

Goed voorbereid op een grootschalige infectieziekte-uitbraak

Toolkit Samenwerking tussen huisartsen en GHOR





Bent u voorbereid op een grootschalige infectieziekte-uitbraak?

Tijdens een grootschalige uitbraak van een infectieziekte onder mensen kan de huisartsenzorg onder grote druk komen te staan. Recente (internationale) voorbeelden hiervan zijn de pandemie van Nieuwe Influenza A (H1N1), de uitbraak van SARS en de op mensen overdraagbare influenza subtype H7N7 (Nederland, 2003) en H5N1 (Azië). Behalve dat het aantal consulten bij een uitbraak flink toeneemt, is de kans groot dat ook huisartsen zelf enige tijd door de ziekte uitvallen. Bovendien krijgen huisartsen te maken met allerlei specifieke richtlijnen voor het melden van ziektegevallen, de diagnostiek, contactonderzoek, de eigen bescherming en ziekenhuisopname. Toch wordt juist bij grootschalige infectieziekte-uitbraken van de huisartsen en huisartsenposten verwacht dat zij in de primaire zorgbehoefte van de patiënten voorzien en als poortwachter blijven optreden om overbelasting van de tweedelijnszorg te voorkomen.

Huisartsen zijn zelf verantwoordelijk voor het continueren van verantwoorde zorg voor de eigen patiënten onder alle omstandigheden. In de beginfase van een uitbraak, als het aantal extra consulten en visites nog beperkt is, zal zo lang mogelijk de eerstelijnszorg via de reguliere weg door de huisartsenpraktijken en huisartsenposten worden geleverd.

Met het vorderen van een uitbraak kan het echter nodig zijn om regionaal maatregelen te treffen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te blijven garanderen. Deze toolkit helpt u om uzelf, in samenwerking met GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio), GGD (Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst), gemeenten en de tweedelijnszorg, adequaat voor te bereiden op een grootschalige infectieziekte-uitbraak en de mogelijke continuïteitsproblemen daarbij.

Deze toolkit is een implementatiehulpmiddel bij de Handreiking 'Samenwerking tussen huisartsenzorg en GHOR' en is door Houdijk Advies ontwikkeld in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), GHOR Nederland, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Op de website van het NHG zijn verder een Programma voor Individuele Nascholing (PIN) over influenzapandemie en een webcast over de samenwerking tussen huisartsen en GHOR te vinden.

1. Checklist

6

2. Organisatie van de infectieziekte- bestrijding

13

3. Stappenplan 'continuïteit'

17

Literatuur

24

Contactgegevens

25

Vorbereid op een grootschalige infectieziekte-uitbraak

Zo pakt u het aan

Checklist

Wat kan in uw praktijk nog beter?

Organisatie van de infectieziektebestrijding

Weet met welke instanties u samenwerkt.

Stappenplan 'continuïteit'

Zet de 8 stappen en waarborg de continuïteit van de huisartsenzorg.

Literatuur

Sla deze documenten na voor meer informatie.

Contactgegevens betrokken instanties

Weet waar u terecht kunt.

En dit levert het op

- U weet hoe u bij een infectieziekte-uitbraak snel aan betrouwbare informatie kunt komen.
- U weet wanneer u een infectieziekte moet melden, alsmede hoe bron- en contactonderzoek en diagnostiek verlopen.
 - U weet hoe u een infectieziekte-uitbraak zoveel mogelijk kunt indammen en uzelf er tegen kunt beschermen.
 - U kent uw mogelijke rol bij vaccinatie.
 - De huisartsenkring en huisartsenpost hebben afspraken over de continuïteit.
- U weet hoe de infectieziektebestrijding in Nederland is georganiseerd.
 - Uw huisartsenkring en huisartsenpost beschikken over een crisiscoördinator en een HaROP.

1. Checklist

Vul de checklist volledig in en bekijk vervolgens welke informatie u kan helpen bij de voorbereiding op een grootschalige infectieziekte-uitbraak.

- | | | |
|--|--|-----------------------|
| 1. Ik weet bij welke instanties ik informatie kan krijgen over infectieziekten. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 7 |
| 2. Ik weet wanneer en hoe ik geïnformeerd word over een infectieziekte-uitbraak. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 7 |
| 3. Ik weet hoe de diagnostiek verloopt en wanneer ik een infectieziekte moet melden aan de GGD. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 7 |
| 4. Ik weet hoe bij infectieziekten het bron- en contactonderzoek verloopt. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 8 |
| 5. Ik weet welke beschermende maatregelen ik voor mijzelf kan treffen. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 8 |
| 6. Ik weet welke indammende maatregelen kunnen worden getroffen om verdere verspreiding van een infectieziekte te voorkomen. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 9 |
| 7. Ik weet aan wie ik antivirale middelen mag voorschrijven en hoe deze worden verstrekt. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 10 |
| 8. Ik weet hoe een eventuele vaccinatiecampagne wordt georganiseerd. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 10 |
| 9. Ik weet hoe bij een infectieziekte-uitbraak de criteria voor opname in de tweedelijnszorg worden vastgesteld en toegepast. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 11 |
| 10. Mijn huisartsenkring heeft afspraken (met bijvoorbeeld de huisartsenpost, GHOR, GGD of gemeente) over een gezamenlijk telefoonnummer waar patiënten bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak met vragen terecht kunnen. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 11 |
| 11. Ik weet hoe het verloop van een uitbraak en de continuïteit worden gemonitord en welke rol ik daarbij heb. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 12 |
| Ik heb afspraken met de huisartsengroep, huisartsenkring, huisartsenpost, GHOR en gemeente over de continuïteit van de huisartsenzorg. | Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> | p. 17 |

Als u in de checklist punten met “nee” hebt beantwoord, dan kunt u hier meer informatie vinden.

1. Ken de relevante instanties

Het is van groot belang dat u weet waar u bij een infectieziekte-uitbraak voor actuele, betrouwbare informatie terecht kunt. In het overzicht met contactgegevens (op pagina 25) vindt u bij welke instantie welke soort informatie te verkrijgen is.

2. Ken de regionale afspraken over informatievoorziening

Bij een infectieziekte-uitbraak wilt u op de hoogte blijven van zaken als de symptomen en diagnose, het verloop van de uitbraak, richtlijnen voor beschermende maatregelen en criteria voor ziekenhuisopname. Met behulp van de ‘contactgegevens’ (zie punt 1) kunt u de instanties vinden die het antwoord op uw vragen hebben.

De GHOR en GGD zullen vooraf afspraken maken met de 23 huisartsenkringen en 54 huisartsenposten over de wijze waarop de partijen elkaar snel, betrouwbaar en eenduidig informeren ten tijde van een uitbraak, zoals:

- wanneer wordt geïnformeerd
- wie wordt geïnformeerd
- waarover wordt geïnformeerd
- hoe wordt geïnformeerd

Deze afspraken worden vastgelegd in een HuisartsenzorgRampenOpvangPlan (HaROP, zie onderdeel 3 van deze toolkit).

3. Zo verloopt de diagnostiek en melding aan de GGD

Wanneer de arts een infectieziekte vermoedt maar de ziekteverwekker nader wil vaststellen, kan de arts patiëntenmateriaal (bijvoorbeeld bloed, ontlasting, speeksel, huidschraapsels) afnemen voor onderzoek in een medisch microbiologisch laboratorium. Voor de afname van patiëntenmateriaal zijn bij de GGD specifieke richtlijnen beschikbaar.

De behandelend arts of de artsmicrobioloog meldt een ziektegeval of sterftegeval door een infectieziekte bij de GGD wanneer de infectieziekte door het laboratorium bevestigd is en meldingsplichtig is volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg). Dit zijn in ieder geval de volgende infectieziekten:

Groep A

Pokken, polio en severe acute respiratory syndrome (SARS).

Groep B1

Humane infectie veroorzaakt door een avi-air influenzavirus, difterie, pest, rabies, tuberculose en virale hemorrhagische koorts.

Groep B2

Buiktyfus (typhoid fever), cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie en voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron.

Groep C

Specifieke infectieziekten die door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) worden aangewezen.

Het onderscheid tussen deze vier groepen houdt verband met de reikwijdte van de meldingsplicht en met de uitoefening van landelijke bevoegdheden:

- Voor infectieziekten in groep A mag de laboratoriumbevestiging van de diagnose niet worden afgewacht, maar moet een vermoede besmetting direct aan de GGD worden gemeld. Bij A-infectieziekten geeft de minister van VWS leiding aan de bestrijding.
- Bij vermoeden van een infectieziekte in groep B1 en B2, waarbij een patiënt weigert mee te werken aan het diagnoseonderzoek, moet dit binnen 24 uur aan de GGD worden gemeld. Bij deze infectieziekten geeft in beginsel de Burgemeester leiding aan de bestrijding. Deze kan echter aan de minister van VWS vragen om de leiding over te nemen.
- Bij vaststelling van een infectieziekte in groep B1, B2 en C moet dit binnen 24 uur aan de GGD worden gemeld.

De minister van VWS kan aan deze groepen nieuwe ziekten toevoegen en infectie-ziekten van de ene groep in de andere overzetten. Een voorbeeld is de Nieuwe Influenza A (H1N1), die aan de A-groep is toegevoegd.

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

Zie ook het 'Vademecum Aanvragen van diagnostiek door de GGD-afdeling algemene infectieziektebestrijding', www.rivm.nl/cib.

4. Zo verloopt het bron- en contactonderzoek

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

Mens-op-mens

Bij mens-op-mensoverdracht werkt de GGD samen met individuele zorgverleners.

Dieren of voedsel

Bij een ziekte die overgedragen kan worden door dieren of voedsel, is samenwerking met de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) essentieel. De VWA kan bij gevaar voor de volksgezondheid ook maatregelen afdwingen.

Milieu

Bij blootstelling in het milieu (zoals bij oppervlaktewater) werkt de GGD samen met de provincie en het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) en de VROM-inspectie.

Werk

Bij blootstelling door het werk is er samenwerking met bedrijfsartsen, bedrijfshygiënist, het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en de Arbeidsinspectie. In alle gevallen wordt de GGD geadviseerd door het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Zie ook de NHG-standaard Influenzapandemie.

5. Deze beschermende maatregelen kan ik treffen

Om te voorkomen dat een infectieziekte zich verder verspreidt naar contacten van de patiënt, andere patiënten in de huisartsenpraktijk of huisartsenpost of naar de huisartsen en praktijkassistenten zelf, kunnen in bepaalde

gevallen beschermende maatregelen nodig zijn. Vormen van beschermende maatregelen zijn contactisolatie, zoals onderzoekshandschoenen, beschermende kleding, bril, handalcohol en desinfecteeralcohol, en druppelisolatie, zoals een chirurgisch of FFP2 mondneusmasker. Huisartsen wordt geadviseerd om altijd voldoende beschermende middelen in voorraad te hebben. De GGD kan hierover adviseren. Tevens is een richtlijn beschikbaar van de Werkgroep Infectieziektepreventie (WIP). Op basis van de casusdefinitie van een infectieziekte zal het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM een advies opstellen over de specifieke beschermende maatregelen voor patiënten, patiëntcontacten en medisch personeel.

Zie ook de NHG-standaard Influenzapandemie en de WIP-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk.

6. Zo kan een infectieziekte worden ingedamd

Beschermende maatregelen en voorlichting

De eerste stap om verspreiding van een infectie te voorkomen is het treffen van beschermende maatregelen (zie punt 5). Een tweede belangrijk middel is goede voorlichting aan patiënten en patiëntcontacten over hygiënische maatregelen, zoals hand- en hoesthygiëne of sanitaire hygiëne. De GGD kan adviseren over de geschikte hygiënemaatregelen op basis van de casusdefinitie van de betreffende infectieziekte.

Isolatiemaatregelen

Ook kunnen specifieke isolatiemaatregelen nodig zijn. Hiervoor zijn richtlijnen beschikbaar van de Werkgroep Infectieziektepreventie. Zo kan worden besloten om in de ziekenhuizen met isolatiekamers te werken, maar ook om patiënten thuis te isoleren. In sommige gevallen kan zelfs een huisartsenpraktijk of huisartsenpost worden afgegrensd om verspreiding te voorkomen. De burgemeester heeft op grond van de Gemeentewet de bevoegdheid om personen – patiënten en patiëntcontacten, waaronder medisch personeel – vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen en deze eventueel door de politie te laten handhaven. Dit zal doorgaans alleen voorkomen bij zeer ernstige en besmettelijke infectieziekten.

Scheiden van patiëntenstromen

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

Beperken consulten

Om contact tussen patiënten in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost en ook in de openbare ruimte zoveel mogelijk te beperken, verdient het eerst de voorkeur om de infectieziektetegerelateerde consulten, maar ook de reguliere consulten, zoveel mogelijk te ontmoedigen. Veel vragen kunnen telefonisch worden afgedaan. Hierover kunnen huisartsen eventueel met de huisartsenpost afspreken dat het telefoonnummer van de huisartsenpost ook overdag wordt opengesteld. Ook kan alle gemakkelijk uitstelbare zorg worden geschrapt, zoals periodieke controles.

Huisbezoeken

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

Aparte spreekuren

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

Taakverdeling binnen de huisartsengroep

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

Daginzet huisartsenpost

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

Eventuele afspraken om patiëntenstromen te scheiden door een taakverdeling binnen een huisartsengroep of de inzet van de huisartsenpost, kunnen niet los worden gezien van de afspraken over de continuïteit van de huisartsenzorg. Zie het stappenplan op pagina 17.

Zie ook de NHG-standaard Influenzapandemie.

7. Zo worden antivirale middelen verstrekt

Onder normale omstandigheden of bij een kleine uitbraak kunnen artsen in beginsel conform de reguliere richtlijnen antivirale middelen aan patiënten voorschrijven. Bij een dreigende of feitelijke epidemische of pandemische uitbraak treden specifieke richtlijnen in werking, om de beperkt beschikbare hoeveelheid antivirale middelen gericht in te zetten. Bij de incidentele introductie van een nieuw virus (dreigende grootschalige uitbraak) en bij een aviaire uitbraak met dier-op-mensbesmettingen kan landelijk worden besloten antivirale middelen niet alleen op therapeutische basis in te zetten, maar in sommige gevallen ook als profylaxe om de uitbraak in te dammen. Bij een epidemische of pandemische uitbraak worden antivirale middelen in beginsel alleen nog op therapeutische basis ingezet bij risicogroepen en eventueel zorgverleners. De minister van VWS zal de richtlijnen hiervoor vaststellen, op basis van een advies van de Gezondheidsraad. Tevens stelt de minister een distributieplan voor de antivirale middelen vast, geadviseerd o.m. door de Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers (NVZA) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI).

Zie ook de NHG-standaard Influenzapandemie.

8. Zo wordt een vaccinatiecampagne georganiseerd

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

Op basis van de casusdefinitie van de infectieziekte wordt door de Gezondheidsraad aan de minister van VWS geadviseerd wat de risicogroepen zijn. Dit kan afwijken van de risicogroepen voor de reguliere seizoensgriep. Voor de vaccinatie van risicogroepen kan de minister van VWS besluiten een beroep te doen op de huisartsen, zoals recent bij de Nieuwe Influenza A. Een massavaccinatie zal in beginsel worden uitgevoerd door de GGD'en. Deze hebben zich hierop uitgebreid voorbereid, o.m. in het kader van de pokken. Recente voorbeelden van een dergelijke massavaccinatiecampagne zijn de meningokokkenvaccinatie en de vaccinatie van jonge kinderen tegen Nieuwe Influenza A.

Zie ook de NHG-standaard Influenzapandemie.

9. Zo worden opnamecriteria vastgesteld en toegepast

Tijdens een epidemie of pandemie zullen zowel de eerste- als de tweedelijnszorg onder druk komen te staan. Het kan dan voorkomen dat de huisarts te maken krijgt met aangescherpte verwijscriteria met betrekking tot opname van patiënten in ziekenhuizen en verpleeghuizen.

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

Indien de opnamecapaciteit in de tweede lijn zwaar onder druk komt te staan, kunnen scherpere opnamecriteria nodig zijn. De richtlijnen voor diagnose en behandelmethoden en ook aangescherpte criteria voor opname en ontslag van besmette patiënten worden opgesteld door het landelijke Outbreak Management Team (OMT) en uitgevaardigd door de minister van VWS (zie onderdeel 2 van deze toolkit voor de nationale bevoegdheden bij een infectieziekte-uitbraak). De behandelend artsen zullen deze landelijke opnamecriteria moeten toepassen. Huisartsen kunnen patiënten in dat geval dus alleen doorverwijzen naar een ziekenhuis of verpleeghuis als aan de landelijke criteria wordt voldaan. Regionaal zal in een dergelijke situatie een medisch crisisberaad worden ingesteld waarin de toepassing van het opnamebeleid en eventuele knelpunten worden besproken tussen GHOR, GGD, ziekenhuizen en huisartsen.

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

Overigens kan als aanvullende maatregel om de tweedelijnszorg te ontlasten ook worden besloten om de opname- en ontslagcriteria voor andere aandoeningen dan de betreffende infectieziekte aan te scherpen. In elk geval zal zoveel mogelijk alle uitstelbare zorg moeten worden uitgesteld en wordt van artsen verwacht dat ze opname en ontslag extra scherp afwegen.

10. Stel een gezamenlijk telefoonnummer in

Om onnodige consulten en (kruis)besmetting te voorkomen en de huisartsenzorg zoveel mogelijk te ontlasten, kan het een optie zijn om bij een infectieziekte-uitbraak één telefonisch meldpunt te realiseren waar de individuele huisartsenpraktijken naar doorverwijzen. De makkelijkste optie is om hierover afspraken te maken met de huisartsenpost, maar ook samenwerking met de GHOR, GGD en/of gemeente behoren tot de mogelijkheden.

Hierbij moet vooraf de keuze worden gemaakt voor één nummer voor alle vragen of twee gescheiden nummers: één voor de betreffende infectieziekte en één voor de gewone consulten. Twee afzonderlijke nummers, maar wel bediend vanuit één locatie heeft de meeste voordelen. Er zijn minder extra voorzieningen nodig en er kan

waar nodig snel in capaciteit voor beide lijnen worden gewisseld. Ook onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling is beter te regelen.

De noodzaak om een gezamenlijk telefoonnummer in te stellen kan veranderen tijdens de loop van een uitbraak. Zie het stappenplan 'continuïteit' voor de opschalingsstadia en de mogelijke gevolgen daarvan voor de bereikbaarheidsvoorzieningen.

11. Maak afspraken over de monitoring

Voor een goede bestrijding en het waarborgen van de continuïteit is een permanente monitoring van een uitbraak noodzakelijk. Dit heeft enerzijds betrekking op het aantallen consulten en gediagnosticeerde besmettingsgevallen (voor de epidemiologische beoordeling van de ziektegolf) en anderzijds op de uitval van zorgverleners om de continuïteit te bewaken.

Registratie patiëntgegevens

Indien wordt besloten tot opschaling van de huisartsenzorg, dan zal het vaak voorkomen dat patiënten niet door hun eigen huisarts worden geholpen. In dat geval zijn ook over de registratie van patiëntgegevens duidelijke afspraken nodig. Dit heeft twee doelen. Het eerste doel is de continuïteit van zorg per patiënt. Aandoeningen, verloop en behandeling moeten bekend zijn voor vervolcontacten en om uiteindelijk over te kunnen worden gedragen aan de eigen huisarts van de patiënt. Dat doel kan het beste gewaarborgd worden door aan te sluiten bij het op de huisartsenpost in gebruik zijnde registratiesysteem en de mogelijkheden voor gebruik van het Elektronisch Waarneem Dossier of Elektronisch Patiënten Dossier. Met huisartsengroepen die niet bij de huisartsenpost zijn aangesloten, moet vooraf worden geregeld hoe de patiëntenregistratie zal plaatsvinden.

Het tweede doel van de registratie is overzicht houden van het aantal infecties en het verloop van de uitbraak. Deze registratie wordt gebruikt voor andere doeleinden dan de medisch inhoudelijke zorg. Hiertoe is op landelijk niveau overleg, dat bekijkt welke systematiek hiervoor ontwikkeld moet worden. De systematiek moet functioneren in verschillende situaties met verschillende hulpverleners, maar ook op hulpverleners die in een later stadium zijn betrokken. Tevens moet zij aansluiten op reguliere werkwijze.

Monitoring continuïteit

De continuïteit moet van onderop bewaakt worden: alleen met duidelijke signalen van de individuele huisarts en Hagro kan tijdig opgeschaald worden. De huisartsenkring zal vooraf afspraken moeten maken met de Hagro's, huisartsenpost en GHOR over het monitoren van de situatie.

Bij een voortschrijdende uitbraak zal al snel de noodzaak aanwezig zijn om de situatie eerst wekelijks en daarna mogelijk zelfs dagelijks in de gaten te houden. In het HaROP kan daartoe een standaard registratieformulier worden opgenomen waarop per Hagro en per huisartsenpost de werkdruk (consulten) en uitval worden geïnventariseerd. In samenwerking met de GHOR kunnen de gegevens worden verzameld en geanalyseerd om passende maatregelen te kunnen voorstellen.

2. Organisatie van de infectieziektebestrijding

Voor infectieziekte-uitbraken geldt speciale wet- en regelgeving. Voor onder meer melding, diagnostiek en beschermende maatregelen moeten (huis)artsen diverse specifieke richtlijnen in acht nemen. Bij een grootschalige uitbraak functioneren huisartsen en huisartsenposten bovendien binnen een andere organisatie dan gewoonlijk en kunnen zij te maken krijgen met specifieke bevoegdheden en aanwijzingen van de overheid. Dit onderdeel van de toolkit helpt u om te begrijpen waar u mee te maken kunt krijgen bij een infectieziekte-uitbraak.

Gemeentelijke verantwoordelijkheid

Infectieziektebestrijding is een overheidstaak. In de Grondwet is vastgelegd dat de overheid maatregelen moet treffen ter bescherming van de gezondheid van haar burgers. In de Wet publieke gezondheid is die verantwoordelijkheid primair opgedragen aan de gemeenten. De gemeenten worden hierbij ondersteund door de GGD. De uitvoering van de bestrijding is in handen van de afdelingen infectieziektebestrijding van de GGD'en. Bijna dagelijks houden deze zich bezig met meldingen van infectieziekten van zeer diverse aard.

De GGD kan geen maatregelen treffen voordat een infectieziekte gemeld is. Daarom is in de Wet publieke gezondheid vastgelegd dat de artsen en hoofden van medisch microbiologische laboratoria en zorginstellingen bepaalde besmettelijke ziekten moeten melden aan de GGD.

Artsen zijn de eerste schakel

Huisartsen, artsen op huisartsenposten en in zorginstellingen (zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijke gehandicapten) en artsen werkzaam in het ziekenhuis zijn de eerste belangrijke schakel in de bestrijding van infectieziekten. Zij zijn degenen die bij de patiënt een infectieziekte vaststellen en behandelen.

In de aanloop naar een grootschalige infectieziekte-uitbraak of bij een veterinaire uitbraak van een op de mens overdraagbare ziekte, zal de huisarts, als 'poortwachter' van de zorgketen, als eerste te maken krijgen met (mogelijk) besmette patiënten. De huisarts moet in dergelijke gevallen weten welke beschermende maatregelen in acht moeten worden genomen, aan wie de vermoedelijke besmetting moet worden gemeld en hoe de diagnostiek verloopt. Ook draagt de huisarts in de initiële fase de verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van antivirale middelen. De infectieziektebestrijding vindt in deze fase plaats onder verantwoordelijkheid van de GGD. De GGD zal de huisartsen adviseren over de diagnostiek en de preventie.

Bij een daadwerkelijke pandemische uitbraak krijgen huisartsen te maken met een enorme toename aan ziektegevallen in een korte periode. Huisartsen(posten) en GHOR zullen in nauwe samenspraak bezien tot op welk moment de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat en vanaf wanneer moet worden gekozen voor aanvullende arrangementen om de continuïteit te waarborgen. Op dat moment worden alle regionale en landelijke coördinatie- en adviesstructuren operationeel. De GHOR coördineert in de regio in nauwe samenwerking met de GGD de hulpverlening. De huisartsen en huisartsenposten zijn en blijven echter verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg aan de eigen patiënten. Door de toegenomen zorgvraag (veel consulten) en het afgenomen zorgaanbod (uitval onder huisartsen) kan de continuïteit van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. In een dergelijk geval moeten regionaal maatregelen worden getroffen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te garanderen. De huisartsen en huisartsenposten zijn hiervoor primair zelf verantwoordelijk. Gemeenten en GHOR zullen, vanuit hun verantwoordelijkheid voor het bestrijden van de gevolgen van een ramp, ondersteuning geven bij het organiseren van de continuïteit van de zorg.

Coördinatie door de GHOR

De inzet van de geneeskundige keten, waaronder ambulancediensten, ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en ook de huisartsen(posten), wordt bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak, net als bij andere rampen en crises, gecoördineerd door de GHOR. De directeur GHOR geeft operationeel leiding aan de geneeskundige inzet, stemt dit af met de leidinggevendenden van brandweer en politie en adviseert de burgemeester over de te nemen maatregelen. De advisering over en uitvoering van de infectieziekte-bestrijding, zoals de diagnostiek, inperkende maatregelen en vaccinatie, wordt ook in deze gevallen uitgevoerd door de GGD, maar dan onder coördinatie van de GHOR.

Met de (concept) Wet veiligheidsregio's (Wvr) wordt de GHOR onderdeel van de 25 veiligheidsregio's, samen met de brandweer en de meldkamer van politie, brandweer en ambulancezorg. Om de coördinerende rollen van GHOR en GGD nauw op elkaar af te stemmen, is in hetzelfde wetsvoorstel vastgelegd dat de directeur GHOR lid wordt van de directie van de GGD. In diverse regio's zijn beide functies reeds in één persoon verenigd. Bovendien wordt toegewerkt naar een regio-indeling van de GGD'en die gelijk is aan de veiligheidsregio's (tevens politieregio's). Waar dat nog niet het geval is, zijn bij grootschalige infectieziekte-uitbraken de grenzen van de veiligheidsregio leidend. Afspraken met de huisartsen en huisartsenposten worden dan ook gemaakt op het niveau van de 25 veiligheidsregio's, zie het overzicht op pagina 16.

Lokale bevoegdheden

Wanneer een infectieziekte ondanks indammende maatregelen leidt tot een (dreigende) epidemische of pandemische uitbraak, treden diverse bepalingen van de Wet publieke gezondheid en Wet veiligheidsregio's in werking. De burgemeester neemt de leiding op zich van de infectieziektebestrijding, geadviseerd door de directeur GHOR (coördinatie geneeskundige hulpverlening) en de directeur GGD (uitvoering van de infectieziektebestrijding). De burgemeester heeft tevens het 'opperbevel' over de gecoördineerde inzet van politie, brandweer en de geneeskundige keten en kan op grond van de Gemeentewet vrijheidsbeperkende maatregelen opleggen om verspreiding van de infectieziekte te voorkomen.

De wijze van samenwerking tussen de GGD, GHOR en andere hulpdiensten is vastgelegd in de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure (GRIP), onderdeel van het regionaal crisisplan. In het geval van een infectieziekte-uitbraak in één gemeente wordt door de hulpdiensten 'opgeschaald' tot het niveau van GRIP 3. Dit houdt in dat de bestrijding en hulpverlening wordt uitgevoerd onder leiding van een Regionaal Operationeel Team (ROT). De burgemeester wordt bij het uitoefenen van zijn/haar rol als 'opperbevelhebber' geadviseerd door het Gemeentelijk Beleidsteam (GBT), waarin de directeur(en) GHOR en GGD zitting heeft (hebben), alsmede de leidinggevendenden van brandweer, politie en gemeentelijke diensten. Contact met de huisartsen verloopt via het Actiecentrum GHOR.

Regionale bevoegdheden

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

Onder de huidige wet- en regelgeving behouden de individuele burgemeesters bij GRIP 4 de formele bevoegdheden in het kader van de infectieziektebestrijding en als opperbevelhebber van de hulpdiensten. De voorzitter van de veiligheidsregio heeft dan slechts een coördinerende en afstemmende rol. Met de nieuwe Wet veiligheidsregio's zullen de voorzitters van de 25 veiligheidsregio's bij GRIP 4 ook de bevoegdheden overnemen die de individuele burgemeesters als opperbevelhebber hebben. Voorts wordt een wijziging van de Wet publieke gezondheid voorbereid waarmee de voorzitter van de veiligheidsregio bij infectieziekten uit de groep A (zie punt 3 op bladzijde 7) ook de bevoegdheden in het kader van de infectieziektebestrijding overneemt van de individuele burgemeesters. Daarmee wordt in de toekomst 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 VWS. Het contact met de huisartsen blijft echter in alle gevallen verlopen via het Actiecentrum GHOR.

Provinciale bevoegdheden

Bij een ramp of crisis die de grenzen van de veiligheidsregio overstijgt ziet de commissaris van de 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 nieuwe Wet veiligheidsregio's doen de commissarissen dit volgens de ambtsinstructies die ze krijgen van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Voor de infectieziektebestrijding zal de minister van BZK deze instructies vaststellen in overeenstemming met de minister van VWS.

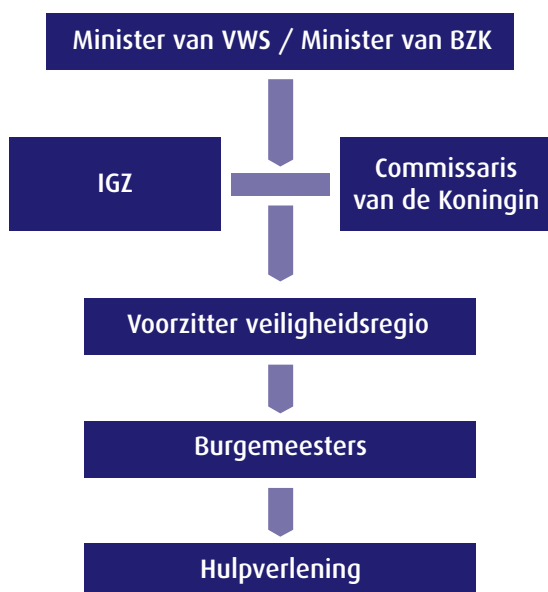
Nationale bevoegdheden

Een ernstige uitbraak van een infectieziekte kan een zodanige omvang aannemen dat het maatschappelijke leven erdoor wordt ontwricht of dreigt te ontwrichten. Bij infectieziekten uit de groep A, maar in voorkomende gevallen ook uit de groepen B1 en B2 en bij sommige nieuwe infectieziekten, zal de minister van VWS nationaal leiding geven aan de infectieziektebestrijding. De minister van VWS is in deze situaties verantwoordelijk voor de inhoud van het nationaal aangestuurde bestrijdingsbeleid, maar dient zijn optreden interdepartementaal goed af te stemmen. De minister van VWS zal de minister van BZK terstond op de hoogte stellen van de maatregelen die hij wenst te treffen. Verder zal de minister van VWS beoordelen of de benodigde maatregelen dermate ingrijpend en omvangrijk zijn dat hij zijn collega van BZK zal verzoeken de algemene coördinatie over te nemen.

De minister kan dan richtlijnen vaststellen waaraan de burgemeesters, GHOR en GGD, maar ook individuele zorgverleners zich dienen te houden. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de verdeling van (schaarse) antivirale middelen en vaccins of om aangescherpte criteria voor ziekenhuisopname. In voorkomende gevallen kunnen dergelijke richtlijnen het belang van de volksgezondheid stellen boven het belang van individuele patiënten zoals dat door de (huis)artsen wordt beoordeeld. Het ministerie van VWS treedt hiertoe in overleg met vertegenwoordigers van de uitvoerende partijen, zoals de LHV, als het gaat om praktische uitvoering van de maatregelen of delegeert dit bij een minder acute situatie aan het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Zorgverleners die zich niet houden aan de 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).

Schematische weergave van de aansturing



Centrum infectieziektebestrijding (Cib)

Het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) funktioneert als regisseur in de keten van de infectieziektebestrijding. Het Cib treedt op als permanente tweedelijnsvoorziening voor de infectieziektebestrijding ten behoeve van de arts-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 bestrijdingsbeleid. Ook ontwikkelt zij richtlijnen en draaiboeken voor de lokale en landelijke bestrijding van infectieziekten. Ter ondersteuning van haar adviestaak coördineert en verricht het Cib wetenschappelijk onderzoek en specialistische diagnostiek.

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

Overzicht van de 25 veiligheidsregio's in Nederland



De gemeenten van 2010 zijn als ondergrond voor deze kaart gebruikt.
Eventuele wijzigingen of correcties kunt u doorgeven via e-mail: atlas@rivm.nl
Op de site van de Nationale Atlas Volksgezondheid is de meest recente informatie te vinden: <http://www.zorgatlas.nl>, zoekterm 'Veiligheidsregio'

Bron: Ministerie van BZK

3. Stappenplan 'continuïteit'

De huisartsenzorg is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg voor de eigen patiënten onder alle omstandigheden. Door de toename van de zorgvraag (veel consulten) en het afnemen van het zorgaanbod (uitval onder huisartsen) kan de continuïteit van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. Dan moeten regionaal maatregelen worden getroffen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te garanderen. Huisartsen zullen in nauwe samenspraak met de GHOR in de gaten houden tot op welk moment de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat, en vanaf wanneer aanvullende arrangementen nodig zijn om de continuïteit te waarborgen. De GHOR zal in dat geval samen met de gemeenten de huisartsenzorg ondersteunen bij het organiseren van de continuïteit.

De crisiscoördinator

De huisartsenzorg in Nederland is ingedeeld in 23 huisartsenkringen en 52 huisartsendienstenstructuren. De huisartsendienstenstructuren beschikken in totaal over circa 130 huisartsenposten. Om de voorbereiding van de huisartsenzorg op rampen en crises te verbeteren, wordt aanbevolen dat de huisartsenkringen en -posten gezamenlijk zogenaamde 'crisiscoördinatoren' aanwijzen (hoewel dit geen verplichting is). Deze kunnen namens de huisartsenzorg het gesprek aangaan met de GHOR en GGD om afspraken te maken over de samenwerking. De crisiscoördinator zorgt ervoor dat de huisartsenzorg planmatig is voorbereid op rampen en crises en waar nodig is bijgeschoold en geoefend. Ook kan de crisiscoördinator een rol vervullen in de opschaling en coördinatie wanneer zich daadwerkelijk een ramp of crisis voordoet.

Het HaROP

Een van de centrale taken van de crisiscoördinator kan zijn om een HuisartsenzorgRampenOpvangPlan (HaROP) te ontwikkelen en beheren. In dit HaROP worden concrete afspraken vastgelegd over de grootschalige infectieziektebestrijding, opgeschaalde acute zorg en nazorg na rampen. Voor het HaROP is een landelijk format beschikbaar.

Over de grootschalige infectieziektebestrijding worden in het HaROP afspraken opgenomen over alle onderwerpen die bij de checklist op pagina 6 zijn genoemd. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar de continuïteit van de huisartsenzorg.

Afspraken over onderlinge vervanging binnen de huisartsenpraktijk en/of huisartsengroep zijn een eerste stap naar een goede continuïteit. Zolang als dat mogelijk is, wordt gebruik gemaakt van deze onderlinge vervanging. Bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak kan het echter gebeuren dat meerdere huisartsen tegelijkertijd ziek worden en bovendien het aantal consulten fors toeneemt. Enkelvoudige vervangingsafspraken zijn dan niet meer afdoende. Voor dergelijke situaties is het aan te bevelen om op de schaal van de 23 huisartsenkringen een continuïteitsplan op te stellen, in nauwe samenhang met de continuïteitsplannen van de 52 huisartsendienstenstructuren. Deze continuïteitsplannen kunnen een onderdeel vormen van het bredere HaROP.

De crisiscoördinator of vertegenwoordiger van de huisartsenkring zal de huisartsengroepen (Hagro) betrekken bij alle benodigde regionale afspraken. In het navolgende stappenplan wordt beschreven welk soort afspraken over de grootschalig infectieziektebestrijding nodig zijn.

Stap 1 > Opschalingsstadia

De eerste stap is om binnen de huisartsenkring en -post overeenstemming te bereiken over de verschillende opschalingsstadia voor de continuïteit. Hiervoor is een landelijk voorbeeld beschikbaar (zie schema's op pagina 19 en 23), dat geen verdere status heeft en in de toekomst nog verder kan worden doorontwikkeld. Dit voorbeeld van een opschalingsmodel staat los van de fasen voor influenzapandemie van de World Health Organisation (WHO). Alleen bij WHO-fasen 5-6 komen de beschreven stadia voor de continuïteit van huisartsenzorg aan de orde.

Belangrijk is dat regionaal door alle betrokkenen de hoofdindeling in vier stadia wordt onderschreven (groen-oranje-rood-donkerrood), alsmede de bijbehorende sturingsniveaus. De inhoud van de feitelijke continuïteitsafspraken zal in de volgende stappen van dit stappenplan nader overeengekomen moeten worden.

Voorts is van groot belang dat afspraken worden gemaakt over de besluitvorming omtrent de opschaling: op welke gronden wordt door wie een opschalingsniveau ingesteld? Hoe monitoren we daartoe de continuïteit? (Zie ook punt 11 op bladzijde 12.)

Stap 2 > Afspraken stadium groen

Bij het begin van of bij een milde uitbraak kan de huisartsenzorg nog heel lang volgens de reguliere organisatie functioneren, mits over een aantal onderwerpen basale afspraken zijn gemaakt.

Vervanging

De eerste stap naar verantwoorde huisartsenzorg onder alle omstandigheden is een afspraak over de vervanging bij ziekte. Dit kan binnen de eigen huisartsenpraktijk, maar bredere afspraken binnen de huisartsengroep bieden betere garanties voor het geval meerdere artsen in dezelfde praktijk tegelijkertijd ziek worden, of een huisartsenpraktijk in opdracht van de burgemeester geheel moet worden geïsoleerd nadat een besmettelijke patiënt op het spreekuur is verschenen.

Huisartsenpost

De huisartsenpost zal mogelijk vanwege de uitval van huisartsen aangepaste roosters moeten draaien. Dit kan betekenen dat huisartsen in de avond-, nacht- en weekenduren meer diensten dan normaal krijgen, terwijl ze tijdens kantooruren al met meer consulten te maken krijgen. Dit vraagt afspraken over de afstemming tussen Hagro en huisartsenpost. Deze afspraken dienen in bijvoorbeeld het HAROP te worden vastgelegd.

Scheiden van patiëntenstromen

Patiëntenstromen dienen zoveel mogelijk van elkaar te worden gescheiden. Dit voorkomt de kans op (kruis) besmetting en biedt bovendien de gelegenheid om bij een toegenomen zorgvraag de reguliere consulten en de zorg aan besmette patiënten zo goed mogelijk te continueren. Op pagina 9 zijn hierover aanbevelingen gedaan.

Bereikbaarheid

Afspraken over onderlinge vervanging vergen tevens afspraken over communicatie naar de patiënten. Via het antwoordapparaat kan worden doorgegeven dat patiënten bij een andere praktijk terecht kunnen. Zie ook de LHV-toolkit 'Snel beter bereikbaar zijn'. Ook bij de toegang van de huisartsenpraktijk moeten patiënten kunnen zien waar ze terecht kunnen. Voorts vergt onderlinge vervanging goede afspraken over de toegang van andere huisartsen tot patiëntgegevens. (Zie schema op pagina 19.)

Stap 3 > Afspraken stadium oranje

De zorgvraag neemt toe en steeds meer huisartsen en assistentes worden ziek. Zonder aanvullende afspraken komt in sommige gebieden de huisartsenzorg onder grote druk te staan. In dat geval moet er meer gebeuren dan de reguliere vervangingsafspraken. Coördinatie op het niveau van de Hagro, in afstemming met de huisartsenkring, wordt noodzakelijk.

Voorbeeld voor mogelijke opschalingsstadia om de continuïteit van de huisartsenzorg bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak te waarborgen

	Stadium 1: groen	Stadium 2: oranje
Karakterschets	Extra consulten en uitval huisartsen kunnen binnen de reguliere organisatie van de huisartsenzorg worden opgevangen.	Aanvullende afspraken zijn nodig om consulten en uitval te kunnen opvangen en om de tweedelijnszorg te ontlasten. Telefonische bereikbaarheid komt onder druk te staan.
Sturing	Primair op niveau huisartsenpraktijk Afstemming binnen HAGRO	Primair op niveau HAGRO Afstemming met huisartsenkring en HAP
Mogelijke afspraken om uitval op te vangen	<ul style="list-style-type: none"> • Reguliere afspraken over onderlinge vervanging binnen de huisartsenpraktijk • Reguliere afspraken over onderlinge vervanging binnen HAGRO • Extra waarnemers en extra inroostering huisartsen bij HAP vanwege uitval en toegenomen consulten 	<ul style="list-style-type: none"> • Per HAGRO kan worden besloten om huisartsenzorg te concentreren in beperkt aantal praktijken • Extra inroostering huisartsen bij HAP, in afstemming met HAGRO's en huisartsenkring • Pool van waarnemers op niveau huisartsenkring, afgestemd met HAP
Mogelijke afspraken over het scheiden van patiëntenstromen	<ul style="list-style-type: none"> • Huisartsenpraktijken passen hygiëneprotocol toe om (kruis)besmetting te voorkomen • Huisartsenpraktijken kunnen op individuele basis kiezen voor aparte infectieziekte-spreekuren • HAP kan kiezen voor aparte spreekkamer voor infectieziekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Per HAGRO wordt besloten of speciale infectieziektespreekuren worden ingesteld in aangewezen praktijken • Extra huisbezoeken • HAP kan kiezen voor aparte spreekkamer voor infectieziekte
Mogelijke afspraken over telefonische bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> • Reguliere bereikbaarheid van huisartsenpraktijk • Bij uitval doorverwijzing naar vervanging • Mogelijk extra inzet triageassistenten HAP • Informatie nummers rijksoverheid en regionale overheden (GGD/GHOR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reguliere bereikbaarheid van huisartsenpraktijk waar mogelijk • Bij uitval doorverwijzing naar vervanging (geconcentreerde spreekuren) • Extra inzet triageassistenten HAP • HAGRO kan in overleg met huisartsenkring en HAP besluiten tot instellen gezamenlijk telefoonnummer • Informatie nummers rijksoverheid en regionale overheden (GGD/GHOR)

Mogelijke concentratie spreekuren

Om het tekort aan huisartsen en praktijkassistenten op te vangen, kan worden besloten de spreekuren te concentreren in een beperkt aantal praktijken per Hagro. Daartoe kan vooraf door de huisartsenorganisaties in samenwerking met de GHOR een inschatting worden gemaakt van de spreekuurcapaciteit die per Hagro nodig zal zijn.

Scheiden van patiëntenstromen

De afweging om patiëntenstromen al of niet te scheiden, moet integraal onderdeel worden van de afspraken over de concentratie van spreekuren. Op advies van de crisiscoördinator van de kring kan worden besloten om één praktijk per Hagro alleen de geïnfecteerde patiënten te laten zien: de zogenaamde 'vuile praktijk'. Bij voorkeur wordt de praktijk bezet door medewerkers die de infectieziekte al gehad hebben of over de maximale voorzorgsmaatregelen beschikken. De 'vuile praktijk' is er alleen voor de eventuele toeloop van patiënten met klachten gerelateerd aan de infectieziekte uit de andere praktijken. Omdat deze patiënten dringend gevraagd wordt thuis te blijven, zullen vanuit hier vooral huisbezoeken worden gedaan. Echter wanneer een patiënt in staat is om te komen worden ze bij deze praktijk uitgenodigd. Alle overige zorg wordt vervolgens vanuit de resterende praktijken per Hagro verleend.

Pool van waarnemers

Als veel huisartsen en praktijkmedewerkers uitvallen kan worden gewerkt met een reservoir van waarnemers en vervangers. Het is raadzaam dat op het niveau van de huisartsenkring te organiseren, in overleg met de GHOR. Voor vervangers voor de medische zorg is te denken aan gepensioneerde huisartsen, basisartsen en (huis)artsen in opleiding. Voor vervanging van assistenten kan gewonnen worden onder voormalige praktijkmedewerkers of kunnen pools worden gevormd van parttime assistentes die extra kunnen worden ingezet. Huisartsengroepen kunnen kandidaten voor waarneming of vervanging bij het huisartsenkring aandragen. De huisartsenkring houdt in samenwerking met de GHOR het bestand bij van wie waarvoor beschikbaar is en hoe die personen bereikt kunnen worden. Uiteraard dienen vervangers altijd onderverantwoordelijkheid te werken van een bevoegde arts.

Huisartsenpost

De huisartsenpost zal in dit stadium nog meer een beroep doen op de huisartsen om het rooster gevuld te houden. De noodzaak is groot om dit nauw af te stemmen met de afspraken over de concentratie van spreekuren tijdens kantooruren. Vooraf moet duidelijk zijn hoe dit op elkaar wordt afgestemd.

Voorts blijft ook voor huisartsenposten het scheiden van patiëntenstromen van belang. Dit kan door op de huisartsenpost met gescheiden ruimtes te werken en de hygiëneprotocollen goed in acht te nemen. Verder verdient huisbezoek bij (mogelijk) besmette patiënten de voorkeur.

Bereikbaarheid

De concentratie van spreekuren vraagt hele duidelijke communicatie om verwarring bij de patiënten te voorkomen. Elke huisartsenpraktijk zal duidelijk moeten communiceren (bij gesloten praktijken via het antwoordapparaat) waar en wanneer patiënten terecht kunnen, daarbij onderscheid makend tussen reguliere consulten en mogelijk besmette patiënten. Een mogelijkheid is om in samenspraak met de huisartsenkring de bereikbaarheid van de huisartsenzorg ook in dit stadium al via een gezamenlijk telefoonnummer te organiseren, hetzij per Hagro, hetzij via de huisartsenpost. (Zie schema op pagina 19.)

Stap 4 > Afspraken stadium rood

In dit stadium komt de continuïteit van de huisartsenzorg serieus in gevaar. Coördinatie op Hagro-niveau is niet meer toereikend. Het primaat komt te liggen bij de huisartsenkring, in nauwe afstemming met de Hagro's, huisartsenposten en GHOR.

Concentratie spreekuren

Concentratie van spreekuren in een beperkt aantal praktijken per Hagro is niet meer slechts een mogelijkheid, maar absolute noodzaak. De huisartsenkring coördineert over de Hagro's heen welke praktijken worden ingezet. Daarbij wordt tevens gewogen of patiëntenstromen worden gescheiden.

Verdeling huisartsen en assistentes

De bemensing van de geconcentreerde spreekuren moet centraal worden aangestuurd. De huisartsenkring zorgt voor verdeling van de beschikbare capaciteit en stemt dit voor de ANW af met de huisartsenposten.

Mogelijke inzet huisartsenpost tijdens kantooruren

De concentratie van spreekuren brengt een grotere toeloop per ingezette praktijk met zich mee. Het kan voordelen bieden om de organisatie en faciliteiten van de huisartsenposten te benutten om tijdens het hoogtepunt van een epidemie de zorg ook in de dagsituatie overeind te houden. Huisartsenposten hebben de faciliteiten maar ook de deskundigheid om bijvoorbeeld plannings- en dienstroosters te maken, om triagisten op te leiden en te instrueren, voor de contactregistratie, et cetera. Tijdens de meest drukke weken van een uitbraak kan de huisartsenzorg daarom ook binnen kantooruren geheel of gedeeltelijk via de huisartsenposten worden georganiseerd. De huisartsenposten zijn dan 24 uur per dag voor zorg geopend.

Ook in dit stadium zullen de huisartsenposten moeten afwegen of het scheiden van patiëntenstromen mogelijk is. De opties zijn om met aparte spreekuren en spreekkamers te werken of om een rolverdeling tussen de locaties van de huisartsenposten af te spreken.

Bereikbaarheid

Daar de coördinatie ligt op het niveau van de huisartsenkring, zal ook daar de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg moeten worden afgestemd. Koppeling met de faciliteiten van de huisartsenpost ligt daarbij sterk voor de hand. (Zie schema op pagina 23.)

Stap 5 > Afspraken stadium donkerrood

Zorgmeldpunten

Als de continuïteitsproblemen verder toenemen, kan de situatie ontstaan dat het niet meer volstaat om de spreekuren te concentreren in enkele huisartsenpraktijken of op de huisartsenpost, omdat deze niet toereikend zijn voor de grote patiëntenstroom. In dat geval kan een beroep worden gedaan op de gemeente om in samenwerking met de GHOR zogenaamde zorgmeldpunten in te richten waar veel patiënten tegelijkertijd naartoe kunnen gaan.

In de landelijke draaiboeken voor influenzapandemie is de mogelijkheid beschreven dat deze zorgmeldpunten tevens voorzien in aanvullende verzorgings- en verpleegcapaciteit voor specifieke patiënten die aanvullende zorg behoeven, maar niet kunnen worden opgenomen in het ziekenhuis of een verzorgings- en verpleegtehuis en ook niet kunnen terugvallen op mantelzorg. Mogelijke locaties voor een dergelijke koppeling van een zorgmeldpunt met noodopvang zijn bijvoorbeeld conferentiecentra, vakantieverblijven, hotels en zorginstellingen als verzorgingshuizen of verpleeghuizen met uitbreidingscapaciteit. Niet alle veiligheidsregio's (GHOR) kiezen voor deze optie van zorgmeldpunt met noodopvang. Daar waar dit wel het geval is, wordt de voorbereiding hierop ter hand genomen door de GHOR en gemeenten, in samenwerking met de huisartsenkring en huisartsenpost.

Scheiding van patiëntenstromen

In de zorgmeldpunten kan, op nationaal advies, worden gekozen voor het scheiden van patiëntenstromen.

Huisartsenposten

De zorgmeldpunten worden in beginsel ingesteld voor kantooruren en ANW. Ook de zorg van de huisartsenposten wordt dus in de zorgmeldpunten geconcentreerd. Een mogelijkheid is om de huisartsenposten in te zetten als zorgmeldpunt, mits de voorzieningen toereikend zijn.

Bereikbaarheid

Het openbaar bestuur coördineert in dit stadium ook de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg. Dit kan via callcenters van de GHOR/GGD en/of de gemeenten, maar ook via de huisartsenposten. Hierover dienen van tevoren afspraken te worden gemaakt. (Zie schema op pagina 23.)

Stap 6 > Uitwisseling patiëntgegevens

Bij een grootschalige uitbraak zal het al gauw gebeuren dat huisartsen ook patiënten van collega's te zien krijgen. Dit vraagt duidelijke afspraken over de ontsluiting van patiëntgegevens. In de hoogste opschalingsstadia is dit van nog groter belang, omdat huisartsen dan vaak niet meer vanuit de eigen praktijk werken.

Over gegevensuitwisseling worden ook onder reguliere omstandigheden al afspraken gemaakt. Belangrijk is om vooraf te bepalen of deze toereikend zijn voor de opschalingsstadia en hoe wordt omgegaan met praktijken die niet bij de gezamenlijke systemen zijn aangesloten. Zie ook pagina 11.

Stap 7 > Beschermende middelen

Een adequate voorraad van beschermende middelen is zeer wenselijk om besmetting van zorgverleners zoveel mogelijk te voorkomen. De GGD kan de huisartsen adviseren over de aanschaf. Dit kan per huisartsenpraktijk of via de Hagro. Eventueel kunt u op Hagro- of kringniveau afspraken maken over de gezamenlijke inkoop van beschermende middelen vooraf en in situaties van schaarste tijdens een uitbraak.

Stap 8 > Opleiden, trainen en oefenen

De afspraken en het HaROP zijn de basis voor de voorbereiding op rampen en crises. Plannen op zichzelf zijn echter niet effectief als het werkwijzen en organisatievormen betreft die in de dagelijkse praktijk weinig voorkomen. Gerichte scholingsmodules, trainingen, gezamenlijke oefeningen en praktijkervaring hebben meer effect. Als de huisartsen en medewerkers van de GHOR, GGD en tweedelijnszorg weten welke doelen bereikt moeten worden, welke rollen zij en hun samenwerkingspartners vervullen en ze een 'gemeenschappelijke taal' en begrippenkader hebben, dan blijken veel problemen bij een ramp of crisis snel ter plaatse te kunnen worden opgelost.

In aanvulling op de instructiebijeenkomsten zal de crisiscoördinator de individuele huisartsen stimuleren om deel te nemen aan gezamenlijke opleidings-, trainings- en oefenactiviteiten. Landelijk zijn binnen het systeem van het NHG e-learning modules ontwikkeld over griepandemie en de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen, alsmede een webcast over de GHOR in algemene zin. Regionaal kan de GHOR in overleg met de huisartsen instructies en trainingen aanbieden over specifieke onderwerpen. Ook worden regelmatig ketenoefeningen georganiseerd waarin ook de rol van de huisartsen kan worden meegenomen. In het vaste overleg met de GHOR worden jaarlijks de ambities voor het gezamenlijke opleidings-, trainings- en oefenbeleid besproken en vastgelegd.

Voorbeeld voor mogelijke aanvullende opschalingsstadia wanneer bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak de continuïteit van de huisartsenzorg en de openbare orde in het geding zijn

	Stadium 3: rood	Stadium 4: donkerrood
Karakterschets	De continuïteit komt in gevaar en kans op verstoringen van de openbare orde; centrale regie door huisartsenkring in afstemming met HAP, GHOR en de tweedelijnszorg is noodzakelijk.	De continuïteit van de huisartsenzorg kan niet meer binnen de reguliere organisatie worden gewaarborgd. Grote kans op verstoringen van de openbare orde.
Sturing	<ul style="list-style-type: none"> • Primair op niveau huisartsenkring • Afstemming met HAGRO, HAP en GHOR 	<ul style="list-style-type: none"> • GHOR en gemeenten in afstemming met huisartsenkring en HAP
Mogelijke afspraken om uitval op te vangen	<ul style="list-style-type: none"> • Per huisartsenkring wordt besloten vanuit welke huisartsenpraktijken de zorg wordt verleend • Huisartsenkring verdeelt huisartsen in overleg met HAP over de aangewezen huisartsenpraktijken en de HAP • Mogelijkheid om HAP tijdens kantooruren in te zetten 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentratie huisartsenzorg (kantooruren en ANW) in zorgmeldpunten per gemeente, mogelijk gekoppeld aan HAP • Huisartsen en waarnemers worden door GHOR verdeeld over zorgmeldpunten en HAP • Mogelijk nationale verdeling van zorgcapaciteit en inzet defensieartsen
Mogelijke afspraken over het scheiden van patiëntenstromen	<ul style="list-style-type: none"> • Per huisartsenkring wordt besloten of speciale infectieziektespreekuren worden ingesteld in aangewezen praktijken • HAP kan kiezen voor aparte spreekkamer voor infectieziekte of een verdeling van infectieziektegerelateerde en reguliere consulten tussen HAP's • Mogelijkheid om HAP ook tijdens kantooruren in te zetten voor infectieziekte-spreekuur, mits tijdens ANW de reguliere consulten aan een andere HAP worden overgedragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen de zorgmeldpunten worden waar mogelijk de patiëntenstromen gescheiden • Eventueel worden reguliere en infectie-ziektegerelateerde consulten op aparte locaties verzorgd
Mogelijke afspraken over telefonische bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonische bereikbaarheid wordt op niveau huisartsenkring veilig gesteld • Mogelijkheid tot koppeling met telefooncentrale HAP • Informatie nummers rijksoverheid en regionale overheden (GGD/GHOR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonische bereikbaarheid wordt door GHOR i.s.m. gemeenten, huisartsenkring en HAP veilig gesteld • Bereikbaarheid voor kantooruren en ANW via hetzelfde telefoonnummer • Mogelijkheden: <ul style="list-style-type: none"> - koppeling telefooncentrale HAP - koppeling informatienummer GGD/GHOR - telefoonnummer per gemeente • Informatienummer rijksoverheid

Literatuur

Voor meer informatie over het beleid bij grootschalige infectieziekte-uitbraken kunt u de volgende literatuur raadplegen.

Centrum Infectieziektebestrijding RIVM

- Draaiboek Explosies van infectieziekten, 1999.
- Draaiboek Gedwongen opname en gedwongen onderzoek in het kader van de Infectieziektewet, 2000.
- Draaiboek Massavaccinatie Pokken, 2005.
- Draaiboek SARS 1: incidentele introductie, 2003.
- Draaiboek SARS 2: grootschalig voorkomen, 2004.
- Landelijk Draaiboek Publiekscommunicatie Griep pandemie, 2008.
- Operationeel deeldraaiboek 1: Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid, 2006a.
- Operationeel deeldraaiboek 2: Incidentele introductie nieuw humaan influenzavirus in Nederland, 2006b.
- Operationeel deeldraaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie, 2006c.
- Richtlijn Nieuwe Influenza A (H1N1), 2009.
- Richtlijn TBC-contactonderzoek, 2007.

GHOR Nederland

- Vademecum Aanvragen van diagnostiek door de GGD afdeling algemene infectieziektebestrijding, concept, 2009.
- Model procesplan Preventieve Openbare Gezondheidszorg.

Nederlands Huisartsen Genootschap

- NHG-Standaard Influenzapandemie, januari 2008.

Werkgroep Infectie Preventie

- Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk, revisie 2009.
- Handhygiëne, 2004.
- Leidraad Nieuwe Influenza A (H1N1), augustus 2009.
- Persoonlijke beschermingsmiddelen, 2004.

Op de LHV-website kunt u doorlinken naar deze literatuur (Huisartsenzorg > Samenwerking > Bij ongevallen en rampen).

Contactgegevens

In geval van een (dreigende) infectieziekte-uitbraak kunt u bij de volgende instanties terecht voor meer informatie.

Met algemene vragen over infectieziekten:

ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/infectieziekten

Met vragen over het toezicht op de infectieziektebestrijding:

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
www.igz.nl
(088) 120 5000

Voor specifieke informatie voor professionals over infectieziekten:

Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM
www.rivm.nl/cib

Met vragen over het landelijke beleid van de GGD'en:

GGD Nederland
www.ggd.nl
(030) 252 3004

Met vragen over het landelijke beleid van de GHOR:

GHOR Nederland
www.ghor.nl
(030) 252 5077

Met vragen over de rol van huisartsen:

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
www.lhv.nl
(030) 282 3723

Met vragen over standaarden voor diagnose en eigen bescherming:

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
www.nhg.org
(030) 282 3500

Met vragen over de rol van de huisartsenposten:

Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)
www.vhned.nl
(030) 282 3788

Om in te vullen

Vul zelf de regionale contactgegevens in, zodat u ten tijde van een infectieziekte-uitbraak snel weet bij wie u regionaal terecht kunt.

GHOR

Telefoon:

www

Contactpersonen:

GGD

Telefoon:

www

Contactpersonen:

Huisartsenkring

Telefoon:

www

Contactpersonen:

Huisartsenpost

Telefoon:

www

Contactpersonen:

