



**Toelichting bij het modelconvenant publieke gezondheid
Samenwerkingsafspraken GGD en GHOR voor rampen en crises**

Geaccordeerd in de gezamenlijke algemene ledenvergadering van GGD Nederland en GHOR Nederland op 27 mei 2011

Toelichting bij het Modelconvenant Publieke Gezondheid bij rampen en crises

1. Aanleiding

Het modelconvenant Publieke Gezondheid bij rampen en crises heeft als doel de totstandkoming van regionale afspraken tussen de GHOR en de GGD over de inzet bij rampen en de voorbereiding daarop te faciliteren en te uniformeren. Uitgangspunt daarbij zijn de wettelijk verantwoordelijkheden van de GHOR en de GGD op grond van de Wet veiligheidsregio's en Wet publieke gezondheid. Het modelconvenant ondersteunt bij het invullen van de verplichting die het bestuur van de veiligheidsregio en de geneeskundige ketenpartners, ingevolge artikel 33, tweede lid van de Wet Veiligheidsregio's heeft, tot het maken van schriftelijke afspraken.

Bij het opstellen van het modelconvenant heeft er een interpretatie van de wetgeving plaatsgevonden om de verantwoordelijkheden en taken van de GHOR en de GGD te concretiseren. De notitie 'De nieuwe GHOR, verantwoordelijkheden van de GHOR en de geneeskundige keten op basis van nieuwe wet- en regelgeving is hiervoor de basis geweest. De notitie is te vinden via www.ghor.nl. Het modelconvenant biedt op basis van deze interpretatie landelijk eenduidige afspraken over de onderling verantwoordelijkheidsverdeling de mogelijkheid invulling te geven aan de samenwerking in de regio en aan regionale afspraken. Daar waar er een interpretatie van de wetgeving heeft plaatsgevonden er is ook geen sprake van een directe wettelijke verplichting. De exacte invulling van de regionale afspraken blijft voorbehouden aan de regionale partijen. In het modelconvenant is beschreven welke regionale 'producten' (beschreven in outputtermen) de GHOR en GGD over en weer van elkaar kunnen verwachten en welke prestatie-indicatoren voor die producten worden gehanteerd. Dit is opgenomen in productbladen die als hulpmiddel en handreiking zijn toegevoegd en per regio aangepast kunnen worden en waarvoor wel of niet gekozen kan worden om op te nemen in afspraken tussen de GHOR en de GGD. Onder deze producten worden zowel besturende en ondersteunende processen verstaan als de inhoudelijke processen Psychosociale Hulpverlening (PSH), Medische Milieukunde (MMK), Infectiebestrijding (IZB) en Gezondheidsonderzoek bij Rampen (GOR). Het modelconvenant omvat daarmee de gehele set aan afspraken die GHOR en GGD op basis van hun wettelijke verantwoordelijkheid (Wpg en Wvr) kunnen maken. Naast deze afspraken kennen GGD'en en de GHOR-bureau's onderlinge SLA's ten aanzien van bedrijfsvoering. Deze afspraken maken geen onderdeel uit van dit convenant.

Het modelconvenant PG is opgesteld door speciaal ingestelde werkgroepen voor de PSH en de POG, bestaande uit vertegenwoordigers van GGD'en en GHOR-bureau's (zie de bijlage voor een overzicht van de leden van de werkgroepen). Het modelconvenant wordt samen met deze toelichting voorgelegd aan het bestuur van GGD Nederland en GHOR Nederland.

2. Wetgeving

Op 1 oktober 2010 is de Wet Veiligheidsregio's (Wvr) in werking getreden. De veiligheidsregio's zijn een feit geworden met de GHOR als integraal onderdeel daarvan. De GHOR is 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. De organisatie van de geneeskundige hulpverlening is een wettelijke taak van de colleges van B&W, die wordt uitgevoerd door de veiligheidsregio. Ten tijde van rampen en crises draagt de GHOR zorg voor de leiding en coördinatie van de geneeskundige keten en voor het informatiemanagement binnen de geneeskundige keten. In de 'koude' fase bevat de regiefunctie het bewaken van de mate van voorbereidingen van de zorginstellingen (waaronder de GGD). Onderdeel van de regiefunctie is tevens het maken van afspraken met over de mate waarin personeel en materiaal worden ingezet.

Het wettelijk kader voor de GGD-activiteiten komt voort uit de Wet Publieke Gezondheid (Wpg, 2008). Vanuit de Wpg is de GGD verantwoordelijk voor het bevorderen en de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Ten aanzien van een aantal specifieke taken schrijft de Wpg voor dat de GGD verantwoordelijk is voor het via onderzoek verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die door een ramp worden getroffen, het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen. In de wet is vastgelegd dat het veiligheidsbestuur gezamenlijk

met het algemeen bestuur van de GGD dat deel van het crisisplan vaststelt dat betrekking op de onderdelen van de publieke gezondheid en de geneeskundige hulpverlening.

Naast de wettelijke taak heeft de GGD vanuit haar verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid een taak ten aanzien van coördinatie van hulpverlening als de reguliere zorg in gedrang komt of dreigt te komen en om problemen te voorkomen (collectieve preventie), en vanuit haar publieke taak een rol bij de advisering en het omgaan met maatschappelijke onrust en (het risico op) verstooring van de openbare orde en veiligheid.

De Eerste Kamer heeft op 17 mei 2011 voor de tweede tranche van de Wpg gestemd. De tweede tranche van de Wpg is een aanvulling op de Wpg die in 2008 is ingevoerd. De tweede tranche regelt de aansluiting van de publieke gezondheidszorg op het veiligheids- en bestuurlijke domein. Door dit besluit verschuift de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op de bestrijding van een (dreigende) uitbraak van een infectieziekte uit de groep A naar aan het bestuur van de veiligheidsregio. De rechtvaardiging hiervan is dat bij een dergelijke uitbraak de voorbereiding op en bevoegdheden voor enerzijds de infectieziektebestrijding en anderzijds de openbare orde en veiligheid in elke regio in één hand zouden moeten liggen. Ook is nu in de Wpg geregeld dat de GGD en de GHOR onder een 'Directeur Publieke Gezondheid' vallen, die in overeenstemming benoemd wordt door het algemeen bestuur GGD en het veiligheidsbestuur, en is wettelijk de territoriale congruentie van de GGD'en met de veiligheidsregio's vastgelegd. Meer informatie over de wijzigingen in de Wpg en de relatie tussen de Wpg en Wvr is opgenomen in bijlage 2, Factsheet Wet publieke gezondheid in relatie tot de Wet veiligheidsregio's, opgesteld door het ministerie van VWS.

3. Taakverschuiving

De GHOR is verantwoordelijk voor de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied. Daarmee heeft de GHOR een rol en verantwoordelijkheid richting de ketenpartners om ze tijdig te informeren, te betrekken bij planvorming, te consulteren bij het regionaal risicoprofiel en toe te zien op goede planmatige voorbereiding op rampen door de geneeskundige keten. De verantwoordelijkheid voor de primaire processen van de geneeskundige hulpverlening berust bij de partijen die volgens de wet en hun reguliere taak verantwoordelijk zijn voor uitvoering. Ten tijde van rampen en crises draagt de GHOR zorg voor de leiding en coördinatie van de geneeskundige keten en voor het informatiemanagement binnen de geneeskundige keten.

De GGD is in de voorbereidende fase verantwoordelijk voor de planvorming, het opstellen van een eigen rampenopvangplan (GROP) en het maken van afspraken met ketenpartners die betrokken zijn bij de uitvoering van de inhoudelijke processen. Ten tijde van rampen en crises draagt de GGD zorg voor de uitvoering en/of ketencoördinatie van haar primaire processen.

Bij de voorbereiding op en invulling van taken is het aan de GGD om te bepalen welke organisaties daarbij worden betrokken. Daarbij kan gedacht worden aan Slachtofferhulp Nederland, de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk, etc. bij PSH en het RIVM bij GOR. Ook kan ervoor gekozen worden de invulling te regelen in samenwerking met andere GGD'en. Concreet betekent dit dat de GGD in het kader van haar verantwoordelijkheid voor coördinatie van de inhoudelijke uitvoering, binnen de geneeskundige keten afspraken moet maken met andere (zorg)instellingen.

4. Invulling verantwoordelijkheidsverdeling

Er bestaat een grote afhankelijkheid tussen de GHOR en de GGD, maar ook tussen andere instanties betrokken bij de rampenbestrijding, voor het uitvoeren van taken. Dit betekent ook dat de GHOR zonodig de GGD adviseert om op te schalen, dat partijen elkaar wederzijds informeren over en consulteren bij mogelijke dreigingen en dat er afstemming plaatsvindt over de betrokkenheid van de GGD bij het ontwikkelen van het regionaal risicoprofiel en het regionaal crisisplan. Het is wenselijk om afspraken te maken over het betrekken van elkaar bij reguliere activiteiten die mogelijk tot opschaling kunnen leiden. Belang vanuit de GGD is dat de GGD door de GHOR in de positie wordt gebracht om optimaal haar rol en verantwoordelijkheid te kunnen nemen. In het convenant kunnen dan ook afspraken worden opgenomen over op- en afschaling, informatievoorziening en -management, communicatie en leiding en coördinatie tijdens rampen en crises, maar kan ook afspraken bevatten over afstemming met de GGD over de positie bij het ontwikkelen het regionaal risicoprofiel en de positie van de GGD daarin. Hierin houdt vanzelfsprekend de GGD haar eigen verantwoordelijkheid om op de hoogte te zijn. Tevens kan de GGD ook afspraken maken met de GHOR over de invulling van de taak van de GHOR, bij-

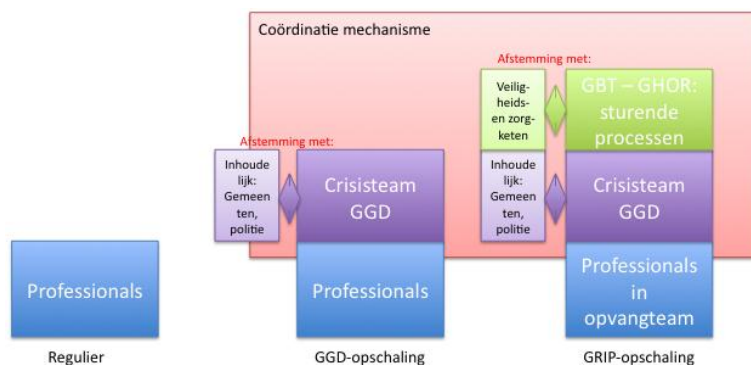
voorbeeld voor het beschikbaar stellen van medewerkers ten behoeve van coördinerende GHOR-functies en het leveren van een bijdrage aan het Regionaal Risicoprofiel. De GGD blijft ten alle tijden verantwoordelijk voor het eigen proces. Dus zowel in de voorbereidende, acute als de nafase is de GGD verantwoordelijk voor de uitvoering en/of coördinatie van de uitvoering van de IZB, MMK, GOR en PSH.

Daarnaast kan aan het convenant afspraken worden toegevoegd worden afspraken over de ondersteuning van de GHOR bij planvorming, OTO en de afstemming tussen ketenpartners en instanties betrokken bij rampenbestrijding. De GHOR is verantwoordelijk voor haar eigen voorbereiding en betrokkenheid in de keten. De GHOR moet er voor zorg dragen dat ze goed op de hoogte is van processen van de verschillende instellingen en diensten die uitvoering geven aan de processen om leiding/coördinatie te voeren over de processen. Dit kan bevordert worden door de betrokkenheid van de GHOR bij de voorbereidingen op rampen. De GGD mag van de GHOR verwachten dat ze voldoende capaciteit en deskundigheid bieden voor ondersteuning van de GGD, de informatievoorziening en planvorming. Tenslotte is het wenselijk afspraken over elkaars betrokkenheid bij reguliere activiteiten die mogelijk tot opschaling zullen leiden.

5. GGD Rampen Opvang Plan

In het GGD Rampen Opvang Plan (GROP) staat beschreven op welke wijze de GGD de interne opschaling en aansluiting op ketenpartners heeft geregeld. Het opschalingsmechanisme in het GROP geldt voor alle processen van de GGD die opgeschaald kunnen worden, zowel in de situatie van GRIP als opschaling op het niveau van de GGD zelf. Daar waar in de reguliere situatie de professional uitvoering geeft aan de taken, ontstaat onder grootschaliger omstandigheden behoefte aan een coördinatiepunt voor de inhoudelijke uitvoering. Vanuit dit coördinatiepunt vindt (inhoudelijke) afstemming plaats met gemeenten, politie, etc.

Indien er sprake is van GRIP wordt aan dit coördinatiepunt, nog een extra niveau toegevoegd, namelijk de coördinatie van de GHOR over de sturende processen (witte kolom als geheel en de afstemming met de multidisciplinaire veiligheidsketen). Deze coördinatie vindt plaats vanuit het Gemeentelijk Beleidsteam (GBT)/Regionaal Operationeel Team (ROT). De verantwoordelijkheids- en taakverdeling van de GHOR en GGD verandert onder deze omstandigheden echter niet. Dat betekent in de praktijk dat de GGD in alle fasen verantwoordelijk is voor de coördinatie van de inhoudelijke uitvoering. Deze coördinatie vindt plaats vanuit of in afstemming met het GGD Crisisteam (crisiscoördinator) zoals is beschreven in het GROP. Dit coördinatiemechanisme (inhoudelijke coördinatie door de GGD en coördinatie over de sturende processen door de GHOR) is hieronder schematisch weergegeven¹.



6. Opschaling door de GGD

Op basis van de wettelijke taak en de afspraken die voortkomen uit het onderliggend modelconvenant PG zijn er verschillende redenen op basis waarvan de GGD kan opschalen. Deze uitgangspunten vormen de basis waarop de GGD een afweging maakt om op te schalen.

De GGD schaaft op indien:

- Er sprake is van een GRIP situatie waarin de GGD een uitvoerende rol heeft;

¹ afstemming met de ketenpartners binnen het inhoudelijke domein vindt bij GRIP-opschaling plaats vanuit het GGD crisisteam als verantwoordelijk orgaan. De afstemming met de politie en andere instanties buiten het inhoudelijk domein wordt in het multidisciplinair verband ingevuld.

- Er noodzaak is van coördinatie in de situatie dat de reguliere uitvoering van de GGD taken of psychosociale hulpverlening in gedrang komt of dreigt te komen;
- Er sprake is van maatschappelijke onrust of een risico op de verstoring van de openbare orde en veiligheid waarbij de inhoudelijke coördinatie door de GGD noodzakelijk is.

In het GROEP geeft de GGD invulling aan deze coördinatie, de verantwoordelijkheid en haar taken van de geneeskundige hulpverlening.

7. Samenhang met het Regionaal Crisisplan en GROEP

In het Regionaal Crisisplan wordt de opschaling en crisisorganisatie van de Veiligheidsregio beschreven, inclusief de witte kolom. De GGD heeft als haar eigen uitwerking het GROEP. In geval van een crisissituatie waarbij beide plannen in werking treden is er sprake van een grote afhankelijkheid tussen het regionaal crisisplan en het GROEP. De GHOR en de GGD moeten daarom afspraken maken over de aansluiting van het regionaal crisisplan op het GROEP. De consequenties van het convenant voor de opschaling, alarmering, informatiemanagement, moeten eveneens worden vertaald naar zowel het regionaal crisisplan als het GROEP. Het is daarom wenselijk dat de GHOR en de GGD hierin gezamenlijk optrekken en de planvorming met elkaar afstemmen.

Het veiligheidsberaad heeft aangegeven dat zij het besturingsmechanisme van het referentiekader regionaal crisisplan ondersteunt. De ALV van GHOR Nederland en ook het Veiligheidsberaad hebben de sturingsfilosofie van het knoppenmodel omarmd, maar de achterliggende schema's en functiebenamingen niet vastgesteld. Dit betekent dat de bestaande naamgeving van de GHOR-functies uit het Besluit Personeel Veiligheidsregio's onverkort van kracht is. Inmiddels zijn er vele verschillende interpretaties en implementatievarianten van het referentiekader. Dit is een ongewenste situatie omdat de aansluiting en samenwerking tussen regio's belemmert. Uitgangspunt is daarom het besturingsmechanisme van het referentiekader te volgen en het GROEP leidend te laten zijn voor de procesindeling en terminologie.

8. Kwaliteitskader

De kwaliteitskaders en basisvereisten van de reguliere processen vormen het kwaliteitskader voor de uitvoering van taken van de geneeskundige hulpverlening. Dat betekent dat wat door het veld wordt verstaan onder de minimale kwaliteitseisen voor bij de uitvoering van taken, zowel gelden bij de reguliere uitvoering als in de situatie van rampen en crises. Daarnaast zijn er specifieke kwaliteitskaders en draaiboeken opgesteld voor de verschillende processen en functionarissen die leidend zijn onder opgeschaalde opstandigheden. Daar waar deze ontbreken of niet meer actueel zijn zal dat opgepakt moeten worden. Zo is er behoefte aan een uitwerking van landelijke procesbeschrijvingen PSH, GOR en MMK als aanvulling op het Landelijk Modelplan GROEP, waarbij huidige kwaliteitskaders en draaiboeken worden gehanteerd, dan wel worden aangepast. Zo ontwikkelde Impact, in samenwerking met het Trimbos Instituut en onder auspiciën van de stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, in 2007 een richtlijn voor vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen², is het handboek Gezondheidsonderzoek na rampen in ontwikkeling en worden een aantal beleidsadviezen gedaan omtrent de verbetering van opleidingen en draaiboeken in het GAGS-overdrachtdossier van GGD Nederland en GHOR Nederland.

9. De 4 processen

9.1. Infectieziektebestrijding (IZB)

Verantwoordelijkheidsverdeling op basis van het wettelijk kader

De veiligheidsregio wordt op grond van de tweede tranche Wpg verantwoordelijk voor de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan. In het geval van een infectieziekte behorend tot groep A kan de minister aanwijzingen geven over de te nemen maatregelen. Op grond van de Wpg geeft de burgemeester leiding geeft aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, behorend tot groep B1, B2 of C. De GGD draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding alsook de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, draag zorg voor

² Impact/Trimbos Instituut. *Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen*. Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut, 2007.

de toepassing van de maatregelen die daarvoor nodig zijn en past bij de uitvoering de maatregelen toe die door de minister worden opgedragen, indien het gaat om de voorbereiding op de bestrijding van infectieziekten behorende tot groep A, of een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat.

De GGD is in de voorbereidende fase verantwoordelijk voor het opstellen van regionaal draaiboek grootschalige Infectieziektebestrijding op basis van het landelijk draaiboek grootschalige infectieziektebestrijding.

Op basis van de wettelijke taken geeft de GGD uitvoering aan de reguliere infectieziektebestrijding. Daar waar in de reguliere uitvoering de professional zijn of haar expertise uitvoert, ontstaat onder grootschaliger omstandigheden behoefte aan een coördinatie van de inhoudelijke uitvoering. Deze coördinatie houdt in dat de ver grote inzet van medewerkers wordt georganiseerd en gecoördineerd, er afstemming plaats vindt met (keten)partners en er een coördinatieteam wordt ingesteld. Indien er sprake is van grootschalige omstandigheden (bij GRIP-inzet), wordt de veiligheidsregio verantwoordelijk voor de aansturing. De taakverdeling van de GHOR en GGD ten aanzien van de (coördinatie van de) uitvoering verandert onder deze omstandigheden niet.

Opschaling binnen de structuur van de infectieziekte is afhankelijk van de infectieziekte. Er kan sprake zijn van een acute noodzaak om op te schalen, maar vaak gaat er een geleidelijk proces aan vooraf. In de aanloopfase naar een infectieziektecrisis zal een regionaal OMT worden geformeerd. Het regionale OMT draagt zorg voor de regionale vertaalslag van het door het landelijke OMT opgestelde beleid.

Verantwoordelijkheden overige partners

De huisartsen en zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het continueren van verantwoorde zorg voor de eigen patiënten onder alle omstandigheden. Bij infectieziekteuitbraken zal zo lang mogelijk de zorg door huisartsenpraktijken, huisartsenposten en zorginstellingen worden geleverd. Voor de bewaking en bevordering van de continuïteit van zorg moeten huisartsen en zorginstellingen zich voorbereiden op rampen.

Het Centrum infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM heeft een adviserende rol bij de aanpak van een infectieziekte. Verder kunnen bij de bestrijding van een infectieziekteuitbraak onder andere laboratoria, gemeenten onderzoeksinstituten betrokken zijn.

9.2. Medisch milieukunde (MMK)

Verantwoordelijkheidsverdeling op basis van het wettelijk kader

Op grond van het Besluit publieke gezondheid draagt de GGD zorg voor het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidkundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen. De GGD draag daarom zorg voor een GAGS-functie.

Op basis van de wettelijke taken geeft de GGD uitvoering aan de reguliere medische milieukundige zorg. Bij grootschaliger omstandigheden kan de afdeling Medische Milieukunde (MMK) van de GGD betrokken worden bij het bestrijdingsbeleid en de inhoudelijke uitvoering. Vanuit het primaire proces wordt opgeschaald, waardoor er sprake is van opgeschaalde medische milieukundige zorg MMK waar de GAGS functionaris een onderdeel van vormt. Bij milieukundige incidenten is de oorzaak vaak niet direct bekend en is er kans op onrust onder de bevolking. De inzet van de afdeling MMK moet georganiseerd en gecoördineerd worden. Indien er sprake is van grootschalige omstandigheden (bij GRIP-inzet), wordt de veiligheidsregio verantwoordelijk voor de aansturing. De taakverdeling van de GHOR en GGD ten aanzien van de (coördinatie van de) uitvoering verandert onder deze omstandigheden niet.

Opschaling als gevolg van een medisch milieukundige ramp betekent dat:

- Regionaal of lokaal maatregelen moeten worden genomen.
- Bestrijdingsbeleid bepaald moet worden.
- Een landelijke aansturing van maatregelen en interventies kan worden nagestreefd.

Verantwoordelijkheden overige partners

De belangrijkste partner van de GAGS is de adviseur gevaarlijke stoffen van de brandweer (AGS). De AGS is verantwoordelijk voor het kwantificeren en identificeren van gevaarlijke stoffen op de rampplek en in het mogelijke effectgebied. De GAGS beoordeelt of de (mogelijk) gevaarlijke stoffen gezondheidsschade kunnen ople-

veren voor de bevolking. Voor het verrichten van de metingen van gevaarlijke stoffen voor langere tijd kan de GAGS assistentie inroepen van de Milieu Ongevallen Dienst (MOD) van het RIVM. De MOD heeft de beschikking over rijdende laboratoria die afhankelijk van het incident op kosten van het ministerie van I&M kunnen worden ingezet. De meetwagens zijn centraal in Nederland opgesteld en kunnen daardoor geen snelle aanrijdtijd garanderen. Voor de eerste uren werkt het RIVM vaak nauw samen met de AGS van de brandweer. Voor tactisch en strategisch advies kan de GAGS een beroep doen op het Beleids Ondersteunend Team milieu incidenten (BOT-mi) waarin kennisinstituten van verschillende departementen in participeren (onder andere RIVM, TNO en KNMI). Verder kunnen bij de bestrijding van een ramp met gevaarlijke stoffen onder andere traumacentra, ziekenhuizen, huisartsen, milieuambtenaren bij gemeenten, drinkwaterleidingbedrijven, waterschappen en verschillende departementale diensten betrokken zijn. De GAGS kan zondig een beroep doet op het centrum Gezondheid en Milieu (cGM) bij het RIVM voor advies en ondersteuning over gezondheidsonderzoek na rampen.

9.3. Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR)

Verantwoordelijkheidsverdeling op basis van het wettelijk kader

Op grond van het Besluit publieke gezondheid draagt de GGD zorg voor het via onderzoek verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die door een ramp worden getroffen.

Het gemeentelijke of regionale Beleidsteam beslist over het wel of niet uitvoeren van gezondheidsonderzoek en laat zich daarbij adviseren door de GGD. De GGD kan advies vragen bij het Centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM over het nut en noodzaak van een gezondheidsonderzoek. Binnen 24 uur na het verzoek om advies, wordt er advies gegeven over het eerste acute onderzoek waarin de nadruk ligt op het verzamelen van gegevens die anders verloren zouden gaan. Een onderdeel van acuut onderzoek is: biomonitoring (bepaling van blootstelling aan stoffen in het lichaam). Binnen 72 uur wordt er een maatwerk-advies gegeven voor de gevolgen op korte en lange termijn..

Verantwoordelijkheden overige partners

Voor het doen van gezondheidsonderzoek na rampen is een handreiking opgesteld door het cGM. 'Gezondheidsonderzoek na rampen'. Het cGM is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en beheer van deze handreiking. De GGD kan de uitvoering van (delen) van gezondheidsonderzoek uitbesteden aan onderzoeksinstanties. De GGD zal afspraken met deze onderzoeksinstanties moeten maken om dit voor te bereiden.

9.4. Psychosociale hulpverlening (PSH)

Verantwoordelijkheidsverdeling op basis van het wettelijk kader

Binnen de PSH heeft een verschuiving plaatsgevonden met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling. Ten aanzien van de PSH geldt dat op basis van de Wvr de GHOR verantwoordelijk is voor het maken van afspraken in de keten en voor de sturende processen, i.c. de regie op de aansluiting van de psychosociale nazorg op de andere hulpdiensten (in het gemeentelijk opvangcentrum in de acute fase) en nazorgverlenende instanties (het Informatie- en Adviescentrum in de nazorgfase). In het Besluit Personeel Veiligheidsregio's worden daarnaast ten aanzien van PSH 2 GHOR-functies genoemd. Dit zijn de Leider Kernteam en de Leider Opvangteam.

De wet Publieke Gezondheid beschrijft dat de GGD verantwoordelijk is voor het bevorderen van psychosociale hulpverlening bij rampen en Jeugdgezondheidszorg, waaronder ook de psychosociale hulpverlening

Dit betekent voor de verantwoordelijkheidsverdeling dat de GHOR in de voorbereidende fase verantwoordelijk is voor het maken van afspraken in de keten (WVR), in de acute fase verantwoordelijk is voor de aansturing vanuit het GBT van de processen die vallen onder de geneeskundige hulpverlening en voor de afstemming met de multidisciplinaire partners. In de nazorgfase blijft deze verantwoordelijkheid bestaan tot het moment van GRIP-afschaling en de sturing (regie) van de nazorg is overgedragen aan de reguliere hulpverleningsinstanties.

De GGD is in de voorbereidende fase verantwoordelijk voor de coördinatie van de inhoudelijke uitvoering van PSH. Dat betekent dat de GGD zorg draagt voor het maken van afspraken met de 'leveranciers' van PSH, zoals GGZ, Maatschappelijk werk, Slachtofferhulp, etc. in de voorbereidende fase over de uitvoering (kernteam en opvangteam) en zorg draagt voor de coördinatie van de uitvoering vanuit het Kernteam in de acute en nazorgfase.

Op basis van het wettelijk kader is er geen grond voor een coördinerende, dan wel uitvoerende taak voor de GGD voor de reguliere PSH, met uitzondering van de GGD-taken in het kader van de JGZ (WPG). Echter, vanuit de verantwoordelijkheid voor publieke gezondheid bij burgers en de preventietaak (voorkomen van de zorgvraag), ligt het voor de hand dat daar waar behoefte is aan een vangnetfunctie en er sprake is of kan zijn van maatschappelijke onrust, de GGD wel degelijk een coördinerende rol kan spelen (vanuit de gemeentelijke verantwoordelijkheid) in de PSH.

Verantwoordelijkheden overige partners

De huisartsen zijn verantwoordelijk voor het continueren van hun eerstelijns rol in de psychosociale hulpverlening. De GGZ is verantwoordelijk voor het kunnen continueren van de tweedelijns psychosociale hulpverlening onder alle omstandigheden. Op grond van beleidsregel ex artikel 4 WTZi dient de GGZ hierover binnen het ROAZ afspraken te maken en deze vervolgens op grond van de WVR met de veiligheidsregio's vast te leggen. Ook de huisartsenposten moeten op basis van de WTZi afspraken maken over de continuïteit van zorg. Voor inzet van slachtofferhulp en maatschappelijk werk bestaat geen wettelijke basis.

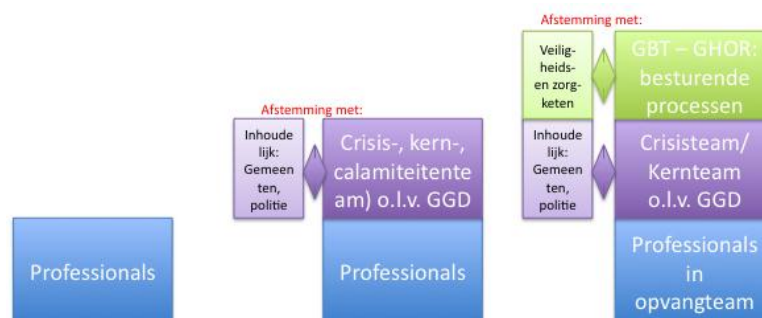
Op basis van de WTZi, KWZ, WMO en de gemeentewet geldt dat huisartsen, GGZ, ROAZ (in het kader van regionale afspraken tussen zorginstellingen over acute zorg), Maatschappelijk Werk en Gemeenten een taak hebben in de reguliere psychosociale zorg.

De GGD kan zondig een beroep doet op het centrum Gezondheid en Milieu (cGM) bij het RIVM voor advies en ondersteuning over gezondheidsonderzoek na rampen en psychosociale nazorg.

PSH-coördinatiemechanisme

Daar waar in de reguliere zorg de professional zijn of haar expertise uitvoert, ontstaat onder grootschaliger omstandigheden (bijvoorbeeld als gevolg van maatschappelijke onrust, behoefte aan communicatie naar burgers), behoefte aan een coördinatiepunt voor de inhoudelijke uitvoering. Vanuit dit coördinatiepunt vindt (inhoudelijke) afstemming plaats met gemeenten, politie, etc. De GGD of de gemeente kan hiervoor een PSH-coördinatieteam instellen. Dit team kent op dit moment diverse vormen en benamingen in de verschillende regio's, zoals calamiteitenteam, coördinatieteam of klzteam.

Indien er sprake is van PSH-inzet onder grootschalige omstandigheden (bij GRIP-inzet), wordt aan dit coördinatie-niveau, nog een extra niveau toegevoegd, namelijk de coördinatie van de GHOR over de sturende processen (witte kolom en afstemming met de veiligheidsketen). Deze coördinatie vindt plaats vanuit GBT/ROT. De taakverdeling van de GHOR en GGD ten aanzien van de coördinatie van de uitvoering verandert onder deze omstandigheden niet.



PSH-Opschaling en alarmering

Vanuit het wettelijk kader is de GGD zowel in de acute als in de nazorgfase verantwoordelijk voor de coördinatie van de inhoudelijke uitvoering. De GHOR draagt zorg voor coördinatie vanuit het GBT en de afstemming met de andere processen en hulpdiensten. De overgang tussen de acute en nazorgfase dient daarbij plaats te vinden op basis van inhoudelijke argumentatie. Daarmee komt de huidige veldnorm (acute fase is 3 x 24 uur) te vervallen. Daarnaast is er geen argumentatie voor het onderscheid in de eerste en tweede nazorgfase. Dit pleit voor een indeling in voorbereidende, acute en nazorgfase.

De GGD is in alle fasen verantwoordelijk voor de coördinatie van de inhoudelijke uitvoering. Deze coördinatie vindt plaats vanuit of in afstemming met het GGD Crisisteam (crisiscoördinator) zoals is beschreven in het GROEP. Indien gewenst kan de GGD hier een Kernteam PSH aan toevoegen dat de inhoudelijke coördinatie van de PSH organiseert (de procesleider PSH zou dan tevens voorzitter Kernteam kunnen zijn). Overdracht van GHOR naar GGD-taken na afschaling is daarmee niet langer aan de orde.

In een GRIP-situatie wordt aan de GGD-opschaling de coördinatie vanuit het GBT/ROT toegevoegd. Vanuit deze lijn coördineert de GHOR de afstemming van de 3 witte processen en de multidisciplinaire processen.

Het kernteam coördineert de inzet van de uitvoerende organisaties in het opvangteam. Het kernteam en de voorzitter van het kernteam³ is een verantwoordelijkheid van de GGD. Het kernteam dient verder te bestaan uit leidinggevende vertegenwoordigers van de uitvoerende organisaties in het opvangteam.

Het opvangteam draagt zorg voor de inhoudelijke uitvoering van de PSH. De wijze van hulpverlening in het opvangcentrum in de acute fase kan niet worden gezien als continuering van de reguliere zorg. Het is een speciale voorziening voor rampen, die slechts zal worden ingezet indien er sprake is van een opvanglocatie, waar slachtoffers of betrokkenen worden opgevangen. De GGD zal hierover afspraken moeten maken met Slachtofferhulp, Maatschappelijk Werk of andere organisaties. Het opvangteam bestaat bij voorkeur uit nulde, eerste en tweede lijns experts met een specifiek leider met alleen leidinggevende taken.

De GGD wordt gealarmeerd via de Crisiscoördinator GGD. Hij of zij krijgt de melding binnen via de GHOR-lijn (bij GRIP-inzet) dan wel via andere lijnen. De Crisiscoördinator alarmeert de procesleider PSH/voorzitter Kernteam. Hiermee komt de coördinerende taak van de GGD direct tot uiting. GHOR en GGD informeren elkaar tijdig over ontwikkelingen en onderwerpen die wederzijds relevant zijn. De Hs-GHOR en de Crisiscoördinator zijn hiermee de belangrijkste schakelpunten in de afstemming tussen GHOR en GGD.

10. Overgangsfase

In de huidige situatie is de GHOR nog in veel situaties verantwoordelijk voor of nadrukkelijk betrokken bij de inhoudelijke processen. In de toekomstige situatie zal de verantwoordelijkheid en rol van de GHOR zich beperken tot het toezien op de planontwikkeling van de GGD en de leiding en coördinatie van de geneeskundige keten en het informatiemanagement binnen de geneeskundige keten ten tijde van rampen en crises. De GGD wordt daardoor integraal verantwoordelijk voor de uitvoering en coördinatie van de processen en het maken van afspraken over de uitvoering met ketenpartners (zoals in geval van PSH met de uitvoerende organisaties als Slachtofferhulp, Maatschappelijk Werk en GGZ). Om er voor te zorgen dat er een goede overdracht plaatsvindt van de taken en verantwoordelijkheden van de GHOR naar de GGD zal een overgangsproces ingericht moeten worden. Afhankelijk van de regionale situatie zal in de overgangsfase gezorgd moeten worden voor:

- Overgang GAGS van GHOR naar GGD
- Rol en verantwoordelijkheidsverdeling t.a.v. in geval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan
- Herzien afspraken met ketenpartners t.a.v. PSH
- Afspraken over de positie, opleiding, training en oefening van leider(s) kernteam en leider(s) opvangteam

In de overgangsfase en bij het afsluiten van het convenant kan gekozen worden om de invulling en afspraken ten aanzien van de verschillende processen met voorrang op te pakken. Hierin kan een keus worden gemaakt op grond van:

- Regionaal risicoprofiel, welke gevaren zijn in de betreffende regio het grootst en verdienen daarom de meeste aandacht
- Processen waarvoor minder inspanningen nodig zijn of al bijna zijn gerealiseerd.

11. Financiering

³ de werkgroep Modelconvenant PSH heeft een voorkeur voor de term 'voorzitter' in plaats van 'leider', omdat deze benaming beter aansluit bij de vooral 'strategische' taakstelling van het team

In verband met de overgangsfase wordt, naar analogie van het overdrachtdossier GAGS, voorgesteld dat de GGD en de veiligheidsregio tot 1 januari 2013 een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor de processen die zijn opgenomen in het modelconvenant. In die periode werken de GGD en GHOR een structurele regeling uit die past bij de invoering van de tweede tranche van de Wet publieke gezondheid en de verantwoordelijkheid van de directeur Publieke Gezondheid. Dit betekent dat er in de overgangsfase afspraken worden gemaakt over:

- het werkgeverschap en financiering van de GAGS
- het werkgeverschap en de financiering van de leider(s) kernteam en leider(s) opvangteam
- kosten voor inzet van het opvangteam, kosten voor opleiding, training en oefening
- kosten voor piketregelingen, bereikbaarheid en beschikbaarheid
- bekostiging van gezondheidsonderzoek bij rampen

Het modelconvenant biedt enkele richtlijnen voor de afspraken ten aanzien van de financiële consequenties. Artikel 4, lid 4 van het modelconvenant dient in de regio te worden vertaald naar regionale afspraken.

Om meer inzicht te krijgen in de mogelijkheden t.a.v. de financiering en problemen die ontstaan bij de overheveling van taken en verantwoordelijkheden van de veiligheidsregio naar de GGD kan het volgende worden overwogen:

- Onderzoek doen naar de besteding van de BDUR
- Nagaan of wijzigingen in de BTW-afracht van invloed kan zijn op de gemeentelijke inwonerbijdragen aan de veiligheidsregio

12. Overige processen

Zowel de GHOR als de GGD kan gevraagd worden voor evenementenadvies. Advisering rond risico's voor de volksgezondheid is een primaire taak van de GGD. De GGD heeft de deskundigheid op het gebied van o.a. medische milieukundige zorg, infectieziekten en technische hygiënezorg. De GGD dient daarom ook afspraken te maken met de GHOR over de taak- en rolverdeling bij evenementenadvies. Afspraken hierover kunnen worden opgenomen in het convenant tussen GGD en GHOR. De nieuwe multidisciplinaire handreiking evenementen zal hiervoor de basis kunnen vormen.

Daarnaast zijn er ook andere omstandigheden waarbij door de GGD als de GHOR inzet wordt verwacht. Hierbij kan gedacht worden aan hitte- en koudeplannen en OGGZ. Afspraken tussen de GGD en GHOR zouden ook een onderdeel vormen van het convenant.

13. Vervolgstappen

13.1 Regionale implementatie

- Afsluiten modelconvenant GHOR – GGD
- Inrichten overgangsfase
- Aansluiting GGD processen op gemeentelijk processen

13.2 Landelijke activiteiten en landelijke ondersteuning regionale implementatie

Om duidelijkheid te bieden over de consequenties van de implementatie van het referentiekader regionaal crisisplan voor de GHOR en GGD zullen op landelijke gebied activiteiten moeten worden ondernomen. Welke activiteiten dit zijn zal nader uitgewerkt moeten worden. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen waarin de verschillende onderdelen die van toepassing zijn in de ontwikkeling van producten en de samenwerking tussen de GGD en GHOR schematisch zijn weergegeven.

Om regio's te ondersteunen bij de verdere implementatie en uniformiteit in werkwijze te realiseren is het wenselijk om:

- Een landelijk ondersteuningsprogramma in te richten;
- Een modelconvenant PSH te ontwikkelen voor de GGD met uitvoerende partners, waarbij afstemming wordt gezocht met de koepelorganisaties, zoals VNG, Maatschappelijk werk, GGZ Nederland, Slachtofferhulp Nederland planvorming en verantwoordelijkheidsverdeling;
- Het financieringsvraagstuk verder uit te werken en ondersteuning te bieden bij het vertalen van de verantwoordelijkheidsverdeling naar regionale afspraken;
- Onderzoek te doen naar de mogelijkheid en wenselijkheid van expertteams in de toekomst;

- Doorontwikkeling van de werkgroepen naar een landelijk platform Publieke Gezondheid bij rampen en crises;
- Huidige draaiboeken, handreikingen en kwaliteitskaders te herzien dan wel te actualiseren, zoals het modelplan GROEP, de procesbeschrijvingen PSH, IZB, MMK en GOR;
- Uitvoering te geven aan de aanbevelingen in het GAGS-overdrachtdossier;
- Een kader te ontwikkelen voor aansluiting van de GGD processen op de gemeentelijk processen;
- Bij de implementatie van het referentiekader crisisplan in de regio de aansluiting op het GROEP te bevorderen;
- De gevolgen van de 2^e tranche Wpg te vertalen naar de regio, regio's te informeren over interpretatie en gevolgen en ondersteuning te bieden bij de regionale invulling en interregionale afstemming;
- Ontwikkelingen en besluitvorming over evenementenbeleid af te stemmen met landelijke en regionale planvorming op het gebied (van voorbereiding) op rampen en crises;
- Een kwaliteitskader te ontwikkelen voor de inzet en voorbereiding op rampen en crises en bestaande kwaliteitskaders op elkaar af te stemmen

Met de GHOR Academie en het RIVM zal gekeken moeten worden naar de mogelijkheid van landelijke standaarden voor de opleidingen in relatie tot de GROEP-processen.

Bijlage 1 – Leden werkgroepen

Werkgroep POG

Leden

Yvonne Huijbregts
Ellen Kamer
Gert Lems
Joyce Nelissen
Willeke Tengnagel
Bernard Groot
Sylvia Stronkhorst
Leo Staal
Eline Bolderman
Herman Fortuin

GHOR Midden- en West-Brabant
GHOR Noord- en Oost-Gelderland
GHOR Zuid-Holland Zuid
GHOR Nederland
GHOR Brabant-Noord
Hulpverleningsdienst Drenthe
GGD Regio Twente
GGD Den Haag
GGD Hollands Midden
GGD Flevoland

Meelezers

Renate van Galen
Lindy Veeneman

GGD Hart voor Brabant
GHOR IJsselland

Secretaris

Joost Timmermans

GGD Nederland

Werkgroep PSH

Leden

Sipke Benus

Jan Bettgens
Yvette Broeren

Claudia de Groot
Wim van der Loos
Vincent Mulder
Joyce Nelissen
Joost Timmermans
Sjef Timmermans
Dennis Overgaauw
Marjan Vluggen

GHOR Groningen, mede namens Friesland en Drenthe
GHOR Brabant-Noord
GGD West-Brabant, mede namens GGD Hart voor Brabant
GGD IJsselland
GHOR Twente
GHOR Hollands-Midden
GHOR Nederland
GGD Nederland
GHOR Gelderland-Zuid
GHOR Noord-Holland Noord
GHOR Flevoland

Meelezers

Margreet Bekedam
Ietje Boele
Noud Karssen
Karen Matlung
Anneke van de Wurff
Karlijn Hoondert

GGD Hollands-Midden
GHOR Kennemerland
GHOR Zuidoost-Brabant
IPSHOR
OPRON
GGD Regio Nijmegen

Secretaris

Thérèse Claassen

Grip

Bijlage 2 – Factsheet Wet publieke gezondheid in relatie tot de Wet veiligheidsregio's

WET PUBLIEKE GEZONDHEID IN RELATIE TOT DE WET VEILIGHEIDSREGIO'S

Ministerie van VWS

17 mei 2011

Wat regelt de Wet?

Veranderingen die met de wet worden ingevoerd:

1. GGD-en worden territoriaal congruent aan de veiligheidsregio's en daarmee aan de GHOR-regio's;
2. De GGD en de GHOR organisatie worden onder één en dezelfde 'Directeur Publieke Gezondheid' gebracht. Deze directeur wordt benoemd door gezamenlijk het algemeen bestuur van de GGD (portefeuillehouders Volksgezondheid) en het Veiligheidsbestuur (de burgemeesters uit dezelfde gemeenten);
3. Overheveling van de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken van het GGD-bestuur naar het veiligheidsbestuur;
4. Door beide besturen gezamenlijk vaststellen van het regionaal crisisplan van de veiligheidsregio op het gebied van infectieziektecrises (A-ziekten).

Hieraan voorafgaand is op 1 dec 2008 de Wet publieke gezondheid ingegaan. In deze wet is geregeld dat:

1. De burgemeester een expliciete taak heeft voor epidemiebestrijding, alsmede directe voorbereiding. Voorheen was dit het college van B&W.
2. Bevoegdheden burgemeester zijn uitgebreid:
 - a. Gebouwen/vectoren/goederen
 - b. Aangewezen (Lucht)havens
3. De Minister van VWS de leiding krijgt in geval van:
 - a. A ziekten
 - b. Aanbevelingen WHO
 - c. Op verzoek burgemeester(s)

In de Wet veiligheidsregio's, van kracht sinds 1 okt 2010 en met de daarbij behorende invoeringswet (*eerste wijziging Wet publieke gezondheid*) is vervolgens geregeld:

1. De overheveling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de burgemeester ten aanzien van grootschalige infectieziektebestrijding (A-ziekten) naar de voorzitter veiligheidsregio;
2. Directie GHOR in directie GGD.

Wat beoogt de Wet?

De wet regelt de aansluiting van de (publieke) gezondheidszorg op het veiligheids-/bestuurlijk domein:

1. Schaalvergroting / congruentie van de GGD-en aan de 25 VR's: afstemming, samenhang, efficiëntie en mogelijkheid om de organisaties GGD en GHOR onder één aansturing te brengen;
2. Ongedeelde verantwoordelijkheid openbare orde én grootschalige infectieziektebestrijding (veiligheidsbestuur). Infectieziektecrisis (griep/pandemie) is volgens de nationale risicobeoordeling immers risico nr. 1.
3. Ongedeelde verantwoordelijkheid voorbereiding én bestrijding.
Als voorzitters Veiligheidsregio verantwoordelijk zijn voor de bestrijding van infectieziektecrises is het ook logisch dat zij zich daarop adequaat kunnen voorbereiden. Daarom inbreng van het veiligheidsbestuur in de GGD, als belangrijkste operationele dienst bij de bestrijding van een infectieziektecrisis.

4. Dichter bij elkaar brengen van reguliere en opgeschaalde (=crisis) zorg. Deze kan niet geknipt worden (net zo min als verkeerspolitie een andere dienst is dan de ME). Dit geldt voor de operationele diensten (GGD en GHOR), maar ook voor de bestuurders van deze diensten (portefeuillehouders Volksgezondheid) en veiligheidsbestuurders. Samenwerking wordt tenminste vormgegeven door:
 - a) Gezamenlijke benoeming van één directeur voor beide diensten: de dPG.
Er wordt voorkomen dat tegenstrijdige adviezen op nagenoeg dezelfde gebieden bij de bestuurders komen;
 - b) Gezamenlijk vaststellen van het regionale crisisplan voor het deel wat betrekking heeft op de voorbereiding en bestrijding van een infectieziektecrisis (A ziekte), met afspraken voor de GGD voor zijn voorbereiding: GROP: integrale aanpak van inhoud en coördinatie van de zorg;

In de praktijk zien we dan vaak dat de bestuurders:

 - c) Gezamenlijk de begroting vaststellen en daarmee gezamenlijk richting geven aan het beleid (betrokkenheid)
 - d) Afspraken maken van regulier tot opgeschaald (bijv ook op het gebied van jeugdzorg is het handig dat politie en GGD samenwerken)
5. Één gezicht van het openbaar bestuur richting de particuliere zorgpartijen (waren er twee: directeur GGD (voor inhoud) en directeur GHOR (voor afstemming en organisatie). Daarnaast meer acceptatie in het zorgveld van het openbaar bestuur middels de directeur publieke gezondheid, die immers ook deel uitmaakt van de operationele zorg (GGD);
6. Gezamenlijke planvorming (de verplichte regionale crisisplannen (Wvr) en de GGD-rampenopvangplannen (GROP) in kader van opleiden, trainen en oefenen) van de portefeuillehouders Volksgezondheid en veiligheidsbestuurders. Infectieziektebestrijding kan immers niet gedeeld worden in reguliere (B- en C-ziekten) en opgeschaalde (A-ziekten)

Aanleiding

- Invoering van de Internationale Health Regulations (IHR): de noodzaak om infectieziektecrises centraler aan te pakken (internationaal, nationaal en via regio's)
- Invoering van de WVR, waarbij de basisstructuur in Nederland voor de aanpak van crises helemaal veranderd is.
De zorg is altijd betrokken bij crises (bijv. ambulances en ziekenhuizen bij flitsrampen) en zelfs leidend bij inhoudelijk aanpak van infectieziektecrises. De twee systemen van zorg en veiligheid moeten dan ook op elkaar aansluiten om snel en adequaat op te kunnen treden als het nodig is onder de druk van een crisis.

Stand van Zaken

- Er zijn nog 28 GGD-en. Nog 3 fusies noodzakelijk: Regio Utrecht, Regio Haaglanden en Nijmegen-Rivierenland;
- Nog 1 gemeente incongruent: Hattem;
- In Brabant zijn twee GGD-en met een diepe samenwerking, waarbij een GGD nagenoeg moet halveren en de ander verdubbelen, tenzij de besturen van de regio's ervoor kiezen de samenwerkende GGD te laten fuseren tot één GGD voor twee veiligheidsregio's;
- Inmiddels zijn er al 3 directeuren definitief tot DPG benoemd (Zeeland, IJsselland en Gelderland Midden), in totaal 18 directeuren vervullen zowel de functie van GGD directeur als GHOR-directeur.

