

HaROP (deel A)

Huisartsenzorg onder crisismomstandigheden

Adherentiegebieden van HAP:

- Huisartsenposten Rijnmond en
- Centrale huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord



Voorwoord

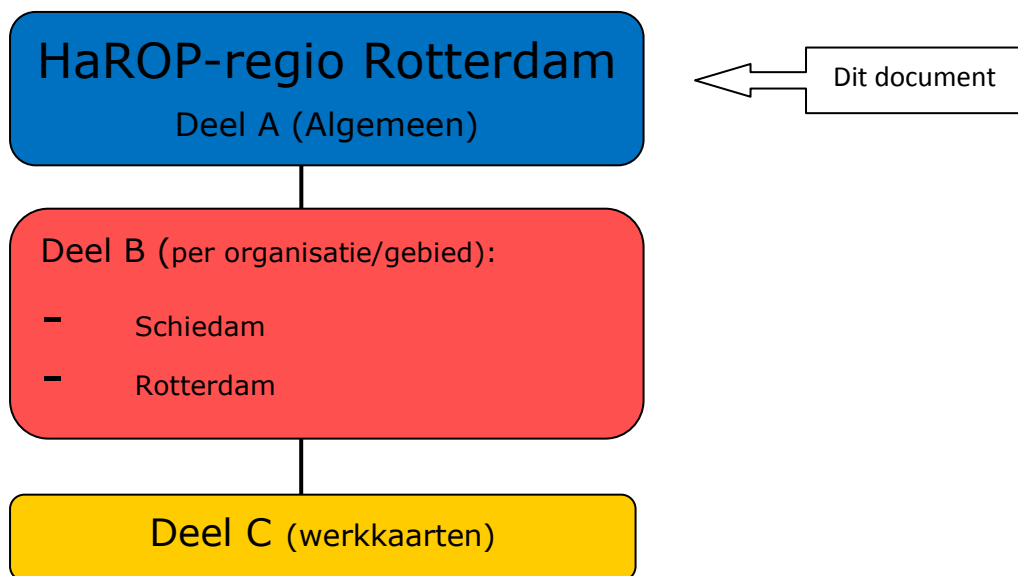
De huisarts kan bij de uitvoering van zijn praktijk geconfronteerd worden met plotselinge spoedeisende medische hulpverlening door een ramp of betrokken worden bij de uitbraak van een infectieziekte. De voorbereidingen en de aanpak van deze gebeurtenissen staan beschreven in het voor u liggende HuisArtsen Rampen Opvang Plan kortweg HaROP. Omdat juist bij rampen en grootschalige infectieziekten de ketenzorg van groot belang is, is de inhoud van het HaROP niet los te zien van de draaiboeken van GGD, GHOR, VWS en Ziekenhuis Ramp Opvang Plannen (ZiROP); de uitwerkingen en achtergronden in die draaiboeken worden hier niet herhaald. Door het schrijven, bespreken en verspreiden van dit plan, en door situaties te trainen, te oefenen en na te bespreken, verloopt de voorbereiding op een eventuele ramp of infectieziekte uitbraak zo optimaal mogelijk.

Dit deel (A) betreft het algemene deel voor de regio Rotterdam en Schiedam in de ROAZ-regio Rotterdam. Het omvat een tweetal adherentiegebieden. Het totale gebied valt binnen één GHOR regio: de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond. Net als deel B en C omvat deel A de totale huisartsenzorg, zowel de dagzorg als de ANW-uren.

Inhoudsopgave

1. Leeswijzer	4
2. Inleiding.....	5
3. Preparatie/voorbereidingsfase	6
3.1 Taken en bevoegdheden, opschaling en uitgangspunten	7
4. De huisartsenzorg bij een acute- of flitsramp	10
5. De huisartsenzorg bij een infectieziekte-uitbraak	12
BIJLAGE I: Wettelijke bepalingen	16
BIJLAGE II: Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden overheid.....	17
BIJLAGE III: GRIP-niveau's.....	21
BIJLAGE IV: Afkortingen.....	23
BIJLAGE V: Kwalificatieprofiel Crisiscoördinator Huisartsen (Ha)	24

1. Leeswijzer



2. Inleiding

Net als bij andere zorginstellingen zijn voor de huisartsenzorg drie situaties te onderscheiden waarbij er sprake is van een acute disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod:

- *Interne crisis*

De disbalans wordt veroorzaakt door een veranderd zorgaanbod doordat de situatie bij de zorgverlener verandert. Dit ontstaat in situaties waarin de praktijk/HAP zelf geconfronteerd wordt met (dreigend) gevaar voor patiënten en organisatie. Denk aan bijvoorbeeld brand of (langdurige) stroomuitval. Hierbij wordt verwezen naar het eventueel aanwezige calamiteiten-nood- of ontruimingsplan per praktijk of huisartsenpost.

- *Externe ramp*

(Ook wel genoemd acute ramp of flitsramp) De disbalans wordt veroorzaakt door een acuut veranderde zorgvraag. Een ramp buiten de praktijk of HAP ontregelt de reguliere omstandigheden. Denk aan (een groot aantal) acute slachtoffers en aandacht van de media.

- *Gecombineerde ramp*

De disbalans wordt veroorzaakt door een veranderde zorgvraag en -aanbod. Bijvoorbeeld bij een grootschalige epidemie of een uitbraak van een infectieziekte zal de huisartsenzorg niet alleen geconfronteerd worden met vele zieken, maar zal ook een deel van het personeel ziek worden.

In alle drie de situaties wordt de huisartsenzorg geconfronteerd met het feit dat de organisaties niet alleen staan, maar een schakel zijn in een grotere keten. Onderlinge afstemming en met de buitenwereld is noodzakelijk. Om in rampsituaties goed te kunnen handelen, zijn voorbereiding door juiste planvorming, opleiding, training en oefening essentieel. In de aanloop naar bijvoorbeeld een grootschalige infectieziekte-uitbraak of bij een veterinaire uitbraak van een op de mens overdraagbare ziekte, zal de huisarts als eerste te maken krijgen met (mogelijk) besmette patiënten; hij is 'poortwachter' van de zorgketen. De huisarts zelf moet dan weten welke beschermende maatregelen hij in acht moet nemen, aan wie hij de vermoedelijke besmetting moet melden en hoe de diagnostiek verloopt.

Het HaROP beschrijft niet een nieuwe organisatiestructuur binnen de huisartsenzorg, maar bouwt voort op de structuur die er bestaat bij de betrokken organisaties. Het HaROP omschrijft de interne organisatie vanaf de eerste fase van een crisis, van de opschaling tot en met de beslissing van afschaling en nazorg. Het plan is bedoeld om alle betrokken medewerkers duidelijke instructies te verschaffen over hoe te handelen in geval van een crisis of ramp. Tijdens een opschaling verloopt de coördinatie en aansturing anders dan normaal. Uitgangspunt is dat tijdens een crisis zoveel mogelijk de structuren gebruikt worden die ook in de dagelijkse werkzaamheden worden gevolgd. Met opschalen wordt het proces van veranderen bedoeld: het veranderen van het functioneren van een team, een afdeling of een gehele organisatie vanuit de dagelijkse situatie naar een organisatievorm, waarmee een (groot) incident of ramp wordt bestreden. Aangezien een crisis niet altijd opschaling van de huisartsenzorg vereist, is gekozen voor het benoemen van keuzemomenten op basis waarvan de omvang van de opschaling kan worden bepaald. De opschaling kan dus ook heel beperkt zijn of heel geleidelijk verlopen.

De daadwerkelijke uitvoering van de eigen primaire zorgprocessen is en blijft altijd een verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg zelf¹. Als gevolg hiervan zijn zij er zelf verantwoordelijk voor dat zij kwalitatief goede zorg leveren onder alle omstandigheden. Zij zullen zich dus ook zelf moeten voorbereiden op bijzondere situaties die gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening. De zorgverzekering maakt overigens daarbij geen onderscheid tussen dagelijkse hulpverlening en grootschalige hulpverlening bij rampen en crises. De burger is verzekerd voor beide. Voor de huisartsen betekent dit dat de somatische en psychosociale zorg die zij in hun praktijk verlenen aan eigen patiënten en 'passanten' die slachtoffer zijn van een ramp, onder de reguliere contractafspraken met de zorgverzekeraars vallen. Hetzelfde geldt voor de behandeling van patiënten in de avond, nacht en het weekend door de huisartsenpost.

3. Preparatie/voorbereidingsfase

Coördinatie, besluitvorming in het Crisisteam huisartsenzorg

In crisissituaties is het noodzakelijk om een heldere en duidelijke coördinatiestructuur te hebben met heldere communicatieafspraken. Dit wordt gerealiseerd door middel van een systeem van coördinatoren en een Crisisteam. De huisartsen blijven hierbij volledig verantwoordelijk voor hun individueel handelen. Het systeem is in feite dienstbaar om hun reguliere praktijk zo lang mogelijk te continueren en de organisatorische ballast voor de huisartsen(praktijk) te verminderen dan wel uit handen te nemen.

Voorbereiding interne crisis

De voorbereiding op een interne crisis, bijvoorbeeld een langdurige stroomuitval of een brand, is de verantwoordelijkheid van de eigen organisatie of praktijk. Iedere huisartsenpost en vaak ook een huisartsenpraktijk heeft hiervoor al vaak een bedrijfshulpverleningsplan (BHV-plan). Andere voorbeelden zijn uitval van nutsvoorzieningen zoals water, verwarming, telefonie vaste en/of mobiele net, computerstoring, gevaar voor de veiligheid door geweld of dreiging van geweld.

Voorbereiding externe ramp (acute of flitsramp)

De meer algemene afspraken en uitgangspunten worden in dit deel A benoemd. Eventuele inzet van de huisarts binnen de rampenbestrijding en andere specifieke aspecten zijn per organisatie uitgewerkt in deel B.

Voorbereiding gecombineerde ramp (infectieziekten)

Bij een daadwerkelijke grootschalige infectieziekte-uitbraak krijgen huisartsen te maken met een enorme toename aan ziektegevallen in een korte periode. Daarnaast zal door ziekte onder huisartsen en ondersteunend personeel er ook een afname zijn van beschikbare huisartsen en ondersteunend personeel. Huisartsen en GHOR zullen in nauwe samenspraak bezien tot op welk moment de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat en vanaf wanneer moet worden gekozen voor aanvullende arrangementen om de continuïteit te waarborgen. Op dat moment worden alle regionale en landelijke coördinatie en adviesstructuren operationeel. Gemeenten en GHOR zullen, vanuit hun verantwoordelijkheid voor het bestrijden van de gevolgen van een ramp, daar waar nodig ondersteuning geven bij het organiseren van de continuïteit van de zorg, de details hiervan worden in Deel B verder gespecificeerd.

¹ Zie bijlage I

3.1 Taken en bevoegdheden, opschaling en uitgangspunten

Ten behoeve van een crisis of ramp kan per huisartsenorganisatie een Crisissteam opgeroepen worden. De deelnemers die hierin participeren doen dit vanuit hun bestaande verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De voorzitter van het Crisissteam stemt op strategisch niveau af met externe ketenpartners. Het Crisissteam coördineert de opgeschaalde huisartsenzorg. Op de 'werkvloer' worden de activiteiten verricht conform de normale verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het streven is om zoveel en zolang mogelijk de huisartsenzorg 'business as usual' doorgang te laten vinden.

Voorzitter Crisissteam

- De feitelijke verantwoordelijkheid voor het nemen van beslissingen voortvloeiend uit het HaROP onder bijzondere- en crisissomstandigheden is op basis van het HaROP gedelegeerd bij de voorzitter of diens plaatsvervanger(s). In deel B wordt per organisatie de opzet beschreven.

Leden Crisissteam

- De leden van het Crisissteam zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en aansturing van de huisartsenzorg in opgeschaalde situatie. Zij fungeren als adviseur van de voorzitter. Afhankelijk van de situatie kan het aantal en de deskundigheid van de leden variëren. Een belangrijk lid is ook de 'ondersteuner Crisissteam' voor onder andere het plotten (verslaglegging).

Crisiscoördinator

- De Crisiscoördinator draagt tijdens de repressie fase zorg voor afstemming met de ketenpartners en GHOR op operationeel niveau. De Crisiscoördinator is medeverantwoordelijk voor een adequate communicatie (zie bijlage V). Binnen de huisartsenzorg neemt de voorzitter van het Crisissteam doorgaans ook de rol van Crisiscoördinator op zich.

Hagro-coördinator

- De hagro-coördinator is een aangewezen coördinerend huisarts of medewerker per huisartsengroep. Hij/zij is verantwoordelijk voor de uitwisseling van informatie met de Crisiscoördinator of het Crisissteam. Indien een andere huisarts of medewerker deze functie krijgt, dient dat bij het Crisissteam bekend te zijn.

Huisartsen en medewerkers van de huisartsenpraktijken en -posten 24/7

- Zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van hun toebedeelde taken. Dit zijn zoveel mogelijk de reguliere taken.
- Zijn en blijven verantwoordelijk voor de kwaliteit van het medisch-inhoudelijk handelen tijdens een crisis of ramp.

Naast de genoemde uitgangspunten zijn er qua voorbereiding nog een aantal zaken te onderscheiden:

1. Coördinatie en besluitvorming
2. Administratief informatiesysteem
3. Informatievoorziening naar publiek
4. Crisisruimte
5. Cateringfaciliteiten
6. Evaluatie
7. Afstemming/convenant GHOR/Veiligheidsregio
8. Opleiden, Trainen en Oefenen (meerjaren- en jaarplan-OTO)

Coördinatie en besluitvorming

Zoals eerder beschreven kan afhankelijk van de situatie het noodzakelijk zijn om een Crisisteam in te stellen om een efficiënt georganiseerde respons tijdens een ramp of crisis uit te voeren. Deze crisistaf moet in staat zijn adequate besluitvorming uit te voeren. Een Crisisteam heeft afhankelijk van het incident of de crisis qua rollen de volgende samenstelling:

- o Een voorzitter, of diens plaatsvervanger;
- o Crisiscoördinator;
- o Inhoudsdeskundige (huisarts);
- o Eén of meerdere (ass)locatiemanager(s);
- o Ondersteuner (Notulist/plotter);
- o Eventueel extern deskundige (GGD, epidemioloog, Crisiscoördinator ziekenhuis)

Voor de coördinerende functies evenals enkele ondersteunende functies zijn taakkaarten beschikbaar (bijlage C).

Administratief informatiesysteem

Tijdens een crisis zal de huisartsenzorg gebruik maken van het bestaande informatiesysteem (HIS of Call-manager) en procedures voor de administratie betreffende het zorgproces en de interne en externe informatie-uitwisseling. De NAW (*Naam Adres Woonplaats*) -gegevens van de medewerkers worden bijgehouden in de reguliere databases. Extra menskracht, bijvoorbeeld van AIOS, waarnemers of oud-huisartsen voor visites, consulten of telefonische consulten en oud-doktersassistenten of co-assistenten voor telefonische ondersteuning per huisartsorganisatie, kan ingezet worden om 24/7 continuïteit van huisartsenzorg te garanderen bij uitval van reguliere huisartsenzorg.

Informatievoorziening naar publiek

Vanaf een GRIP 2 (zie bijlage III) situatie liggen de verantwoordelijkheden met betrekking tot de voorlichting en publiekscommunicatie bij de Veiligheidsregio in afstemming met de GGD. Communicatie en informatievoorziening met betrekking tot praktijk- of HAP gerelateerde zaken wordt ten tijde van een crisis op de website van de HAP -en indien beschikbaar van de praktijken- voor het publiek getoond; daar is te lezen welke huisartsenpraktijk open is of welke praktijk waarneemt voor de eigen huisarts. Een eigen praktijkwebsite van de huisarts kan een link naar deze site hebben evenals de websites van GHOR en GGD zodat ook deze informatie eenduidig en gecentraliseerd is. Indien de te verstrekken informatie niet per dag aan verandering onderhevig is, is vermelding in de krant ook een optie.

Crisisruimte

Indien er wordt opgeschaald is een locatie beschikbaar voor het Crisisteam. De locatie wordt per organisatie weergegeven in deel B. In deze ruimte komt het Crisisteam bijeen om te vergaderen om door middel van beeldvorming van de situatie, te komen tot besluitvorming over de te nemen acties. Deze ruimte beschikt over de benodigde faciliteiten zoals communicatiemiddelen, printer, en ondersteunende materialen, zoals draaiboeken, adreslijsten etc.

Cateringfaciliteiten

Afhankelijk van de locatie kan het Crisisteam terugvallen op de faciliteiten van het ziekenhuis of via internet beschikbare cateraars. Zo zullen de medewerkers van voldoende eten en drinken moeten worden voorzien op de plaatsen waar zij aan het werk zijn.

Evaluatie

Op basis van een evaluatie zullen in de fase na de crisis of ramp alle betrokken medewerkers inclusief die van de hagro's hun bevindingen kunnen weergeven. De evaluatie wordt onder andere gebruikt om vervolgens aanpassingen in het HaROP aan te brengen. Primair zal iedere hagro het eigen proces evalueren en zal er -indien daartoe aanleiding is- persoonlijke aandacht zijn voor medewerkers. Het Crisisteam evalueert ook haar eigen verrichtingen alsmede de samenwerking met extern. De GHOR zal in voorkomende gevallen ketenbreed de evaluatie initiëren en de huisartsen hierbij betrekken.

Afstemming / convenant GHOR cq Veiligheidsregio

Conform artikel 33 lid 2 wordt met de GHOR een convenant gesloten conform het gestelde in artikel 33, waarin de wederzijdse verplichtingen zijn overeengekomen (zie bijlage pagina I en II).

Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO-plan)

Op basis van het HaROP wordt er een OTO beleidsplan 2013-2016 ontwikkeld dat jaarlijks vertaald wordt in een OTO jaarplan waarin de concrete activiteiten beschreven staan.

4. De huisartsenzorg bij een acute- of flitsramp

Wettelijke verplichtingen

In de wetgeving² is de verplichting opgenomen voor zorginstellingen (waaronder huisartsenposten) en zorgaanbieders (waaronder huisartsen) om 'de nodige maatregelen te treffen met het oog op hun taak bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en de voorbereiding daarop'. Heel formeel bestaat er op basis van de vigerende wet- en regelgeving geen wettelijke plicht voor huisartsen om mee te werken **in** de rampenbestrijding. Desalniettemin is er een duidelijke rol voor en betrokkenheid van de huisarts.

Primair zorgproces: eigen verantwoordelijkheid van de 24-uurs huisartsenzorg

De daadwerkelijke uitvoering van de primaire zorgprocessen is en blijft altijd de verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg zelf. Als gevolg van wet- en regelgeving zijn zij er zelf verantwoordelijk voor dat zij kwalitatief goede zorg leveren onder alle omstandigheden. De zorgverzekering maakt daarbij geen onderscheid tussen dagelijkse hulpverlening en grootschalige hulpverlening bij rampen en crises. Voor de huisartsen betekent dit dat de somatische en psychosociale zorg die zij in hun praktijk verlenen aan eigen patiënten en 'passanten' die slachtoffer zijn van een ramp, onder de reguliere contractafspraken met de zorgverzekeraars vallen. Hetzelfde geldt voor de behandeling van patiënten in de avond, nacht en het weekend door de huisartsenpost. De GHOR is verantwoordelijk voor de regionale coördinatie van (de voorbereiding op) de geneeskundige hulpverlening in het rampgebied en het maken van afspraken hierover met de ketenpartners³.

Uit evaluaties van diverse rampen die Nederland de laatste jaren hebben getroffen, bleek eenduidig dat de spontane inzet van huisartsen een waardevolle aanvulling was op de georganiseerde hulpverlening. Een regelmatig gesignaleerd knelpunt evenwel was (is) dat de diverse hulpverlenende instanties gedurende de opgeschaalde situatie langs elkaar heen werkten en soms niet eens van elkaars activiteiten op de hoogte waren. Eén van de gevolgen hiervan was dat het voor de GHOR⁴ haast onmogelijk was om op korte termijn een goed overzicht te krijgen van de rampomstandigheden. Een goed overzicht is belangrijk om de juiste beslissingen te kunnen nemen. Zoals bijvoorbeeld hoeveel patiënten zich buiten het rampterrein hebben gemeld, met welke klachten en of hiervoor extra bijstand noodzakelijk is. Ook kunnen symptomen van patiënten aanwijzingen geven over (contact met) een vrijgekomen gevaarlijke stof.

Mobiele slachtoffers (passanten) gaan vaak zelf op zoek naar hulp. Zij zullen onder andere aankloppen bij de eigen huisarts, een praktijk in de buurt van het rampterrein of de HAP. Voorbeelden hiervan zijn de betrokkenheid van de HAP bij het schietincident in Alphen a/d Rijn (2011) en het treinincident op Maastricht CS in 2006. Hoewel de huisartsen daartoe niet verplicht zijn, kunnen regionaal afspraken worden gemaakt over een aanvullende rol bij rampen. Naar analogie van hun dagelijkse rol, zouden de huisartsen bij rampen kunnen bijdragen aan de hulpverlening aan lichtgewonde slachtoffers in de zogenoemde 'nevenketen'.

² Wet BIG, WTZi, Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Veiligheidsregio's, zie bijlage I en II.

³ De rol van de GHOR bij acute opgeschaalde zorg (flitsramp) is terug te vinden in bijlage 5 van het HaROP Deel A. De verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de verschillende overheidsinstanties ten tijde van een ramp of crisis zijn uitgewerkt in bijlage 2 van het HaROP Deel A.

⁴ GHOR = Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de Regio, voorheen de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

De huisartsen en HAP's zouden hiermee een belangrijke rol kunnen spelen in het ontlasten van de hoofdketen van ambulancezorg en ziekenhuizen. De Crisiscoördinator of het Crisisteam zal in voorkomende gevallen in nauw overleg met de GHOR tot de meest geschikte oplossing besluiten.

De rol bij de nazorg

Huisartsen hebben ook in de nazorg een centrale rol. Na de acute hulpverlening in de eerste uren en dagen, kunnen slachtoffers van een ramp met psychosociale klachten bij de huisarts aankloppen. Psychische problemen, zoals depressie, angststoornissen en posttraumatische stress-stoornis (PTSS), kunnen nog jaren na een crisis of ramp voortduren of ontstaan. De nazorg sluit goed aan bij het werk van de huisarts: de hulpvraag exploreren en verhelderen, een diagnose stellen, behandelingen aanbieden en indien nodig doorverwijzen. In de fase na de ramp kan de gemeente een IAC instellen, een zogenaamd Informatie- en AdviesCentrum. Een IAC is een centrale plaats binnen de gemeente waar gedupeerden, nabestaanden, hulpverleners en andere betrokkenen bij een ramp antwoord kunnen krijgen op hun vragen naar aanleiding van de ramp. Het is een één-loket organisatie die betrokkenen bij de ramp informeert en adviseert, die faciliteert en coördineert. Uit recente ervaringen kan de inbreng van huisartsen zeer waardevol zijn.

Bevolkingsonderzoek

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

5. De huisartsenzorg bij een infectieziekte-uitbraak

Bij een infectieziekte uitbraak (bijv. een influenzapandemie) kan de continuïteit van huisartsenzorg gevaar lopen. Door de langere aanlooptijd bij een infectieziekte uitbraak is het mogelijk voorbereidingen te treffen om de continuïteit van de reguliere huisartsenzorg te garanderen. Door de schaarste aan medewerkers, het grote aanbod van patiënten als gevolg van de infectieziekte-uitbraak en de vereiste continuïteit van de spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg moet worden gestreefd naar een optimale inzet van mensen en middelen ten tijde van een infectieziekte-uitbraak.

Een goede voorbereiding op een infectieziekte-uitbraak is cruciaal om continuïteit in de huisartsenzorg te borgen. De belangrijkste aspecten zijn:

1. uitstelbare zorg waar mogelijk uitstellen (aanpassing triage-proces)
2. mensen en middelen zo efficiënt mogelijk inzetten
3. samenwerking tussen de huisartsen
 - a. draagvlak bij alle partijen;
 - b. consensus tussen de verschillende partijen;
 - c. naleven van afspraken door alle deelnemers.

Belangrijke voorwaarde bij de samenwerking is dat de autonomie van de individuele praktijken zo veel mogelijk en zo lang mogelijk blijft behouden, mits dit binnen de samenwerking mogelijk is. De communicatie over de continuïteit van huisartsenzorg naar de burger is van groot belang. Er dient duidelijk aangegeven te worden of een hulpvraag gehonoreerd kan worden. Zorgshoppen moet in deze situatie voorkomen worden.

De uitwerking van deze en meer betrokken processen zijn uitgewerkt in het regio-specifieke deel (B) waarbij ook de rol van de huisarts is omschreven.

Te onderscheiden stadia

In het HaROP wordt uitgegaan van vier stadia die hierna verder toegelicht zullen worden:



Relatie GRIP en stadia infectieziekten

De verhouding tussen de stadia bij infectieziekten en de GRIP is lastig te maken. Er is immers geen specifiek incident. Globaal kan gezegd worden dat vanaf stadium 3 er ook een GRIP 3 niveau ingesteld kan worden maar dat al snel naar regionale aansturing zal worden overgegaan in de vorm van GRIP 4 (zie ook bijlage III).

De reguliere huisartsenzorg (overdag en spoed in ANW) blijft **zo lang als mogelijk** gewaarborgd in stadium 1 en 2. Dit is van groot belang, niet in de laatste plaats om een al te grote toestroom naar de Huisartsenpost en de SEH te voorkomen. Indien de omvang van de infectieziekte-uitbraak groeit, komt de capaciteit van de huisartsenzorg in het gedrang, dit vraagt om een alternatieve manier om de zorg te organiseren.

In stadium 1 en 2 is de huisartsenzorg zelf verantwoordelijk voor de (organisatie van de) zorgverlening. Vanaf stadium 2 is afstemming met de GHOR zinvol.

Globaal overzicht van de verschillende stadia

Stadium 0	Vorbereidingsactiviteiten
Ontwikkeling en implementatie HaROP	

Stadium 1	Normale praktijkvoering
Zorg wordt zo lang mogelijk vanuit de eigen praktijk geleverd. Er is nog geen sprake van ernstige verstoring van de eigen praktijkvoering.	

Stadium 2	Samenwerking met collega-hagro's en huisartsenorganisaties
Zorgvraag in de vorm van telefoontjes, consulten en visites overstijgt het aanbod van de individuele praktijk(en). Er zal steeds meer personeel uitvallen. De inzet van beschikbaar personeel moet zo efficiënt mogelijk plaatsvinden. Huisartsenpraktijken binnen de hagro nemen voor elkaar waar <ul style="list-style-type: none">• Praktijken nemen voor elkaar waar. De hagro's coördineren welke praktijken voor elkaar waarnemen.	

Stadium 3 Opschaling naar 24 uurs-zorg met zorgverlening vanuit centrale punten met ondersteuning van het callcenter op de huisartsenpost

De zorgvraag overtreft het reguliere zorgaanbod. Ook op hagro niveau kan de gevraagde zorg niet geleverd worden. Het Crisisteam Huisartsenzorg besluit na zorgvuldige afweging in overleg met het betrokken GHOR-bureau over te gaan tot de hoogste opschaling.

Opschaling naar stadium 3 (van 'reguliere zorg in de huisartsenpraktijk' naar 24 uurszorg) vindt eenmalig plaats voor de hele regio.

- Zorg wordt geconcentreerd aangeboden op de huisartsenposten en door het Crisisteam aangewezen grote groepspraktijken.

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

De zorgvraag overtreft het reguliere zorgaanbod: GRIP 3 of GRIP 4 (zie bijlage II).

In dit stadium ligt de organisatie van de zorg bij de GHOR in afstemming en in overleg met het Crisisteam huisartsenzorg.

Patiëntenstromen

Ten tijde van een infectieziekte-uitbraak kent de huisartsenzorg drie patiëntenstromen:

- patiënten met infectieziekten
- patiënten met acute zorgvraag: inclusief palliatieve en niet uitstelbare chronische zorg
- patiënten met uitstelbare zorgvraag.

Landelijke richtlijnen triage

Zodra tussen landelijke partijen overeenstemming is over triagerichtlijnen voor huisartsen, voor toegang tweede lijn en toegang IC tijdens de infectieziekte-uitbraak en deze passend zijn in de regionale situatie, zullen de huisartsenorganisaties zich hieraan conformeren en deze richtlijnen implementeren.

Samenwerking met externe partners en de GHOR

Samenwerking en afstemming met de externe partners is noodzakelijk vanaf stadium 2. De GHOR is de aangewezen partij om een zorgketenbreed overleg te initiëren en te organiseren. Vertegenwoordigers van de huisartsenzorg maken hier deel van uit. In het Crisisteam zullen één of twee vertegenwoordigers aangewezen/gevraagd worden om de huisartsenzorg hierin te vertegenwoordigen. Hoewel de huisartsenzorg en de tweedelijnszorg elkaar ontmoeten in het zorgketenbreed overleg is kan bilateraal overleg met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen ook zinvol zijn. Het is van groot belang dat er door het Crisisteam Huisartsenzorg op frequente basis afstemming plaatsvindt met de ziekenhuizen om inzicht te verkrijgen in de stand van zaken. Indien bij een 'flitsramp' zowel het ziekenhuis als de huisartsenzorg zich in een opgeschaalde situatie bevindt, is het dringend aan te bevelen dat een vertegenwoordiger (Crisiscoördinator) vanuit de huisartsenzorg zitting heeft in het Operationeel Crisisteam van het Ziekenhuis om de dwarsverbanden te leggen en ieders processen op elkaar af te stemmen.

De coördinatie van de samenwerking met de ketenpartners en de Gemeente wordt ten tijde van een infectieziekte-uitbraak (stadium 3 en 4) uitgevoerd door de Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio (GHOR).

Actiecentrum GHOR

Indien noodzakelijk richt de GHOR een Actiecentrum in. In het Actiecentrum GHOR coördineert de GHOR de medische ketenzorg binnen de rampenbestrijding. Actueel inzicht in de capaciteit van andere zorginstellingen verloopt via het Actiecentrum sowieso in stadium 3 en 4. De GHOR is ten tijde van een ramp of crisis bereikbaar via het Actiecentrum GHOR, zie het regiospecifieke deel B voor de contactgegevens.

BIJLAGE I: Wettelijke bepalingen

Wet op de Veiligheidsregio

De Wet op de Veiligheidsregio's beoogt 'een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van brandweezorg, geneeskundige hulpverlening, rampenbestrijding en crisisbeheersing onder een regionale bestuurlijke regie' te realiseren.

Artikel 33 zegt hierover het volgende:

- 1. Instellingen als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen, zorgaanbieders als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ambulancevervoerders en gezondheidsdiensten in die regio, die een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening, treffen de nodige maatregelen met het oog op hun taak en de voorbereiding daarop.*
- 2. Het bestuur van de veiligheidsregio en de in die regio werkzame instellingen, zorgaanbieders, ambulancevervoerders en diensten, bedoeld in het eerste lid, maken schriftelijke afspraken over de inzet van deze instellingen, zorgaanbieders, ambulancevervoerders en diensten bij de uitvoering van hun taak en op de voorbereiding daarop.*
- 3. De instellingen, zorgaanbieders, ambulancevervoerders en diensten, bedoeld in het eerste lid, verstrekken het bestuur van de veiligheidsregio alle informatie over hun inzet en de voorbereiding daarop door middel van het jaardocument maatschappelijke verantwoording als bedoeld in artikel 16 van de Wet toelating zorginstellingen.*

Kwaliteitswet zorginstellingen

Artikel 3: "De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg."

Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer (29 247, 19 juni 2009)

"De zorginstellingen dienen verantwoorde zorg onder alle, dus ook onder bijzondere omstandigheden te leveren. In de Wet BIG staat dat ook beroepsbeoefenaren in de zorg de verantwoordelijkheid hebben om verantwoorde zorg te leveren, onder alle omstandigheden."

BIJLAGE II: Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden overheid

Gemeentebestuur

Rampenbestrijding en crisisbeheersing

- Het College van Burgemeester en Wethouders is verantwoordelijk voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing (Wet Veiligheidsregio's).
- De burgemeester heeft bij rampen en crises het opperbevel over de hulpverlening (Wet Veiligheidsregio's).
- De burgemeester heeft de bevoegdheid om aanwijzingen te geven en vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen (Gemeentewet).

Infectieziektebestrijding

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

Openbare orde

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

Openbaar Ministerie

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

Burgemeester (College van B&W)

- De burgemeester is verantwoordelijk voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing in zijn of haar gemeente.
- Bij een infectieziektecrisis is de burgemeester verantwoordelijk voor de bestrijding conform de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Vanuit de Gemeentewet is hij of zij tevens verantwoordelijk voor de openbare orde. In de Wet Veiligheidsregio's (WVR) zal de verantwoordelijkheid bij bovenregionale infectieziektecrisis naar een hoger bestuursorgaan overgaan waarbij de lokale verantwoordelijkheid overeind blijft. De voorzitter van de veiligheidsregio is dan verantwoordelijk

Directeur Publieke Gezondheid

- De Directeur Publieke Gezondheid is lid van de directie van de veiligheidsregio en geeft leiding aan de GHOR Rotterdam-Rijnmond. Hij geeft integrale sturing aan de reguliere en opgeschaalde organisatie van de publieke gezondheidszorg en is het bestuurlijk aanspreekpunt en de operationele adviseur van het openbaar bestuur ten tijde van rampen en (gezondheids)crises.

Lokale bevoegdheden

Infectieziektebestrijding is een overheidstaak. In de Grondwet is vastgelegd dat de overheid maatregelen moet treffen ter bescherming van de gezondheid van haar burgers. In de Wet Publieke Gezondheidszorg (WPG) is die verantwoordelijkheid primair opgedragen aan de gemeenten. De gemeenten worden hierbij ondersteund door de Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst (GGD). De uitvoering van de bestrijding is in handen van de afdelingen infectieziektebestrijding van de GGD'en. De GGD kan geen maatregelen treffen voordat een infectieziekte gemeld is. Daarom is in de Wet Publieke Gezondheid vastgelegd dat de artsen en hoofden van medisch microbiologische laboratoria en zorginstellingen bepaalde besmettelijke ziekten moeten melden aan de GGD. Wanneer een infectieziekte ondanks indammende maatregelen leidt tot een (dreigende) epidemische of pandemische uitbraak, treden diverse bepalingen van de Wet Publieke Gezondheid en Wet Veiligheidsregio's in werking. De Burgemeester neemt de leiding op zich van de infectieziektebestrijding, geadviseerd door de directeur Publieke Gezondheid. De burgemeester heeft tevens het 'opperbevel' over de gecoördineerde inzet van politie, brandweer en de geneeskundige keten en kan op grond van de Gemeentewet vrijheidsbeperkende maatregelen opleggen om verspreiding van de infectieziekte te voorkomen. De wijze van samenwerking tussen de GGD, GHOR en andere hulpdiensten is vastgelegd in de Gecoördineerde Regionale IncidentenbestrijdingsProcedure (GRIP).

Regionale bevoegdheden

Wanneer een infectieziekte-uitbraak meerdere gemeenten treft, coördineert de voorzitter van de veiligheidsregio de inzet van de betrokken gemeenten. Dit wordt ook wel aangeduid als GRIP 4. Voorts zal op basis van de Wet Publieke Gezondheid de voorzitter van de veiligheidsregio bij infectieziekten uit de groep A ook de bevoegdheden in het kader van de infectieziektebestrijding overnemen van de individuele Burgemeesters. Daarmee wordt bij een infectieziekte-uitbraak de inzet van GGD, GHOR, brandweer, politie en gemeenten bestuurlijk gecoördineerd op de schaal van de 25 veiligheidsregio's, in afstemming met of onder leiding van de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (WVS). Het contact met de vertegenwoordigers van de huisartszorg blijft echter in alle gevallen verlopen via het Actiecentrum GHOR.

Een tweetal passages uit de WPG (§4 Infectieziektebestrijding artikel 6 lid 2 en 3):

- 1. Het bestuur van de veiligheidsregio draagt zorg voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, alsmede op de bestrijding van een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat.*
- 2. De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, behorend tot groep B1, B2 of C, alsook de directe voorbereiding daarop en draagt zorg voor de toepassing van de maatregelen.*

- | |
|---|
| <p><i>groep A:</i> pokken, polio, severe acute respiratory syndrome (SARS), virale hemorragische koorts;</p> <p><i>groep B1:</i> een humane infectie veroorzaakt door een dierlijk influenzavirus, difterie, pest, rabies, tuberculose;</p> <p><i>groep B2:</i> 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;</p> <p><i>groep C:</i> de krachtens artikel 19 aangewezen infectieziekten.</p> |
|---|

Provinciale bevoegdheden

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

Nationale bevoegdheden

Een ernstige uitbraak van een infectieziekte kan een zodanige omvang aannemen dat het maatschappelijke leven erdoor wordt ontwricht of ontwricht dreigt te raken. Bij infectieziekten uit de groep A, maar in voorkomende gevallen ook uit de groepen B1 en B2 en bij sommige nieuwe infectieziekten, zal de Minister van VWS nationaal leiding geven aan de infectieziektebestrijding. De Minister van VWS is in deze situaties verantwoordelijk voor de inhoud van het nationaal aangestuurd bestrijdingsbeleid, maar dient zijn optreden interdepartementaal goed af te stemmen. De Minister van VWS zal de Minister van Veiligheid en Justitie (V&J) terstond op de hoogte stellen van de maatregelen die hij wenst te treffen. Verder zal de Minister van VWS beoordelen of de benodigde maatregelen dermate ingrijpend en omvangrijk zijn dat hij zijn collega van V&J zal verzoeken de algemene coördinatie over te nemen. De Minister kan dan richtlijnen vaststellen waaraan de Burgemeesters, GHOR en GGD, maar ook individuele zorgverleners zich dienen te houden. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de verdeling van (schaarse) antivirale middelen en vaccins of om aangescherpte criteria voor ziekenhuisopname. In voorkomende gevallen kunnen dergelijke richtlijnen het belang van de volksgezondheid stellen boven het belang van individuele patiënten zoals dat door de (huis)artsen wordt beoordeeld.

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

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

Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) functioneert als regisseur in de keten van de bestrijding infectieziektebestrijding. Het CIb treedt op als permanente tweedelijnsvoorziening voor de infectieziektebestrijding ten behoeve van de artsen infectieziekten van de GGD'en. Het CIb adviseert via het OMT bij een dreiging of bestrijding van een uitbraak de GGD'en en draagt in voorkomende gevallen namens

de Minister van VWS zorg voor de landelijke coördinatie van de GGD-inzet. Tevens voert het CIB de landelijke surveillance van infectieziekten uit. De verspreiding van ziekten en de verandering van parasieten, bacteriën en virussen wordt nauwgezet gevolgd. Het CIB rapporteert hierover op nationaal- en internationaal niveau en waarschuwt professionals bij dreigende risico's. Bovendien adviseert het CIB de minister van VWS en professionals in de praktijk over het gewenste preventie- en bestrijdingbeleid.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg is bevoegd om alle lokale informatie voor de op te vragen of zelf te verzamelen, die nodig is voor zijn toezichthoudende taak. Hij kan de gemeenteraad, de Burgemeester en de Minister van VWS gevraagd en ongevraagd adviseren. Namens de Minister kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aanwijzingen geven aan zorgverleners.

BIJLAGE III: GRIP-niveau's

GRIP-niveaus

Bij de operationele hulpdiensten (politie, brandweer, GHOR en gemeente) zijn er afspraken gemaakt over een eenduidige gezagsstructuur. Er wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde Gecoördineerde Regionale IncidentenbestijdingsProcedure (GRIP). Middels GRIP kan, afhankelijk van de behoefte aan multidisciplinaire sturing op een incident en effect op de omgeving, door de coördinerende functionarissen of de meldkamer worden opgeschaald naar vier verschillende regionale sturingsniveaus. Binnen deze sturingsniveaus worden de monodisciplinaire leiding- en coördinatiestructuren van brandweer, politie, gemeenten en geneeskundige keten aan elkaar gekoppeld en daar waar nodig aangevuld met liaisons/adviseurs van andere crisispartners (zoals Defensie en waterschappen).

GRIP 0 / regulier

De dagelijkse hulpverlening wordt ook wel GRIP 0 genoemd. Er is dan geen sprake van opschaling, maar er kan wel multidisciplinaire afstemming tussen de hulpdiensten nodig zijn. Dat vindt dan plaats in een zogenaamd 'motorkapoverleg'.

Dit betreft bijvoorbeeld 'normale' verkeersongevallen. Als bij een incident meerdere ambulances tegelijk worden ingezet, heeft in beginsel de 'eerste ambulance' (herkenbaar aan een groen zwaailicht) de coördinatie over de ambulancehulpverlening en stemt deze met de andere diensten af binnen het motorkapoverleg. Veelal zal dan echter een speciale coördinerende functionaris worden opgeroepen, de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G).

GRIP 1

Als de hulpdiensten veel eenheden hebben ingezet of de coördinerende functionarissen van de diensten (waaronder de OvD-G) behoefte hebben aan centrale multidisciplinaire sturing ter plaatse, dan kan worden opgeschaald naar GRIP 1. In dat geval wordt de operationele sturing ter plaatse onder eenhoofdige leiding gebundeld in een Commandoteam Plaats Incident (CoPI).

GRIP 2

Bij GRIP 2 is er niet alleen sprake van een brongebied (het incident zelf) maar ook een effectgebied. Er dienen activiteiten te worden verricht buiten de plaats van het incident (bijvoorbeeld het waarschuwen van bevolking). In dat geval vindt sturing plaats in een Regionaal Operationeel Team (ROT). Elke discipline zal voorts eigen actiecentra inrichten, voor zover nodig geacht. Voor de GHOR is dit het Actiecentrum GHOR, van waaruit onder andere de ambulancebijstand, gewondenspreiding, de slachtofferregistratie en de eventuele inzet van huisartsen in overleg met het Crisisteam huisartsenzorg worden gecoördineerd.

GRIP 3

Bij GRIP 3 is sprake van bedreiging van het welzijn van (grote groepen van) de bevolking. Is een incident van een dergelijke aard dat de burgemeester besluit zijn rol als opperbevelhebber te vervullen, dan wordt opgeschaald naar GRIP 3. In dat geval wordt voor de advisering van de burgemeester een gemeentelijk beleidsteam geformeerd, waarin leidinggevenden van brandweer, politie, GHOR en gemeente zitting hebben. Binnen het beleidsteam worden door het 'bevoegde gezag' strategische beleidsbeslissingen genomen.

GRIP 4

Speelt een incident zich af in meerdere gemeenten, of heeft een incident in de ene gemeente gevolgen voor omliggende gemeenten, dan wordt opgeschaald naar GRIP 4. De operationele organisatie (ROT en eventuele CoPI's) blijft dan in stand als bij GRIP 2 en 3, maar de strategische beleidsbepaling vindt dan niet meer plaats in het gemeentelijk beleidsteam, maar in een regionaal beleidsteam. Binnen dit beleidsteam heeft de voorzitter van de veiligheidsregio het opperbevel over de bestrijding, in nauwe afstemming met de burgemeesters van de getroffen gemeenten.

BIJLAGE IV: Afkortingen

Ac-GHOR	Actiecentrum GHOR
ANW	Avond- Nacht- en Weekend-uren
BAO	Bestuurlijk AfstemmingsOverleg
BIG	wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg
CHP NWN	Centrale huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord
CHPR	Centrale Huisartsenposten Rijnmond
Cib	Centrum voor infectieziektebestrijding
CoPI	Commandoteam Plaats Incident
GAGS	Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GGD	Gemeentelijke of Gewestelijke GezondheidsDienst
GHOR	Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio
GRIP	Gecoördineerde Regionale IncidentbestrijdingsProcedure
HAP	HuisArtsenPost
HaROP	Huisartsen RampenOpvangPlan
HS-GHOR	Hoofd Sectie GHOR
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
NAW	Naam, Adres, Woonplaats
OMT	Outbreak Management Team
OvdG	Officier van Dienst Geneeskundig
POH	Praktijk Ondersteuner huisartsen
PSHOR	Psycho Sociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
PTSS	Post Traumatisch Stressyndroom
RAV	Regionaal Ambulance Voorziening
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROT	Regionaal Operationeel Team
SEH	Spoeisende Eerste Hulp
V&J	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WVR	Wet Veiligheidsregio's
ZiROP	Ziekenhuis RampenOpvangPlan

Bijlage V: Kwalificatieprofiel Crisiscoördinator Huisartsen (Ha)

Typering van de rol

De Crisiscoördinator Ha stemt binnen de regio de onderlinge samenwerking op operationeel en tactisch niveau af tijdens crisis- of rampomstandigheden. Hij informeert en adviseert de huisartsen en de huisartsenpost(en) over de logistieke en materiële situatie en knelpunten die een overkoepelende beslissing vergen

Kerntaken

- I. Coördinatie van de primaire- en overige bedrijfsprocessen.*
- II. Het onderhouden van contacten en samenwerken met externe (keten)partners.*
- III. Rapporteren en adviseren.*

Nadere uitwerking van de kerntaken

Ad I.

- Coördineert en onderhoudt contact met de (medische) directie en zorgt ervoor dat tactische besluitvorming plaatsvindt;
- Heeft zitting in het Crisisteam;
- Analyseert en beoordeelt crisissituaties op basis van aangeleverde en gevraagde mono- en multidisciplinaire informatie;
- Verstrekt op basis van de beschikbare informatie gestructureerd, eenduidig en kernachtig (mondelijke) informatie aan het Crisisteam.
- Coördineert in samenwerking met de hagro-coördinatoren de opschaling en afschaling
- Bewaakt de voortgang van de primaire- en overige bedrijfsprocessen;
- Geeft opdrachten aan de overige deelnemers (ondersteunende functionarissen) van het Crisisteam;
- Vertaalt strategische beleidsbeslissingen van het Crisisteam naar tactische en operationele opdrachten;
- Kan uit operationele en tactische informatie (strategische) beleidsvraagstukken formuleren en van een advies voorzien.

Ad II.

- Stemt op tactisch niveau af met o.a. de GHOR en vertegenwoordigers locale of regionale overheden;
- Bewaakt de interne communicatie en informatie naar de medewerkers;
- Coördineert de externe communicatie en informatiestromen in afstemming met de GHOR (HS-GHOR);
- Houdt de (medische) directie en het Crisisteam op de hoogte van de lopende zaken.

Ad III.

- Ziet toe op het loggen en verslagleggen van de uitgevoerde werkzaamheden, de ontvangen informatie en de verstrekte opdrachten;
- Bewaakt de informatiestromen;
- Verzamelt achteraf alle geregistreerde informatie (logboeken en situatierapportages) en draagt deze over voor evaluatie.

Bron: Leidraad crisisorganisatie in zorginstellingen en kwalificatieprofielen voor sleutelfunctionarissen; OTO-Toolkit 2011. De overige betrokken rollen zullen in het OTO-beleidsplan 2012-2015 benoemd worden, evenals het Opleiden, Trainen en Oefenen.