



Dit dubbelnummer is grotendeels gewijd aan het thema volksgezondheid en crisisbeheersing. In deze special, tot stand gekomen in samenwerking met het ministerie van VWS, wordt de manier waarop de 'witte kolom', vaak samen met het openbaar bestuur, zich voorbereidt op crises, van meerdere kanten belicht. Het gaat er uiteindelijk om, aldus DG Volksgezondheid Hans de Goeij, dat zorginstellingen en beroepsbeoefenaren, meest privaat georganiseerd, tijdens crises in één keten naadloos met elkaar en met andere hulpdiensten samenwerken. Waar aparte werelden elkaar raken is het zaak over en weer tijd en energie te steken in kennis en vertrouwen. Voorzitter Bandell van de GHOR-burgemeesters geeft zijn visie in Vier-vragen-aan. Nieuwe infectieziekten zoals SARS, de dreiging van bioterreur en grippandemie nopen tot herijking van het bestrijdingsinstrumentarium, waaronder regelgeving. In het wetsvoorstel veiligheidsregio's wordt de GHOR geordend. De publieke borging van de meldkamer wordt wettelijk vastgelegd. Sinds juni functioneert een Landelijke Meldkamer AmbulanceZorg.

De afgelopen jaren waren de pandemievoorbereidingen gericht op de medische aspecten; nu is het tijd voor een bredere benadering om de sociale en economische gevolgen voor de maatschappij zoveel mogelijk te beperken. Er wordt gewerkt aan een Nationaal Responsplan Grippandemie en aan publiekscommunicatie. Defensie kan bijdragen door o.a. bronopsporing en quarantaine-mogelijkheden.

Shell, in meer dan 140 landen met 110.000 werknemers actief, maakt noodplannen. Eelco Dykstra belicht de voorbereidingen in de Verenigde Staten. Het Britse Department of Health publiceert dit najaar een nieuwe versie van het nationale pandemieplan. Angus Nicoll van het in Kopenhagen gevestigde European Centre for Disease Prevention and Control gaat in op de voorbereidingen binnen de EU.

Het Nationaal Hitteplan bevat maatregelen voor instellingen, zorgverleners, maar ook vrijwilligers en mantelzorgers. Voorts wordt gewerkt aan een betere voorbereiding op ongelukken en aanslagen met chemische, biologische, radiologische en nucleaire (CBRN-) middelen. LNV en VWS organiseren begin 2008 een oefening voedselveiligheid op nationaal niveau.

Belangrijke kennisinstituten op het terrein van volksgezondheid en crisisbeheersing zijn het Centrum Infectieziektenbestrijding, de GHOR Academie en het centrum Gezondheid en Milieu. Van 13-16 mei vond het 15<sup>e</sup> wereldcongres over rampen- en urgentie-geneeskunde plaats in Amsterdam. Het LNV-beleidsdraaiboek vogelgriep is geactualiseerd.

Op 30 juli heeft minister Ter Horst het wetsvoorstel veiligheidsregio's naar de Tweede Kamer gezonden. De veiligheidsregio's moeten aan wettelijk vastgelegde kwaliteitseisen voldoen. Klimaatverandering is ook een humanitair probleem, aldus directeur Hofstra van het Nederlandse Rode Kruis. De ministers van BZK, Defensie en Justitie tekenden een herzien convenant over de civiel-militaire samenwerking; een catalogus maakt de nationale Defensietaak inzichtelijk. Het voor de derde maal georganiseerde congres Op Stoom groeit uit tot hét jaarlijkse forum voor kennisuitwisseling over multidisciplinair opleiden en oefenen.

En verder in dit nummer:

- Tweede voortgangsrapportage Beleidsplan Crisisbeheersing 2004-2007
- Koelwaterbeleid 2007
- Haarlem toch de baas bij rampenbestrijding Schiphol
- Evaluatie storm 18 januari
- Open Monumentendag voormalig opleidings- en commandocentrum BB
- Mini-congres Water Zuid-Holland Zuid





# Voorwoord

Dat volksgezondheid en crisisbeheersing als thema van deze special is gekozen geeft aan dat de gezondheidszorg, naast brandweer en politie, een belangrijke pijler is in de crisisbeheersing en rampenbestrijding. Het uiteindelijke doel is dat zorginstellingen en beroepsbeoefenaren, meest privaat georganiseerd, tijdens een crisis of ramp in één keten naadloos met elkaar en met andere hulpdiensten, met name de brandweer en politie, samenwerken.

Op dat moment komen meteen de volgende vragen aan de orde.

- Wie en wat zijn erbij betrokken?
- Wat moet er dan gebeuren? En
- Wie is er verantwoordelijk?

Het gaat er niet slechts om de hiervoor gestelde vragen te beantwoorden. Ook blijkt dat de gezondheidszorg zelf complex is en vele facetten kent. Zo zal vastgesteld moeten worden welke kwaliteit van zorg nodig is. Dit geldt voor specialistische urgentiegeneeskunde, maar ook voor (psychosociale) nazorg. Verbetering daarvan is een continue proces, waaraan de afgelopen jaren steeds meer aandacht is besteed. Daarnaast dienen zorginstellingen en beroepsbeoefenaren zich voor te bereiden op uitval van vitale voorzieningen zoals bij voorbeeld energie, al dan niet moedwillig tot stand gebracht. Ook moeten zij over ontruimings- en evacuatieplannen beschikken. Behalve de voorbereiding van de gezondheidszorg als onderdeel van de hulpverleningsketen zijn er ook potentiële bedreigingen in de vorm van infectieziekten, voedselveiligheid en meer perioden van hitte als gevolg van klimaatveranderingen. Hierop moet de gezondheidszorg zich niet alleen zelf voorbereiden, maar zij dient daarbij ook andere met name vitale sectoren in de samenleving, zoals bij voorbeeld energievoorziening en hulpverleningsdiensten te wijzen op de gevolgen die deze bedreigingen voor die sectoren kunnen hebben. De gezondheidszorg en het ministerie van VWS hebben hierin een leidende rol. Een rol die zichtbaarder moet worden. De verantwoordelijkheidsvraag is daarmee nog niet volledig beantwoord. Van de overheid kan en mag veel inspanning worden verwacht. De gezondheidszorg zelf heeft echter ook een eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid. Rechtstreekse bevelslijnen naar het private deel van de zorg zijn beperkt, maar de overheid in het bijzonder het ministerie van VWS neemt steeds meer de centrale regie.



Deze regisseursrol in de voorbereiding is ook noodzakelijk omdat in crisissituaties ingrijpen van de nationale overheid geboden is. Het ministerie van VWS is dan immers verantwoordelijk. Gelukkig onderkent de gezondheidszorg het belang van goede voorbereiding. Partijen zijn ook bereid om hierover afspraken te maken. Ik verwijs hiervoor bijvoorbeeld naar de ziekenhuisopvangplannen. Dit alles leidt tot een ingewikkeld geheel van activiteiten binnen de gezondheidszorg. Uiteindelijk zal veel (moeten) worden geborgd in plannen, afspraken en zonodig wetgeving. Dat is echter geen statisch geheel. De wereld om ons heen is steeds aan verandering onderhevig en noopt steeds opnieuw tot aanpassing. Bij het (gelukkig) ontbreken van echte crisissituaties zal veel moeten worden geoefend om de operationaliteit te testen, maar ook om plannen en werkwijzen tussen de oren te krijgen en te houden. Vanuit de (rijks)overheid wordt dit dan ook gestimuleerd.

In dit themanummer komen veel aspecten aan de orde. De manier waarop de gezondheidszorg, vaak in samenwerking met het openbaar bestuur, zich voorbereidt op rampen en crises, wordt van meerdere kanten belicht. Veel is en wordt in gang gezet en veel is ook al geregeld. Er blijft echter nog genoeg te doen. Wel moeten we ons realiseren dat, al streven we er wel naar, echt 100% voorbereid niet haalbaar is. Steeds zal toch weer blijken dat bij een echte crisis de situatie net iets anders zal zijn.

*ir. J.I.M. de Goeij,  
directeur-generaal Volksgezondheid, ministerie van VWS*

# Nieuwe regelgeving ter bestrijding van een infectieziektecrisis

De ministerraad heeft op 13 juli 2007 ingestemd met een voorstel voor een Wet publieke gezondheid. Nieuwe infectieziekten zoals SARS, de dreiging van bioterror en de verwachte griepandemie nopen tot herijking van het instrumentarium ter bestrijding. Dat is een nationale én een mondiale noodzaak. Als een ernstige infectieziekte zich daadwerkelijk manifesteert, zal dat immers zorgen voor grote en acute maatschappelijke onrust, mogelijk zelfs op mondiaal niveau. Vandaar ook de nieuwe Internationale Gezondheidsregeling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 23 mei 2005/Trb. 2007, 34). De Wet publieke gezondheid implementeert die internationale afspraken, wat geheel samenvalt met de nationale wens om beter voorbereid te zijn op een infectieziektecrisis. De Wet publieke gezondheid ligt momenteel bij de Raad van State voor advisering.



De WHO zal bij een mondiale infectieziektecrisis aanbevelingen uitvaardigen aan de lidstaten. Alleen via een nationale aanpak kunnen deze adequaat worden opgevolgd.

Een infectieziektecrisis kan alleen worden beteugeld als in het begin van zo'n crisis snel wordt opgetreden door gezaghebbende autoriteiten waardoor de bevolking meewerkt.

## Nieuwe instrumenten

Met de Wet publieke gezondheid vervalt de regelgeving waarin nu de infectieziektebestrijding is geregeld: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Er is noodzaak tot wijziging van zowel de organisatie van de infectieziekte-

bestrijding als van de verplichtingen en bevoegdheden die met de uitvoering hiervan gepaard gaan. De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de infectieziektebestrijding blijft onaangetast, maar het is wel nodig om tot meer centrale aansturing te komen. Verder dient de meldings-systematiek te worden veranderd, met inbegrip van de rol voor een nationaal coördinatiepunt, en dienen er meer bevoegdheden tot optreden te worden geschapen, vooral richting luchthaven Schiphol en haven Rotterdam. Hoewel in Nederland overall met ernstige infectieziekte geïnfecteerde mensen en met ziekteverwekkende agentia besmette goederen kunnen worden ingevoerd, is het risico daarop het grootst voor de laatstgenoemde plaatsen.

## Fasering pandemie door de WHO

Inter-pandemic phase New virus in animals, no human cases	Low risk of human cases	1
	Higher risk of human cases	2
Pandemic alert New virus causes human cases	No or very limited human-to-human transmission	3
	Evidence of increased human-to-human transmission	4
	Evidence of significant human-to-human transmission	5
Pandemic	Efficient and sustained human-to-human transmission	6

De WHO hanteert een 6 fasen model voor (de dreiging van) een uitbraak van een pandemie die de stappen beschrijft in de ontwikkeling van een dierziekte tot een pandemie.

## Gemeente en Rijk

De gemeente blijft dus verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding en de voorbereiding daarop. De burgemeester heeft daarbij de belangrijkste rol. Diens inzet op dit terrein waarborgt ook de nodige samenhang met de gemeentelijke taken op het terrein van de openbare orde en veiligheid. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal in bepaalde situaties verantwoordelijk worden voor de aansturing van de infectieziektebestrijding. Het gaat om de voorbereiding op en de bestrijding van een beperkt aantal ernstige infectieziekten, alsook om het beslissen over de uitvoering van aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Voor het geval dat een schip of luchtvaartuig mensen naar Nederland vervoert die een infectieziekte hebben waardoor een gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan, krijgt de minister van Verkeer en Waterstaat met de Wet publieke gezondheid de bevoegdheid om te bepalen in welke burger(lucht)haven het schip of luchtvaartuig dient aan te komen. Het uitoefenen van die bevoegdheid, dat overigens pas mag geschieden na overleg met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kan uit het oogpunt van een adequate infectieziektebestrijding en risicobeperking nodig zijn. Nadat het schip of luchtvaartuig vervolgens is aangekomen dient op grond van dit voorstel de burgemeester verder te bepalen welke maatregelen met betrekking tot de toelating tot het vrije verkeer moeten worden genomen.

De Wet publieke gezondheid treedt overigens niet in de bevoegdheid van de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit om maatregelen ter zake van dierziekten



te treffen. Daarvoor geldt het instrumentarium van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren. Evenmin treedt de wet in de bevoegdheden voor de minister van Verkeer en Waterstaat die deze heeft op grond van de Vervoersnoodwet of de Havennoodwet.

## Relatie met het voorstel Wet veiligheidsregio's

Voor het optreden bij een infectieziektecrisis is en blijft de burgemeester vooralsnog dus bevoegd. Deze is in die situatie ook bevoegd om op te treden ter handhaving van de openbare orde op grond van de gemeentewet. Eén bestuursorgaan kan op die manier bij een infectieziektecrisis zowel de specifieke maatregelen voor de infectieziektebestrijding als de maatregelen ter handhaving van de openbare orde uitoefenen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan bij een infectieziektecrisis de burgemeester aansturen. Omwille van het voeren van een geïntegreerd beleid en een effectieve ministeriële aansturing is het nodig dat deze systematiek niet wordt doorbroken. Er dient met andere woorden congruentie van bevoegdheden te zijn.

Het is uiteindelijk de bedoeling dat met de Wet veiligheidsregio's die toedeling van bevoegdheden bij een bovenlokale crisis op congruente wijze naar een hoger niveau zal worden getild. De voorzitter van de veiligheidsregio zal dan de bevoegdheden van de burgemeester krijgen om op te treden ter handhaving van de openbare orde als er een bovenlokale crisis is of dreigt. Tevens zal de voorzitter dan de bevoegdheden krijgen die in een andere wet aan de burgemeester zijn toegekend om op te treden terzake van een (dreigende) bovenlokale crisis. Dat geldt voor de bevoegdheden die op grond van de Kernenergiewet en de Havenbeveiligingswet aan een burgemeester zijn toegekend, maar dat geldt ook voor de bevoegdheden die op grond van de Wet publieke gezondheid aan de burgemeester zijn toegekend om op te treden terzake van een infectieziektecrisis. Het is de bedoeling dat dit bij invoeringswet van de Wet veiligheidsregio's wordt gerealiseerd. Daarbij zullen deze drie wetten worden aangepast. Tot dat moment blijft het systeem, zoals nu neergelegd in de Kernenergiewet en de Havenbeveiligingswet, alsook in de voorgestelde Wet publieke gezondheid, gelden. Indien die overheveling kan worden gerealiseerd zal de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij een infectieziektecrisis in plaats van de burgemeester de voorzitter van de veiligheidsregio kunnen aansturen. Het zal duidelijk zijn dat het door de minister aansturen van één bestuurder op niveau van een veiligheidsregio, in plaats van vele bestuurders binnen zo'n regio, praktische voordelen biedt.

**Bas Pinxteren,**  
wetgevingsjurist, directie Wetgeving en Juridische Zaken,  
ministerie van VWS

# De 'witte kolom' en het openbaar bestuur werken samen: waar aparte werelden elkaar raken!

Van oudsher is de 'witte kolom', zoals de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen genoemd wordt, altijd één van de pijlers geweest onder het veiligheidsbeleid. De inzet van de witte kolom is, naast de inzet van brandweer en politie, van groot belang om adequaat te kunnen reageren op een verstoring van de openbare orde en veiligheid. Indien we de inzet van de gezondheidszorg over de afgelopen 100 jaar bekijken, blijkt dat we in een relatief veilig land leven. Bij de rampen en crises die zich hebben voorgedaan, is de opvang in de gezondheidszorg nooit een groot probleem geweest. Deze heeft zich voldoende flexibel en daadkrachtig betoond om het aantal slachtoffers goed te verwerken. Dat wil echter niet zeggen dat er niet veel verbeterd kan worden.

## **Uitelopende voorbereidingen bij verschillende rampen en crises**

De rampen en crises van morgen zijn onbekend. Daar waar vroeger de dreiging voornamelijk bestond uit de zogenaamde 'flitsrampen' (transportongevallen, ontploffingen), blijkt de dreiging van de toekomst óók te bestaan uit crises, die zich als een olievlek uit kunnen breiden, zoals een griepdemonie. Uit een onderzoek van het NIVEL onder hulpverleners in de intramurale zorg in 2005 bleek dat men redelijk vertrouwen had in de voorbereiding van reguliere rampen en ongevallen, maar dat dit vertrouwen snel afnam bij de voorbereiding op infectieziekten of chemisch/biologische en nucleaire rampen. Dat kwaliteitsverbeteringen in de voorbereiding nodig bleken kwam ook naar voren uit een rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) uit 2004 ('Spoedeisende hulpverlening: haastige spoed is niet overal goed').

## **Verantwoordelijkheden van de zorgsector versus het openbaar bestuur**

Iedere sector heeft zijn eigen verantwoordelijkheid om zich voor te bereiden. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de voorbereidingen en de manier waarop zij optreden bij onverwachte situaties. Daarbij is van belang dat er zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de dagelijkse praktijk. Indien men onder druk staat, moet men terug kunnen vallen op vertrouwde handelingen.

De minister van VWS draagt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, óók in rampensituaties. Hiervoor worden binnen de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Toelating zorginstellingen eisen gesteld. Toezicht hierop wordt via de IGZ uitgevoerd.

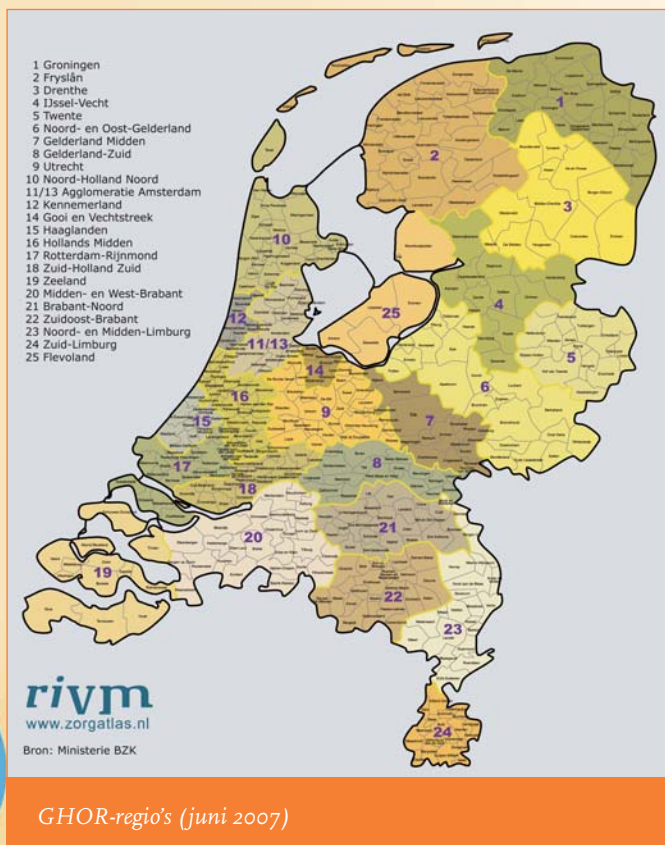
De minister van Binnenlandse Zaken heeft een coördinerende functie, waarbij zij moet zorgen voor een goede afstemming tussen de verschillende sectoren. In de voorgenomen Wet Veiligheidsregio's (WVR) wordt de bestuurlijke samenhang tussen de brandweer, politie en geneeskundige hulpverlening (GHOR) op landelijk en regionaal niveau verder uitgewerkt. De brandweer en politie vallen rechtstreeks onder het openbaar bestuur. De gezondheidszorg heeft een heel andere relatie met het openbaar bestuur, aangezien slechts een beperkt deel van de zorg publiek is (bijv. de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'n)). Het merendeel van de zorginstellingen is privaat.

Gezien het belang van hulpdiensten uit de gezondheidszorg bij rampen en crises is het logisch dat de burgemeester of een voorzitter van een veiligheidsregio graag vóóraf wil weten of de zorg goed reageert op het 'moment suprême' in zijn of haar gebied. Tegelijkertijd is het noodzakelijk dat professionals in de zorg op de hoogte zijn van het feit dat een burgemeester verantwoordelijk is voor de openbare orde. Deze kan in specifieke situaties óók beschikken over de inzet van de gezondheidszorg. De sturing hierop wordt dan verzorgd door de GHOR. Zorgprofessionals moeten weten wat te doen bij instructies van het openbaar bestuur in geval van nood. Vanwege die wederzijdse afhankelijkheid is het nuttig dat beide werelden leren om goed met elkaar samen te werken.

## **Erkenning verschillende werelden**

Bij alle gebieden waarin verschillende 'talen' worden gesproken en verschillende culturen heersen, is het nodig dat partijen beginnen met elkaar goed te leren kennen. Daarbij moet vooral erkend worden hoe verschillend de werkwijzen zijn.

De werkwijze van het openbaar bestuur is anders dan die in de gezondheidszorg. De hiërarchisch ingestelde



GHOR-regio's (juni 2007)

structuur bij brandweer en politie is onbekend in de gezondheidszorg. Deze structuur is nodig om een snel en effectief optreden in crisissituaties te borgen. Zorgprofessionals kunnen heel wat opsteken van de gedisciplineerde oefeningen die in de publieke sector gehouden worden, waarbij iedereen leert wat hem of haar te doen staat bij onverwachte omstandigheden.

Het openbaar bestuur heeft niet altijd voldoende zicht op de complexiteit van het zorgsysteem en de zelfstandig opererende professionals daarbinnen. De vertegenwoordigers van de besturen van de veiligheidsregio's, de Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF'n, straks directeuren GHOR genaamd) moeten afspraken maken met uiteenlopende partijen in de gezondheidszorg om o.a. de samenhang met politie en brandweer te garanderen. Deze heeft daaraan een lastige taak, waarbij hij vaak afhankelijk is van de mate van bereidheid van instellingen om mee te werken. Het maakt daarbij veel uit of hij afspraken maakt met een universitair ziekenhuis, een ambulancevervoerder of een instelling in de geestelijke gezondheidszorg over de opvang van slachtoffers. De witte kolom is immers uitgebreider (en dus complexer) dan de rode of blauwe kolom. Om de RGF te ondersteunen bij het maken van afspraken krijgt deze in de toekomstige WVR een aantal bevoegdheden.

#### Stimulans van minister VWS

De voorbereiding en het oefenen op rampen en crises vallen in principe onder het begrip 'verantwoorde zorg' dat

een instelling moet leveren. Zorgverzekeraars maken hierover afspraken met instellingen. De minister van VWS neemt in toenemende mate een stimulerende rol in richting zorgaanbieders om zich adequaat voor te bereiden. Daarbij stemt hij de activiteiten inhoudelijk af met de minister van BZK, ten behoeve van de coördinatie tussen de verschillende sectoren.

In 2005 is een kwaliteitsverbeterprogramma op dit gebied gestart. Van alle zorginstellingen is begonnen met ziekenhuizen. Een werkgroep met mensen uit de praktijk heeft vastgesteld waar een ziekenhuisrampenopvangplan aan moet voldoen. Daarna heeft VWS € 2,5 miljoen beschikbaar gesteld voor een project via ZonMW, waarbij ziekenhuizen plannen konden indienen om duidelijk te maken hoe zij zich willen voorbereiden op rampen en crises. Voorwaarde voor het verkrijgen van geld was dat de RGF betrokken was bij het opstellen van de plannen.

Vanaf 2008 wil de minister van VWS structureel geoormerkt geld beschikbaar stellen voor de opleiding, training en oefening van alle instellingen en hulpverleners. Voor het regionaal uitwerken van de plannen en de afstemming tussen de verschillende partijen zullen de ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum en de RGF'n de centrale rol gaan spelen. Zoals gezegd is het belangrijk dat bij de voorbereiding op bijzondere situaties wordt aangesloten bij de reguliere praktijk. Daarom zal (o.a.) het zogenaamde 'regionaal overleg acute zorgketen' worden gebruikt, waarbij alle hulpverleners zijn aangesloten om met elkaar na te gaan hoe de patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt. Het traumacentrum is voorzitter van het 'regionaal overleg acute zorgketen'. De RGF is lid van dit overleg en heeft daarmee een structuur om afspraken te maken met de belangrijkste aanbieders van acute zorg. Voor het verstrekken van de formele informatie over de inzet en voorbereiding op rampen en crises gebruiken de zorginstellingen en hulpverleners het jaardocument maatschappelijke verantwoording (zoals beschreven in artikel 16 van de WTZi).

#### Tot slot

De komende jaren zal steeds meer energie gestoken worden in de afspraken tussen het openbaar bestuur en de zorginstellingen. Door zowel landelijk (ministerieel en op koepelniveau) als regionaal tijd in elkaar te investeren groeit de kennis van elkaars werelden en het vertrouwen dat er in alle omstandigheden, óók bij rampen en crises, adequaat gehandeld zal worden. Een goede voorbereiding is immers het halve werk.

*drs. Elvira van Eijk,*  
*coördinator GHOR, directie Publieke Gezondheid, ministerie van VWS*

# De GHOR geordend



Met de komst van de Wet veiligheidsregio's (Wvr) verdwijnt de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (Wghor). De voorloper van deze wet (Wghr) heeft de nodige wijzigingen gekend. De belangrijkste waren de komst van de GHOR-regio en de RGF in 2001. De GHOR-regio is een succes: veel bestuurlijke aandacht, meer geld en veel activiteit... Toch verdwijnt de GHOR-regio.

Straks hebben we een veiligheidsregio, waarin de besturen van de GHOR- en brandweerregio zijn verenigd. De organisaties hoeven niet samen te smelten, maar in sommige regio's is gekozen voor één veiligheidsbureau. Andere samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld met de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) komen ook voor. Iedere regio bepaalt zelf wat de beste vorm is. Het gaat om het resultaat met als minimum dat de wettelijke taken naar behoren worden uitgevoerd. In de Wvr komen de brandweer en de GHOR in de artikelen bescheiden voor. De wet richt zich vooral op de veiligheidsregio en daarmee op diens taken en bevoegdheden. Het is ook niet het doel van de Wvr om tot een geheel nieuw concept of een grootscheepse uitbreiding van taken te komen. Het is vooral een samenbundeling van de Wghor, de Brandweerwet 1985 en de Wet rampen en zware ongevallen. Er is voor gekozen om de term GHOR te handhaven, maar niet meer als afkorting. Het is een beeldmerk, zoals ook de ANWB en VPRO dat zijn. De naam is te bekend om te laten vallen.

## De GHOR vanaf nu een beeldmerk

### Er is een GHOR

Het college van burgemeester en wethouders is belast met de organisatie van de geneeskundige hulpverlening (artikel 2). De gemeenten binnen een veiligheidsregio treffen een gemeenschappelijke regeling waaraan het instellen en in stand houden van een GHOR wordt overgedragen (artikel 9). Die gemeenschappelijke regeling, de veiligheidsregio organisatie 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". Het bestuur van de veiligheidsregio benoemt de directeur GHOR, die de (operationele) leiding heeft over de geneeskundige hulpverlening. De directeur

GHOR maakt deel uit van de directie van de in het gebied van de veiligheidsregio gelegen GGD (artikel 26). Hiermee beweegt de GHOR zich qua uitvoering op het gebied van de openbare gezondheidszorg (Memorie van Toelichting).

### Zorginstellingen en de GHOR

In de zorgregelgeving is voor ziekenhuizen en straks voor de ambulancezorg en GGD'en een taak binnen de GHOR vastgelegd. Instellingen en personen die op grond van de zorgregelgeving een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening bereiden zich daarop voor. Zij maken daarover afspraken met het bestuur van de veiligheidsregio. Bij wet kunnen eisen worden gesteld aan die afspraken (artikel 27). Dit maakt de GHOR meer dwingend, minder vrijblijvend.

### Aanwijzingsbevoegdheid

Met artikel 28 heeft het veiligheidsbestuur een aanwijzingsbevoegdheid gekregen naar die organisaties en personen. Als het maken van afspraken niet lukt en een goed gesprek niets oplost, kan de voorzitter van de veiligheidsregio een schriftelijke aanwijzing geven. Het feitelijk afdwingen van die aanwijzing gebeurt door de minister van VWS met de middelen die de Kwaliteitswet zorginstellingen hem biedt. Naar alle waarschijnlijkheid zullen instellingen het niet zo ver laten komen.

### Het resultaat telt

Over de GHOR-bepalingen is veel extern overleg geweest. Vooral de aanwijzingsbevoegdheid heeft de tongen beroerd. Het resultaat is bondig, maar adequaat: er is een GHOR en die maakt afspraken met de zorginstellingen met als doel een gemeenschappelijke voorbereiding op (en soms uitvoering van) de geneeskundige hulpverlening. Meer is ook niet nodig.

*Erwin de Hamer,*  
senior beleidsmedewerker directie Brandweer en GHOR,  
ministerie van BZK



# Ambulancezorg, deel van de keten

## Ambulancezorg

Een ambulancedienst is een zorginstelling en maakt als zodanig onderdeel uit van zowel de zorgketen als de veiligheidsketen. In het kader van de zorgketen maakt de ambulancedienst regionaal afspraken over acute zorg ketensamenwerking met o.a. ziekenhuizen en huisartsen. Het overgrote deel van de ambulancezorg betreft reguliere (acute) zorg, maar de sector staat ook klaar voor inzet bij grootschalige incidenten. In dat kader is de relatie met het openbaar bestuur van belang. Nederland telt 45 ambulancediensten en 661 ambulances. Deze ambulances staan verdeeld over ±195 standplaatsen. Het budget van de sector bedraagt in 2007 € 341 miljoen. Jaarlijks worden 800.000 ritten uitgevoerd waarvan 350.000 besteld vervoerritten. De overige ritten zijn spoedritten. Het aantal werknemers in de sector bedraagt 4500 fte.

## Wetgeving

De huidige wet op het ambulancevervoer (Wav) regelt sec het ambulancevervoer. Om ambulancevervoer te mogen uitvoeren heeft een ambulancevervoerder een vergunning nodig van Gedeputeerde Staten en een opdracht van de Centrale Post Ambulancevoorziening (CPA). Als zorginstelling valt men onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen en onder toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg. Het Openbaar bestuur stelt, op basis van de Wet geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR), een CPA in en houdt deze in stand. Gedeputeerde Staten stelt de capaciteit en de spreiding van het aantal ambulances vast, de zorgverzekeraars financieren het stelsel.

In de beoogde Wet op de ambulancezorg (Waz) die ter behandeling in de Eerste Kamer ligt, komen het ambulancevervoer en de meldkamer in één hand, namelijk die van een Regionale Ambulance Voorziening (RAV). De minister van VWS verstrekt per (veiligheids-)regio aan één RAV een vergunning (in totaal 24). De verstrekte vergunning is voor onbepaalde tijd. Tweejaarlijks vindt wel toetsing van de prestaties plaats via een benchmark. De minister kan op ieder moment de vergunning intrekken als blijkt dat de vergunninghouder niet meer voldoet aan de gestelde eisen.

De minister stelt een programma van eisen vast waaraan de vergunningaanvrager moet voldoen. Deze eisen kunnen per regio verschillen. De eisen hebben in ieder geval betrekking op personele, materiële en organisatorische voorzieningen, budget, standplaatsen, afstemming met andere regio's, regionale samenwerking met andere zorginstellingen en uitvoering van de taken in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en

rampen (GHOR). De minister vraagt een advies aan de regionale zorgverzekeraars en het regionale GHOR-bestuur (wat opgaat in het regionale bestuur van de Veiligheidsregio) voordat hij de vergunning verleent.

De zorgaanbieder bepaalt in overleg met de zorgverzekeraars het beleid en de inzet binnen het landelijk door de minister vastgestelde referentiekader van spreiding en beschikbaarheid en in overeenstemming met de normen uit de verantwoorde zorg. Doelmatigheid en kwaliteit wordt gestimuleerd door de meldkamer en het vervoer in één hand te leggen.

## Borging meldkamer in het publieke domein

De (voorgenomen) Wet op de veiligheidsregio's (Wvr) en de Waz zijn volledig congruent. De publieke borging van de meldkamer is, conform het regeerakkoord, zowel in de Waz als in de Wvr vastgelegd. Zo wordt in de Wvr de verantwoordelijkheid voor het instellen en instandhouden van de gemeenschappelijke meldkamer belegd bij het bestuur van de veiligheidsregio's. De zorg voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg, als onderdeel van de gemeenschappelijke meldkamer, is op grond van de Waz opgedragen aan de RAV, die daarvoor een vergunning heeft verkregen. Het bestuur van de Veiligheidsregio benoemt de directeur van de meldkamer (in overleg met de eindverantwoordelijken van de disciplines die gebruik maken van de meldkamer). De directeur van de meldkamer heeft de leiding over de meldkamer, de operationele aansturing ligt bij de disciplines. Het personeel op de meldkamer is afkomstig uit en in dienst van de betreffende discipline. Het bestuur van de veiligheidsregio geeft in de voorbereidingsfase aan hoe de meldkamer zich moet voorbereiden op een ramp- of crisissituatie. Bij opschaling in geval van ramp of crisis valt de meldkamer rechtstreeks onder aansturing van het bestuur van de veiligheidsregio.

Tot slot beschikt de ambulancesector sinds juni van dit jaar over een volledig operationele Landelijke Meldkamer AmbulanceZorg (LMAZ). De LMAZ biedt ondersteuning aan regionale ambulancediensten bij gebrek aan capaciteit, interregionale activiteiten én grootschalige incidenten. Ook de inzet van het parate vliegende Mobiel Medisch Team, vanuit Nijmegen, wordt door de LMAZ geregeld. Een coördinerende rol bij grootschalige incidenten door de LMAZ wordt op dit moment onderzocht.

*drs. Alie Gelissen-Kobus,  
beleidsmedewerker acute zorg, ministerie van VWS*

De deskundigen zijn het erover eens: dát er weer een griepandemie komt is zeker, wannéér is nog de vraag. De verspreiding in de afgelopen jaren van het H5N1 virus onder pluimvee en de besmetting van mensen met dit virus heeft de Wereldgezondheidsorganisatie, de Europese Unie en landen over de hele wereld ertoe aangezet zich voor te bereiden op een griepandemie. Na vooral veel aandacht voor de medische kant van de voorbereiding is het nu tijd voor een bredere maatschappelijke voorbereiding.

# Vorbereiding op een griepandemie

## Hoe kan de maatschappij blijven functioneren?

### Wat vooraf ging

Ook in Nederland was de voorbereiding de afgelopen jaren gericht op het beperken van de medische gevolgen van een mogelijke griepandemie. Deze voorbereiding rust op vier pijlers: draaiboeken, vaccins, virusremmers en voorlichting.

- De Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding, nu onderdeel van het Centrum Infectieziektebestrijding heeft samen met de Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen en GGD Nederland het beleidsdraaiboek en de modeldraaiboeken geschreven voor de bestrijding van een griepandemie. De 25 GHORregio's hebben deze modeldraaiboeken geïmplementeerd. Dit resulteerde op regionaal niveau in maatwerk binnen een uniform raamwerk. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de implementatie getoetst en concludeerde dat alle regio's voldoende zijn voorbereid.
- De Nederlandse overheid heeft een contract gesloten met een vaccinproducent. Nederland krijgt tijdens een griepandemie als eerste de vaccins tegen het griepvirus geleverd. Hiermee kan de hele Nederlandse bevolking worden gevaccineerd, zodat iedereen beschermd is tegen de pandemische griep. Het duurt echter ongeveer zes tot acht maanden vanaf het uitbreken van de griepandemie voordat het vaccin klaar is.
- De overheid heeft ook een grote hoeveelheid virusremmers aangeschaft. Virusremmers zorgen ervoor dat mensen die griep krijgen daar zelf minder ziek van worden en dat zij bovendien minder andere mensen besmetten. Dit dempt de verspreiding van de griep in de periode dat het griepvaccin nog niet beschikbaar is. Tijdens een griepandemie wordt naar verwachting dertig procent van de bevolking ziek.
- Op basis van het draaiboek publiekscommunicatie is begonnen met het ontwikkelen van publiciteitsmiddelen. Een folder is al klaar en beschikbaar via [www.postbus51.nl](http://www.postbus51.nl).

### Sociale en economische stabiliteit

Het doel van de Nederlandse voorbereiding op een griepandemie is de sociale en economische gevolgen van een pandemie voor de maatschappij zoveel mogelijk te

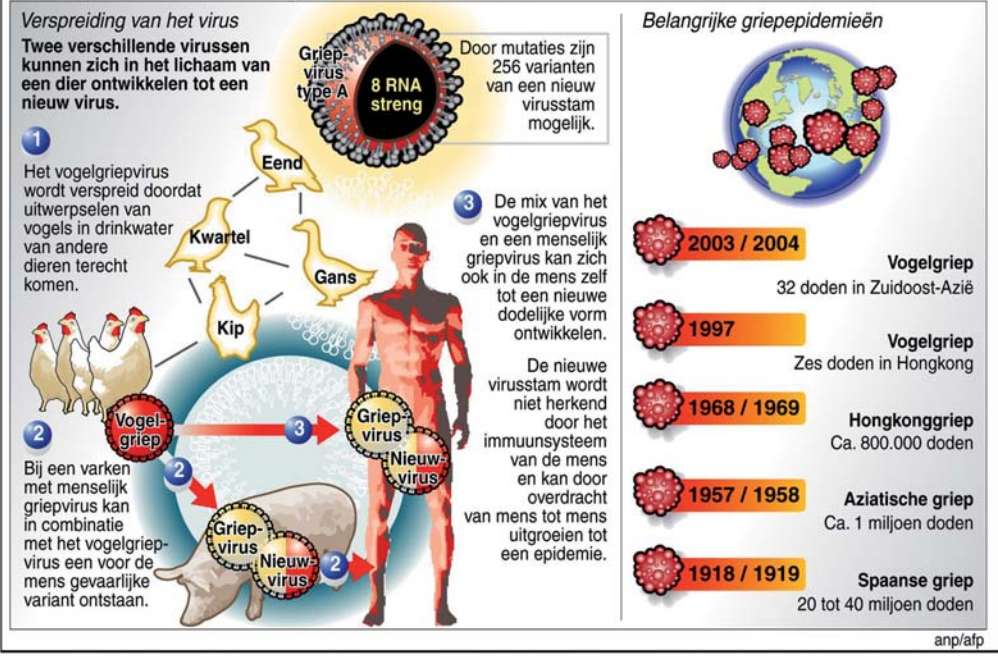
beperken. Nu de voorbereiding op de medische gevolgen voldoende zijn gevorderd, richt de overheid de aandacht op de bredere maatschappelijke voorbereiding. Tijdens een pandemie zullen veel mensen door ziekte, zorg of uit voorzorg van hun werk thuisblijven. Hierdoor kan het maatschappelijk leven ontwricht raken. We moeten er dan ook voor zorgen dat bedrijven en andere organisaties tijdens een pandemie zoveel mogelijk kunnen blijven functioneren. Continuïteit van functioneren is daarbij het kernbegrip.

### Inzet nodig van alle lagen van de maatschappij

De overheid kan dit niet alleen. Een goede voorbereiding is een taak voor alle lagen van de maatschappij. In overleg met verschillende overheden en vitale sectoren starten activiteiten om de voorbereiding te stimuleren. Het gaat daarbij om vragen als: wat zijn functies, processen, producten en diensten die tijdens een pandemie niet mogen uitvallen? Gaat het vooral om de traditionele vitale diensten zoals elektriciteit en drinkwater, of ook om brood, afvalverwerking en de dienst burgerzaken? Is aan klanten gevraagd welke producten en diensten zij onmisbaar vinden? Welke mensen, welke middelen en welke voorzieningen zijn daarvoor nodig? Hoe kan dat worden gewaarborgd als veel mensen uitvallen en de



## Vogelgriepvirus en het gevaar voor de mens



toelevering van goederen en diensten hapert? Weten leveranciers eigenlijk welke producten echt nodig zijn? Welke maatregelen kunnen getroffen worden? Extra mensen opleiden? Kunnen afspraken worden gemaakt met leveranciers? Voor de vitale infrastructuur komt daar nog de vraag bij hoe het zit met de onderlinge afhankelijkheden en met de kwetsbaarheid daarvan. Inzicht daarin is nodig.

### Informatie over voorbereiding op een griepandemie

In de afgelopen jaren hebben steeds meer bedrijven en organisaties al bedrijfscontinuïteitsplannen opgesteld voor verschillende risico's. Griepandemie hoort één van die risico's te zijn, maar informatie daarover is nog niet genoeg bekend. Vandaar dat het ministerie van VWS onlangs op zijn website een dossier over dit onderwerp heeft gepubliceerd ([www.minvws.nl/dossiers/griepandemie](http://www.minvws.nl/dossiers/griepandemie)). De website bevat informatie over de kenmerken van een griepandemie, over de voorbereiding door de overheid en over mogelijke maatregelen die bedrijven en organisaties zelf kunnen treffen. In de komende tijd wordt de informatie voor bedrijven en andere organisaties verder aangevuld met een checklist en een handreiking voor de eigen voorbereiding. Al deze informatie zal ook gebundeld worden in een brochure die breed onder bedrijven wordt verspreid. Hierin zal gewezen worden op de mogelijke risico's van een pandemie en mogelijkheden worden geschetst om deze risico's te beperken.

### Inzicht krijgen in gedrag tijdens een pandemie

Het lastige bij de voorbereidingen is dat we niet weten wannéér de volgende griepandemie uitbreekt en ook niet hoe érg die eigenlijk wordt. Er zijn nogal wat variaties mogelijk, zowel in het verloop van de griepandemie als de reactie van mensen daarop. De komende periode komt daarover meer duidelijkheid in de vorm van scenario's en

gedragsonderzoek.

- Er worden twee scenario's uitgewerkt, op basis van de griepandemieën uit respectievelijk 1918 (ernstig) en 1957 (mild). Naast de kengetallen van de ziekte zelf, zoals besmettelijkheid en percentage mensen dat ziek wordt, bevatten de scenario's ook een indicatie van de te verwachten maatschappelijke gevolgen.
- Het ministerie van VWS laat onderzoek uitvoeren naar het gedrag van mensen tijdens een pandemie. Dit onderzoek bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste een analyse van bestaande literatuur over menselijk gedrag tijdens rampen en crises in het algemeen en grootschalige infectieziekten in het bijzonder. En ten tweede empirisch onderzoek, waarbij mensen bijvoorbeeld gevraagd worden wat zij zullen doen als hun kind ziek is, of hun partner. Wat zij zullen doen als scholen of crèches moeten worden gesloten. Leidt dat tot extra werkverzuim? Ook hopen we te weten te komen of mensen thuis zullen blijven uit angst om ziek te worden, het openbaar vervoer zullen mijden of zullen hamsteren.

Met de kennis uit zowel de scenario's als het gedragsonderzoek kan Nederland zijn voorbereiding verder verbeteren. We weten dan beter welke gevolgen zijn te verwachten voor het maatschappelijk leven van maatregelen die we treffen om de verspreiding van de ziekte stoppen. Ook kan het helpen bij het verbeteren van de publieksvoorlichting.

Tot eind 2008 is een projectteam van het ministerie van Volksgezondheid en het ministerie van Binnenlandse Zaken hiermee aan het werk.

**Marc Bökkerink,**  
projectleider Griep en Maatschappij  
([m.bokkerink@minvws.nl](mailto:m.bokkerink@minvws.nl))

# Planmatig een grieppandemie bestrijden

Als het onderwerp grieppandemie ter sprake komt, dan wordt meestal verwezen naar de Spaanse griep van 1918 die wereldwijd tussen de 20 en 40 miljoen slachtoffers maakte. Met dit schrikbeeld voor ogen is het niet zo moeilijk voor te stellen dat een griep-pandemie Nederland kan onderdompelen in een poel van dood en ellende. Maar is de Spaanse griep wel het goede voorbeeld voor een pandemie?

De omstandigheden in 1918 waren heel anders dan in de huidige tijd. We beschikken nu bijvoorbeeld over antibiotica en ook op het gebied van hygiëne hebben we heel veel vooruitgang geboekt. Door deze veranderende omstandigheden zullen er nu naar verwachting veel minder slachtoffers vallen dan toen tijdens de Spaanse griep. Maar ondanks al deze positieve ontwikkelingen zal het ook niet zo zijn dat een volgende griep-pandemie zich stilletjes en ongemerkt over Nederland zal uitspreiden. Ook bij veel minder ernstige scenario's dan de Spaanse griep zal Nederland merkbaar getroffen worden. En wat gaat de overheid dan doen? Worden de scholen dan gesloten? Moet iedereen mondkapjes gaan dragen? Zijn er voldoende medicijnen voorradig? Om op deze vragen een antwoord te hebben, moet de overheid zich voorbereiden. De nationale overheid doet dat onder meer door het maken van een Nationaal Responsplan Griep-pandemie.

De directie Crisisbeheersing van BZK heeft aan het LOCC (Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum) opdracht gegeven nationale responsplannen te ontwikkelen voor crisisscenario's die kunnen leiden tot een bedreiging van de nationale veiligheid. Dit jaar worden de eerste nationale responsplannen opgeleverd (hoogwater en overstromingen en terrorismegevolgbestrijding). Aan drie andere responsplannen wordt momenteel gewerkt. Eén daarvan is het Nationaal Responsplan Griep-pandemie.

Het nationaal responsplan is opgebouwd uit drie onderdelen: een beleidsdraaiboek, een operationele strategie en een communicatiestrategie. Het beleidsdraaiboek vormt een leidraad voor interdepartementale besluitvorming op hoog ambtelijk en ministerieel niveau (IBT/MBT) voor de specifieke dreiging van het beschreven crisisscenario. De operationele strategie is vooral bedoeld voor de veiligheidsregio's. In dit deel staan de maatregelen beschreven die de nationale overheid zal treffen om de gevolgen van de crisis te beperken. De communicatiestrategie moet leiden tot een zo goed mogelijke voorlichting vanuit de nationale overheid om de burgers zo goed mogelijk te informeren waarmee de eventuele schadelijke gevolgen van de specifieke crisis worden ingeperkt.

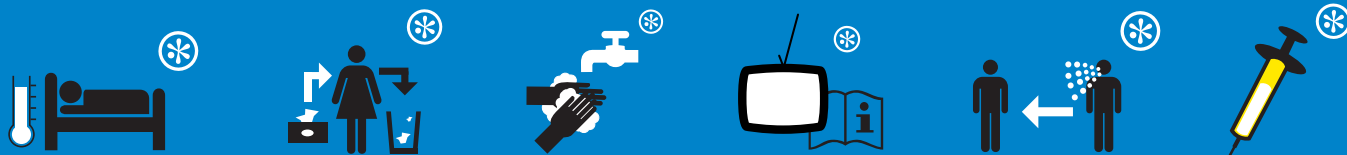
Belangrijkste meerwaarde van het nationaal responsplan is de integrale aanpak op nationaal niveau omdat het is gebaseerd op een innige interdepartementale samenwerking. Bij het Nationaal Responsplan Griep-pandemie speelt het ministerie van VWS een hoofdrol. De huidige draaiboeken van VWS vormen dan ook een belangrijke basis. VWS weet alles over griep, BZK is bij uitstek deskundig op het gebied van crisisbeheersing en de verschillende departementen hebben kennis van maatschappelijke kritische processen binnen hun 'eigen' vitale sectoren bij de overheid en in het bedrijfsleven. Deskundigheid is ook te vinden bij andere nationale projecten, zoals het project Nationale Veiligheid, het project Bescherming Vitale Infrastructuur en het project Griep en Maatschappij. Uiteindelijk moet het Nationaal Responsplan Griep-pandemie een kwaliteitsvlechtwerk worden van interdepartementale en multidisciplinaire deskundigheid. Naar verwachting wordt het Nationaal Responsplan Griep-pandemie begin 2008 opgeleverd.

*René Letsch,  
projectleider Nationaal Responsplan Griep-pandemie en  
coördinator GHOR LOCC*

## PANDEMIE

Gewoonlijk overlijden elk jaar wereldwijd tussen de 250.000 en 500.000 mensen aan de griep. In de vorige eeuw was er drie keer een 'piek'. De Spaanse griep uit 1918 eiste wereldwijd miljoenen slachtoffers. De getallen variëren van 20 miljoen tot 40 miljoen doden. Het griepvirus kwam waarschijnlijk van vogels. In Nederland overleden 27.000 mensen. In 1957 brak de Aziatische griep uit: 2 à 3 miljoen mensen stierven aan dit virus.

De Hongkong griep uit 1968 maakte een zelfde aantal slachtoffers. Een pandemie ontstaat als een virus een nieuwe 'verpakking' krijgt. De verpakking bestaat uit de eiwitten hemagglutinine (H) en neuraminidase (N). De Spaanse griep bestond uit H1N1, een H2N2-virus veroorzaakte de Aziatische griep en het H3N2-virus leidde tot de Hongkonggriep. Het H5N1-virus, dat na Azië nu ook in Europese vogels is aangetroffen, is mogelijk de veroorzaker van een vierde grote griepgolf.



Dat een pandemie in aantocht is, wordt door alle deskundigen aangenomen. De communicatie naar het publiek is in volle voorbereiding. Maar de opbouw en intensivering van de communicatie loopt niet gelijk aan de fasering die de WHO voor griep pandemie hanteert. Een aantal dode vogels in Nederland in WHO-fase 3 kan hier namelijk veel meer onrust geven dan een overleden persoon in Azië in WHO-fase 4.

## Publiekscommunicatie in tijden van griep pandemie

### Draaiboek publiekscommunicatie griep pandemie

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft samen met het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb), GGD Nederland en het Landelijk Bureau GHOR gewerkt aan de communicatie rondom een griep pandemie vanuit de landelijke overheid. In opdracht van VWS ontwikkelde de Rijksvoorlichtingsdienst een landelijk draaiboek voor publiekscommunicatie. Dit draaiboek geeft antwoord op de vraag welke rol de landelijke overheid speelt bij het informeren van de Nederlandse bevolking, hoe de samenwerking hierbij is met andere overheden en welke middelen beschikbaar komen.

Het centrale uitgangspunt in dit draaiboek is niet de WHO-fasering van griep pandemie, maar de (verwachte) beleving van het publiek. De locatie (ver weg, dichtbij of in Nederland) speelt in het draaiboek een belangrijke rol. De WHO-fasering en de nabijheid van gebeurtenissen zorgen voor zogenaamde communicatieomslagpunten, die ieder een eigen communicatieaanpak heeft in het draaiboek.

### Communicatiemiddelen

Op dit moment houden alle landen de communicatie nu nog low key. Nederland heeft via Postbus 51 websites een publieksbrochure beschikbaar gesteld met algemene informatie over griep pandemie. Ook is er passieve informatie beschikbaar op de websites van o.a. VWS, CIb en Postbus 51.

VWS bereidt de komende tijd communicatiemiddelen voor

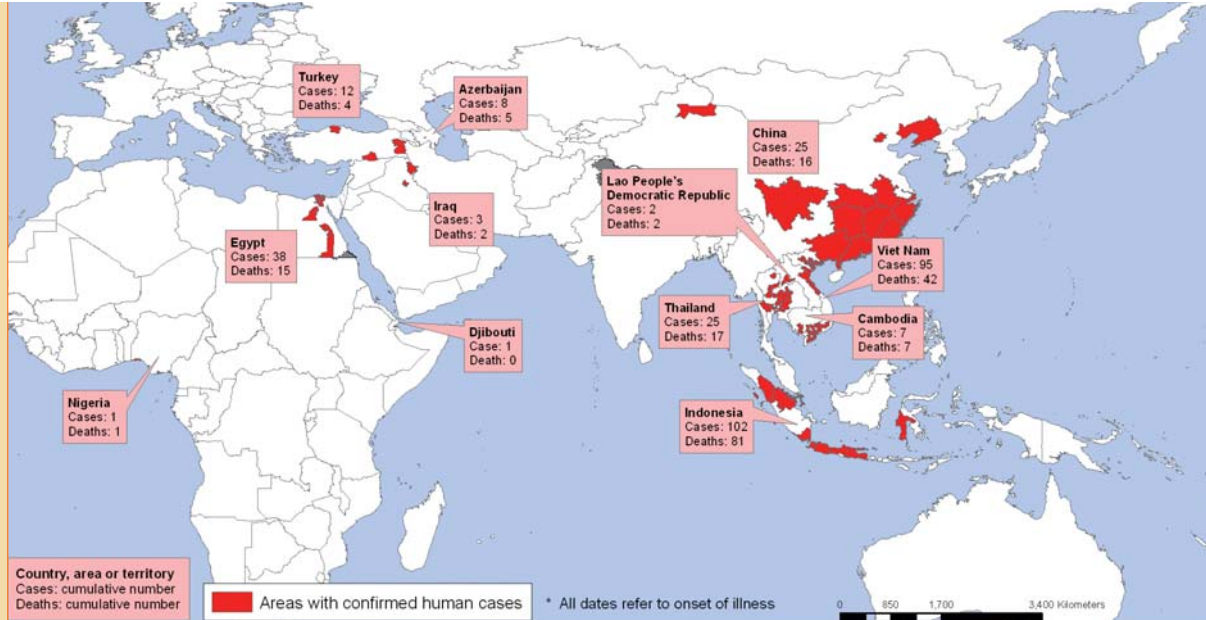
die bedoeld zijn voor gebruik tijdens een daadwerkelijke griep pandemie. Dit zijn de middelen uit het draaiboek. Een greep uit deze middelen: een folder met meer instructieve informatie die huis aan huis verspreid wordt, radio- en televisiespotjes, reizigersinformatie, crisis.nl en een landelijk informatienummer.

### Griepstijl

Uit een onderzoek van bureau MarketResponse, in opdracht van het ministerie van VWS, blijkt dat het publiek behoefte heeft aan herkenbaar betrouwbare informatie. Mede om die reden hebben VWS en het CIb gekozen voor één projectstijl (de 'griepstijl') voor alle informatie die zij beide uitbrengen over een griep pandemie. De griepstijl wordt in eerste instantie exclusief gebruikt door VWS en het CIb. Mogelijk is het ook voor andere overheden en instanties van belang deze stijl te gebruiken.

Ron F. Meijer, van ontwerpbureau hAAi: 'Iets ontwerpen en hopen dat het niet of nauwelijks gebruikt zal gaan worden. Maar als het dan noodzakelijk wordt, dan ook maar zo onderscheidend en helder mogelijk. Mocht het zover komen dan is het absoluut wenselijk dat de burger direct officiële overheidsinformatie kan onderscheiden van andere informatiebronnen. Toch maar hopen dat de dragers op de plank kunnen blijven liggen.'

*Monique Zaat,*  
communicatiemedewerker, ministerie van VWS



Getroffen gebieden met bevestigde gevallen van H5N1-virus sinds 2003 (stand per 25 juli 2007, bron: WHO)

## Shell voorbereid op 'vogelgriep'

Eén vogelgriepje maakt nog geen pandemie. Maar een massale uitbraak van het vogelgriepvirus dat zich ontwikkelt tot een voor de mens gevaarlijke variant, zou tot catastrofale gevolgen kunnen leiden. Dus ook voor Shell dat met 110.000 mensen in meer dan honderdveertig landen actief is. De multinational heeft daarom in de belangrijkste landen acties gestart om noodplannen te maken. Het uiteindelijke doel is om ervoor te zorgen dat werknemers veilig hun werk kunnen blijven doen en Shell haar zakelijke en personele verplichtingen kan blijven nakomen.

Shell volgt hiermee de adviezen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om zich voor te bereiden op een mogelijke pandemie. De multinational nam daarbij in overweging dat in het algemeen bij griep-pandemieën het aantal ziektegevallen hoger is, de ziekteverschijnselen erger zijn en de maatschappelijke ontwrichting, die hiervan het gevolg is, ernstiger is dan bij 'gewone' griep. Mogelijk wordt bij een pandemie een kwart of meer van het werkende deel van de bevolking uitgeschakeld. Daarnaast zullen sommige mensen vrij moeten nemen om voor zieke gezinsleden of familie te zorgen. Of kunnen zij problemen hebben om hun werk te bereiken.

Vanwege deze consequenties kwam er bij Shell een mondiaal Planning Team, onder aanvoering van de directeur Corporate Affairs. Naast dit forum werd een werkgroep samengesteld om beleid te ontwikkelen en de juiste maatregelen in gang te zetten voor de gehele Shell Groep. Onderdeel van de activiteiten was het maken van richtlijnen voor Shell-bedrijven in de hele wereld in geval van een vogelgriepcrisis. Uitgangspunt voor het beleid van Shell is het grotendeels volgen van de aanbevelingen van de WHO.

Shell Nederland is een van die Shell-bedrijven waar een werkgroep is opgezet om voor Shell-locaties in Nederland het crisisondplan te maken en onderhouden. De voorbereidingen vallen uiteen in vier componenten: Nu, in de voorbereidingsfase, worden de bedrijfsprocessen op prioriteit geïnventariseerd, communicatie wordt voorbereid en de medische voorbereidingen vinden plaats. En voor tijdens een pandemie wordt een crisisorganisatie ingericht. Met de informatievoorziening voor de werknemers is al een begin gemaakt. Praktische informatie en tips, waaronder algemene, medische en reisinformatie zijn voor alle medewerkers inmiddels op het bedrijfsintranet beschikbaar. Waar nodig wordt nu nieuw of bijgewerkt materiaal toegevoegd. Met artikelen in de personeelsbladen is de campagne ondersteund. Het is een aanpak die past in het beleid om met preventieve maatregelen de medewerkers en bedrijfsactiviteiten te beschermen.

Het draaiboek zal ook in een communicatiestructuur voorzien om ten tijde van een pandemie de medewerkers van de situatie op de hoogte te houden. Dat wordt niet alleen gedaan om ervoor te zorgen dat iedereen weet welke implicaties het draaiboek heeft voor zijn of haar rol en verantwoordelijkheden, maar ook om iedereen te laten weten welke stappen Shell precies onderneemt – en niet onderneemt – op bedrijfsniveau. Hiermee hoopt Shell zijn medewerkers die informatie te geven die hen in staat stelt hun eigen persoonlijke situatie in geval van een pandemie juist in te schatten en waar nodig adequate maatregelen te nemen.

**Bert Fokkema,**  
issue manager en coördinator pandemie, Shell Nederland



## Beleidsdraaiboek Aviaire Influenza versie 1.0

Op 13 juli heeft minister Verburg van LNV het beleidsdraaiboek Aviaire Influenza, versie 1.0 naar de Tweede Kamer gestuurd. Dit beleidsdraaiboek is geschreven naar aanleiding van de ervaringen tijdens de uitbraak van vogelgriep in 2003, de besprekingen in het kader van de nieuwe Europese Richtlijn AI (2005/94/EG) en de actuele situatie rondom de dreiging van insleep van H5N1. Dit leidde in februari 2006 tot een conceptversie 0.1 die onder betrokkenen is verspreid en ook op het internet geplaatst. Iedereen kreeg de mogelijkheid om schriftelijk op het draaiboek te reageren. Tijdens de zomer van 2006 zijn op basis van alle reacties opnieuw overleggen met de agrarische sector, de verenigingen van hobbydierhouders en andere belanghebbenden gevoerd. De schriftelijke en mondelinge reacties zijn getoetst op haalbaarheid en draagvlak. Naar aanleiding hiervan is de conceptversie van 2006 aangepast. Daarbij zijn de meest recente ontwikkelingen op het gebied van maatregelen omtrent de besmette wilde vogels aangepast en opgenomen, dit heeft geleid tot versie 1.0.

### Context

Het beleidsdraaiboek AI moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- 1 Het biedt de mogelijkheid om vooraf de voorgenoemde maatregelen met betrokkenen te bespreken en alle partijen de mogelijkheid te geven zich optimaal op een eventuele uitbraak voor te bereiden.
- 2 Het beschrijft de nationale maatregelen en samen met de Europese bestrijdingsrichtlijn en Europese beschikkingen dient het als uitgangspunt om de noodzakelijke maatregelen te treffen.
- 3 Het dient als rampenplan en wordt naar de Europese Commissie gestuurd. In de bestrijdingsrichtlijn AI is deze verplichting voor lidstaten opgenomen om aan te kunnen tonen dat een lidstaat goed is voorbereid. Voorheen werd het Nederlandse rampenplan apart

uitgebracht, maar dit rampenplan kon niet dienen om vooraf de nationale maatregelen te beschrijven. Er is nu voor een geïntegreerde aanpak gekozen, waarbij het beleidsdraaiboek en rampenplan één zijn.

### Belangrijkste onderwerpen

In het beleidsdraaiboek wordt beschreven welke maatregelen er getroffen worden bij een uitbraak van zowel Hoogpathogeen als Laagpathogeen Aviaire Influenza (HPAI en LPAI), omdat beide volgens de Europese richtlijn bestrijdingsplichtig zijn. Verder is voor de verschillende categorieën van houderijen gedifferentieerd beleid opgenomen (o.a. hobbymatig gehouden pluimvee, wilde vogels, maar ook dieren-tuinendieren). Voor het hobbymatig gehouden pluimvee blijft de mogelijkheid tot vrijwillige preventieve vaccinatie open, ook tijdens een uitbraak van AI. Preventief ruimen van hobbymatig gehouden pluimvee zal alleen wanneer veterinair noodzakelijk worden ingezet. In de bijlagen zijn lijsten met zeldzame pluimveerassen opgenomen die in principe uitgezonderd zijn van ruimen. Voor de wilde vogels is een apart hoofdstuk opgenomen waarin wordt beschreven welke maatregelen ingezet worden om enerzijds te voorkomen dat deze besmet raken en anderszijds om te voorkomen dat het gehouden pluimvee besmet raakt via de wilde vogels. Er zijn meerdere diersoorten die in mindere of meerdere mate gevoelig zijn voor AI, waaronder het varken, het paard en de kat. Voor deze verschillende diersoorten zijn maatregelpakketten opgenomen in het beleidsdraaiboek. Er zijn ook diersoorten die niet gevoelig zijn voor AI, zoals de herkauwers. Omdat deze dieren vaak op bedrijven worden gehouden waar ook pluimvee gehouden wordt, zijn ook voor deze dieren maatregelpakketten opgenomen. De integrale tekst van het beleidsdraaiboek AI is te vinden via [www.minlnv.nl](http://www.minlnv.nl) onder het kopje vogelgriep.

(Bron: ministerie LNV)

# Militaire missies en infectieziekten: ook in de toekomst hand in hand?

Een uitbraak met norovirus heeft in het verleden in een militair hospitaal wel eens plaats gevonden. Bijna de helft van het geneeskundig personeel werd toen ziek. Dit heeft natuurlijk tijdelijk grote gevolgen. Een half chirurgisch team kan zijn taak niet aan. Opereren en dus ook de noodzakelijke “damage control surgery” kan dan niet meer worden verleend. Dit kan mensenlevens in de waagschaal brengen. Het simpele feit van diarree bij geneeskundig personeel kan in een specifieke militaire setting al lastiger blijken dan in een Nederlandse civiele omgeving. In Nederland kan makkelijker op regionale capaciteit worden teruggevallen. Hoe zou het zijn als dat niet zou kunnen? Het norovirus komt in Nederland regelmatig voor, maar heeft nooit de boven beschreven impact op een heel ziekenhuis.

Militairen hebben in het verleden uit de praktijk geleerd om nadrukkelijk rekening te houden met infectieziekten; zowel preventief, curatief en als deel van de nazorg na terugkeer van een uitzending. Op basis van de Wet Immunisatie Militairen en de regeling immunisatie militairen worden militairen verplicht gevaccineerd met een basispakket. Dit pakket omvat vaccins tegen infectieziekten, waarvan het effect op de militaire missie of de betrokken militair bekend is. Infectieziekten kunnen door beïnvloeding van de inzetbaarheid de missie ernstig schaden. Het basispakket bestaat uit vaccins tegen difterie/tetanus/polio, hepatitis A en B, tyfus abdominalis en bof/mazelen/rode hond. In de toekomst wordt de meningitisvaccinatie hier mogelijk aan toegevoegd. Ervaring leert dat door crowding (het dicht op elkaar leven binnen een militaire compound) deze vaccinatie nodig is. Met het basispakket heeft de militair een goede basisbescherming, welke afhankelijk van het specifieke missiegebied aangevuld wordt met andere vaccinaties en/of preventieve maatregelen. Dit kan bij voorbeeld impregnering van kleding of malariaprofylaxe zijn. Het impregneren van militaire kleding met permethrine heeft nu een duidelijke plaats gekregen in de gezondheidsbescherming van de militair.

In Afghanistan bleken militairen te werken in de aanwezigheid van leishmaniasis. Het duurde enige tijd voordat de zweren, door leishmaniasis veroorzaakt, zichtbaar werden. Na herkenning van de infectieziekte volgde een juiste preventiestrategie en behandeling. Een infectieziekte kan echter ook pas laat tot uiting komen, bij voorbeeld nadat de militair al terug is uit het missiegebied. Dit heeft effecten op het nazorgprogramma binnen

Defensie, maar na dienstverlating mogelijk ook op het werk van de GGD. In samenwerking met het RIVM wordt snel gesignaleerd, zeker indien er sprake is van een duidelijke importziekte uit een operatiegebied waar Defensie actief is. Een importplaats kan bij voorbeeld de militaire vliegbasis Eindhoven zijn.

Bij een onduidelijke infectie in het missiegebied moet de uitbraak gemanaged worden. In 2003 is binnen Defensie al het infectieziektebestrijding- en coördinatie team (IBCT) opgericht om de operationele leiding te adviseren. Het IBCT werkt dan voor de uitzendgebieden als een Outbreak Management Team (OMT), waarin ook het RIVM/Centrum voor Infectieziekten participeert. Bij een pandemie in Nederland zal Defensie participeren in het Nederlandse OMT.

## *Intensivering civiel-militaire samenwerking ook bij infectieziektebestrijding*

Indien de lokale militaire gezondheidszorgcapaciteit in het uitzendgebied niet kan voorzien in infectieziektebestrijding dan ligt er een taak voor het Outbreak Response Team (ORT). De ORT capaciteit wordt vanuit Nederland ingevlogen naar het missiegebied en werkt ter plaatse samen met de civiele autoriteiten, WHO en de lokale gezondheidszorg. Gezamenlijk wordt de infectie inclusief de bron ingedamd. Het team doet lokaal onderzoek, verzamelt materiaal en geeft aanvullende informatie om onnodige uitbreiding van de infectie te



voorkomen. Het IBCT en het ORT volgen hierin zoveel mogelijk de landelijke (LCI-) protocollen.

De ORT teams binnen Defensie hebben een vaste samenstelling bestaande uit een algemeen militair arts (AMA en tevens commandant), een algemeen militair verpleegkundige (AMV), een hygiëne en preventieve gezondheidszorgspecialist (HPG) en een logistiek deskundige. Het team heeft een specifieke aanvullende opleiding (zie tabel). Het team heeft verder een eigen uitrusting en verbindingsmiddelen. Het team is opgeleid, toegerust en getraind voor sampling, identificatie en epidemiologie. Het European programme for identification, epidemiology and training van drie weken (EPIET) bij het RIVM is een van de delen van de opleiding. Met de huidige opleiding en training is het ORT operationeel inzetbaar. Over de werkwijze (opleidingen + materiaal) wordt nauw contact onderhouden met het RIVM.

Tabel 1

#### Opleidingen Outbreak Response Team:

- Voltooide basisopleiding algemeen militair arts/verpleegkundige/HPG
- Onderhouden vaardigheden
- Uitzendervaring
- EPIET (RIVM)
- Rapid health assessment in complex emergency situations (KIT)
- Basiscursus infectieziekten en uitheemse pathologie BIUPAMA/AMV
- Hygiëne en Preventieve Gezondheidszorg HPGAMA/AMV
- Gezondheidszorg in ontwikkelingslanden GOLAMA/AMV
- NRBC AMA/AMV

#### HPG:

- Preventive medicine specialist, 18 weken opleiding in AMDCS (Houston)
- Levensmiddelenmicrobiologie, 10 dagdelen (Wageningen)
- Wateranalyse, 3 dagen (Tiel)
- Bestrijdingstechnicus dieplagen, 3 weken (Doorwerth)
- SIBCRA, 2 weken
- IATA 1 week
- Alle teamleden hebben meerdere opleidingen en stages voor monsterafname en verzending.



Outbreak Response Team uitrusting

Op verzoek van de GGD zou bij rampenomstandigheden in Nederland de aanwezige ORT expertise tijdelijk de GGD met haar capaciteit kunnen assisteren. Dit is nog niet eerder met de GGD besproken en maakt dus geen deel uit van de gegarandeerde ICMS afspraken. Wel heeft Defensie een rol in de draaiboeken van o.a. pandemie en pokken.

In het pandemieprotocol komen maatregelen voor over bronopsporing en quarantaine. Ook het effect van uitval van grote groepen zieken op het openbare leven is een belangrijk punt. De elektriciteitsvoorziening moet bij voorbeeld ondanks hoge aantallen zieken gewoon doorgang kunnen vinden. Dat dit tijdens een pandemie een uitdaging kan blijken mag duidelijk zijn. Alle vanzelfsprekendheden zijn op het moment van een pandemie niet meer vanzelfsprekend. Preparatie kan hier een duidelijke invloed op hebben en is dan sterk vergelijkbaar met de militaire preparatie voor een uitzending. Preparatie vindt plaats gezien het grote aantal congressen en publicaties over bij voorbeeld de griepandemie. Defensie draagt hier aan bij met quarantainemogelijkheden in het Calamiteitenhospitaal in Utrecht (zie protocol), maar ook met militairen, die voor allerlei taken in Nederland via de intensivering van de civiel militaire samenwerking (ICMS) voor het openbaar bestuur beschikbaar zijn. De burgemeester vervult als behoeftesteller daarin de belangrijkste rol. Het kan ook in samenwerking met het ministerie van LNV in het kader van dreigende varkenspest of MKZ.

*Ruud Geerdes,  
arts maatschappij en gezondheid, directie Militaire  
Gezondheidszorg, ministerie van Defensie  
(rhm.geerdes@mindef.nl)*

De voor West-Europese begrippen extreme hitte en droogte in 2003 leidde met name in Frankrijk tot grote problemen. In Nederland werd niet door alle betrokken instanties beseft dat deze situatie steeds vaker, met ook gevolgen voor Nederland, zou kunnen voorkomen. Velen beschouwden dit als een incident. Voor het maken van een nationaal hitteplan, zoals na 2003 wel in België en Frankrijk is gebeurd, was nog maar weinig draagvlak. De zomer van 2006, met incidenten zoals de Vierdaagse, die vroegtijdig moest worden beëindigd, bracht de kentering. Inmiddels was ook uit studies gebleken dat door de opwarming van de aarde steeds vaker langere periode van extreme hitte kunnen optreden.

## Hitteplan

Tijdens de door de ministeries van VWS en VROM, in samenwerking met het klimaatcentrum van het Nederlandse Rode Kruis in november 2006 georganiseerde conferentie "De hitte de baas", bleek nu wel een breed draagvlak aanwezig. Niet alleen de verandering van het weer, maar ook de toenemende vergrijzing betekent dat het aantal kwetsbaren de komende jaren sterk zal groeien. Het ministerie van VWS heeft daarop een projectgroep in het leven geroepen, bestaande uit het RIVM, het Nederlandse Rode Kruis, ActiZ (brancheorganisatie verpleging en verzorging) en GGD Nederland en de GHOR. De projectgroep kreeg de opdracht om voor de zomer van 2007 te komen met een hitteplan.

Inmiddels is het Nationaal Hitteplan 2007 gepubliceerd en zijn stickers verspreid met tips hoe te handelen bij langdurige hitte. Samenwerking is het motto van het plan waar het gaat om concrete maatregelen die lokaal genomen kunnen worden om de zorg aan te passen in tijden van aanhoudende hitte. Dit plan gaat uit van de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg. Instellingen en zorgverleners staan in voor de kwaliteit van de zorg, ook

### Wat u moet doen als het warm wordt



#### Drink voldoende

Drink 2 liter vocht per dag, ook als u geen dorst heeft. Drink bij voorkeur water. Vermijd alcohol.



#### Vermijd inspanning

Vermijd inspanning vooral tussen 12.00 en 16.00 uur, de warmste uren van de dag.



#### Blijf uit de hitte

Blijf binnen of in ieder geval in de schaduw tussen 12.00 en 16.00 uur, de warmste uren van de dag. Draag een hoed, zonnebril en lichte kleding.



#### Zorg voor koelte

Leg af en toe een koele handdoek in uw nek, neem een koele douche of bad. Laat de zonwering zakken of doe de gordijnen dicht van kamers die veel zon krijgen. Doe ook de ramen dicht als het buiten warmer is dan binnen (overdag) en zet ze open als het buiten koeler is ('s nachts en vroeg in de morgen).



#### Zorg voor elkaar

Steek een helpende hand toe als er in uw omgeving ouderen of zieken zijn, die hulp nodig hebben om deze adviezen op te volgen.



#### Vragen?

Overleg met uw huisarts als u vragen heeft over uw gezondheid of met uw apotheek als u medicijnen gebruikt. Voor alle andere vragen kunt u terecht bij de GGD in uw regio. Weet u het nummer niet, bel dan met Postbus 51 (0800 - 8051).

als het warm wordt. Met dit plan worden ze in die taak ondersteund. Daarvoor bevat het plan een waaier aan maatregelen die gericht zijn op goede voorbereiding op en adequaat handelen in een periode van aanhoudende hitte:

Er is een systeem in het leven geroepen waarmee de meest betrokken organisaties gewaarschuwd worden dat er waarschijnlijk een periode aankomt van vijf of meer dagen die warmer worden dan 27 graden. Er gaat een algemene waarschuwing uit naar de bevolking als de kans op een dergelijke periode meer dan 90% bedraagt. Er is informatiemateriaal beschikbaar met praktische aanwijzingen om een periode van aanhoudende hitte zo goed mogelijk te doorstaan.

Mensen die weinig sociale contacten hebben lopen extra risico tijdens een periode van aanhoudende hitte. Er wordt een beroep gedaan om te letten op mensen in de eigen omgeving die veel last ondervinden van de warmte. Ook zorgverleners zullen daar attent op moeten zijn.

Communicatie is een belangrijk middel om de urgentie van het probleem over te brengen. Pas als mensen zich bewust zijn van de risico's is er een vruchtbare bodem

geschapen voor het opvolgen van praktische tips en adviezen. Informatie wordt op verschillende doelgroepen toegesneden. Voor de algemene bevolking is er een beknopt en duidelijk verhaal wat te doen bij aanhoudende hitte. Voor instellingen en zorgverleners is er meer specifiek materiaal dat dieper ingaat op beheersing van de binnentemperatuur en aanpassing van de zorg.

Er is landelijke expertise georganiseerd om vragen vanuit het zorgveld op het vlak van hitte en gezondheid te kunnen beantwoorden. Vaak gestelde vragen met antwoorden zijn te raadplegen via de website van het RIVM [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl). Vrijwillige zorgverleners en mantelzorgers nemen een groot deel van de zorg voor hun rekening. Zij staan dicht bij de groep mensen die risico's lopen bij aanhoudende warmte. Via hun organisaties wordt informatie verspreid om de mantelzorgers te attenderen op de gevolgen van hitte voor de gezondheid en wat ze daar aan kunnen doen. De gemeenten, en in het verlengde daarvan de GGD'n, worden in dit plan aangesproken om hun rol voor en tijdens aanhoudende hitte op te pakken. Dit past binnen de bestaande taken. Lokale samenwerking met de zorgverleners in de regio is de beste manier om paraatheid te scheppen in een dergelijke periode.

Het hitteplan 2007 is een belangrijke aanzet om de zorg goed te laten inspelen op periodes van aanhoudende hitte. Daarmee is de eerste stap gezet in een proces van verdere ontwikkeling van kennis, draagvlak en maatregelen.

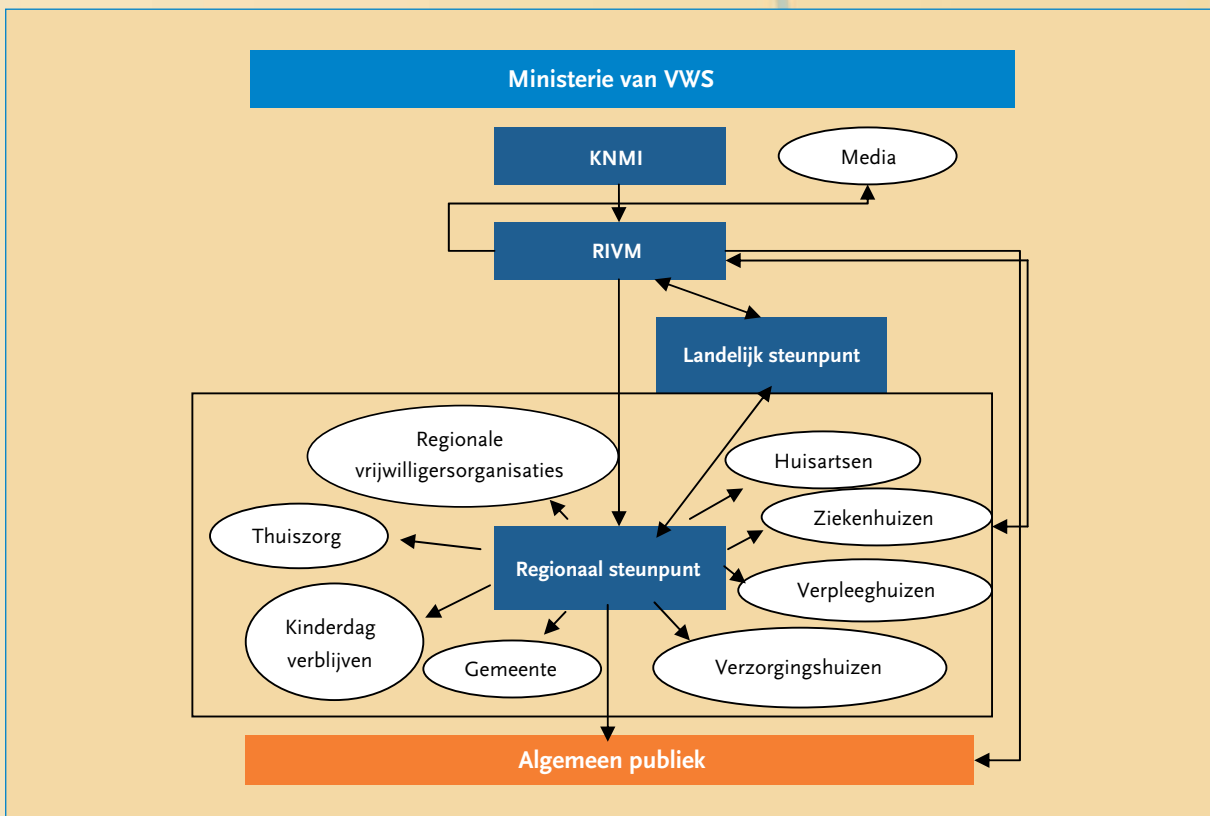
Dit proces wordt voortgezet in een jaarlijkse cyclus van evaluatie, verbeteringen en aanvullingen. Op die manier zal de zorgsector, inclusief de zo belangrijke informele zorg, toewerken naar een situatie waarin al het mogelijke gebeurt om de gezondheidslast voor risicogroepen te beperken.

Met deze directe en praktische maatregelen zijn we er echter nog niet. De veiligheidsregio's, en daarmee de gemeenten, zullen meer dan tot nu toe bij de plannen moeten worden betrokken.

In de toekomst zal ook klimaatbestendig moeten worden gebouwd. Dit geldt niet alleen voor zorginstellingen, maar ook in de overige bouw. Hiervoor zal nauw moeten worden samengewerkt met het ministerie van VROM en de VNG. Ook tijdens periodes dat geen sprake is van hittegolven zal men alert moeten blijven. Oefenen blijft dus noodzakelijk.

Voor belanghebbenden en belangstellenden is het Nationaal Hitteplan 2007 te bekijken of te downloaden onder andere op de website van het ministerie van VWS [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).

*Maaike van den Biggelaar,*  
senior beleidsmedewerker afdeling Crisisbeheersing  
Volksgezondheid, ministerie van VWS  
*Ton Zwennes,*  
crisiscoördinator ministerie van VWS



# Vorbereiden op ongelukken en aanslagen met CBRN-middelen

Nederland is een distributieland en daarmee heeft Nederland ook een behoorlijk transport van gevaarlijke stoffen. Daarnaast is er een omvangrijke chemische industrie actief en zijn er enkele lokaties waar gewerkt wordt met nucleair materiaal. Inherent aan dit soort industriële activiteiten is de kans op ongelukken.

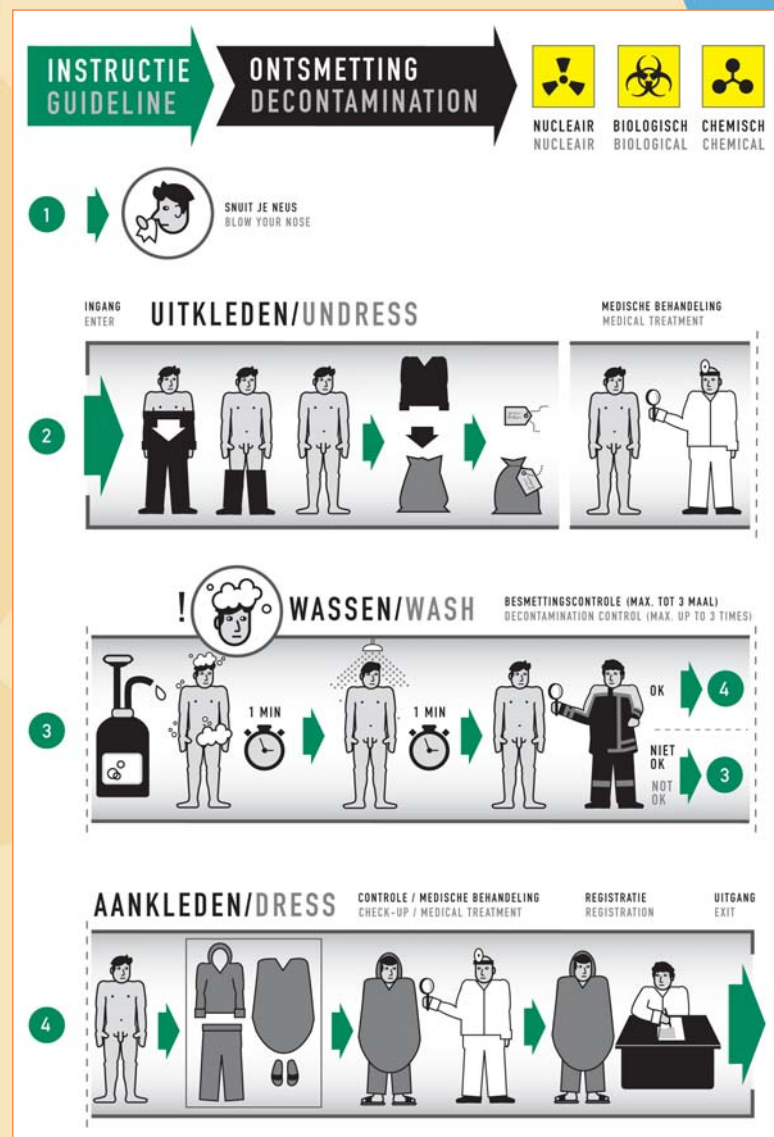
Sinds enige tijd is daar ook een terroristische dreiging bij gekomen. De kans dat daar Chemische, Biologische, Radiologische of Nucleaire (CBRN-) middelen bij gebruikt wordt, is volgens het AIVD jaarverslag uit 2006 “klein, maar nochtans reëel”. Vandaar dat er al enige tijd gewerkt wordt aan het verbeteren van de preventie, preparatie en respons op CBRN-ongelukken en aanslagen. Het ministerie van VWS werkt mee aan enkele van die verbeteringen en initieert ook zelf enige activiteiten op dat gebied.

## Versterken verdediging tegen CBRN-terrorisme

In het recent gepubliceerde 100 dagen beleidsprogramma van het kabinet is één van de actiepunten (nummer 60) omtrent veiligheid het versterken van de verdediging tegen CBRN-terrorisme. In het actiepunt wordt aangekondigd dat er naar de preventieve maatregelen rondom de beveiliging van Chemische, Biologische, Radiologische en Nucleaire middelen bij de diverse onderzoeksinstellingen zal worden gekeken. Meer dan voorheen zal beveiliging een vast onderdeel van de bedrijfsvoering moeten zijn. Voor zover niet aanwezig zal hier nadrukkelijk aandacht voor moeten zijn binnen de betrokken sectoren. In samenwerking met de Nationaal Coördinator Terrorismedebestrijding (NCTb) en andere betrokken departementen zoals VWS, VROM, LNV en OCW is dit traject gestart.

## CBRN-respons op het rampterrein

De laatste jaren zijn er, onder coördinatie van het ministerie van BZK, verschillende inspanningen geweest om de voorbereiding en respons op CBRN-ongelukken en CBRN-aanslagen te verbeteren. Deze inspanningen waren vooral gericht op het optreden van de hulpdiensten op het rampterrein. Dit heeft begin 2007 geresulteerd in drie kenniscongressen, waarin drie protocollen werden gepresenteerd: het Protocol Verdachte Objecten, het Protocol (kleinschalige) Decontaminatie en een richtlijn voor Schuilen, Ontruimen en Evacueren. Uitgangspunten bij de drie protocollen zijn het verbeteren van de eigen veiligheid van de hulpverleners én het verbeteren van de zorg aan mogelijke slachtoffers. In het protocol Decontaminatie wordt het rampterrein ingedeeld in de internationaal gangbare indeling van een hot, een warm en een cold zone. In de warme zone zijn de slachtoffers al



ontdaan van hun kleding. Een groot deel van een mogelijke besmetting is daardoor weggenomen, maar er kan nog enige restbesmetting op de huid zijn achtergebleven. De medische hulpverleners in de warme zone dragen daarom persoonlijke beschermingsmiddelen. Het is nu aan de veiligheidsregio's om deze protocollen verder te implementeren. De protocollen zijn in samenwerking met de betrokken veldpartijen tot stand gekomen en zijn te verkrijgen via [www.protocol-leren.nl](http://www.protocol-leren.nl) of via het Infopunt Veiligheid bij het Nederlands Instituut voor Fysieke Veiligheid (NIFV), te bereiken via [www.infopuntveiligheid.nl](http://www.infopuntveiligheid.nl).

### Besmettingsbeheersing Ziekenhuizen

Bij correcte uitvoering van het protocol decontaminatie worden er alleen ontsmette slachtoffers naar het ziekenhuis gebracht voor verdere behandeling. Bij de gifgasaanslag in Tokyo in 1995 speelde echter de problematiek rondom de zogenaamde “zelfverwijzers” een grote rol: mensen die (besmet) op eigen gelegenheid naar een ziekenhuis gaan en daar behandeld willen worden. Het personeel in het ziekenhuis kan daardoor (herhaaldelijk) blootgesteld worden aan de stof waarmee de slachtoffers besmet zijn. Inmiddels is een projectgroep samengesteld die gaat kijken naar de (chemische) besmettingsbeheersing in ziekenhuizen. Er is gekozen voor chemische besmettingsbeheersing, omdat dat de meest complexe vorm van besmetting is, qua herkenning, detectiemogelijkheden en juiste ontsmettingswijze. Als men voorbereid is op een chemisch incident, zou men een radiologisch incident ook aan moeten kunnen. Uitgangspunt is verder dat het functioneren van de Spoedeisende Hulp afdeling centraal staat, omdat de SEH de poort en afscherming is naar de overige ziekenhuisprocessen. De volgende knelpunten worden onderscheiden voor het functioneren van de SEH en de omgang met zelfverwijzers:

- 1 procedures en behandelprotocollen (ook ten behoeve van informatie-uitwisseling);
- 2 kennis en kennisontsluiting;
- 3 inrichting en uitrusting van de SEH (incl. routing van patiënten);
- 4 opleiden en oefenen;

Aangezien (grootschalige) chemische incidenten niet vaak voorkomen, is het moeilijk om kennis en vaardigheden op peil te houden. Het voorstel is om bij het oplossen van de geconstateerde knelpunten een “minimum” variant en een “best practice” variant te ontwikkelen. De “minimum variant” richt zich op het verbeteren van de voorbereiding op chemische incidenten door middel van kleine aanpassingen, die het meest effect hebben: bij een chemisch incident kunnen zodoende de grootste valkuilen worden vermeden, kan op een veilige manier gewerkt worden en kunnen snel de juiste instructies worden verkregen.



De “best practice” variant richt zich op het verbeteren van de voorbereiding op chemische incidenten door middel van het implementeren van “best practices” en, indien nodig, een verbouwing of andere inrichting van de SEH.

De minimum variant zou toepasbaar moeten zijn voor alle SEH's. De best practice variant wordt vooral ontwikkeld voor ziekenhuizen die een verhoogde kans hebben geconfronteerd te worden met besmette slachtoffers: vanwege afspraken in de regio over opvang van gecompliceerde letseltypen, vanwege de regionale aanwezigheid van een (omvangrijke) chemische industrie of vanwege de aanwezigheid van grote transportassen met vervoer van gevaarlijke stoffen. De uiteindelijke beslissing van mate van voorbereiding en implementatie blijft een beslissing van de Raad van Bestuur van elk afzonderlijk ziekenhuis. De verwachting is dat in het voorjaar van 2008 de eerste producten en richtlijnen aan de verschillende koepels aangeboden kunnen worden.

**Gerard Pouw,**  
beleidsmedewerker, afdeling Crisisbeheersing Volksgezondheid,  
ministerie van VWS ([Ga.pouw@minvws.nl](mailto:Ga.pouw@minvws.nl))



# Samen oefenen met voedselveiligheid

Met plannen maken en beschrijven ben je er nog niet. Om vast te stellen of de gemaakte plannen ook werken zul je ze moeten testen. Daarom hebben de ministeries van LNV en VWS besloten dat zij samen een bestuurlijke oefening op het gebied van voedselveiligheid zullen organiseren. Dit omdat de verantwoordelijkheid voor het onderwerp “voedselveiligheid” door deze ministeries wordt gedeeld. De Voedsel en Warenautoriteit (VWA), zal vanuit haar verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het beleid, ook deelnemen aan de oefening. Tijdens de oefening zullen de beleidsdraaiboeken over voedselveiligheid van de beide ministeries beoefend worden. Aan de hand van de crisishandboeken van de ministeries en de VWA zal de gehele keten inclusief de crisisorganisaties getest worden.

In december 2004 heeft de laatste gezamenlijke oefening plaatsgevonden. Het betrof toen een draaiboekoefening Voedselveiligheid. Evaluatiepunten uit deze oefening zijn verwerkt in de huidige beleidsdraaiboeken en zullen bij de komende oefening speciale aandacht krijgen. Eén van de belangrijkste aandachtspunten uit de oefening van december 2004 was de rolverdeling tussen LNV, VWS en VWA, met name op welke wijze de politiek bestuurlijke

verantwoordelijkheid is belegd tijdens de verschillende fasen van een crisis op het gebied van de voedselveiligheid.

Het is een goed moment om een gemeenschappelijke oefening te organiseren. De afgelopen jaren heeft LNV veel ervaring opgedaan met dierziektecrises, en is bij VWS uitgebreid geoefend met infectiezieken. Daarnaast hebben zij ook gemeenschappelijke ervaringen op het gebied van dierziektecrises, zoals bij voorbeeld de vogelgriep. De ervaringen zullen een waardevolle bijdrage leveren aan deze oefening. De bedoeling is om een scenario te ontwikkelen dat zoveel mogelijk “realtime” en in één werkdag beoefend kan worden. Ook de minister en de ambtelijke top oefenen mee. Zo kan de gehele organisatie zich verder professionaliseren op het gebied van crisismanagement. De oefening voedselveiligheid op nationaal niveau staat gepland voor eind januari 2008.

**Nancy Lentjes,**  
*beleidsmedewerker, cluster Crisismanagement, directie Voedselkwaliteit en Diergezondheid, ministerie van LNV*

**Karin Beaumont,**  
*coördinator Opleiden en Oefenen Crisisbeheersing, ministerie van VWS*



*Meten van nitraat in voedsel door de Voedsel en Warenautoriteit (VWA)*



# De rol van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) bij een crisis

bijeenroepen: een groep externe deskundigen die de minister advies geeft over de aanpak van de infectieziektebestrijding. Het OMT wordt bijengeroepen als het gaat om een onbekende ziekteverwekker, bij het ontbreken van richtlijnen of bij een landelijke dreiging. Het OMT bestaat uit een vaste kern van experts, aangevuld met specifieke deskundigen, afhankelijk van de dreiging. Het CIb is voorzitter van het OMT en zorgt voor de aanwezigheid van multidisciplinaire expertise.

Sinds 2005 bestaat het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) als onderdeel van het RIVM. Het CIb functioneert als regisseur in de keten van de bestrijding van infectieziekten, met name tijdens een (dreigende) grootschalige uitbraak van een besmettelijke ziekte. Bij een crisis is het CIb het aanspreekpunt voor professionals en de 'spin in het web' van de bestrijding. Hoe gaat dat in zijn werk? De signalering van mogelijke dreigingen begint vaak in het signaleringsoverleg: een wekelijkse bijeenkomst bij het RIVM met deskundigen van het CIb en de Voedsel en Waren Autoriteit. De deelnemers interpreteren signalen uit (internationale) surveillancebronnen en bespreken de dreiging daarvan voor de volksgezondheid. Het verslag van het overleg wordt diezelfde dag per e-mail verzonden naar direct betrokkenen (overheid en professionals in het veld). Ook meldingen van tussentijdse gebeurtenissen komen via het netwerk rond het overleg tijdig bij de juiste personen terecht.

## CIb vertaalt

Het OMT adviseert de minister VWS via het Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO) dat per keer in aansluiting op het OMT georganiseerd wordt. In het BAO hebben vertegenwoordigers zitting van GGD Nederland, het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten. De minister is voorzitter van het BAO. De minister besluit, het BAO gehoord hebbende, over de te nemen maatregelen. Het CIb vertaalt vervolgens de maatregelen naar de professionals uit de praktijk. Dat gebeurt met de digitale berichtenservice Inf@ct, spoedberichtgeving via de mail, het plaatsen van richtlijnen en actueel nieuws op de CIb-website en via koepels van beroepsgroepen. Tevens geeft het CIb aanwijzingen aan besturen van gemeenten, ziekenhuizen, verpleeghuizen en beroepsgroepen. Het CIb regisseert zo de uitvoering en is het contactpunt voor de uitvoerders.

## CIb is 'spin in het web' van de bestrijding

### Crisisteam

Bij een lokaal incident neemt de plaatselijke GGD de bestrijding ter hand, eventueel met ondersteuning van het CIb. Bij een grotere crisis vormt het CIb een crisisteam met interne deskundigen en eventueel vertegenwoordigers van departementen als VWS, LNV of SZW. De directeur van het CIb is voorzitter van het crisisteam. Het team komt minimaal 2 maal per dag bijeen en bespreekt de stand van zaken wat betreft bestrijding, onderzoek, diagnostiek en communicatie. Het team houdt nauw contact met betrokken professionals, GGD'en, departementen en organisaties. Ook kan het CIb het Outbreak Management Team (OMT)

### Kees Vermeer,

freelance-medewerker communicatie Centrum Infectieziektebestrijding

Voor informatie: bureau LCI, email: lci@rivm.nl

### Eenheid in bestrijding

Lokale besturen en GGD'en zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de bestrijding van infectieziekten. Voor meer eenheid daarin, is in 1995 de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) opgericht. In 2005 is LCI onderdeel geworden van het CIb. LCI/CIb ontwikkelt landelijke protocollen en standaarden, stelt draaiboeken op en werkt nauw samen met vele andere organisaties en beroepsgroepen.

Medio 2006 is de GHOR Academie, als onderdeel van het Nederlandse Instituut Fysieke Veiligheid NIFV, van start gedaan. Momenteel bestaat de GHOR Academie uit het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR en het project Kenniscentrum GHOR Academie. De GHOR Academie exploiteert daarnaast een aantal GHOR opleidingen. Het Kenniscentrum GHOR Academie werkt aan het ontsluiten, praktisch toepasbaar maken en vervolgens verspreiden van GHOR inhoudelijke kennis. Het Kenniscentrum GHOR Academie geeft ook advies op maat. Het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR werkt aan het creëren van een integraal en geborgd systeem voor initiële en blijvende vakbekwaamheid voor hulpverleners die een rol vervullen binnen de GHOR. Beide projecten vormen de opmaat tot een volwaardige GHOR Academie. Het is de bedoeling dat de taken en functies die uit de projecten voortvloeien in de loop van 2008 naar de GHOR Academie migreren.

## De GHOR Academie: voor en door het veld

### Wiel uitvinden

Binnen de GHOR regio's wordt kennis ontwikkeld en ontsloten en worden opleidingen aangeboden. Soms gebeurt dit in samenwerking met andere regio's. Echter op het gebied van opleiden, trainen, oefenen en kennis is overwegend sprake van fragmentatie. Uit diverse rapporten, landelijke bijeenkomsten en recente ontwikkelingen blijkt de behoefte om te komen tot een meer efficiënte uitwisseling van toepasbare en praktische kennis evenals een eenduidig en gestandaardiseerd stelsel van opleiden, trainen en oefenen. Dit biedt de GHOR Academie want het is zo jammer als iedereen steeds opnieuw het wiel moet uitvinden.

### Nieuwe loot

De projecten binnen de GHOR Academie bewijzen hun meerwaarde en leveren inmiddels concrete producten op. Zo is binnen het project Vakbekwaamheid GHOR de opleiding Officier van Dienst-Geneskundig (OvD-G) opgezet. Voor deze opleiding zijn onlangs, na een multidisciplinaire oefenweek in Zweden, de eerste elf kandidaten geslaagd. De nieuwe opleiding OvD-G combineert pittige theoretische lessen met het beoefenen van praktische vaardigheden. De opleiding sluit aan op die van ambulance-verpleegkundige en is gericht op het aanleren van competenties als besluitvaardigheid, operationeel management en overtuigingskracht. Frank Klaassen, portefeuliehouder OTO van GHOR Nederland gaf aan

tevreden te zijn met de nieuwe opleiding. "Deze opleiding voorziet in de behoefte die er ligt vanuit het veld. Vanuit GHOR Nederland benadrukken wij het belang van de professionaliteit van de medewerkers in de GHOR".

Het Kenniscentrum startte begin dit jaar het Infopunt Veiligheid GHOR Academie. Professionals op het gebied van de geneeskundige hulpverlening kunnen hier terecht met al hun vragen. Begin juli kon NIFV directeur Wim Papperse weer een nieuwe loot aan de stam toevoegen. Hij lanceerde [www.ghorkennisnet.nl](http://www.ghorkennisnet.nl), de digitale kennisbank van de GHOR Academie. Op deze website kunnen professionals relevante documentatie vinden als hand(boeken), protocollen, leidraden en beleidsplannen. Maar ook kunnen ze er experts op het gebied van de GHOR vinden. Bij het Infopunt Veiligheid GHOR Academie kunnen hulpverleners vragen stellen en krijgen ze antwoord, op het GHOR KennisNet kunnen ze op eigen gelegenheid op zoek gaan naar informatie.

Wilt u meer weten over de GHOR Academie, u aanmelden voor een cursus, een vraag stellen of uitgebreider advies krijgen? Kijkt u dan op [www.ghoracademie.nl](http://www.ghoracademie.nl).

*dr. Maaike de Vries,*

*projectmanager Kenniscentrum GHOR Academie*

De **GHOR Academie** is het loket voor opleidingen, oefeningen, onderzoeken en kennis op het gebied van geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De GHOR Academie biedt ondersteuning aan alle spelers die een rol hebben in de geneeskundige hulpverlening in opgeschaalde vorm: van GGD tot ziekenhuis en van traumacentrum tot psychosociale hulpverlening.

De GHOR Academie werkt in opdracht van regionale en nationale overheden, in het bijzonder de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de betrokken organisaties uit het geneeskundige veld. Voor en door het veld is een belangrijk adagium. De GHOR Academie wordt voor een groot deel gefinancierd door BZK.



# Het centrum Gezondheid en Milieu

Op 5 juni 2007 is tijdens de GGD-relatiedag het centrum Gezondheid en Milieu van het RIVM officieel geopend door directeur-generaal Volksgezondheid De Goeij. In het kader van het actieprogramma Milieu en Gezondheid is door de ministeries van VWS en VROM aangegeven dat zij de kennisondersteuning op het gebied van gezondheid, milieu en veiligheid willen bundelen en versterken. Om hieraan concreet gestalte te geven is besloten tot de oprichting van een *centrum Gezondheid en Milieu* (cGM) dat zal worden verzorgd vanuit het RIVM.

Belangrijke taken van dit nieuwe centrum zijn:

- het verzorgen van een 24-uurs loketfunctie voor alle vragen om advies en onderzoek van professionals op het gebied van milieu en gezondheid (bijv. Risico's Elektromagnetische Velden, Hitte en gezondheid, binnenmilieuklachten, blootstelling als gevolg van emissies etc.);
- Het verzorgen van de 24-uurs informatie met betrekking tot intoxicaties en calamiteiten (via het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum);
- Het coördineren van de kennisondersteuning van de geneeskundige kolom (opgeschaalde Medisch Milieukundige zorg, de Gezondheidskundige Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) en Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR) bij calamiteiten met chemische, nucleaire en (voor een aantal scenario's) biologische agentia;
- het coördineren van de structuur voor gezondheids-onderzoek en psychosociale nazorg bij (milieu)rampen.

## Wat betekent het nieuwe centrum voor de crisisbeheersing?

Het cGM gaat er voor zorgen dat professionals in de

geneeskundige hulpverlening zo goed mogelijk ondersteund worden met (landelijke) wetenschappelijke kennis, expertise en informatie. Ook zal het er voor zorgdragen dat deze ondersteuning via één telefoonnummer en één loket 24 uur per dag wordt geleverd vanuit het RIVM. De ondersteuning betreft de besluitvorming in de acute fase van een calamiteit en die in de nazorgfase. In de acute fase spelen vragen als: "Wel of geen maatregelen?". Ook kan er bepaald worden welke informatie nodig is voor de besluitvorming en er kan worden nagegaan of deze info beschikbaar is. Als de informatie nog gegenereerd moet worden, wordt dit bijvoorbeeld ondersteund door inzet van de Milieuongevallendienst of BOT-MI. In de nazorgfase spelen vraagstukken over het wel of niet inzetten van een bevolkingsonderzoek en over de aard en omvang van gewenste psychosociale nazorg.

## Uitvoering

De organisatie van het nieuwe centrum wordt verzorgd door het team Medische Milieukunde van het RIVM. Daarnaast bestaat het cGM echter uit organisatorische samenwerkingsverbanden met een aantal reeds bestaande instellingen zoals het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum, de Stichting Impact en het Centrum Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR). Het team Medische Milieukunde is per 1 januari 2007 opgericht en bestaat naast Teamleider Cisca Stom uit 10 medewerkers; een aantal hiervan zijn als Regioadviseur Milieu en Gezondheid gedetacheerd bij GGD'n die fungeren als bovenregionaal centrum op het terrein van Medische Milieukunde. Het werkplan van het team richt zich op projecten die in samenwerking met de GGD'n zijn bepaald, en op de ad hoc ondersteuning van GGD'n.

## *Maaïke van den Biggelaar,*

*senior beleidsmedewerker Crisisbeheersing Volksgezondheid, ministerie van VWS*

## Interne en externe samenwerking

Het cGM maakt onderdeel uit van de sector Milieu en Veiligheid van het RIVM. Binnen deze sector is een viertal diensten aanwezig met 24-uurs taken in het kader van de rampbestrijding en nazorg. Naast het eerder genoemde NVIC en het CGOR betreft dit de Milieuongevallendienst (MOD) en de Stralingsongevallendienst. Op hun beurt maken deze diensten weer onderdeel uit van grotere landelijke samenwerkingsverbanden zoals het Beleidsondersteunend Team Milieu-incidenten (BOT-MI),

de Eenheid Planning en Advies Nucleair (EPAn) en het Landelijk Laboratorium Netwerk Terreuraanslagen (LLN-TA). Binnen deze door VROM geleide samenwerkingsverbanden heeft het RIVM belangrijke taken. Het cGM is hierdoor goed bekend met deze landelijke faciliteiten en kan zorgen voor een gestroomlijnde en goed gecoördineerde inzet van al de beschikbare ondersteuning. Daarnaast is via een convenant RIVM/NIFV samenwerking geregeld met het Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid (NIFV). Verwacht wordt dat het cGM nog voor het einde van 2007 volledig in functie zal zijn.



Van 13-16 mei 2007 heeft het vijftiende wereldcongres over rampengeneeskunde en urgentiegeneeskunde plaats gehad in het RAI congres centrum van Amsterdam. Het congres was een unieke mogelijkheid om, dicht bij huis, kennis te maken met de meest recente ontwikkelingen op het gebied van de GHOR in Nederland en de rest van de wereld.

## Rampencongres brengt bijna 1000 internationale experts bijeen in Amsterdam

# World Congress on Disaster and Emergency Medicine belangrijke stap voor de inhoudelijke ontwikkeling van de GHOR

De indrukwekkende hoeveelheid expertise op velerlei gebied was voor veel Nederlandse deelnemers een echte *eyeopener*. Bijna 1000 deelnemers uit ruim 70 landen namen aan het congres deel en werden tijdens een ongebruikelijk dynamische opening aangezet om de thema's van het congres "*Preparedness; knowledge, training and networks*" op een interactieve manier in te vullen. De algemene indruk is dat de deelnemers daarin zijn geslaagd. De meest herkenbare rode draden tijdens het congres waren:

- Rampengeneeskunde is bij uitstek gebaat bij een integrale aanpak en een multidisciplinaire dialoog waarin de publieke gezondheidszorg een essentiële rol speelt.
- Emotionele overwegingen en oude mythes beïnvloeden op ongunstige wijze de doelmatige besteding van overheids gelden.
- Wetenschappers dienen een voortrekkersrol te spelen om in de voorbereidingen op rampen en tijdens de rampen bestuurders en procesverantwoordelijken ter zijde te staan met feiten en beproefde succesvolle

principes van handelen.

Het "Amsterdam statement" dat in de plenaire afsluitende bijeenkomst unaniem werd geaccordeerd geeft daarbij de richting voor de toekomst aan.

### Knowledge

Bij een wetenschappelijk congres gaat het vooral om kwalitatief goed onderbouwde kennis. Met meer dan 560 abstracts, 400 voordrachten, 285 posters en 7 Targeted Agenda Programs viel er inhoudelijk veel te halen. Misschien zelfs te veel met 17 thema's, 40 subthema's en 120 sessies. De kwaliteit van de abstracts, posters en voordrachten was wisselend. Het blijkt nog steeds lastig om voor de praktijk relevant onderzoek op het terrein van de GHOR uit te voeren, en zeker op een zodanig niveau dat het voldoet aan de wetenschappelijke toetsing die in de geneeskunde gebruikelijk is.

Toch worden bepaalde patronen herkenbaar. Vier key-note speakers, de Amerikaanse professor publieke gezondheidszorg Jennifer Leaning, de Noorse anesthesioloog professor Mads Gilbers, de Indonesische anesthesioloog professor Eddy Rahardjo en de bekende Belgische rampdeskundige Claude de Ville de Goyet brachten dit aan de hand van jarenlange ervaringen, en onderzoeken tijdens meerdere rampen, indrukwekkend in beeld. Vaak vindt na een ramp een overkill plaats van mensen die op het verkeerde moment met de verkeerde hulpmiddelen en culturele bagage op de verkeerde plek terechtkomen. Veel goedbedoelde hulp uit het buitenland belemmert de lokale hulpverlening. Het blijkt dat slachtoffers door de "westerse en dus luxe" hulp langer in een afhankelijke slachtofferrol blijven dan noodzakelijk. De boodschap van de vier deskundigen was eenvormig en duidelijk: bepaal als hulpverlener niet welke hulp jij meent dat nodig is, maar vraag aan de gezondheidswerkers in het gebied zelf waar zij mee geholpen zijn. De werkelijke behoeften zijn vaak eenvoudig. Maak maximaal gebruik van de veerkracht van de bevolking en de bestaande gezondheidsinfrastructuur. Weet wat lokaal gangbaar is op het gebied van de gezond-

heidszorg en respecteer de cultuur en godsdienst. Heb daarbij vooral aandacht voor de meest kwetsbare groepen: kinderen, bejaarden, chronische zieken, gehandicapten en mensen zonder eigen vervoer. Zij zijn niet of nauwelijks in staat veerkracht te realiseren. Een andere belangrijke boodschap: Het is belangrijk een volledig beeld te krijgen van de aard en omvang van de behoeften en resterende mogelijkheden in een getroffen gebied: deel daarom alle informatie en houdt deze niet vast ten behoeve van de eigen organisatie. Voor veel aanwezigen in de zaal, die zelf actief hadden geparticipeerd in recente rampen, kwam deze onverwachte boodschap ontmoedigend en confronterend over. Terecht stelde een van de deelnemers in de evaluatie de vraag: wat moet ik nu doen als hulpverlener?

Tijdens het congres werden ook andere belangrijke principes van de rampeneeskunde door vele deskundigen en wetenschappers kritisch tegen het licht gehouden. Onderwerpen als triage, gewondennesten, mobiele ziekenhuizen, psychosociale nazorg, veerkracht van de bevolking, oefeningen en ziekenhuisrampen-opvangplannen. Bij deze thema's werden de vragen gesteld: doen we het wel goed genoeg, hoe tonen we dit aan, en: wat zijn de betere alternatieven. Omdat nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan is, konden slechts weinig antwoorden gegeven worden. Anderzijds blijken gestructureerde evaluaties die gebruik maken van wetenschappelijke technieken in staat relevante gegevens te genereren die vervolgens door internationale expertgroepen gebruikt kunnen worden voor analyses. Na de tsunami en Katrina is daardoor voor de praktijk relevante en evidence-based informatie beschikbaar gekomen via wetenschappelijke tijdschriften. Deze informatie werd tijdens goed bezochte sessies gepresenteerd en gaf een beeld welke aspecten van de hulpverlening doelmatig zijn en welke niet. Met name beleid gericht op verbetering van infrastructuur en de lange termijn effecten blijken zinvol. >>>



## Resultaten Targeted Agenda Programs

	Korte samenvatting van de doelstellingen	Nieuwe inzichten en aanbevelingen
<b>CGOR</b>	Wat verstaat men internationaal onder gezondheidsonderzoek bij rampen en wanneer wordt dergelijk onderzoek nodig gevonden? Gezondheidsonderzoek op de kaart zetten bij clinici en hulpverleners.	Nazorg na rampen dient vanuit een volkgezondheid perspectief benaderd te worden; de ramp is niet voorbij als de acute zorg is geleverd. Gezondheidsonderzoek is hierbij belangrijk. Internationale expertise wat betreft gezondheids- onderzoek bij rampen dient beter gebundeld te worden.
<b>GHOR Nederland</b>	Wat is de wijze waarop in de verschillende landen de prehospitalische hulpverlening is voorbereid op een CBRN ramp? Heeft een bepaald land al een gouden standaard ontwikkeld; moet deze standaard nog ontwikkeld worden en is er behoefte aan een standaard?	In de meeste landen is de prehospitalische hulpverlening niet voorbereid op CBRN rampen, terwijl hier een grote behoefte aan is. Er dient binnen Europa gestreefd te worden naar een uniforme prehospitalische detectie en behandeling van alle soorten van CBRN incidenten. Hiertoe zijn gerichte opleidingen en trainingen nodig.
<b>Impact</b>	Is het zinvol het begrip Acute Psychosocial First Aid te introduceren als belangrijkste component van de hulpverlening naast levensreddende handelingen? Wat is de rol van zelfredzaamheid en risicocommunicatie hierin?	Het begrip Acute Psychosocial First Aid dient een integraal deel uit te gaan maken van rampenplanning; burgers en de gebruikelijke gezondheidsinfrastructuur dienen hierin de belangrijkste rol te spelen; goede risicocommunicatie door de juiste mensen maakt het verschil of Acute Psychosocial First Aid tot de gewenste resultaten leidt en geeft burgers de mogelijkheid adequaat te handelen. Psychosociale zorg in de acute fase bestaat uit praktische, sociale en emotionele ondersteuning.
<b>Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties</b>	Wat zijn de belangrijkste 10 punten voor de burger en de beleidsmakers om de medische gevolgen van overstromingen zo gering mogelijk te maken?	Binnen iedere stap in de veiligheidsketen zijn wat betreft de gevolgen van overstromingen verbeteringen mogelijk. Een belangrijke rol is weggelegd voor de zelfredzaamheid van de burger die hiertoe wel over de juiste informatie dient te beschikken. Analyses zijn nodig van wat de gevolgen van overstromingen (of evacuatie in geval van een dreigende overstroming) zijn voor de gezondheidsinfrastructuur, gezondheidszorg en toepasbaarheid van de gebruikelijke medische protocollen en werkwijzen.
<b>Ministerie van Defensie</b>	Kan er een gouden standaard ontwikkeld worden hoe aan gewonden zorg geleverd moet worden ("scoop and run" of "stay and play")? en zo niet, welke factoren spelen dan een rol bij de beslissing hoe te handelen?	Het ontwikkelen van een uniforme gouden standaard is niet mogelijk; de tijdsfactor blijkt niet altijd het enige antwoord; wel is duidelijk dat men in de voorste lijn een zo hoog mogelijk niveau van eerste hulp zou moeten hebben en dat een flexibele en integrale organisatie uiteindelijk in staat zou moeten zijn optimaal op te treden in de meeste situaties.
<b>Nederlandse Rode Kruis en Red Cross Climate Centre</b>	Welke kennis is op dit moment binnen de gezondheidsorganisaties aanwezig wat betreft de medische gevolgen van extreme weersomstandigheden? Hoe kan deze kennis verder worden ontwikkeld?	Binnen de gezondheidszorg is nauwelijks inzicht in de medische gevolgen van extreme weersomstandigheden. Organisaties binnen de gezondheidszorg hebben zich hier dus nog niet op voorbereid. Recente voorbeelden als de uitbreiding van malariagebieden en de hittegolven kunnen als voorbeeld gelden om de belangstelling hiervoor te triggeren.
<b>Onderzoeksraad voor Veiligheid</b>	Welke problemen ondervinden kwetsbare groepen tijdens rampen en op welke wijze zijn deze problemen te ondervangen?	Tijdens rampen worden de dagelijkse medische, psychologische en sociale problemen voor kwetsbare groepen uitvergroot en complexer. Op feiten gebaseerd inzicht is echter gering en gecoördineerd internationaal onderzoek is nodig om hier op de juiste manier mee om te gaan. Kennis over omgaan met niet-zelfredzamen tijdens rampen is verspreid over vele instellingen en op heel basaal niveau. Deze kennis moet bij elkaar gebracht worden en dient als uitgangspunt voor de verdere ontwikkeling.



Een basaal probleem bij het ontwikkelen van kennis zijn de verschillende (internationale) definities. Zo kreeg een discussie over Indicatoren in de rampengeneeskunde een onverwachte wending toen bleek dat de vier wetenschappers dit begrip op een ander manier invulden.

Belangrijke inhoudelijke stappen voorwaarts werden gemaakt tijdens de 7 Targeted Agenda Programs. Dit belangrijke programmaonderdeel werd als een nooit eerder beproefd concept uitgevoerd. De onderliggende visie is dat bij de huidige beperkte stand van de wetenschap maar een zeer beperkte groep wetenschappers op een hoog kennisniveau de stand van zaken kan aggregeren. De meeste kennis ligt bij deskundigen die slechts een of twee rampen hebben meegemaakt (de zogenaamde “n=1 deskundige”) en die meer op basis van ervaring dan op basis van onderzoek hun expertise profileren. Bij een dergelijke stand van zaken is het belangrijk in de zaal aanwezige expertise te activeren, de deskundigen met ervaring met elkaar in contact te brengen en op basis daarvan aan kennisontwikkeling en kennisvermeerdering te doen. De TAP’s werden gefinancierd en uitgevoerd door zeven belangrijke Nederlandse organisaties op het gebied van de GHOR, begeleidt door een TAP-coördinator. Aan de hand van een probleem en een vraagstelling die voorafgaand aan het congres waren ontwikkeld, kon men voor het congres begonnen was deelnemen aan discussies

via internet. Mede omdat de Nederlandse TAP-leaders er alles aan deden om de buitenlandse collega’s bij het proces betrokken te houden, kon tijdens het congres vervolgens een “warme start” gemaakt worden met de kennisuitwisseling over deze onderwerpen. Het experiment bleek te lukken. Alle TAP-groepen waren in staat tijdens de afsluitende plenaire sessie met concrete resultaten uit de TAP-sessies te komen. De betrokken Nederlandse organisaties zijn internationaal op de kaart gezet, inhoudelijk verder gekomen en kunnen in de toekomst gemakkelijker een rol blijven spelen. Er is toegezegd dat de bevindingen van de TAP’s in het voorjaar van 2008 gepubliceerd worden in een internationaal wetenschappelijk tijdschrift.

### Training

Met 15% van alle abstracts en zes sessies, waren scholing en training een belangrijk thema van het congres. Kenmerkend was dat de sprekers vooral ingingen op ambitieuze programma’s en leerdoelen en het benoemen van doelgroepen in een groeiende markt. Op kritische vragen betreffende de onderbouwing van de leerstof en doelmatigheid van de opleidingen en trainingen kon echter nauwelijks een antwoord gegeven worden. Deze vaststellingen zijn van groot belang, aangezien de GHOR aan de vooravond staat van het uitvoeren van grootse plannen op het gebied van opleiding, scholing >>>

en oefenen. Het lijkt raadzaam om dit proces vanaf het begin met erkende wetenschappelijke technieken in maat en getal vast te leggen. Hierdoor is bijtijds bijsturen van de doelmatigheid van de opleidingen mogelijk.

Tijdens de sessies over training kwam herhaaldelijk naar voren dat in de reguliere gezondheidsopleiding en gezondheidsinfrastructuur te weinig aandacht besteed wordt aan de CBRN problematiek. Op dit moment kan bijna nergens ter wereld een goede slachtofferhulp bij dergelijke rampen verwacht worden. Ook wordt scholing in de publieke gezondheidszorg essentieel geacht voor alle personen die werkzaam zijn in de urgentiegeneeskunde en rampeneeskunde. Goede scholing levert een belangrijke bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek: ongeveer 12% van alle abstracts was afkomstig van de (ex)studenten van de tweejarige Europese Master Opleiding in Disaster Medicine, een samenwerkingverband tussen de universiteiten van Leuven (België) en Piëmont (Italië). ([www.dismedmaster.org](http://www.dismedmaster.org))

### Networks

Voor veel Nederlandse deelnemers was de uitgebreidheid en variatie van het deskundigheidsnetwerk van de rampeneeskunde, zoals dit zich op wereldniveau aan het ontwikkelen is, een grote verrassing. In de rampeneeskunde komen verschillende partijen samen, en soms moeten grote verschillen in cultuur overbrugd worden: tussen klinisch werkzame artsen en artsen op het

gebied van de publieke gezondheidszorg; tussen gezondheidszorg en crisisbeheersing; tussen overheid, non-governmental organisaties (NGO) en de commerciële sector; tussen civiele en militaire organisaties. Maar ook tussen basale gezondheidsrechten en hightech oplossingen. Het congres bood alle gelegenheid om interdisciplinaire netwerken te ontwikkelen en verschillende organisaties en bedrijven hebben daar doelgericht gebruik van gemaakt.

Dat interactie en netwerken belangrijk gevonden worden, werd al duidelijk tijdens de opening door Hare Koninklijke Hoogheid Prinses Margriet die, als vice-voorzitter van het Nederlandse Rode Kruis, de eerste penseelstreken plaatste op een groot wit doek met de oproep aan alle deelnemers om hier gezamenlijk een mooi schilderij van te maken. Maar ook het sociale programma en de lunches met de key-note speakers brachten voor de deelnemers inspirerende en nuttige contacten. Gezien het grote belang van netwerken was het overigens jammer dat het voor deskundigen uit ontwikkelingslanden om financiële redenen nog steeds onmogelijk blijkt om dergelijke internationale congressen bij te wonen.

### Profilering voor Nederland

Een van de doelstellingen van het congres, zoals in 2001 geformuleerd, was om trots te laten zien wat wij inmiddels in Nederland tot stand gebracht hebben op het gebied van de GHOR. Verschillende Nederlandse deskundigen en organisaties leverden daarom inhoudelijke bijdragen en



Prof.dr. Marvin Birnbaum, voorzitter van de World Association of Disaster and Emergency Medicine (WADEM): “Het WCDEM congres in Amsterdam heeft een grote bijdrage geleverd aan de begripvorming waar het bij rampengeneeskunde nu eigenlijk over gaat. Vanuit verschillende invalshoeken is tijdens het congres duidelijk geworden dat zich een integrale benadering van rampengeneeskunde aan het ontwikkelen is. Multidisciplinaire communicatie is essentieel. Dit lukte goed tijdens het congres door het scheppen van een open atmosfeer en veel aandacht voor interactie tussen deelnemers. Tevens werd duidelijk dat geen enkele medische discipline de eigenaar is van rampengeneeskunde of dat een bepaald aspect belangrijker is dan een ander aspect. Birnbaum stelde tijdens het congres vast: “De consequentie van dit

inzicht is dat minder aandacht besteed moet worden aan de oppervlakkige zaken van de rampengeneeskunde (zoals hoe te handelen bij een terroristische aanslag, hoe moet een trainingsprogramma eruit zien), maar veel meer aandacht besteed moet worden aan de essentie: wat maakt een ramp voor een arts of een werker in de publieke gezondheidszorg nu zo anders dan zijn normale werk, welke infrastructuur in de gezondheidszorg is het beste bestand ten tijde van een ramp”. Birnbaum stelt ook dat “De wetenschap in de rampengeneeskunde met het verschaffen van nuttige informatie behulpzaam kan zijn. Bijvoorbeeld door standaarden te formuleren over het niveau van medische zorg, training en onderzoek”. Hij verwacht met name wetenschappelijke doorbraken op het gebied van de impact van opleiding en training.

ruim 100 Nederlanders waren bij de voorbereidingen in een van de negen congrescommissies, als spreker, of als sessievoorzitters betrokken. De steun van de directie Publieke Gezondheidszorg van het ministerie van VWS was essentieel om het congres mogelijk te maken en te laten slagen. De zeven organisaties die leiding gaven aan het Targeted Agenda Program (TAP) hebben een duidelijk stempel op het congres geplaatst.

Het Brandwondencentrum Beverwijk besteedde onder meer aandacht aan de ervaringen die opgedaan zijn met de brand in Volendam. Hierbij was ook professor Fionna Wood als key-note speaker betrokken. Zij was verantwoordelijk voor de Australisch slachtoffers van de Bali-bombing. Zij kreeg hiervoor internationale erkenning en werd Australian of the Year in 2005.

Het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM had een interactief scenariospel ontwikkeld waaraan ongeveer 100 personen deelnamen die allen een rol kregen “in the hot seat” van een aantal nationale en internationale crisiscentra tijdens een wereldwijde uitbraak van influenza pandemie. Dit “spel” verliep uiterst boeiend waarna de resultaten met Nederlandse en internationale experts geëvalueerd werden. ([www.rivm.nl/cib/algemeen/oefenbank](http://www.rivm.nl/cib/algemeen/oefenbank)) Ook tijdens een key-note presentatie door prof.dr. Ab Osterhaus en in verschillende sessies waarin Nederlandse deskundigen acte de présence gaven kwam de expertise van Nederland aan de orde. De internationaal erkende expertise die Nederland inmiddels heeft ontwikkeld op het gebied van de psychosociale nazorg, en de lessen die op dit onderwerp geleerd zijn na Bijlmer, Enschede en Volendam, kwamen in verschillende discussiesessies en presentaties duidelijk voor het voetlicht.

Amsterdam was als gaststad niet alleen in de spaarzame vrije uren goed zichtbaar. Burgemeester Job Cohen verwelkomde de gasten bij de aanvang van het

wetenschappelijke programma. GHOR Amsterdam sloot het congres af met een goed georganiseerde demonstratie waarbij de zelfredzaamheid het centrale thema was. In de congreskast was een boekje beschikbaar over de *Public response to disasters* en na het congres werd aan alle deelnemers een DVD ter beschikking gesteld.

#### Samenvattend

Het 15th World Congress on Emergency and Disaster Medicine in Amsterdam van 13-16 mei 2007 is er in geslaagd om bijna 1000 deskundigen op het gebied van de urgentiegeneeskunde en rampengeneeskunde bij elkaar te brengen, waaronder belangrijke experts en organisaties. De evaluatie van het congres door de deelnemers was ongebruikelijk goed. Waarschijnlijk omdat, naast overdracht van kennis en ervaring in een goed wetenschappelijk programma, bijzonder veel interactie heeft kunnen plaats vinden tussen de deelnemers. De aanwezige Nederlandse deskundigen hebben kennis kunnen maken met personen en gegevens uit het buitenland. De buitenlandse deskundigen weten nu wat zich in Nederland afspeelt. Het is te verwachten dat het congres een belangrijke stap is geweest op de ontwikkeling van de inhoud van de GHOR. GHOR Nederland, de GHOR academie, het RIVM, het VU medisch centrum en de zeven TAP organisaties zullen de vruchten kunnen plukken, mede met hulp van de internationale contacten, bij het ontwikkelen van robuuste onderzoeksprogramma's. Het 16th World Congress on Emergency and Disaster Medicine is in Victoria (Canada) van 12-15 mei 2009 ([www.wcdem2009.org](http://www.wcdem2009.org)).

*prof.dr. J.J.L.M. Bierens MCDM,*  
hoogleraar urgentiegeneeskunde, afdeling anesthesiologie VU  
medisch centrum en voorzitter Local Organising Committee  
WCDEM2007

# Emergency Management en Emergency Medicine – Hoeveel bent ú waard? Verschillende benaderingen van (verlies aan) mensenlevens in de crisisbeheersing

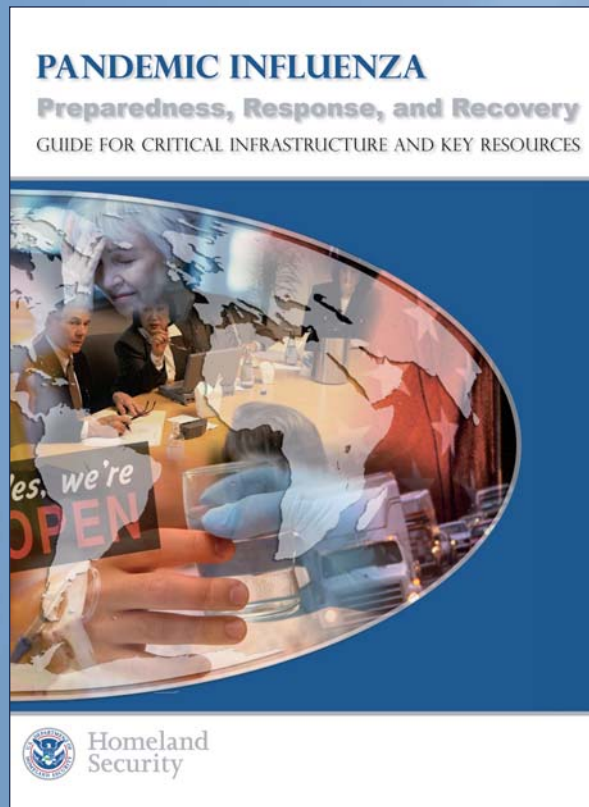
## Inleiding en begripsbepaling

Wat is een mensenleven waard? We hebben, ook in deze column, het er wel eens eerder over gehad, maar een echt brede discussie over dit soort vragen blijft vooralsnog uit. Waarom?

- *Waarom investeren we eigenlijk überhaupt in Emergency Management?*
- *En hoe bewijzen we het rendement van deze investeringen, wat is onze 'Return-On-Investment'?*

Ofwel:

- *Wat willen we nu eigenlijk met z'n allen?*
- *Hoe goed is 'goed genoeg'?*



Deze column gaat over de factor “mens” in de crisisbeheersing. Een discussie dus die ook de GHOR (Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen) raakt, de zogenaamde “witte” kolom van de hulpverlening bij rampen, crises, emergencies, en wat zo meer. Ongevallen, desastres, Katastrophen, complex emergencies en urgences. De toren der semantiek, Babel revisited. *Medicine and Management, will the twain ever meet?*

## Volksgezondheid en crisisbeheersing

Vanuit de medische hoek wordt al decennia lang het begrip *Disaster Medicine* gehanteerd. Helaas niet vanuit een systeemoptiek, maar vanuit de dagelijkse, klinische praktijk. Dus hebben we het over triage, reanimatie, toxicology, (poly)trauma, helicopters, enzovoorts. Veelal gericht op de respons fase met een beetje post-traumatische stress erna. Vanuit de crisisbeheersing werd (wordt) de volksgezondheid vaak behandeld als een ondergeschoven kindje. Dat haalt je de koekoek, want in de meeste landen worden rampen immers door andere ministeries als dat van Volksgezondheid aangestuurd. “rampen” ministeries in andere landen hebben dat beleid onlangs moeten bijstellen, want naast terrorisme en water/global climate change, staat nu ook de pandemie hoog op de politieke agenda. In Amerika zijn het Witte Huis, DHHS (Department of Health and Human Services) en het CDC (Center for Disease Control) al jaren bezig met het ontwikkelen van plannen, zoals ook – en vooral – rond een *National Strategy for Pandemic Influenza*. Overigens is de Europese tegenhanger van het CDC in Stockholm gevestigd en heet *European Center for Disease Prevention and Control*. Ooit van gehoord? Ergo, we gaan het hebben over de spoedeisende medische hulpverlening bij rampen zoals die ook het onderwerp van gesprek was tijdens het onlangs in Nederland gehouden congres van WADEM, de World Association of Disaster and Emergency Medicine. Terugkijkend met inmiddels toch alweer een aantal jaren



ervaring aan beide kanten van de kloof tussen het 'emergency management' en 'emergency medicine', springt een aantal zaken je direct tegemoet.

### “Medische mensen denken anders...”

Is ook zo. De meeste medische opleidingen gaan nog steeds uit van de primaire gedachte dat “alle middelen beschikbaar moeten zijn om één mensenleven te (kunnen) redden”. *Florence Nightingale all the way*. Terwijl allang bekend is dat bij elke crisis of ramp de feitelijke afweging een geheel andere is: “Hoe kunnen we met beperkte middelen het maximale resultaat bereiken voor de grootste groep(en) mensen?” Als dat laatste namelijk anders zou zijn, is er geen sprake van een ramp of crisis. Dus, bij een ramp kun je niet iedereen redden, je moet prioriteiten stellen. Men denkt vanuit het “systeem”, niet langer vanuit het “individu” of de patiënt. En er zijn vele medische beroepsgroepen voor wie deze omslag in het denken erg moeilijk is. Zo kan ik me een recent congres in Nederland herinneren alwaar een GHOR-arts resoluut stelde dat hij zich nooit door wie dan ook zou laten vertellen waar en hoeveel ambulances ingezet zouden worden, want dat viel geheel onder zijn beslisbevoegdheid. Tja, hoe zat dat ook weer met ‘eenduidige gezagsvoering’?

### “Emoties, emoties, emoties...”

Op vele congressen, inclusief dat van WADEM, ligt de nadruk veelal op de logisch-rationele, wetenschappelijke aspecten van het handelen, **het doen**. Maar hoe zit het eigenlijk met **het denken**? En hoe gaan we om met emoties? Hier een kleine test.

#### VRAAG 1: Wanneer er meerdere slachtoffers zijn, wat gaat u doen?

- Gaat u dan naast één van de slachtoffers zitten, pakt zijn hand en spreekt u hem bemoedigend toe?
- Of gaat u aan het individu voorbij en aan de slag om eerst maar eens te kijken wat er nu precies binnen het getroffen gebied aan de hand is en hoeveel mensen nu welk soort hulp behoeven?
- Of is het eerste dat u doet het mobieltje pakken om zich te verzekeren dat uw eigen partner, gezin of familieleden ongedeerd zijn?
- Of gaat u naar huis, sluit ramen en deuren en wacht op nader nieuws via de radio of TV?

#### VRAAG 2: Wanneer u, of de uwen, zelf slachtoffer zijn, wat zou u het meest op prijs stellen dat anderen zouden doen?

- Dat zij naast u gaan zitten, uw hand vasthouden en u bemoedigend toespreken?
- Dat zij aan u voorbijtrekken en aan de slag gaan om eerst maar eens te kijken wat er nu precies binnen het getroffen gebied aan de hand is en hoeveel mensen nu welk soort hulp behoeven?



- Dat zij via het mobieltje contact opnemen met uw partner, gezin of familie?
- Dat zij naar huis snellen, de ramen en deuren sluiten en wachten op nader nieuws via de radio of TV?

#### Amerika versus Europa

Zoals wel vaker gesteld, zou men de federale regeringslaag van de USA in feite moeten vergelijken met de Europese Unie en niet met individuele Europese landen. Als Nederland net zo groot is als de staat Maryland, waar hebben we het dan eigenlijk over? Zo zou men in Washington DC (en in Brussel?) kunnen redeneren. Hét grote verschil tussen ‘Europa’ en ‘Amerika’ is uiteraard dat men in Amerika het *Department of Homeland Security* (DHS), een soort Superministerie voor Veiligheid, heeft. Maar er is meer.

- **Emergency Medicine** is in Amerika een volledig erkend, eigen specialisme binnen de gezondheidszorg. In vele landen van Europa is dat (nog) niet het geval. Deze erkenning betekent niet alleen dat er wetenschappelijk onderzoek gedaan kan worden maar ook dat er een carrière perspectief bestaat voor jonge artsen (en verpleegkundigen).
- **Emergency Management** is in Amerika een erkende academische opleiding en een beschermde beroepsaanduiding, de CEM, oftewel de Certified Emergency Manager. In vele landen van Europa is dat (nog) niet het geval. Deze erkenning betekent niet alleen dat er wetenschappelijk onderzoek gedaan kan worden maar ook dat er een carrière perspectief bestaat voor jonge managers en andere ‘professionals’.

>>>

The International Partnership on Avian and Pandemic Influenza stands in support of multinational organizations. Members of the Partnership have agreed that the following 10 principles will guide their efforts:

- 1 International cooperation to protect the lives and health of our people;
- 2 Timely and sustained high-level global political leadership to combat avian and pandemic influenza;
- 3 Transparency in reporting of influenza cases in humans and in animals caused by virus strains that have pandemic potential, to increase understanding and preparedness and especially to ensure rapid and timely response to potential outbreaks;
- 4 Immediate sharing of epidemiological data and samples with the World Health Organization (WHO) and the international community to detect and characterize the nature and evolution of any outbreaks as quickly as possible, by utilizing, where appropriate, existing networks and mechanisms;
- 5 Rapid reaction to address the first signs of accelerated transmission of H<sub>5</sub>N<sub>1</sub> and other highly pathogenic influenza strains so that appropriate international and national resources can be brought to bear;
- 6 Prevent and contain an incipient epidemic through capacity building and in-country collaboration with international partners;
- 7 Work in a manner complementary to and supportive of expanded cooperation with and appropriate support of key multilateral organizations (including the WHO, Food and Agriculture Organization and World Organization for Animal Health);
- 8 Timely coordination of bilateral and multilateral resource allocations; dedication of domestic resources (human and financial); improvements in public awareness; and development of economic and trade contingency plans;
- 9 Increased coordination and harmonization of preparedness, prevention, response and containment activities among nations, complementing domestic and regional preparedness initiatives, and encouraging where appropriate the development of strategic regional initiatives; and
- 10 Actions based on the best available science.

Bron: [www.pandemicflu.gov](http://www.pandemicflu.gov)

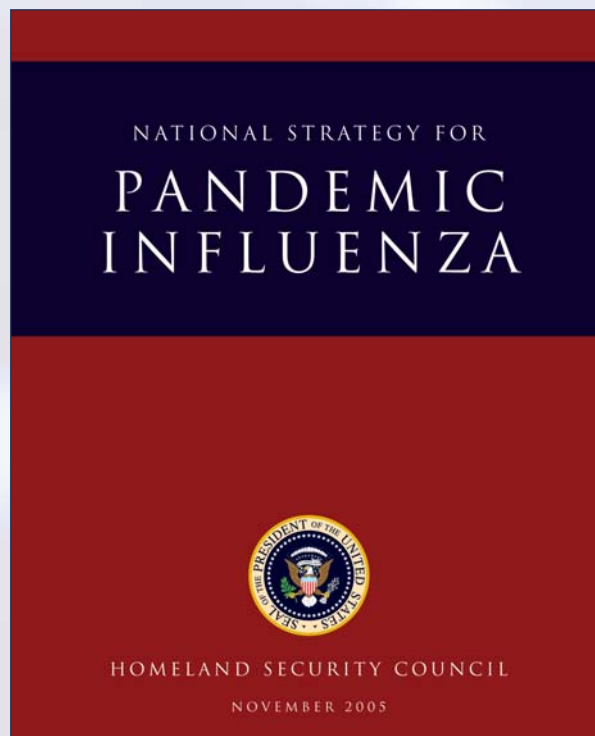
### **Pandemics, pandemie, pandemonium?**

Op 1 november 2005 onthulde President Bush zijn *National Strategy for Pandemic Influenza*. In het achttien pagina's tellende rapport werd duidelijk aangegeven dat zijn regering het 'looming danger' te lijf wilde gaan op basis van de volgende drie 'pijlers':

- 1 Preparedness and Communication
- 2 Surveillance and Detection
- 3 Response and Containment

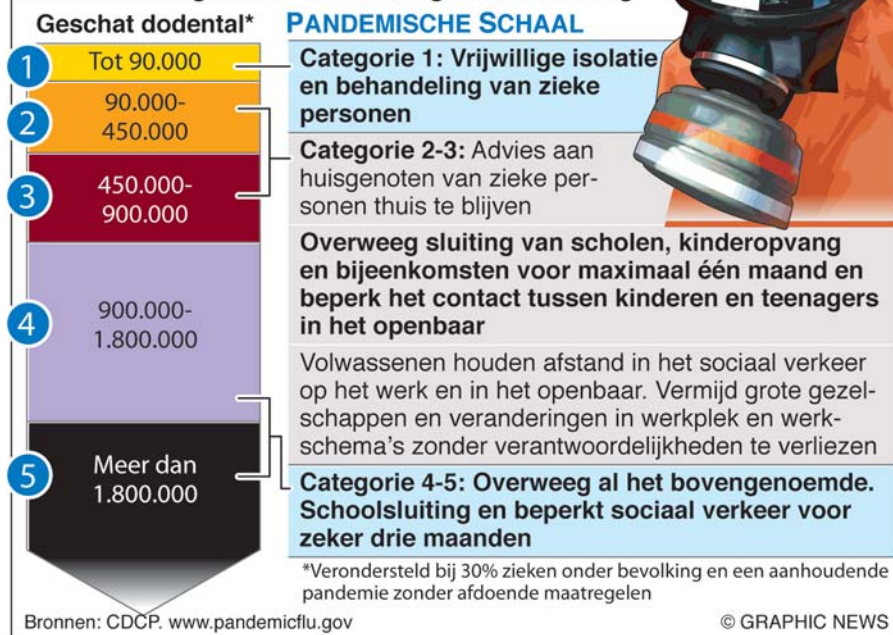
Ik zal u verder niet vermoeien met de inhoud, want dat is voor u eenvoudig na te lezen op <http://www.whitehouse.gov/homeland/pandemic-influenza.html>

Waarom is nu eigenlijk iedereen zo bang voor een toekomstige pandemie? Niet vanwege het aantal slachtoffers dat we gezien hebben met SARS of de vogelgriep, want dat verbleekt vergeleken met – om maar iets te noemen – het aantal slachtoffers in 'het verkeer' en via de 'gewone' griep. Want zowel in de VS als in Europa zijn dat er ca. 60.000 - 80.000 per jaar. Wat is het dan wel? Als er inderdaad een pandemie zou komen, kan deze zo snel om zich heen grijpen dat de 'normale' interventie-technieken in de crisisbeheersing nutteloos zijn. Dit geldt dan ook voor de gangbare praktijk dat alle andere landen het getroffen gebied of land gaan helpen. Want als alle landen tegelijk getroffen worden zijn er geen 'helpers' meer. De Amerikanen schatten dat de laatste 'echte' griep-pandemie in 1918/1919 zo'n 40 miljoen mensenlevens kostte. Als je dat gaat vertalen naar de huidige situatie, kom je uit op schrikbarende aantallen doden. En hoe ga je als bestuurder of beleidsverantwoordelijke de bevolking mededelen dat je tijdens een pandemie eigenlijk niets voor hen kunt betekenen? Hoe ga je uitleggen of rechtvaardigen dat als het erop aankomt de bevolking zichzelf maar moet zien te redden? Dat kun je niet. Dus ga je een National Strategy bedenken. Ik citeer toch maar even uit het rapport:



## Pandemische schaal moet besmetting beperken

De Amerikaanse overheid zal de ernst van een komende griep-pandemie uitdrukken in een schaal, vergelijkbaar met de manier waarop weerkundigen de kracht van orkanen duiden. Door het gebruik van de schaal kan de bevolking beter worden voorgelicht over de te nemen maatregelen ter voorkoming van besmetting



“...The next pandemic is likely to come in waves, each lasting months, and pass through communities of all size across the nation and world. While a pandemic will not damage power lines, banks or computer networks, it will ultimately threaten all critical infrastructure by removing essential personnel from the workplace for weeks or months.”

In de jaren die volgden op de onthulling van de National Strategy, hebben George W. Bush en de zijnen regelmatig bericht over voortgang en resultaten. Zo claimt het Witte Huis dat inmiddels 97% van alle doelstellingen behaald zijn en, als saillant detail, dat er inmiddels 434 miljoen dollar beschikbaar is om meer dan 70 andere landen te helpen met hun pogingen om de alom verwachte pandemie te voorkomen. Wat dat allemaal betekent in de praktijk blijft vooralsnog onduidelijk.

### Ter afsluiting

Op de een of andere manier blijft de indruk bestaan, ook tijdens de congressen zoals die van WADEM, dat als er een pandemie of een andere crisis met rampzalige gevolgen zou plaatsvinden, hulpverleningsinstanties en organisaties intact blijven en gewoon hun plicht blijven doen. Ervaring en gezond verstand geven echter iets anders aan. Hulpverleners zijn ook mensen en kunnen dus geheel andere prioriteiten hebben dan hun werk. En of ze nu wegvlugten met have en goed voor het naderende onheil, of ze nu zelf slachtoffer zijn of dat hun werkplek niet meer bestaat, doet nu even niet terzake.

Het gaat erom dat je dit soort overwegingen zou moeten meenemen in de planning en voorbereiding voor crises van welke aard ook. En dat gebeurt vaak niet of nauwelijks. Natuurlijk is de volksgezondheid van enorm belang maar als een pandemie inderdaad de sociale disruptie veroorzaakt die iedereen vreest, dan zijn de gezondheidsinstellingen minstens zo kwetsbaar als winkels, banken, scholen, restaurants, overheidsgebouwen en -instellingen, postkantoren en politiebureaus. “Minstens”? Ja zeker, want het gaat immers niet alleen om de opvang van nieuwe patiënten, maar ook waar je met de bestaande patiënten naar toe moet. Op welk moment moet je welk personeel inzetten om patiënten waarheen te evacueren? En als ‘transport’, ‘energie’ en ‘communicatie’ niet langer mogelijk zijn, wat dan? Hoe bereik je die medewerkers die nog wel aanwezig zijn? En hoe komen zij dan naar het ziekenhuis? Is er nog wel een ziekenhuis? En als dat wel het geval is, wat voor (nood)voorraden zijn er? Water? Voedsel? Medicamenten? Generatoren? Mensen? Communicatie? Plannen? Hoeveel bent ú dan waard?

**Eelco H. Dykstra, MD,**

Professor (visiting) in International Emergency Management Institute for Crisis, Disaster and Risk Management (ICDRM), George Washington University, Washington D.C. ([edykstra@gwu.edu](mailto:edykstra@gwu.edu))

# Vorbereidingen in het Verenigd Koninkrijk op een griep пандemie

De kans op een wereldwijde influenza-epidemie (pandemie) vormt een reële en afschrikwekkende bedreiging voor het economisch en sociaal welzijn van elk land en een ernstig gevaar voor de volksgezondheid. Door nu plannen uit te werken wordt paniek voorkomen en kan ontwrichting in een later stadium worden beperkt. De regering van het Verenigd Koninkrijk zal daarom elke praktische en proportionele maatregel blijven treffen om voorbereid te zijn op een pandemie en de gevolgen ervan voor de volksgezondheid en andere sociaaleconomische effecten te beperken. Overheidsinstanties en alle publieke en private organisaties hebben daarom het verzoek gekregen een inschatting te maken van de mogelijke gevolgen op hun werkterrein en plannen op te stellen voor hun respons alsmede maatregelen om zo lang en voor zover mogelijk operationeel te blijven.



## Een nationale strategische aanpak

Aangezien het een nieuw type of subtype van het influenza-virus betreft dat een pandemie zal veroorzaken, zullen de precieze kenmerken en gevolgen pas ten volle duidelijk worden zodra het virus de kop opsteekt. Daarom zullen bepaalde aannames over de impact van een pandemie – en bepaalde veronderstellingen over de mogelijke respons van de regering – nodig zijn om proportionele planning mogelijk te maken. Het Department of Health (DH), het Britse ministerie van Volksgezondheid, neemt het voortouw bij het maken van de overheidsplannen onder leiding van Prof. Lindsey Davies, National Director of Pandemic Influenza. DH is tevens rechtstreeks verantwoordelijk voor de effectiviteit van maatregelen ten behoeve van de volksgezondheid en legt momenteel de laatste hand aan de overstap van het huidige plan voor de volksgezondheid (dat stamt uit oktober 2005) naar een nieuw nationaal beleidsplan ('national framework') voor de volksgezondheid en algemene maatregelen, dat wordt ondersteund door gedetailleerdere richtlijnen inzake ethische aspecten en de planning van maatschappelijke zorg en de dienstverlening door ziekenhuizen, de gemeenschapsdiensten en ambulances.

Het nationaal beleidsplan dient de integrale respons en plannen voor de continuïteit in alle sectoren te bevorderen en de aanzet te geven tot de ontwikkeling van organisatorische en gemeenschapsplannen die voldoende flexibiliteit bieden

om te beantwoorden aan de situatie ter plaatse maar tegelijkertijd consistent genoeg zijn voor een billijke maar duurzame nationale aanpak. Het Cabinet Office en de gedecentraliseerde overheidsorganen in Schotland, Noord-Ierland en Wales en andere instanties van de centrale overheid – die verantwoordelijk blijven voor de ontwikkeling en coördinatie van geplande maatregelen voor hun gebieden en sectoren – en het Health Protection Agency ondersteunen DH bij deze taak.

## Een integrale en gecoördineerde operationele respons

Organisaties die primaire gezondheidszorg verlenen, afzonderlijke ziekenhuistrusts en andere health trusts<sup>1</sup> zijn met name verantwoordelijk voor de operationele planning van de plaatselijke gezondheidszorg in Engeland, op regionaal niveau gecoördineerd door de Strategic Health Authorities. De maatschappelijke zorg behoort primair tot de verantwoordelijkheid van de lokale overheid. In het nationaal beleidsplan wordt vooral de noodzaak van de integratie van planning voor de gezondheidszorg met die voor de maatschappelijke zorg benadrukt. Er zijn regionale en lokale paraatheidsmaatregelen vastgesteld om te waarborgen dat de plannen en maatregelen op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke zorg worden afgestemd op en ondersteund door de andere instanties en organisaties die belast zijn met het aanpakken van de andere gevolgen en ontwrichtende problemen van een pandemie.

<sup>1</sup> Noot vertaler: de gezondheidszorg in het VK is georganiseerd in trusts, gedecentraliseerde organen die zorg dragen voor de financiering en exploitatie van de instellingen.

## Blijf thuis als u ziek bent

Het voornaamste doel van de gezondheidszorg is te waarborgen dat alle patiënten met symptomen voor wie geen specifieke contra-indicaties gelden snel (binnen 12 tot 24 uur) toegang hebben tot antivirale geneesmiddelen. Momenteel is de nationale voorraad van oseltamivir (Tamiflu) toereikend voor 25% van de bevolking. Er zijn noodmaatregelen getroffen om prioriteiten te stellen indien het aantal mensen met symptomen hoger ligt dan dat percentage.

Zodra vastgesteld is dat de uitbraken pandemische vormen aannemen, zal het snel toenemende aantal patiënten ertoe noodzaken dat de eerste beoordeling en behandeling vooral een pragmatisch karakter krijgen en zal de inzet van de behandelend artsen verlegd moeten worden naar het behandelen van patiënten die bijzondere risico's lopen of lijden aan de complicaties van influenza. Uitgangspunt van de aanpak in het VK is daarom dat iedereen die klaagt over griepverschijnselen geadviseerd wordt thuis te blijven, zodat de verspreiding van het virus zo veel mogelijk wordt beperkt, en contact op te nemen met een speciaal daarvoor opgezette nationale griep hulplijn. De medewerkers van de hulplijn hanteren een klinisch protocol om een eerste diagnose te stellen en kunnen een vriend of familielid machtigen de antivirale geneesmiddelen voor de patiënt op te halen bij een lokaal distributiecentrum of in uitzonderlijke gevallen regelen dat de geneesmiddelen worden thuisbezorgd. Patiënten met complicaties of

contra-indicaties en kinderen jonger dan 3 worden voor de diagnose verwezen naar hun huisarts.

Hoe goed de plannen van de overheid en andere organisaties ook zijn uitgewerkt, de essentiële dienstverlening staat of valt met de actieve ondersteuning en medewerking van de bevolking en individuele personen. Een belangrijk wapen in dit paraatheidsproces in het VK is de bevolking te betrekken bij het uitwerken van strategieën en mensen aan te moedigen de adviezen van de overheid op te volgen en een goede hygiëne in acht te nemen en hen ervan te doordringen dat zij zichzelf, hun familie en anderen moeten helpen.

## Oefenen met noodplannen

De regering legt ook veel nadruk op het regelmatig oefenen met en bijhouden van responsplannen op lokaal en nationaal niveau. Er heeft al een aantal nationale oefeningen met alle belangrijke partners plaatsgevonden. Bij de laatste – “Winter Willow”, die uit twee delen bestond en afgerond werd in februari 2007 – waren meer dan 5000 personen betrokken; het was de grootste civiele rampen-oefening die ooit in het VK heeft plaatsgevonden.

De belangrijkste conclusies die daaruit getrokken konden worden betroffen met name de volgende punten:

- noodzaak crisisbeheersing en -coördinatie op alle niveaus te verbeteren;
- noodzaak de voorlichting aan het publiek verder te verbeteren en de huidige communicatiestrategieën te intensiveren;
- noodzaak onzekerheden aan te pakken en beleid en strategieën op zowel nationaal als lokaal niveau op bepaalde terreinen verder te ontwikkelen;
- de belangrijkste risico's hangen samen met het overeind houden van de vitale nationale infrastructuur en operationele continuïteit in alle sectoren zolang een pandemie voortduurt.

Deze conclusies worden nu gebruikt voor de nieuwe versie van het nationaal beleidsplan dat dit najaar zal worden gepubliceerd.

## Verdere informatie

Een concept van het nationaal beleidsplan van het VK, de bijbehorende documenten en ander materiaal met betrekking tot de maatregelen van het VK bij een influenza-pandemie zijn te vinden op: [www.dh.gov.uk/pandemicflu](http://www.dh.gov.uk/pandemicflu).

**Gron Roberts,**  
National Influenza Pandemic Preparedness Team,  
Department of Health

# PANDEMIC INFLUENZA AND YOU

An influenza pandemic occurs when a new flu virus emerges among humans and spreads easily from person to person. Because the virus is new to humans, people have little or no immunity to it and the virus spreads worldwide. It is not possible to predict with certainty when the next flu pandemic will occur or how severe it will be, but the time to plan is now.

**You can take some simple steps NOW to prepare**

You can:

- 1. PRACTICE GOOD HYGIENE.**  
Wash your hands frequently with soap and water. Use a tissue when you cough or sneeze. Stay away from others when you are sick. Developing good hygiene habits now could help in the event of an influenza pandemic.
- 2. BE READY FOR AN EMERGENCY.**  
Store a two-week supply of water and food. Have prescription and nonprescription drugs and other health supplies on hand, including pain relievers and cold medicines.
- 3. KNOW YOUR COMMUNITY AND WORKPLACE PLANS.**  
Find out what your elected officials, workplace, school, congregation and other community groups are doing to prepare for an influenza pandemic.

By taking these steps, you will be better prepared for a pandemic and other emergencies.

It's important for everyone to know what to do about pandemic flu. For more information on how to protect yourself and your family, visit [PandemicFlu.gov](http://PandemicFlu.gov) or call 1-800-CDC-INFO.

**In a severe influenza pandemic**


- Many people would become sick and would be unable to go to work or to public gatherings;
- Many others would have to stay at home to care for sick family members; and
- Many people would die.

As a result, businesses and schools might close, and basic services, including transportation and food delivery, may be disrupted.

It is important that families and communities be prepared for an influenza pandemic.

[PandemicFlu.gov](http://PandemicFlu.gov)  
1-800-CDC-INFO

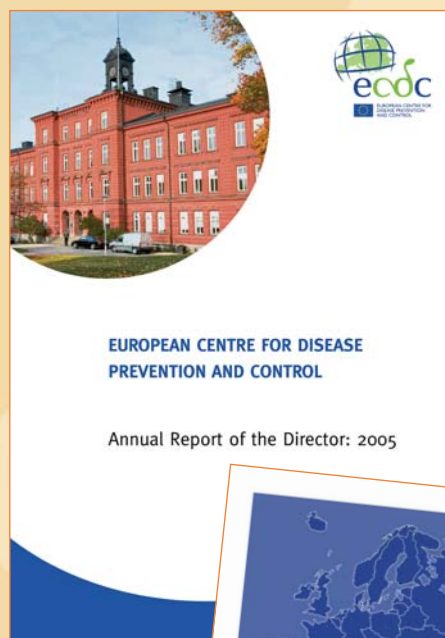
Know What To Do About Pandemic Flu



# EU bereidt zich voor op influenzapandemie

## Er is al veel gedaan, maar we zijn er nog niet

Sinds begin 2005 wordt in Europa net als elders in de wereld hard gewerkt aan maatregelen om beter voorbereid te zijn op pandemieën. Oppervlakkig beschouwd zijn voor een doeltreffende aanpak drie P's vereist: Plannen, Paraatheid en Praktijk(oefeningen), maar achter deze drie letters gaat een complexe agenda schuil (tabel 1); men schat dan ook in dat landen ten minste vijf jaar van intensieve inspanningen nodig zullen hebben om voldoende paraat te zijn. Het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en de Commissie hebben tezamen met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de landen zelf voortvarend gewerkt aan een allesomvattende strategie ten behoeve van de gehele Europese regio om de paraatheid wat betreft pandemieën te verbeteren. Aan de hand van door de WHO en de Commissie opgestelde richtlijnen is een standaardprocedure uitgewerkt om landen te helpen hun paraatheid vast te stellen.<sup>1</sup> Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een samenwerkingsstrategie met door ECDC gecoördineerde bezoeken door combinaties van ECDC-teams met nationale teams die dezelfde doelen en grondregels hanteren. Op deze manier kunnen landen hun eigen paraatheid vaststellen aan de hand van een gezamenlijk model dat gebaseerd is op de normen van de WHO en de EU. De gedachte hierachter is vooral dat bij deze beoordelingen strikt te werk wordt gegaan en landen geholpen worden lacunes op te sporen en plannen van aanpak op te stellen voor het land en ECDC voor de aankomende twee tot drie jaar. Dit vereist een zorgvuldige voorbereiding, waarbij prioriteiten voor de beoordeling worden vastgesteld en tot slot het opstellen van een gezamenlijk rapport dat onderschreven wordt door de betrokken partijen van het desbetreffende land. De bezoeken zelf duren slechts een paar dagen, maar vormen de kern van een proces dat maximaal vier maanden in beslag kan nemen van de eerste planning tot het inleveren van het eerste gezamenlijke rapport. Zeer nuttige bijdragen komen van specialisten van andere landen die het zelfevaluatieproces reeds hebben doorlopen. Bij elk bezoek zijn innovaties of goede praktijken naar voren gekomen die het waard zijn aan de andere landen te melden, opdat heel Europa ervan kan profiteren; dit wordt aangeduid als de *Member State to Member State Approach* van ECDC.



De filosofie was tot dusver dat er vanzelfsprekend nationale plannen nodig zijn, maar dat daarmee niet kan worden volstaan. Bij het aanpassen van nationale plannen kunnen belangrijke lacunes worden ontdekt, maar ook dat is niet voldoende om de paraatheid vast te stellen. Met behulp van de zelfevaluaties wordt dus bepaald of de feitelijke paraatheid is aangepakt (tabel 1), bijvoorbeeld door middel van een voortdurend aan ontwikkeling onderhevige serie

<sup>1</sup> WHO Global Influenza Preparedness Plan en WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning, Geneve 2005. ECDC Pandemic Preparedness EU Country Self Assessment Procedure and Tool (2006).

Tabel 1 Voorbereidingen op een pandemie – een complexe agenda

Categorie	Bijzonderheden	
Vorbereiding op noodsituaties	Nationale plannen	Lokale plannen en planning
	Nationaal planningscomité (gezondheidszorg)	Federale/nationale structuren
	Premissen voor pandemie	Structuren voor bevelvoering en controle
	Planningsinstrumenten	Opwaartse en neerwaartse activeringsmechanismen
	Ethisch discours	Betrokkenheid van politiek
Toezicht en monitoring	Virologisch toezicht	Monitoringdiensten
	Formuleren van eerste parameters	Ernst van de pandemie
	<i>Now-casting en Forecasting</i>	Serologische activiteiten
Casusonderzoek en behandeling	Primaire zorgverlening	Ziekenhuisdiensten
	Essentiële voorraden	Intensive care en beademingsapparaat
	Uitrusting voor persoonlijke bescherming	Formuleren en verlenen van kerndiensten
	Bescherming en vertrouwen van medewerkers	Bescherming en vertrouwen van medewerkers
	Strategie bij en verstrekken van antivirale middelen	Behandelingsstrategie.
Beperken van verspreiding onder bevolking (mitigatie)	Maatregelen op het gebied van de volksgezondheid	Humane vaccins tegen aviaria influenza (pre-pandemie)
	Maskers voor eenieder of alleen risicogroepen?	Sluiten van scholen
	Soorten maskers	Nationale bijeenkomsten en evenementen
	Persoonlijke hygiëne	Reisadviezen
	Essentiële ziekenhuisdiensten	Multisectorale planninggroep op nationaal niveau
Handhaven van essentiële diensten	Identificeren en beschermen van kwetsbare groepen	Inschakelen van bedrijfsleven
	Continuïteitsplannen	Identificeren van essentiële medewerkers/functies
Onderzoek en beoordeling	Wijzen van overdracht van influenza	Operationeel onderzoek (bijv. levering van antivirale middelen)
	Beoordeling tijdens een pandemie	Opstelling van overheid en deskundigen
	Voorspellen van gedrag tijdens een pandemie	Monitoring van media en reactie op geruchten
Oefeningen en herziening/toetsing	Nationale oefeningen	Nationale strategie voor oefeningen
	Internationale oefeningen	Oefeningen
	Grensoverschrijdende oefeningen	Communicatieoefeningen
Communicatie en betrokkenheid	Communicatiestrategie	Aanwijzen van woordvoerders
	Communicatie voor speciale groepen	Betrekken van de media
	Speciale website	Samenwerking met het maatschappelijk middenveld
	Robuustheid van website	Snel inzetbare capaciteit
Internationale afspraken	Gezamenlijke overeenstemming	Gezamenlijke plannen
	Communicatie met WHO en ECDC	Robuuste videoconferencing
Vaccins	Seizoensvaccins	Humane vaccins tegen aviaria influenza (pre-pandemie)
	Vaccinatiestrategie bij pandemie	Opties voor levering van vaccins tijdens pandemie

Gebaseerd op WHO Checklist for influenza pandemic preparedness planning, WHO Geneva 2005.

indicatoren en een evaluatietool dat inmiddels tweemaal herzien is. Bij een EU-onderzoek naar de paraatheid (situatie in oktober 2006) werd vastgesteld dat veel vooruitgang is geboekt in de gezondheidszorg, maar dat er in de andere sectoren nog veel werk diende te worden verzet om de gevolgen van influenza (bijvoorbeeld door publieksvoorlichting) te beperken of essentiële diensten overeind te houden, wanneer 30% van de medewerkers wekenlang ziek is. Momenteel is er meer aandacht voor de voorbereidingen ter plaatse, want de beste nationale plannen en nationale voorraden aan antivirale geneesmiddelen etc. hebben weinig zin wanneer een pandemie om zich heen grijpt en de bevolking geen antivirale middelen kan bemachtigen als dat nodig is, de ziekenhuizen de belangrijkste zorg niet kunnen verlenen en er tekorten

ontstaan aan levensmiddelen en brandstoffen. ECDC heeft daarom een uitgebreide reeks lokale “lakmoesproeven” en andere technische richtlijnen ontwikkeld en op haar website gezet.<sup>2</sup> Elke donderdag verschijnt *ECDC Influenza news – weekly*, een nieuwsbrief met beoordelingen en commentaar op belangrijke gebeurtenissen, ontwikkelingen en publicaties alsmede de meest recente informatie op het gebied van primaire gezondheidszorg en virologie van het European Influenza Surveillance Scheme.

Op EU-niveau dient er echter nog veel werk te worden verzet. Met hun *Community Mitigation Strategy* om de gevolgen van een pandemie te beperken en een puntenstelsel voor de ernst van een pandemie hebben de Amerikanen Europa uitgedaagd zijn eigen strategie >>>

<sup>2</sup> ECDC Pandemic Influenza, Scientific and Technical Guidance (2006).

te ontwikkelen of ten minste een gemeenschappelijke basis uit te werken voor nationaal beleid<sup>3</sup>. De inter-operabiliteitsagenda, de mate waarin de nationale plannen op elkaar aansluiten en daadwerkelijk tezamen functioneren bij een pandemie, dient nog te worden uitgewerkt. De Europese DG-onderzoeksportfolio is indrukwekkend, maar nog onvoldoende gericht op specifieke kwesties. Vanuit de media en politiek is er inmiddels minder aandacht voor influenza dan in 2005-2006, maar het werk dat op nationaal en Europees niveau verzet moet worden wordt er niet minder op wil Europa aan het eind van dit decennium voldoende voorbereid zijn op een pandemie.

**Professor Angus Nicoll,**  
Influenza-coördinator, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)

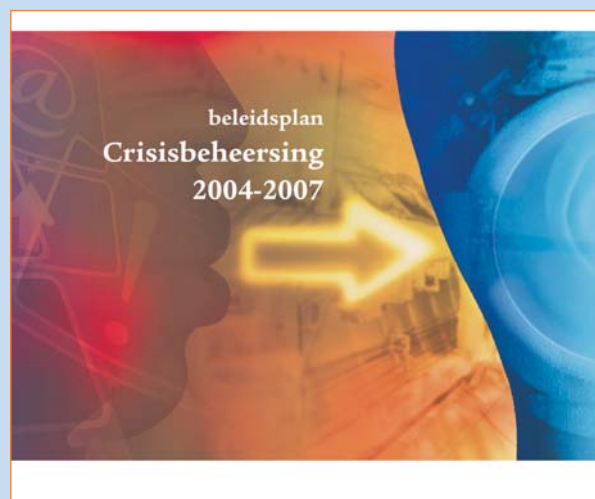
Nederland is in het afgelopen voorjaar bezocht door een delegatie van de European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). Eerder had de ECDC al een groot aantal andere landen uit de EU bezocht. Tijdens het vierdaagse bezoek is in gesprekken met een groot aantal organisaties de voorbereiding van Nederland op een griepandemie tegen het licht gehouden. Naast aanbevelingen voor verdere verbetering van de voorbereiding heeft de delegatie ook een aantal best practices van de Nederlandse voorbereiding meegenomen. Andere landen kunnen daar hun voordeel mee doen. [MB]

<sup>3</sup> United States Department of Health and Human Services and Centers for Disease Prevention and Control. Interim pre-pandemic planning guidance: Community strategy for pandemic influenza mitigation in the United States, December 2006. [www.pandemicflu.gov](http://www.pandemicflu.gov)

## Tweede voortgangsrapportage Beleidsplan Crisisbeheersing

Met het beleidsplan Crisisbeheersing 2004-2007 heeft het kabinet een beleidscyclus geïntroduceerd voor dit dossier. Doel is beter voorbereid te zijn op toekomstige crises. Op 2 juli heeft minister Ter Horst de tweede integrale voortgangsrapportage over de uitvoering van het beleidsplan aan de Tweede Kamer gestuurd. De rapportage geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten ten aanzien van omgaan met risico's en dreigingen, crisisbeheersing op nationaal en decentraal niveau, overheid en bedrijfsleven, risico- en crisiscommunicatie en versterking Europees crisisbeheersingsbeleid. De minister concludeert dat op de meeste dossiers in 2006 goede voortgang is geboekt. De betrokkenheid van het bestuur, de operationele diensten, het bedrijfsleven en van andere veiligheidspartners is toegenomen met voor de samenleving waarneembare resultaten. Minister Ter Horst zal nog dit jaar de voorbereidingen starten voor het opstellen van een nieuw beleidsplan Crisisbeheersing dat voor de periode 2008-2011 de inhoudelijke agenda zal zijn

van het nieuwe kabinet. De rapportage is te downloaden via [www.minbzk.nl/veiligheid](http://www.minbzk.nl/veiligheid) en is ook verschenen als kamerstuk: TK 2005-2006, 29 668, nr. 14.







## Wetsvoorstel veiligheidsregio's naar de Tweede Kamer

Op 30 juli heeft minister Ter Horst het wetsvoorstel veiligheidsregio's naar de Tweede Kamer gestuurd. Centrale doelstelling is het verbeteren van de rampenbestrijding en crisisbeheersing op decentraal niveau. De bestuurlijke en de operationele slagkracht van partijen moet en kan beter. Hoewel veiligheid bij uitstek een lokale verantwoordelijkheid is, zijn veel gemeenten te klein om een ramp of crisis te bestrijden. Door de brandweezorg, de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, de rampenbestrijding en crisisbeheersing en de politie op regionaal niveau bijeen te brengen wordt niet alleen de slagkracht vergroot, maar ook eenheid, eenduidigheid en eenvoud in de aanpak bereikt. De veiligheidsregio heeft dezelfde schaal als de politieregio. Dat maakt ook samenwerking met de politie makkelijker.

Voor het wettelijk verplichten van gemeenten om hun lokale brandweerkorps te regionaliseren ontbreekt voldoende draagvlak. In het coalitieakkoord van CDA, PvdA en CU is dit ook vastgelegd. Het maatschappelijke belang van volledige regionalisering van de brandweer wordt echter wel door vele bestuurders onderschreven. Ook de Raad van State wijst er in zijn advies op dat veel gemeenten onvoldoende in staat zijn gebleken op het punt van de brandweezorg de noodzakelijke kwaliteit te leveren. In het wetsvoorstel wordt de publieke verankering geregeld zoals dit in het coalitieakkoord is bepaald. Uitgangspunt daarbij is een gemeenschappelijke gecolonneerde meldkamer voor de drie disciplines onder beheersverantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio. Om de rampenbestrijding in Nederland binnen twee jaar op orde te hebben moeten de veiligheidsregio's per 1 januari 2010

aan wettelijk vastgelegde kwaliteitseisen voldoen. Bij een regionale crisis of ramp krijgt de voorzitter van de veiligheidsregio doorzettingsmacht. In het wetsvoorstel is het advies van de Raad van State bij het oorspronkelijke voorstel verwerkt. De Raad vond dat de veiligheidsregio's in een aantal opzichten te weinig bevoegdheden kregen om een effectief veiligheidsbeleid te kunnen voeren.

Het kabinet hecht een groot belang aan de kwaliteit van de brandweezorg. Het gaat om de veiligheid van de burger, een kerntaak van de overheid. Op dit moment is onvoldoende gewaarborgd dat gemeenten bij rampen en crises op het gebied van de brandweezorg de prestaties kunnen leveren die burgers mogen verwachten. Nog dit jaar worden daarom kwaliteitseisen geformuleerd, waaraan de brandweezorg moet gaan voldoen. Daarnaast worden convenanten afgesloten met de regio's om te regelen dat de organisatie van rampenbestrijding en crisisbeheersing, en dus ook van de brandweezorg, binnen twee jaar op orde is.

Een andere belangrijke wijziging in het wetsvoorstel houdt verband met het gezag bij bovenlokale rampen en crises. Een eenduidige aansturing is daarbij van groot belang om te voorkomen dat de besluitvorming stagneert. Hoe ingewikkelder de situatie, des te groter het belang van een eenvoudige bevelsstructuur. Daarom krijgt de voorzitter van de veiligheidsregio bij een bovenlokale ramp de bevoegdheden in het kader van de handhaving van de openbare orde. Hij neemt dan de verantwoordelijkheid over van de betrokken burgemeester(s). De volledige tekst van het wetsvoorstel is te vinden via [www.minbzk.nl](http://www.minbzk.nl).

Krapte in de elektriciteitsvoorziening in de zomer is een terugkerend fenomeen, omdat in periodes van hitte en droogte de vraag naar elektriciteit stijgt en de beschikbaarheid van koelwater onder druk komt te staan. Maar er zijn positieve ontwikkelingen die de problematiek verkleinen. In de eerste plaats is gebleken dat de elektriciteitsmarkt in de afgelopen jaren steeds beter is gaan werken, waardoor vraag en aanbod van elektriciteit beter op elkaar worden afgestemd. Ook is van belang dat de Noordwest-Europese elektriciteitsmarkt steeds beter geïntegreerd raakt. Voor de toekomst is ook nog relevant dat nieuwe elektriciteitscentrales zijn voorzien op kustlocaties en bij grote open wateren, waar weinig koelwaterbeperkingen zijn.

## Koelwaterbeleid zomer 2007

Dit concludeert minister Van der Hoeven van Economische Zaken in een brief die zij mede namens staatssecretaris Tineke Huizinga van Verkeer en Waterstaat op 16 juli naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. In deze brief informeert zij de Kamer over de structurele maatregelen voor elektriciteitsproductie in tijden van hitte en droogte. Zoals eerder door de staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat is aangekondigd, is een nieuwe beoordelingssystematiek voor warmtelozingen ingevoerd, waarmee beter wordt aangesloten op plaatselijke omstandigheden. Conform de Viswaterrichtlijn is hierin opgenomen dat maximaal één week per jaar van de voorwaarden van de waterlozingsvergunning mag worden afgeweken. Hiermee is het systeem van gedoogbeschikkingen beëindigd.

Vanaf een oppervlaktewatertemperatuur van 23 graden Celsius (bij Lobith) communiceert de beheerder van het landelijke hoogspanningsnet TenneT over het reservevermogen van elektriciteit met marktpartijen en het ministerie van Economische Zaken. Dit doet TenneT door verschillende fasen te hanteren, die de actuele stand van zaken weergeven.<sup>1</sup> In het verleden is geconstateerd dat dit 'signaleringsysteem' tot gevolg kan hebben dat er nieuwe bronnen beschikbaar komen, waardoor de reserves toenemen.

Fase nul treedt in werking als de temperatuur van het oppervlaktewater bij Lobith structureel boven de 23 graden is gekomen. TenneT informeert hierover via e-mail de Nederlandse energiemarkt. Fase één treedt in werking als het reservevermogen met een afroeptijd van maximaal 8 uur onder de 1400 megawatt is gedaald. Ook hierover

informeert TenneT de Nederlandse energiemarkt. Er is sprake van krapte op de markt. Verdere maatregelen zijn dan niet aan de orde. Fase twee treedt in werking als het reservevermogen (met een afroeptijd van maximaal 15 minuten) kleiner dan 700 megawatt is geworden. Er is sprake van krapte op de markt. Om de leveringszekerheid te garanderen, kan TenneT in geval van onbalans (verschil tussen vraag en aanbod) diverse acties uitvoeren om het evenwicht te herstellen.



Het handhaven van de balans kan op diverse manieren, bijvoorbeeld door het inzetten van extra vermogen in de vorm van regel-, reserve- of noodvermogen. Verder kan TenneT aan marktpartijen en producenten om extra ondersteuning vragen door het leveren van extra vermogen. In het zeer uitzonderlijke geval dat de balans dan nog niet kan worden gehandhaafd, kan als allerlaatste stap door TenneT aan de regionale netbeheerders worden gevraagd om in de eigen regio een deel van de belasting af te schakelen. In de praktijk is dit nog nooit voorgekomen.

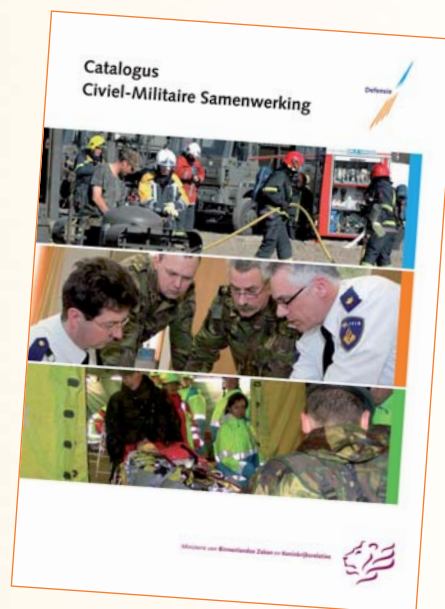
(Bron: TK 2006-2007, 29 023, nr. 41)

<sup>1</sup> 'Operationele communicatie tijdens perioden met langdurige warmte of koude'. Zie [www.tennet.org](http://www.tennet.org).

# Catalogus maakt nationale Defensietaak inzichtelijk

In de op 13 juli 2007 verschenen Catalogus Civiel-Militaire Samenwerking wordt de Defensiebijdrage aan nationale veiligheidstaken verduidelijkt. Omdat deze taken ook centraal stonden bij de Nationale Vlootdagen te Den Helder, nam burgemeester Hulman van de marinestad het eerste exemplaar in ontvangst.

Op 13 juli 2007 tekenden de ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Justitie en Defensie een herzien convenant waarin de vernieuwde afspraken over de civiel-militaire samenwerking zijn vastgelegd (Staatscourant 2 augustus 2007, nr. 147). De grootste verandering ten opzichte van het vorige convenant Civiel Militaire Bestuursafspraken, is kwalitatief van aard en behelst de gegarandeerde beschikbaarheid van specialistische capaciteiten. Tevens neemt het aantal beschikbare militairen toe van 3.000 tot 4.600. Doordat de afspraken een bindend karakter hebben, kunnen de civiele autoriteiten snel en zonder tijdrovend overleg beschikken over de benodigde specialistische militaire bijstand. Het gaat hierbij om bijstand die Defensie levert – naast structurele ondersteuning van nationale taken – bij het handhaven van de openbare orde en de rechtsorde, in het kader van crisisbeheersing, bij bestrijding van rampen en zware ongevallen en ten behoeve van steunverlening in het openbaar belang.



Als bijlage bij het convenant is een catalogus van producten en diensten gepubliceerd. Deze catalogus is een gezamenlijke uitgave van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en het ministerie van Defensie. De publicatie maakt voor burgemeesters, hoofden van operationele hulpverleningsdiensten, overige betrokken civiele autoriteiten en militaire commandanten duidelijk welke vormen van bijstand Defensie beschikbaar stelt en wat daarbij de reactietijden zijn. Voorts geeft de catalogus inzicht in de regelingen die gelden bij de verlening van bijstand en de financiële consequenties. De catalogus vormt bovendien een hulpmiddel bij de uitwerking van crisisbeheersingsplannen op (de-)centraal niveau.

De catalogus is verspreid onder bestuurders en functionarissen die te maken hebben met civiel-militaire samenwerking. De publicatie is ook te downloaden via [www.mindef.nl](http://www.mindef.nl).

## Haarlem toch de baas bij rampenbestrijding Schiphol

Minister Ter Horst blijft bij het eerder genomen besluit de rampenbestrijding en crisisbeheersing in de gemeente Haarlemmermeer (inclusief Schiphol) per 1 januari 2008 onder te brengen bij de veiligheidsregio Kennemerland. Dat schrijft zij in een brief aan de betrokken bestuurders en aan de Tweede Kamer. Op basis van een advies van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) concludeert zij dat het verantwoord is het besluit door te zetten en daarmee tot een eenduidige indeling van de regio te komen voor politie, brandweer, geneeskundige hulpverlening en arrondissementen.

Onlangs hebben bestuurders uit de regio haar voorgesteld de veiligheidsregio's Kennemerland, Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland samen te voegen. De minister is bereid samen met haar collega van Justitie de mogelijkheden

van fusies in het gebied te onderzoeken. Zij wil daarbij breder kijken dan alleen de door de bestuurders genoemde optie. Verder stelt zij als voorwaarde dat eenduidige gebiedsindeling ("territoriale congruentie") voor de verschillende disciplines in stand blijft.

Een besluit over een eventuele fusie kan echter pas genomen worden na gedegen analyse van en in nauw overleg met de betrokken partijen. Daarnaast zal ook de implementatie van een eventueel besluit de nodige tijd kosten. Het laten voortbestaan van de huidige situatie, waarbij Haarlemmermeer voor politie onder Kennemerland valt en voor geneeskundige hulpverlening en brandweer onder Amsterdam-Amstelland, vindt zij niet verantwoord. Daarom houdt zij vast aan de overgang van Haarlemmermeer naar Kennemerland per 1 januari a.s.



## Humanitaire aspecten van klimaatverandering

Den Haag, juli 2006 – Het is deze maand precies vijf jaar geleden dat het Rode Kruis Klimaatcentrum werd opgericht als initiatief van het Nederlandse Rode Kruis en met steun van de Internationale Federatie van de Rode Kruis- en Rode Halve Maanverenigingen. Het centrum brengt wetenschappelijke kennis over klimaatverandering en operationele kennis over de hulpverlening bij natuurrampen samen, met als doel Rode Kruis- en Rode Halve Maanverenigingen wereldwijd voor te bereiden op natuurrampen. Veel mensen waren verbaasd door de interesse van onze organisatie, omdat klimaatverandering wordt gezien als een milieuprobleem en niet als een humanitair probleem.

Toch is onze interesse gemakkelijk te verklaren: klimaatverandering leidt tot extremere weersomstandigheden; meer overstromingen, meer hittegolven, droogtes, krachtigere orkanen en tyfoons. Bovendien zullen deze rampen de meest kwetsbare mensen, de ouderen, de zieken, de armste van de armen in ontwikkelingslanden het meest raken. Het scheve hiervan is dat dit over het algemeen de mensen zijn die het minst bijdragen aan de oorzaken van klimaatverandering.

In de afgelopen vijf jaar hebben we een opmerkelijke en belangrijke omslag tot stand zien komen. Vijf jaar geleden werd door velen klimaatverandering nog niet gezien als een gevaar voor de toekomst. Maar steeds meer extreme weersomstandigheden en veranderingen in lokale klimaatpatronen pasten in de trend van klimaatverandering. Onze mensen in het veld rapporteerden rampen die we niet eerder hadden meegemaakt. De overstromingen in

Roemenië bijvoorbeeld, niet één of twee maal, maar vijf maal. Dit eiste veel van onze vrijwilligers. Onze gezondheidsinspecteurs rapporteerden malaria in Papoea, Nieuw-Guinea, Nairobi en andere plaatsen waar malaria niet eerder was gesignaleerd. Het Rode Kruis in Guatemala is nog steeds bezig met de herstelfase van de orkaan Stan, de orkaan die in 2005 net zoveel levens eiste als Katrina. Het Nederlands meteorologisch instituut, het KNMI,

identificeerde op ons verzoek de overstromingen in Jakarta enkele maanden geleden als signaal van klimaatverandering. Vanuit milieuperspectief mag het Rode Kruis dan een onverwachte partner zijn in het werk dat gerelateerd is aan klimaatverandering, vanuit ons humanitaire perspectief is het van het grootste belang. Er ligt een enorme taak op ons te wachten.

Wereldwijd willen veel nationale Rode Kruis- en Rode Halve Maanverenigingen deze risico's integreren in hun rampenbestrijdingsplannen. Via lokale vestigingen werken wij, binnen de Nationale Verenigingen van de Federatie, veel samen met lokale gemeenschappen en de mensen die het meest kwetsbaar zijn voor de risico's van rampen. Voor hen is de klimaatverandering niet een vreemd, wetenschappelijk onderwerp. Ze hebben geen waarnemingen van satellietssystemen en lange reeksen gegevens nodig om overtuigd te worden. Ze nemen eenvoudigweg de veranderingen om zich heen waar, of dat nu regen of droogte is. Ze noemen dit geen klimaatverandering, maar 'raar weer' of iets dergelijks. Samen met hen ontwikkelen we plannen om risico's te verminderen, bouwen we schuilplaatsen, ondersteunen we zelfredzaamheid en installeren we radioapparatuur om vroegtijdig gewaarschuwd te worden. We herplanten mangrovebossen om weerstand te bieden aan hoge golven veroorzaakt door storm; we herplanten bossen op de hellingen om landverschuivingen te voorkomen. Samen met plaatselijke gemeenschappen versterken we de samenwerking met lokale autoriteiten, organiseren we oefeningen en wisselen we informatie uit om beter voorbereid te zijn wanneer er een ramp plaatsvindt.

Een paar jaar geleden was aanpassing aan klimaatverandering geen gespreksonderwerp. Dit is veranderd, maar de verhouding is zoek. De meeste ideeën en fondsen voor aanpassing gaan op dit moment naar initiatieven in de geïndustrialiseerde landen; de landen en mensen die het meeste voordeel hebben gehad van het gebruik van fossiele brandstoffen. We zijn bezorgd over 'eigen dijken eerst'. De eerste, ruwe schattingen zijn dat we in Nederland de komende jaren meer dan zeventig miljard euro nodig hebben in de komende veertig jaar om onszelf te beschermen tegen de risico's van klimaatverandering. Tegelijkertijd is er jaarlijks officieel 17 miljoen euro beschikbaar in het budget van het Ministerie van Ontwikkelingssamenwerking voor aanpassingen aan klimaatverandering in de minst ontwikkelde landen...

Er is geen twijfel mogelijk dat de klimaatveranderingen een ernstige bedreiging vormen voor de Millennium ontwikkelingsdoelen. De armste mensen, die het minst hebben bijgedragen aan het probleem, zullen het zwaarst worden getroffen. Als we werkelijk onze wereldwijde



betrokkenheid willen tonen, zou onze steun voor aanpassingen in ontwikkelingslanden op gelijk niveau moeten zijn met wat we investeren voor aanpassingen in Nederland. Talloze onschuldige, menselijke en dikwijls onvermijdbare handelingen dragen iedere dag opnieuw bij aan het probleem van klimaatverandering. Handelingen die onze levenswijze dienen. Het aanzetten van de airconditioning, met de trein reizen, eten koken. Niemand voert deze handelingen uit met de bedoeling schade te berokkenen. Toch dragen we met deze talloze dagelijkse handelingen bij aan enorme veranderingen, zoals het smelten van de gletsjers, hittegolven en orkanen. Dit feit kan overweldigend en verlamkend zijn. Binnen het Rode Kruis/de Rode Halve Maan hebben we te maken gehad met vele, overweldigende en verlamkende natuurrampen. We hebben de destructieve kracht van aardbevingen, tsunamï's, overstromingen en droogte gezien. Maar door de jaren heen hebben we ook de kracht van mensen gezien, vaak in de duizenden kleine, maar buitengewoon belangrijke handelingen waarmee mensen terugveren en de draad van hun leven weer oppakken. De eerste prioriteit van de rijkere landen, zoals Nederland, zou – naast vermindering van uitstoot van broeikasgas – gelegen moeten zijn in de ondersteuning bij aanpassingen in de armste landen en niet in het versterken van onze eigen dijken eerst.

**ir. M.L. (Marc) Hofstra,**  
directeur Nederlandse Rode Kruis, tevens bestuurslid  
Internationale Rode Kruis Klimaat Centrum

*Dit artikel is gebaseerd op de inleiding tijdens het Internationaal Congres over klimaatverandering, Noordelijke Hogeschool Leeuwarden op 8 juni 2007.*

# Op Stoom weer succes

Op 28 juni vond voor de derde maal het congres Op Stoom plaats. Traditioneel was er ook voor dit congres een bijzondere locatie gevonden. De treinenloods op het spooreplacement van station Amersfoort bood de bezoekers een bijzondere kijk op de aangeboden workshops en informatiestands en waar ze hun voeten neer moesten zetten. In de oude treinenloods lagen alle rails nog en de workshops werden deels in treinwagons en voormalige reparatieloodsen verzorgd. 234 medewerkers van zowel private als overheidshulpdiensten waren op het congres afgekomen. Het programma bestond, ook traditioneel, uit een plenaire opening waarna de deelnemers uiteen gingen in groepen en diverse workshops konden bezoeken.



## EEN LEVEN LANG LEREN...



In zijn openingstoespraak ging de directeur-generaal Veiligheid, Dick Schoof, in op de ambitie van de minister van BZK om over twee jaar de rampenbestrijding en crisisbeheersing op orde te hebben. Dit doel kan BZK niet alleen bereiken, daarvoor hebben de betrokkenen elkaar nodig. Schoof gaf aan dat een belangrijke voorwaarde voor de ambitie om de rampenbestrijding binnen twee jaar op orde te hebben is dat de crisisorganisatie er staat en goed is opgeleid, getraind, geoefend en leert van evaluaties. "Met name op het terrein van multidisciplinair werken en oefenen moeten de komende twee jaar nog flinke inspanningen worden gedaan. Essentieel hierin is het besef dat oefenen een levenslange leercyclus is, en dat de partners in hulpverlening en crisisbeheersing open en constructief naast elkaar moeten staan. Oefenen is de kwaliteitsborging." Hij wees op de cultuuromslag die nodig wordt geacht om frictie in de monodisciplinaire aansturing en werkwijze van de verschillende diensten met de multidisciplinaire samenwerking in de toekomst te voorkomen.

Schoof ging in op de Kwaliteits-AmvB die in het wetsvoorstel voor de Wet op de Veiligheidsregio's is opgenomen. Hij sprak de hoop uit dat de conceptwet vóór het zomerreces naar de Kamer zal worden gestuurd. Hij refereerde nog aan een paar opvallende ontwikkelingen als het winnen van de 'the best paper award' door het project 'Masterclass Evaluation', en de voorbereiding op de grote oefening

'Voyager' die op 3 oktober wordt georganiseerd. Tot slot gaf hij aan dat de organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in Nederland nog niet optimaal is, en daarom terecht veel politieke belangstelling geniet. Multidisciplinair oefenen is daarbij een belangrijk instrument.

Na een koffiemoment en een bezoek aan de infomarkt werd het congres voortgezet met workshops. In twee rondes werden de volgende onderwerpen besproken en toegelicht:

- procesmanager Oefenen tot 2010 (Sjoerd Wartna, NIFV);
- ervaringen van een jaar multidisciplinair observeren en evalueren (Piet Schneider, Politieacademie);
- kwaliteit brandweezorg (Nino Manzoli, directie B&G, BZK);
- crisis management simulator (Daan van Gent, havenbedrijf Rotterdam nv);
- E-learning voor hulpdiensten: fratsen of de toekomst? (Jaap van der Veen en Piet Peeters, Project Railplan);
- interregionale samenwerking bij hoog water (Bas Overmars, provincie Gelderland);
- communiceer 'de buitenwereld naar binnen' ook in oefenen (Nico de Gouw, ERC, BZK);
- bovenregionale coördinatie bij een overstroming (Ruurd Reitsma, Tasforce Management Overstromingen);
- spelenderwijs crisis managen (Eva Keeris, TNO);
- vakbekwaamheid binnen de GHOR Dianne van Gammeren, NIFV);
- werkboek competentiegericht oefenen (Gijs Roest, NVBR);
- Center of Excellence for National Security (Herman Jonkmans, Politieacademie);
- niet bang maar voorbereid Dingeman de Jong, Taskforce Handicap en Samenleving).

De presentaties van de workshops zijn allemaal te zien en na te lezen op [www.effectieoefenen.nl](http://www.effectieoefenen.nl).

Op de infomarkt viel vooral de tent van de Taskforce Handicap en Samenleving op. Medewerkers van de stichting GIPS Training en Advies, die zich ten doel stelt de integratie van gehandicapten in de samenleving te bevorderen, maakten in hun rolstoelen pijnlijk duidelijk hoe slecht de (goed ter been zijnde) organisatie rekening had gehouden met rolstoelgebruikers. De rails in de treinloods fungeerden als hindernis voor de rolstoelen. Daar had niemand in de congresorganisatie aan gedacht.

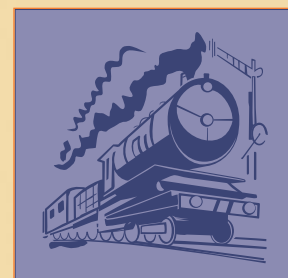
In de tent van GIPS werden de bezoekers geconfronteerd met de gevolgen van een brand waarbij de rolstoelgebruiker niet weg had kunnen komen. De aanblik van de verbrande rolstoel en de door de bezoekers aangestoken kaarsen zei genoeg.



Diverse publieke en private organisaties toonden daarnaast hun producten op de infomarkt. Het maakte duidelijk hoeveel ontwikkelingen er zijn en komen op het gebied van multidisciplinair opleiden en oefenen. Er is een nieuwe kijk gekomen op de wijze van realistisch en virtueel oefenen. Duidelijk is dat er veel methoden zijn om leerprocessen te ondersteunen. Regio's hebben vernieuwende ideeën op kunnen doen.

De dag werd afgesloten met de presentatie van de cartoons die gedurende het congres getekend waren. Er werd teruggekeken op een zeer succesvolle en nuttige dag. De organisatie van het congres was in handen van de afdeling Preparatie Decentraal en SPITZ congres & event uit Den Haag.

*Ilse van der Salm,*  
senior beleidsmedewerker  
*Andries Boneschansker,*  
beleidsmedewerker afdeling  
Preparatie Decentraal,  
directie Crisisbeheersing,  
ministerie van BZK



# Evaluatie storm 18 januari

Vele lezers zullen zich nog de storm herinneren die op 18 januari jl. over ons land raasde met als gevolg zeven dodelijke slachtoffers en duizenden gestrande reizigers op stations. Het Nationaal Crisis Centrum (NCC) gaf het zeer dringende advies om binnen te blijven. Dit was de eerste keer dat het NCC een dergelijk advies gaf. De minister van BZK heeft op 6 juli een brief naar de Kamer gestuurd over het functioneren van de crisis-responsorganisatie, de communicatie naar de bevolking en het advies (Kamerstukken II 2006/07, 29 668, nr. 16). Hieronder wordt kort op deze brief ingegaan.

Nadat eerder het KNMI een weeralarm en Rijkswaterstaat een verkeersalarm afgaven, werden in de loop van 18 januari de vooruitzichten van dien aard dat het NCC een advies gaf om binnen te blijven. De wind zou gaan draaien waardoor losgewaaide delen zouden kunnen los raken en tevens moest rekening worden gehouden met een lange duur van de storm en mogelijke langdurige effecten voor het verkeer. Het advies was afgestemd met V&W en het KNMI en had als doel om zoveel mogelijk (meer) slachtoffers en gevaarvolle situaties te voorkomen.

Met betrekking tot de communicatie naar de bevolking was er sprake van een primeur: het Expertisecentrum voor Risico- en Crisiscommunicatie (ERC) heeft op 18 januari de website [www.crisis.nl](http://www.crisis.nl) voor de eerste keer landelijk ingezet. Met deze website en het publieksinformatienummer 0800-1351 kon het publiek de meest actuele informatie krijgen. De site viel enkele keren uit. De reden daarvan is geanalyseerd en het systeem is aangepast. Het functioneren van de website was onderwerp van kamervragen (Kamerstukken II 2006/07, 807). Ook het publieksinformatienummer was als gevolg van overbelasting/instabiliteit van zowel het vaste als het mobiele telefoonnetwerk soms lastig bereikbaar.

De Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) heeft een inspectiebericht over de opvang van gestrande reizigers doen uitgaan. Zij noemt een aantal belangrijke aandachtspunten voor de gemeenten. Zo moeten met de regiodirecteur van de NS afspraken over de opvang van gestrande reizigers worden gemaakt. Het draaiboek Opvang en Verzorging moet worden beoefend en actueel gehouden. Bepaald moet worden welke van de beschikbare opvanglocaties het meest geschikt zijn voor de opvang en verzorging van reizigers. De veiligheid en communicatievoorzieningen in die locatie moeten zijn geregeld en met het Rode Kruis moeten afspraken over de inzet van vrijwilligers worden gemaakt.

Over het advies van het NCC om binnen te blijven zegt de brief het volgende. Dit advies is een feitelijke handeling

waarvoor geen publiekrechtelijke grondslag is vereist. Het NCC heeft zich bij de totstandkoming van het advies zorgvuldig laten informeren over de weersverwachting en de gevolgen die het verwachte weer kan hebben voor de verschillende sectoren in de samenleving. Deze voorbereiding heeft gewaarborgd dat het NCC geen onzorgvuldigheid en daarom wellicht onrechtmatig handelen kon worden verweten indien het met de storm toch zou zijn meegevallen. Niettemin zal het NCC samen met betrokken partijen een protocol “weerswaarschuwingen” opstellen. Dit protocol moet de besluitvorming ondersteunen in die uitzonderlijke situaties waarin sprake is van een bedreiging van maatschappelijke functies en de minister van BZK verantwoordelijk is voor de coördinatie van een mogelijke reactie richting bevolking.

*Sjaak van Dam en Willy Steenbakkers,  
directie Crisisbeheersing, ministerie van BZK*

## Lessons learned crisismanagement VenW

Tijdens de storm heeft het crisismanagement binnen de beleidsvelden van Verkeer en Waterstaat (wegvervoer, spoor, weer, luchtvaart, etc.) gefunctioneerd conform de geldende procedures, calamiteitenplannen en scenario's. In het crisismanagement voor dergelijke extreme weersomstandigheden is één nieuw element voor het eerst van toepassing geweest: het verkeersalarm zoals afgegeven door het Verkeerscentrum Nederland (VCNL) op 18 januari. Uit de externe evaluatie in opdracht van het hoofd DCC-VenW zijn geen ernstige tekortkomingen met betrekking tot het functioneren naar voren gekomen. Wel is een aantal organisatorische en procedurele verbeteringen voorgesteld, met name betreffende het weeralarm en het verkeersalarm.

*(Bron: brief minister Eurlings aan Tweede Kamer, 12 juli 2007; TK 2006-2007, 29 668, nr. 15.)*





## Open Monumentendag voormalig opleidings- en commandocentrum BB

Zaterdag 8 september tijdens de Open Monumentendag stelt de Stichting Nationale Collectie Bescherming Bevolking (NCBB) wederom het voormalige opleidings- en commandocentrum van de BB in het park Overvoorde aan de Van Vredenburgweg 176b te Rijswijk open voor bezoekers. Deze BB oefenruïne is in de jaren '50 speciaal gebouwd om de vele noodwachters een degelijke opleiding te geven. Het complex is ontstaan in 1941. De Duitse bezetter heeft in het park een groot aantal manschappen bunkers en een grote commandobunker laten bouwen. Het terrein was ontoegankelijk voor de bevolking. Tot vier jaar geleden was het complex afgesloten voor bezoekers. Tijdens de open dag van 11.00 tot 16.00 uur zijn medewerkers van de stichting NCBB aanwezig om de bezoekers rond te leiden. Verder worden er de hele dag demonstraties Redding bij rampen uitgevoerd door leden van de scoutinggroep de Mohicanen onder leiding van oud BB-instructeur P. Horeman.

Voor aanvullende informatie zie: [www.ncbb.nl](http://www.ncbb.nl)



# Minicongres “Water” Zuid-Holland Zuid groot succes

Op dinsdag 5 juni 2007 is door de Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid het minicongres “Water; zowel levensbedreigend als van levensbelang” georganiseerd. Diverse vakmensen van de TU Delft en de Universiteit Twente, de waterschappen, Rijkswaterstaat, Milieudienst ZHZ en de drinkwaterbedrijven hebben hun expertise die dag gedeeld met vertegenwoordigers van hulpdiensten en de gemeentelijke ambtenaren rampenbestrijding. Doel van de dag was volgens dagvoorzitter Gerard Mouwen het bevorderen van de informatie uitwisseling op het gebied van water en gezamenlijk afspraken te maken op welke wijze de diverse overheden, hulpdiensten en relevante bedrijven hun proactieve en repressieve informatie kunnen delen, zodat een ieder goed voorbereid is bij een daadwerkelijke waterramp en/of crisis. De dag werd officieel geopend door Peter Bos, directeur van de Veiligheidsregio en tevens regionaal brandweercommandant,

## Informatievoorziening

De regionaal informatiemanager, John van Paasschen, vertelde dat informatievoorziening altijd en overal ontsloten dient te worden en van en voor elkaar beschikbaar moet zijn. Hierbij werd MultiTeam aangestipt; een Internet Based Network, dat altijd en overal beschikbaar is. MultiTeam is de applicatie in Zuidwest Nederland waarin partners statische en dynamische informatie (Multi-disciplinair) kunnen oproepen, opslaan, verwerken, raadplegen en distribueren, in het kader van rampenbestrijding en crisisbeheersing. In de regio Zuid-Holland Zuid (ZHZ) is MultiTeam dit jaar echt van start gegaan en onder de aandacht gebracht van de samenwerkende partners en hulpdiensten, zoals: Brandweer, Politie, Gemeenten, Milieudienst, GHOR, waterschappen, Rijkswaterstaat en Defensie. Momenteel wordt MultiTeam door de hulpdiensten en partners gevuld, waarbij het beschikbaar stellen van informatie niet geheel vrijblijvend is. Privacy is geen excuus om informatie niet te delen, als het de veiligheid ten goede komt. MultiTeam zorgt ervoor dat informatie gemakeld wordt zodat het voor anderen bruikbaar is!

## Universiteitsonderzoek

Van de TU Delft en de Universiteit Twente waren twee promovendi aanwezig om hun onderzoek te presenteren. De presentatie van Bas Jonkman (TU Delft) ging over de overstromingsrisico's in de Randstad. Zijn onderzoek was gebaseerd op de orkaan Katrina, die in 2005 over New Orleans trok en duizenden slachtoffers maakte. Na zo'n incident werken de publieke voorzieningen niet meer en kost het veel tijd om alles te reorganiseren. Daarnaast is

gesproken over de verschillende manieren waardoor overstromingen kunnen ontstaan en de plekken waar het kan gebeuren.

De tweede presentatie door Teun Terpstra (Universiteit Twente) ging over risicocommunicatie en -perceptie. Uit een Engels onderzoek (2006), blijkt dat er zes factoren zijn die bepalen waarom mensen slecht anticiperen op overstromingsrisico's:

- 1 ervaring met overstroming;
- 2 iemand anders is schuldig;
- 3 de overheid moet haar inwoners beschermen;
- 4 gebrek aan besef van dreigend gevaar;
- 5 het is niet gevaarlijk en het overkomt toch anderen;
- 6 gebrek aan kennis over te nemen maatregelen.

Rondom de risicocommunicatie is een onderzoek gehouden onder de bevolking in Friesland. Middels een vragenlijst konden de inwoners aangeven hoe zij zich voorbereiden op een mogelijke overstroming. Hierbij is o.a. gekeken naar attitude en risicoperceptie. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de van origine niet Friese bevolking (import) alerter op overstromingen reageert dan de Friezen zelf.

## Rijkswaterstaat & Letter of Intent

Namens Rijkswaterstaat gaf Albert van Schaick een presentatie over de mogelijke calamiteiten met water. Alle scheepsbewegingen op de rivieren worden door Rijkswaterstaat nauwlettend in de gaten gehouden door middel van camera's en radarapparatuur. De grootste dreigingen van een ramp op het water zijn: scheepsongeval, overstromingen en terroristische dreiging/aanslagen.

Op vrijdag 1 juni is een Letter of Intent getekend tussen Rijkswaterstaat en de Veiligheidsregio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid. Er is afgesproken om te gaan samenwerken bij calamiteiten, hiervoor zal gezamenlijk worden getraind, geoefend en plannen worden gemaakt. In de toekomst zal met meerdere partners een Letter of Intent worden getekend.

#### Waterschappen regio Zuid-Holland Zuid

Door de waterschappen (Jessica Zoethout en Niels Robbemont) is gesproken over de kerntaken van de waterbeheerders, zoals: waterkering, waterbeheersing (kwaliteit & kwantiteit), waterzuivering en het beheer van (vaar-)wegen. Daarnaast zijn de waterschappen bij verschillende soorten rampen betrokken, zoals: ongevallen op water (waterkering, waterkwaliteit) en branden in grote gebouwen (bluswatervoorzieningen). Voor de beeldvorming werden drie overstromingsberekeningen van Kinderdijk, Gorinchem en Everdingen getoond. Hierdoor werd zichtbaar hoe snel water zich bij een mogelijke overstroming verplaatst. De waterschappen willen in de Veiligheidsregio, samen met de gemeenten en regionale hulpdiensten, aan de slag om multidisciplinaire rampbestrijdingsplannen voor dreigende overstroming en dijkdoorbraak te ontwikkelen, waarbij ook hoogwaterbestrijding in buitendijkse gebieden de aandacht heeft.

#### FLIWAS

Namens de Stichting Toegepast Onderzoek Waterbeheer (STOWA) is door projectleider Hanneke Vreugdenhil een presentatie gegeven over de applicatie Flood Information

and Warning System (FLIWAS). Fliwas zorgt voor een optimale informatie-uitwisseling bij (dreigend) hoogwater op de rivier. Het zorgt ervoor dat de juiste informatie, zoals weersvoorspellingen en overstromingsrisico's, op de juiste plaats, op het juiste tijdstip zijn, om de juiste beslissingen te kunnen nemen. De verwachting is dat in 2008 met de veiligheidsregio's een pilot start. FLIWAS kan gekoppeld worden aan MultiTeam.

#### Nooddrinkwatervoorziening

Ben Baardolf van waterbedrijf Evides hield een presentatie over de drinkwatervoorziening, de leveringszekerheid van drinkwater en de inzet van nooddrinkwater. Zo is nooddrinkwater (3 liter drinkwater per persoon per dag) binnen 24 uur operationeel. Op het stadhuisplein in Dordrecht stond een (leger)truck als nooddrinkwatervoorziening, waarbij aan winkelend publiek een beker water werd aangeboden. De (leger)truck is in staat om 500-600 mensen per uur van drinkwater te voorzien.

#### Afsluiting

Het minicongres is een dag geweest waarop iedereen met elkaar in contact is gekomen en waarbij hopelijk relaties voor in de toekomst zijn gelegd. Blijf elkaar vooral opzoeken en scherp houden aangaande deze levensbedreigende vorm van een crisis. Gezien de vele positieve reacties, zeker een dag die voor herhaling vatbaar is, ook als het andere onderwerpen betreft.

#### Patricia Haman,

*Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid*





# Vier vragen aan:

Ronald Bandell,

o.a. burgemeester van Dordrecht  
en voorzitter GHOR-burgemeesters



**Is de GHOR naar uw mening een veiligheidsdienst of een gezondheidszorgdienst? Hoe ziet u in dat licht de relatie tussen de GHOR-burgemeesters en de bestuurders in de gezondheidszorg (wat gaat goed, wat kan beter)?**

“De GHOR is een dienst waar vanuit de optiek van de openbare orde en veiligheid gewerkt wordt aan de voorbereiding van de hulpverlening vanuit de gezondheidszorg bij ongevallen en rampen en die wanneer er sprake is van een ernstig ongeval of ramp er voor zorgdraagt dat de hulpverlening vanuit de ‘witte kolom’ effectief, efficiënt en adequaat is. Waar ik me wel eens over verbaas is het gegeven dat landelijk wordt gedacht dat de relaties tussen de zgn. GHOR-burgemeesters en bestuurders in de gezondheidszorg een moeizame is. Ik merk daar in ‘mijn’ regio Zuid-Holland Zuid niets van, noch bij wethouders die de GGD besturen, noch bij bestuurders van zorginstellingen. Op landelijk niveau is de relatie soms moeizaam.”

**Hoe ziet u de rol van de GHOR-burgemeesters bij de aanpak van een infectieziektecrisis?**

“De rol van ieder burgemeester bij de aanpak van een infectieziektecrisis is terug te voeren op wettelijke bepalingen.

*[Noot redactie: Te denken valt aan isolatie en geneeskundig onderzoek van besmette personen, verbod opleggen om beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden te verrichten die een ernstig risico inhouden op verspreiding van de infectie, quarantainemaatregelen, etc.]*

Nu iedere regio een draaiboek voor het ‘handlen’ van een pandemie heeft vastgesteld, ook in het besef dat een pandemie niet ophoudt bij de gemeentegrens, is iedere burgemeester er van doordrongen dat samenwerking absoluut noodzakelijk is.”

**Waarom is de aanwijzingsbevoegdheid voor de voorzitter van de veiligheidsregio naar de zorginstelling en de publieke borging van de meldkamer nodig? Is dat naar uw gevoel adequaat aangepakt in het ontwerp van de Wet veiligheidsregio’s dat naar de Tweede Kamer is gezonden?**

“In geval van een crisis of ramp mag er geen misverstand bestaan over wie waar over gaat. In dat verband past het dat de voorzitter van de Veiligheidsregio zonodig een aanwijzing kan geven. De meldkamer is in mijn optiek het hart van de veiligheidsregio, waar een drietal parate diensten aan ‘hangen’: politie, brandweer en ambulancezorg. Daarom is het voor de burger vanzelfsprekend dat de overheid voor die meldkamer ten volle verantwoordelijkheid draagt. Voor zover ik het kan overzien wordt de publieke borging thans goed in het wetsontwerp geregeld.”

**Welke wensen of suggesties wilt u voorleggen aan het kabinet ten aanzien van de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR)?**

“Ik zou het kabinet willen aansporen om de goede voornemens (zoals bijvoorbeeld de aanwijzingsbevoegdheid van de voorzitter van de veiligheidsregio in de richting van zorginstellingen die zich niet goed voorbereiden, maar ook om het borgen van de meldkamer als publieke verantwoordelijkheid) met betrekking tot de GHOR daadwerkelijk uit te voeren. De goede samenwerking tussen de ministeries van BZK en VWS zoals die zich de laatste tijd manifesteert voedt bij mij de verwachting dat dit gaat lukken. Dan ben ik uitermate tevreden.”

## Colofon

*De Nieuwsbrief Crisisbeheersing is een uitgave van de directie Crisisbeheersing van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De nieuwsbrief informeert, signaleert en biedt een platform aan alle betrokkenen bij de beleidsontwikkeling, innovatie, uitvoering en evaluatie van crisisbeheersing.*

*De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de artikelen berust bij de auteurs.*

*Redactiecommissie: Henk Geveke, Frank Havik, Geert Wismans (samenstelling en eindredactie).*

*Bijdragen of suggesties voor kopij kunnen worden gemaild aan [crisisbeheersing@minbzk.nl](mailto:crisisbeheersing@minbzk.nl).*

*Nadere informatie bij: Maddy Ockhorst (redactiedewerker, 070- 426 70 11) of Nalini Bihari (redactiesecretariaat, 070 – 426 73 54).*

*De nieuwsbrief is te downloaden via [www.minbzk.nl/veiligheid](http://www.minbzk.nl/veiligheid).*

© Auteursrecht voorbehouden.

Nieuwsbrief Crisisbeheersing juli/augustus 2007

Aan dit nummer werkten mee:

Ronald Bandell, Karin Beaumont, Joost Biersens,  
Maaike van den Biggelaar, Marc Bökkerink,  
Andries Boneschansker, Albert Clobus, Sjaak van Dam,  
Eelco H. Dykstra, Carin van Eenennaam, Elvira van Eijk,  
Bert Fokkema, Ruud Geerdes, Alie Gelissen-Kobus,  
Hans de Goeij, Patricia Haman, Erwin de Hamer,  
Marc Hofstra, Koos Kranenburg, Nancy Lentjes, René Letsch,  
Angus Nicoll, Bas Pinxteren, Gerard Pouw, Gron Roberts,  
Ilse van der Salm, Willy Steenbakkers, Kees Vermeer,

Maaike de Vries, Monique Zaat, Ton Zwennes  
Fotografie: 112 fotografie, ANP, CDC, Gerard Pouw, Hollandse  
Hoogte, NCB, NRK, WCDEM, Jarko De Witte van Leeuwen,  
[www.degrotegriepmeting.nl/](http://www.degrotegriepmeting.nl/)National Museum of Health and  
Medicine, Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C.,

Cartoons: Maarten Wolterink  
Illustraties: DH-UK, DHS, ECDC, GHOR-NL,  
Graphic News, TenneT, RIVM, VWS, WHO

Vertaling: AVT-NL  
Vormgeving: Grafisch Buro van Erkelens, Den Haag  
Druk: OBt bv, Den Haag