begrippenlijst

Begrip	Begripsdefinitie
Acute (gezondheids)zorg	Door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling (VWS,2008)
Afschaling	De hulpverlening wordt op één of meerdere aspecten (mensen, middelen, methoden) minder en zal langzaam aan minder worden ingezet.
Brongebied	Het gebied waar de ramp of crisis plaatsvindt.
Buitengewone omstandigheden	Er is sprake van buitengewone omstandigheden als een vitaal belang wordt bedreigd en de normale bevoegdheden ontoereikend zijn om deze dreiging aan te pakken.
Effectgebied	Het gebied dat last heeft van de effecten die voortkomen uit het brongebied.
Convenanten	Documenten waarin afspraken tussen verschillende partijen (GHOR en andere partner) worden vastgelegd over uiteenlopende onderwerpen maar wel allemaal t.b.v. opgeschaalde zorg.
Crisis	Een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast.
Crisisbeheersing	Het geheel van maatregelen en voorzieningen, met inbegrip van de voorbereiding daarop, dat het gemeentebestuur of het bestuur van een veiligheidsregio in een crisis treft ter handhaving van de openbare orde, indien van toepassing in samenhang met de maatregelen en voorzieningen die op basis van een bij of krachtens enige andere wet toegekende bevoegdheid ter zake van een crisis worden getroffen.
Geneeskundige hulpverlening	Geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing door daartoe aangesteld personeel, als onderdeel van een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines, door tussenkomst van een meldkamer.
Geneeskundige keten	Algemeen begrip voor alle zorginstellingen (organisaties en aanbieders) in de gezondheidszorg (witte keten) die met elkaar samenwerken.
GHOR4all	Digitaal systeem toegankelijk voor GHOR waarin informatie staat opgeslagen van verschillende zorgorganisaties.
GHOR-bureau	Organisatieonderdeel dat de DPG ondersteunt (en uitvoering geeft) in de voorbereiding op een ramp of crisis en werkzaamheden verricht t.b.v. rampenbestrijding en crisisbeheersing.
GHOR functionaris	Een persoon die ingezet wordt in een bepaalde rol (één van de rollen zoals benoemd in crisismodel GHOR) tijdens een ramp of crisis.
Incidentbestrijdings plannen	N.a.v. het risicoprofiel kan een regio voor de belangrijkste risico's (factoren) incidentbestrijdingsplannen maken dit specifiek over een bepaald gebied of onderwerp gaat.

Informatie management	Gestructureerde manier waarop informatie verzameld, verwerkt en verspreid wordt.
Ketenpartner	Zorginstellingen en zorgaanbieders waarmee de GHOR afspraken maakt o.a. over het leveren van zorg in de opgeschaalde situatie.
Koude fase	Duiding voor al het werk dat t.b.v. rampenbestrijding en crisisbeheersing wordt uitgevoerd door verschillende partners ter voorbereiding op of ter voorkoming van een ramp of crisis (kortom: alles dat wordt gedaan als er geen ramp of crisis plaatsvindt).
Monodisciplinaire opschaling	Opschaling van één van de hulpverleningsorganisaties of onderdelen hiervan werkzaam binnen een veiligheidsregio.
Multidisciplinaire opschaling	Opschaling van GHOR en/of één of meerdere multidisciplinaire partners (eventueel in GRIP structuur).
Multidisciplinaire partners	Hulpverleningsorganisatie partners van de veiligheidsregio waarmee de GHOR samenwerkt: brandweer, politie en gemeenten.
Opschaling	Het vergroten van de organisatie (qua mensen/capaciteit, middelen, expertise) tijdens een incident of ramp. De mate van opschaling bepaalt het aantal eenheden (voertuigen en personeel) maar ook de wijze van aansturing.
Opgeschaalde situatie	Verzamelterm voor rampen, crises en bijzondere omstandigheden.
Piketdienst	Functionaris is in een van te voren afgesproken periode bereikbaar om opgeroepen te worden ten tijden van een ramp/crisis.
Publieke gezondheidszorg	De gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten (WPG);
Publieke gezondheidszorg-processen	De 4 processen van opgeschaalde Publieke Gezondheidszorg: infectieziektebestrijding, medische milieukunde, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen.
Ramp	Een zwaar ongeval of een andere gebeurtenis waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate zijn geschaad of worden bedreigd, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten of organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken.
Rampenbestrijding	Het geheel van maatregelen en voorzieningen, met inbegrip van de voorbereiding daarop, dat het gemeentebestuur of het bestuur van een veiligheidsregio treft met het oog op een ramp, het voorkomen van een ramp en het beperken van de gevolgen van een ramp.
Regionaal crisisplan	Operationeel plan waarin de organisatie, de verantwoordelijkheden, de taken en bevoegdheden in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing worden beschreven.
Regionaal risicoprofiel	Een inventarisatie en analyse van in de veiligheidsregio aanwezige risico's (inclusief relevante risico's in aangrenzende gebieden), die dient als basis voor prioritering van het risico- en crisisbeheersingsbeleid dat wordt beschreven in het beleidsplan veiligheidsregio.

Slachtoffer	Bij een ramp of crisis betrokken persoon met lichamelijk of psychisch letsel.
Slachtofferbeeld	Een niet tot individuele personen herleidbare beschrijving van slachtoffers van een ramp of crisis.
Slachtoffer informatie	Algemene term voor informatie over slachtoffers van rampen en crises (bevat slachtoffergegevens: gegevens van/over individuele slachtoffers van een ramp of crisis).
Taak verantwoordelijke	Functionaris in het brongebied die verantwoordelijk is voor een deeltaak van het acute opgeschaalde geneeskundige proces (bijvoorbeeld voor triage of vervoer slachtoffers).
Triage	Het beoordelen van slachtoffers (op lichamelijk letsel) bij rampen/crisis.
Warme fase	Duiding voor al het werk (inzet) dat t.b.v. rampenbestrijding en crisisbeheersing wordt gedaan ten tijde van een ramp of crisis.
Zorgcontinuïteit	Onder alle omstandigheden de zelfde kwaliteit zorg kunnen leveren door het inzetten van juiste mensen, middelen en methoden.

Referentielijst

- > Basiskennis Crisisbeheersing totaal - juli 2014
- > Basisleerstof GHOR, 2008.
- > Begrip_SVS.pdf GGD GHOR NL
- > Brochure-wet-veiligheidsregio-s - november 2013
- > De GHOR-keten versterkt: visie op de landelijke samenwerking voor opgeschaalde geneeskundige hulpverlening, GHOR Nederland, 2009.
- > Handboek veiligheid Acute medische zorg – 2016
- > Handreiking Regionaal Risicoprofiel, versie 1.10, 2009.
- > Herijking visie op zorgcontinuïteit, versie 2.0 GHOR NL - maart 2014
- > Kennispublicaties 1 t/m 4 - oktober 2012
- > Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0, LNAZ
- > Leidraad Grootchalige Geneeskundige Bijstand v 1 0 dec 2015
- > Model afspraak RAV - DPG | Afspraken uitwisseling slachtofferinformatie bij rampen en crises | september 2015
- > Modelplan GROU- mei 2009
- > Multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises, Impact 2014
- > Publieke gezondheid borgen, GGD GHOR NL- maart 2016
- > Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden, GGD GHOR NL – 2012
- > Visiedocument bestemming GHOR 2020, ITINERIS- januari 2016
- > Wet veiligheidsregio's, Memorie van Toelichting, TK 31 117, nr.3, 2006.
- > <http://wetten.overheid.nl/>
- > <https://www.volksgezondheidenzorg.info/>
- > <http://www.otoportaal.nl/video-bestand/535/videoclip-het-zirop.html>
- > <https://www.ambulancezorg.nl/nederlands/pagina/8596/opgeschaalde-zorg.html>
- > <https://www.lhv.nl/service/model-huisartsen-rampenopvangplan>
- > <http://www.otoportaal.nl/sites/default/files/redactie/Slachtofferinformatiesystematiek%20V1.3,%2015%20november%202011%20-%20vastgesteld%20VB.pdf>
- > <http://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20111202-ghor-nl-landelijke-handreiking-geneeskundige-advisering-publieksevenementen-2-1.pdf>

Bijlage 3

Operationele GHOR-rollen

Directeur Publieke Gezondheid (DPG)

De DPG geeft leiding aan de GHOR-keten en heeft de formele eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van de GHOR processen. De DPG functioneert op strategisch niveau en treedt op als adviseur geneeskundige zorg namens de GHOR in het GBT/ RBT. Hij/Zij informeert en adviseert de burgemeester op strategisch niveau m.b.t. bestuurlijke besluitvorming. De DPG ontvangt weer advies en relevante informatie van de ACGZ, de ACGZ is voor de DPG dus de schakel tussen de verschillende GHOR functionarissen.

Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (ACGZ)

Nadat de ACGZ is opgeroepen en de eerste melding van de meldkamer ambulance heeft ontvangen, hebben de OvD-G en de ACGZ contact met elkaar. De ACGZ neemt namens de GHOR zitting in het ROT en functioneert op tactisch niveau. Hij/zij is verantwoordelijk voor de gehele coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening. De ACGZ legt verantwoording af aan de Directeur Publieke Gezondheid. Hij/Zij registreert en coördineert de taakorganisaties acute- en publieke gezondheidszorg. Voor meer informatie over de rol ACGZ, zie dan het [kwalificatiedossier ACGZ](#).

Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G)

De OvD-G komt ter plaatse bij het brongebied als hij/zij is opgeroepen door de meldkamer ambulance (MKA) waar de melding is binnen gekomen. Dit gebeurt op basis van protocollen en richtlijnen. De OvD-G functioneert op operationeel niveau en zal namens de GHOR zitting nemen in het CoPI²⁶. Tevens is de OvD-G verantwoordelijk voor de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening in het brongebied en de afstemming op de multidisciplinaire hulpverlening. Dit betekent:

- > de OvD-G coördineert en delegeert taken (en monitort deze) naar de verschillende taakverantwoordelijkheden met ieder een eigen aandachtsgebied;
- > de OvD-G adviseert (zowel mono als multi) over de geneeskundige hulpverlening op plaats incident;
- > de OvD-G zorgt dat de mono en multi functionarissen de juiste beschikbare informatie ontvangen t.b.v. werkzaamheden of besluitvorming en;
- > de OvD-G zorgt ervoor dat de mono en/of multi processen zoveel mogelijk op elkaar afgestemd worden.
- > De OvD-G is dus zowel mono- als multidisciplinair het aanspreekpunt van de GHOR op het brongebied voor keten- en multipartners. De OvD-G heeft tevens een signalerende functie m.b.t. het mogelijk inzetten van (deel)taken van het uitvoeringsproces publieke gezondheidszorg m.b.t. het brongebied. Te denken valt aan het inzetten van psychosociale hulpverlening. De OvD-G ontvangt functioneel leiding van de ACGZ. Voor meer informatie over de rol OvD-G zie dan het Landelijk Protocol Ambulancezorg 8.1 en het Landelijk Protocol OvD-G 2.0. Voor meer informatie over de rol OvD-G, zie dan het [kwalificatiedossier OvD-G](#).

²⁶ Uitleg CoPI zie paragraaf: multidisciplinaire flexibele op en afschaling tijdens ramp/crisis

Hoofd Acute Gezondheidszorg (HAG)

Het HAG coördineert het proces van de acute gezondheidszorg, functioneert op tactisch niveau en legt verantwoording af aan de ACGZ (tenzij de ACGZ deze rol uitvoert). Het proces acute Gezondheidszorg bestaat uit de deelprocessen pre-hospitale triage, behandeling en vervoer van slachtoffers. Hierbij is het HAG verantwoordelijk voor de voortgang, coördinatie en aansturing van het proces.. Voor meer informatie over de rol HAG, zie dan het [kwalificatiedossier HAG](#).

Hoofd Publieke Gezondheidszorg (HPG)

Het HPG coördineert het proces van de publieke gezondheidszorg en functioneert op tactisch niveau. Ook de HPG stemt af en legt verantwoording af aan de ACGZ (tenzij de ACGZ deze rol uitvoert). Het proces publieke gezondheidszorg bestaat uit de deelprocessen Medische Milieukunde (MMK), Infectieziektebestrijding (IZB), Gezondheidsonderzoek na Rampen (GOR) en Psychosociale Hulpverlening (PSH). Hierbij is het HPG verantwoordelijk voor de voortgang, coördinatie en aansturing van het proces. Voor meer informatie over de rol HPG bekijk dan het [kwalificatiedossier HPG](#).

Actiecentrum GHOR en daarin werkende functionarissen

Ter ondersteuning van de ACGZ en de geneeskundige keten is er een actiecentrum GHOR. Het actiecentrum GHOR voert opdrachten uit die door de ACGZ worden aangegeven en uitgezet moeten worden t.b.v. zowel het brongebied als het gevolg van de effecten. Het actiecentrum is tevens verantwoordelijk (in opdracht ACGZ) voor de informatievoorziening naar de witte keten en multidisciplinaire partners. Daarnaast kan het actiecentrum in opdracht van de ACGZ met verschillende (keten)partners contact opnemen om bepaalde acties uit te zetten of andere gerelateerde zaken zoals ondersteuning aanbieden of advies geven.

Hoofd Ondersteuning (HON)

De HON geeft functioneel leiding aan het actiecentrum GHOR en is verantwoordelijk voor de kwaliteit en kwantiteit van de resources zoals personele voorzieningen, facilitaire voorzieningen en capaciteit voor de geneeskundige keten GHOR (t.b.v. o.a. GHOR functionarissen). Hij/Zij is werkzaam op tactisch/operationeel niveau en zorgt dat de acties die uitgezet worden door het actiecentrum gemonitord en afgehandeld worden, de HON adviseert de ACGZ hierover en legt verantwoording af aan de ACGZ. Multidisciplinair zorgt de HON voor afstemming en samenwerking met andere actiecentra/backoffices. Voor meer informatie over de rol HON, zie dan het [kwalificatiedossier HON](#).

Hoofd Informatie (HIN)

De HIN functioneert op tactisch/operationeel niveau en is verantwoordelijk voor het geneeskundige informatieproces en het managen hiervan. Hij/zij maakt gebruik van verschillende informatie kanalen zowel mono- als multidisciplinair en filtert de informatie. De HIN levert input aan de ACGZ en adviseert de ACGZ m.b.t. verkregen informatie en verwerkt deze in de verschillende informatie systemen waarbij hij/zij zorg draagt voor eenduidige beeldvorming. De HIN deelt relevante (in overleg met ACGZ) informatie met zowel de keten- als multipartners. De HIN is de spin in het web als het gaat om netcentrisch werken. Voor meer informatie over de rol HIN, zie dan het [kwalificatiedossier HIN](#).

Bijlage 4

Werk- en meeleesgroep

Voor de actualisatie een werk- en meeleesgroep ingesteld met vertegenwoordigers uit het GHOR werkveld die zich hebben aangemeld na een oproep vanuit de GHOR Academie / IFV om mee te denken in deze actualisatie.

Leden werkgroep actualisering kennispublicatie

Naam	regio
Jan van Asperen	Amsterdam-Amstelland
Froukje de Vries	Friesland
Jan Rotte	Zeeland
Erik Verhaagh	Utrecht

Leden meeleesgroep actualisering kennispublicatie

Naam	regio
Pierre Fouchier	Brabant Midden-West-Noord
Bram Hakkenberg	Brabant Midden-West-Noord
Sophia Vreugdenhil	Kennemerland
Simon Marijt	Amsterdam-Amstelland
Bob Hellinga	Utrecht
Hilda Wartena	Drenthe
Vincent Pot	GGD GHOR Nederland

Bijlage 5 Crisismodel GHOR

