

3.3 Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Rampen, incidenten en crises hebben een grote impact op het leven van mensen. Dat geldt voor direct betrokkenen, maar ook breder. Zo is er toegenomen behoefte om collectief te helpen zoeken bij vermissingen of om te rouwen na rampen en incidenten met (veel) doden. Maar ook het gezamenlijk verwerken van kleinere incidenten in een wijk of op een school neemt toe.

Bij rampen en crises is er met betrekking tot de gezondheidszorg een rol weggelegd voor zowel de GGD als voor de Veiligheidsregio. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is op grond van de Wpg/Wvr directeur van de GGD én verantwoordelijk voor de aansturing van de GHOR. De DPG heeft zodoende een verantwoordelijkheid in zowel het gezondheidsdomein als in het veiligheidsdomein.

Hier gaan we met name in op het GGD-deel.

De GGD moet verschillende taken ook in de opgeschaalde (GHOR-)situaties kunnen uitvoeren. Dat vraagt een specifieke voorbereiding. De GGD geeft gezondheidskundig advies over infectieziektebestrijding, gevaarlijke stoffen, psychosociale hulpverlening (PSH) en gezondheidsonderzoek na rampen en voert daarvoor ook een deel van de taken uit. In acute situaties dient de DPG de professionele regie te kunnen (laten) voeren op de uitvoering van de taken, bijvoorbeeld op die van vaccinatie-programma's bij een griep пандemie.

De GGD adviseert en ondersteunt gemeenten ook bij kleinschalige incidenten en zedenzaken – vaak schokkende gebeurtenissen die veel maatschappelijke onrust veroorzaken. Psychosociale hulp wordt vaak onderverdeeld in PSH bij ongevallen en rampen en PSH-i bij kleinschalige incidenten (PSH-i). Bij veel GGD'en

worden deze als één proces gezien. Omdat vaak de gezondheid en veiligheid van kinderen in het geding is, heeft de JGZ een grote rol bij de PSH-i.

De GGD beschrijft in een GGD Rampen Opvang Plan (GROP) de aanpassing van de interne organisatie vanaf de ontvangst van een melding van een dreigende crisis tot aan de afronding van de GGD-inzet. In het GROP worden werkwijze, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de afspraken over afstemming met partnerorganisaties vastgelegd.

Wettelijke taken

Het college van burgemeester en wethouders heeft een wettelijke taak in de rampenopvang en crisisbeheersing. Deze is beschreven in de Wpg en de Wet veiligheidsregio (Wvr).

De Wpg (wet en besluit) zegt over de rol van de GGD bij crises:

- Het 'bevorderen van psychosociale hulp bij rampen' (art. 2 g Wpg). Voor psychosociale hulpverlening bij (kleinschalige) incidenten is geen wettelijke basis, maar heeft de GGD, vanuit haar verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid, een taak ten aanzien van de coördinatie van hulpverlening. Dit is het geval als de reguliere zorg in het gedrang komt of dreigt te komen en vanwege collectieve preventie. Ook adviseert en ondersteunt de GGD, vanuit haar publieke taak, de gemeenten bij het omgaan met maatschappelijke onrust en (het risico op) verstoring van de openbare orde en veiligheid.
- In het Besluit publieke gezondheid staat (artikel 2, lid 1) dat de gemeente zorg draagt voor het via onderzoek verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die door een crisis worden getroffen.

- De voorbereiding op de bestrijding van infectieziekten waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat (art. 6-10 Wpg).
- Het veiligheidsbestuur stelt in overeenstemming met het algemeen bestuur van de GGD dát deel van het crisisplan vast, dat betrekking heeft op de onderdelen van de publieke gezondheid en de geneeskundige hulpverlening (art. 8.3 Wpg).
- In het Besluit publieke gezondheid (art 2, lid 3) staat dat de gemeente de bevolking moet adviseren over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij crises of dreiging van crises.

Daarnaast zijn de verantwoordelijkheden van de GGD en de GHOR beschreven in de Wet veiligheidsregio's:

- De GGD is ingevolge artikel 33, eerste lid van de Wvr, verplicht de nodige maatregelen te treffen met het oog op haar taak binnen de geneeskundige hulpverlening en de voorbereiding daarop.
- De GGD is ingevolge artikel 33, tweede lid van de Wvr, verplicht om schriftelijke afspraken met de GHOR te maken over de inzet binnen de uitvoering van haar taak en de voorbereiding daarop, met inachtneming van de daaraan gestelde eisen in artikel 5.1 van het Besluit veiligheidsregio's.
- In artikel 32, eerste lid van de Wvr, staat vermeld: 'De door het bestuur van de veiligheidsregio ingestelde organisatie Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op het gebied van de geneeskundige hulpverlening'.

De GHOR-bureaus zijn organisatorisch soms bij de Veiligheidsregio en soms bij de GGD ondergebracht.

De taak van de GGD bij kleinschalige incidenten (die voor de getroffen en heel ingrijpend zijn, maar geen opgeschaalde zorg vragen) zoals zedenmisdrijven, suïcides bij jongeren of een dodelijke schietpartij met getuigen, ligt vooral in het domein van de JGZ en OGGZ, maar is niet nader wettelijk geborgd. De school- en leefomgeving van de getroffen krijgen ondersteuning bij het omgaan met de situatie om psychische schade te voorkomen en om maatschappelijke onrust tegen te gaan.

Personele capaciteit

De capaciteit die nodig is voor de voorbereiding van GGD'en op calamiteiten is beperkt. Het gaat in de zogenaamde koude fase (de fase dat zich geen calamiteit voordoet) in Nederland hooguit om enkele tientallen medewerkers. De inzet van de professionals in de opgeschaalde (warme) situatie is afkomstig uit de reguliere processen, zoals IZB, MMK en JGZ. Deze capaciteit voor de warme fase is hier buiten beschouwing gelaten.

In deze derde pijler is de voorbereiding op acute situaties geborgd: de koude fase. Op het moment dat het GGD Rampen Opvang Plan actief wordt en professionals worden ingezet voor een ramp of incident, blijft regulier werk liggen. Met name bij een langer durende crisissituatie kan dit tot extra inhaalslagen leiden, bijvoorbeeld van uitgestelde vaccinaties. Daarnaast blijkt dat het voor (kleinere) GGD'en die geen jeugdgezondheidszorg in huis hebben, lastig kan zijn om tijdens grootschalige situaties (bijvoorbeeld de uitvoering van een vaccinatiecampagne) snel voldoende capaciteit inzetbaar te hebben.

De benodigde capaciteit bij kleinschalige incidenten is moeilijk aan te geven. Per regio speelt een dergelijke situatie een à twee keer per week, maar de inzet die nodig is verschilt per incident. Naar schatting wordt circa 1% van de JGZ voor deze zorg ingezet.

Incidenten waarbij verwarde personen betrokken zijn, veroorzaken een toename van maatschappelijke onrust. Dat vergt extra inzet vanuit de OGGZ; enerzijds voor zorg voor de verwarde personen, anderzijds voor nazorg in de wijk.

Beschikbaar budget

Het beschikbaar budget voor voorbereiden en oefenen is circa 2,4 miljoen euro (inclusief kosten van de oefeningen die deels worden gefinancierd uit de Opleiding Trainen Oefenen (OTO Stimuleringsmiddelen). De financiering van de PSH-i is in de regio's verschillend geregeld. Soms wordt deze hulpverlening uit reguliere budgetten (veelal JGZ) betaald, soms bestaan er andere afspraken met gemeenten. Een betrouwbaar totaalbudget is daardoor niet te geven.

Veldnormen

De minimumnormen waaraan de zorgsector moet voldoen bij de voorbereiding op (grootschalige) rampen- en crisissituaties staan beschreven in het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO: 'De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises'. Dit kader is ontwikkeld binnen het landelijk OTO-programma (Opleiden, Trainen en Oefenen), waarin de zorgketenpartners samenwerken aan een adequate voorbereiding van de zorgsector op rampen en crises. Het Kwaliteitskader is een hulpmiddel om zorginstellingen voor te bereiden op continuïteit van zorg tijdens crisissituaties. Met het bijbehorende instrument 'checklist zelf-evaluatie' kunnen zorginstellingen beoordelen in hoeverre voldaan wordt aan het normenkader. Voor de deelprocessen zijn diverse handreikingen

en richtlijnen beschikbaar, zoals de GGD Handreiking PSH bij rampen en crises (Arq Psychotrauma Expert Groep) en de Handreiking Gezondheidsonderzoek na rampen (RIVM).

Samenwerkingspartners

De GGD maakt afspraken met de GHOR, de Veiligheidsregio, het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), gemeenten, politie en zorginstellingen. Voor de deelprocessen werkt de GGD samen met:

- Infectieziektebestrijding (IZB): landelijk Outbreak Management Team (OMT) en Centrum infectieziektebestrijding (CIB) van het RIVM.
- Medische Milieukunde/Gezondheidskundig Advies Gevaarlijke Stoffen (MMK/GAGS): Crisis Expert Team (CET); Milieu Ongevallen Dienst (MOD) van het RIVM; centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM; Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) en de adviseur gevaarlijke stoffen (AGS) van de brandweer.
- Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR): cGM (RIVM) en onderzoeksinstanties.
- Psychosociale hulp (PSH): afspraken van de GHOR in convenant vastgelegd met GGD en met andere partijen zoals Slachtofferhulp, GGZ en maatschappelijk werk. Daarnaast op verzoek ondersteuning vanuit Arq en RIVM.

Trends en ontwikkelingen

Er is sprake van toegenomen maatschappelijke aandacht voor crises en (kleinschalige) incidenten. Een actuele ontwikkeling voor het PSH-proces is dat de transities bij gemeenten veelal vragen om heroriëntatie van de rol van de GGD daarbinnen. Naar verwachting leidt dit tot aanpassingen van in de PSH-taken. Ook wordt de GGD steeds vaker betrokken bij onder meer zedenincidenten, calamiteiten op scholen en bij sociale en maatschappelijke onrust. De GGD-functionarissen die

werkzaam zijn in de psychosociale hulpverlening worden steeds breder ingezet.

Verandering van rol betekent dat de GGD afspraken zal herzien – met gemeenten en met bestaande en nieuwe ketenpartners, zowel in het sociaal domein als in het veiligheidsdomein. Dit kan per regio en/of gemeente verschillen. De GGD moet borgen dat maatwerk en flexibele inzet van voldoende en voldoende gekwalificeerde medewerkers mogelijk wordt en blijft. Het tekort aan specialisten op het terrein van infectieziekten en MMK zal ook hier waarschijnlijk problemen geven. Voor het gezondheidsonderzoek of het monitoren na calamiteiten is aansluiting op ontwikkelingen rondom de beschikbaarheid van data te verwachten.