

Integraal Crisisplan

Versie	Definitief
Datum	6-11-2020
Vastgesteld door	ALV
Beheerder	Karin Bokhove, bestuurssecretaris HUS
In samenwerking met	Het Netwerkcentrum, F. (Frank) Rosier MPH

Inhoud

1.	Inhoud	2
2.	Inleiding	4
2.1.	Doel van het crisisplan	4
2.2.	Wettelijk kader	4
2.3.	Kwaliteitskader	4
2.4.	Uitgangspunten HUS	5
2.5.	Regionaal risicoprofiel	5
2.6.	Soorten crises en reikwijdte van het crisisplan	6
2.7.	Bovenregionale samenwerking	6
2.8.	Opbouw van het crisisplan	6
2.9.	Onderhoud van het crisisplan	6
3.	Melding en alarmering	6
3.1.	Melding en alarmering bij een acute ramp	6
3.2.	Melding en alarmering bij een infectieziekte-uitbraak	9
4.	Op- en afschaling	9
4.1.	Opschaling bij een acute crisis	9
4.2.	Opschaling bij een infectieziekte-uitbraak	9
4.3.	Opschaling in maximale vorm	10
4.4.	Afschaling bij een crisis	11
4.5.	Afschaling bij een infectieziekte-uitbraak	11
4.6.	Nazorg aan slachtoffers	11
4.7.	Nazorg aan huisartsen en medewerkers	12
4.8.	Evaluatie	12
5.	Leiding en coördinatie	12
5.1.	De Hagro/GEZ-contactpersonen	12
5.2.	Regionaal Crisisteam HUS (CTSU)	12
5.3.	Het Centraal Crisisteam regio Utrecht (CCT)	13
5.4.	Huisartsen en medewerkers van de huisartsenpraktijken en SUS	13
5.5.	Expertteam	13
5.6.	GGD/ GHOR en ketenpartners	14
5.7.	Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)	14
6.	Informatiemanagement	14
6.1.	Het gedeelde Geneeskundige Beeld	14
6.2.	Bereikbaarheidsgegevens	15
6.3.	Registratie van behandelde patiënten en verwijzingen	15

7.	Crisiscommunicatie	15
7.1.	Communicatie met publiek	15
7.2.	Communicatie met de pers	15
7.3.	Sociale media	16
	Bijlagen	17
	Bijlage 1: Wettelijke bepalingen	17
	Bijlage 2: Verantwoordelijkheden, taken, bevoegdheden overheid	18
	Bijlage 3: GRIP-niveaus	20

2. Inleiding

2.1 Doel van het crisisplan

Dit plan beschrijft de afspraken die binnen HUS zijn gemaakt over het crisismanagement bij een (grootschalig) incident of een ramp. Hierbij gaat het niet alleen over crises die de zorgcontinuïteit bedreigen maar over alle soorten crises die de bedrijfscontinuïteit kunnen raken. Dergelijke situaties vragen om beslissingen in onzekerheid, zicht op de kritieke momenten, integrale aanpak, slagkracht, leiderschap en verdienen van vertrouwen. Omdat bovenstaande niet vanzelfsprekend is bij aanpak van een crisis vanuit de reguliere organisatie, wordt gebruik gemaakt van een hiervoor ingerichte crisisorganisatie.

2.2 Wettelijk kader

De wet verplicht zorgaanbieders en -instellingen (waaronder huisartsen respectievelijk huisartsenspoedposten) de continuïteit van zorg zo veel mogelijk te waarborgen en 'de nodige maatregelen te treffen met het oog op hun taak bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en de voorbereiding daarop.' Er is geen wettelijke plicht voor huisartsen om mee te werken in de rampenbestrijding.

Echter, de volgende wetgeving is ook van toepassing op crisisbeheersing in de huisartsenzorg:

- Conform artikel 3 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in zorg (Wkkgz) moet HUS zorgen voor een organisatie, personeel en middelen en een verantwoordelijkheidstoedeling die redelijkerwijs leidt tot goede zorg.
- De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) stelt in artikel 4.1 van de Beleidsregels dat instellingen verantwoordelijk zijn voor hun voorbereiding op een grootschalig optreden.
- De Wet Veiligheidsregio's beoogt 'een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van brandweezorg, geneeskundige hulpverlening, rampenbestrijding en crisisbeheersing onder een regionale bestuurlijke regie'. Artikel 33 verplicht alle betrokken partijen maatregelen te treffen met het oog op hun taak en de voorbereidingen daarop.
- De Wet BIG stelt dat alle beroepsbeoefenaren in de zorg verantwoorde zorg dienen te leveren onder alle omstandigheden.

(Zie ook bijlage 1.)

Ondanks het bovenstaande kan de huisarts wel direct betrokken worden bij rampen en crises:

- Mobiele slachtoffers zoeken vaak zelf hulp, bij de eigen huisarts of een huisartsenpraktijk of een spoedpost nabij het rampterrein. De huisarts zal kwalitatief goede zorg moeten bieden onder alle omstandigheden zowel aan eigen patiënten als aan passanten.
- Mocht de huisartsenzorg gevraagd worden hulp te verlenen, dan vindt de coördinatie centraal plaats. Het primaire streven hierbij is om de zorgverlening aan slachtoffers van een ramp/incident door de huisartsen op de eigen locatie (praktijk/spoedpost) te laten plaatsvinden tenzij dit om logistieke redenen niet efficiënt is. Deze hulpverlening mag de zorg voor de eigen patiënten niet in de weg taan. Deze afspraken zijn vastgelegd in het convenant tussen [GHOR](#) en huisartsenzorg.
- De huisarts speelt een belangrijke rol in de psychosociale nazorg (latere nafase) aan eigen patiënten die slachtoffer zijn van een ramp.
- In de aanloop naar bijvoorbeeld een infectieziekte-uitbraak krijgt de huisarts als eerste te maken met besmette patiënten; hij is 'poortwachter' van de zorgketen.

2.3 Kwaliteitskader

Bij het opstellen van dit crisisplan is rekening gehouden met de normen uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0: de zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises' (september 2016).

2.4 Uitgangspunten HUS

Huisartsen Utrecht Stad heeft verder de volgende uitgangspunten geformuleerd voor het crisisplan:

- Het crisisplan is een integraal plan: het biedt een structuur om allerlei soorten verstoringen van de continuïteit van de huisartsenzorg of bedrijfscontinuïteit te bestrijden. Het plan vervangt het bestaande HaROP.
- Het crisisplan beschrijft zaken op hoofdlijnen. De verantwoordelijken nemen met dit handvat en de eigen professionaliteit beslissingen die adequaat zijn in de specifieke context.
- In een crisissituatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande werkwijzen, processen en structuren. Individuele praktijken en spoedpost behouden zo veel en zo lang mogelijk hun autonomie. De afspraken in dit crisisplan die een aantal organisatorische acties bij de huisarts wegnemen, zijn bedoeld om oplossingen te bieden in situaties die zelden voorkomen. Ze geven de huisarts ruimte om zich in een crisissituatie toe te leggen op zijn kerntaak, de hulp aan de patiënt. Opschaling naar het Centrale Crisisteam (zie verder) zal dus slechts in die gevallen noodzakelijk zijn wanneer de crisis de regionale grenzen overschrijdt en samenwerking tussen de andere RHO's in Utrecht noodzakelijk is.
- Doelmatige crisisbeheersing vereist draagvlak voor en naleven van de gemaakte afspraken door alle partijen. Dit wordt geborgd door vaststelling van het crisisplan door de regionale huisartsenorganisatie HUS. Tevens wordt het plan afgestemd met de GHOR van de Veiligheidsregio Utrecht.

Crisismanagement is geen doel op zich, maar is een middel om adequaat om te gaan met bijzondere situaties. De kern is het organiseren van flexibiliteit in reactie op hoog dynamische, complexe en soms emotionele situaties. Iedere situatie is anders, maar gaat wel gepaard met dreiging, urgentie en onzekerheid. Bij de meeste incidenten zal er eerst een directe operationele respons vanuit de huisartsen zijn. Het crisismanagement steunt op tal van reguliere voorzieningen, procedures en expertisevelden die samen moeten worden gebracht in een bijzondere situatie.

Op strategisch en tactisch niveau is het de kunst focus te houden en richting te geven. Dit vergt in ieder geval:

1. Voldoende aandacht voor de impact (naast de oorzaak en het directe effect): welke impact heeft het op medewerkers, patiënten/cliënten, de omgeving, de samenleving?
2. Beslissingen te midden van onzekerheid: het duurt even voordat er overzicht is. Er is waarschijnlijk zowel te weinig als te veel informatie en toch moeten er knopen worden doorgehakt.
3. Zicht op kritieke momenten en kritieke besluiten. Voorbeelden van kritieke besluiten zijn het evacueren of het stopzetten van bepaalde vormen van zorg.
4. Oog voor het bijzondere: doorhebben waar je kunt vertrouwen op het bekende (de professionele basis, de routine, het improvisatievermogen van de huisarts) en wat er dit keer echt anders is. Juist het bijzondere vergt extra aandacht.
5. (Terug)verdiene van vertrouwen: iedere crisis kan een beschadiging van het vertrouwen opleveren van medewerkers, van cliënten, van toezichthouders, van media, etc. Dit vertrouwen moet worden (terug)verdiend.
6. Een integrale aanpak: maatregelen versterken elkaar en wijzigingen of aanpassingen worden doordacht op implicaties voor andere maatregelen. Tezamen dragen de maatregelen bij aan het realiseren van benoemde doelstellingen en conform vastgestelde uitgangspunten.
7. Leiderschap: het in moeilijke omstandigheden bieden van perspectief, realiseren van moeilijke keuzes en het bieden van kalmte en rust.

Het bovenstaande kan niet vanzelf worden gerealiseerd in de staande organisatie. Dit is de reden om te komen tot een crisisorganisatie zoals in dit document beschreven.

2.5 Regionaal risicoprofiel

Per Veiligheidsregio is er een regionaal risicoprofiel gemaakt. Het risicoprofiel van de regio Utrecht is te downloaden via [de site van de Veiligheidsregio regio Utrecht](#). Het regionaal risicoprofiel geeft inzicht en inventariseert welke risico's en kwetsbaarheden zich voordoen in de regio en geeft een inschatting van de waarschijnlijkheid dat een crisis zich voor gaat doen.

Voor een aantal incidenttypen is een risicoanalyse gemaakt. In deze analyse wordt de impact en de waarschijnlijkheid weergegeven in een risicodiagram. De risicoanalyse treft u in het betreffende document aan in hoofdstuk 3.

2.6 Soorten crises en reikwijdte van het crisisplan

Het crisisplan van de HUS is geschreven voor alle (dreigende) gevolgen van disbalans die de continuïteit van de huisartsenzorg of de bedrijfscontinuïteit kunnen bedreigen. De voorbereiding op een interne calamiteit is de verantwoordelijkheid van de individuele huisartsenpraktijken of de SUS. Zij dienen te beschikken over een bedrijfsnoodplan en/of ontruimingsplan en handelen in voorkomende gevallen conform dit plan. Wanneer echter door de interne crisis de continuïteit van de huisartsenzorg over een deel van het HUS-werkgebied in het geding is, kan de crisisstructuur (dit crisisplan) van de HUS ondersteuning bieden.

De impact van de veelheid aan soorten incidenten op de HUS kan tot een beperkt aantal worden geordend (basis: Leidraad Cobra). Risico's die zowel regionaal als nationaal zeer waarschijnlijk worden geacht, met naar verwachting ook een grote (ernstig tot catastrofaal) impact voor de continuïteit van de huisartsenzorg, zijn:

- Sluiting/ontruiming van de spoedpost
- Groot aanbod van patiënten
- Tekort aan personeel bij praktijken of spoedpost
- Langdurige regionale uitval van nutsvoorzieningen
- Uitval apparatuur of ICT-middelen
- Uitbraak infectieziekte

2.7 Bovenregionale samenwerking

Een crisis houdt zich niet altijd aan de regiogrens. Wanneer sprake is van een regio-overschrijdende crisis, kan er een situatie ontstaan dat er meer coördinatie nodig is dan met de losstaande regionale crisisorganisaties te realiseren valt. Hiervoor kan een centraal crisisteam (CCT) ingericht worden.

Het centrale crisisteam wordt in ieder geval bijeengeroepen in geval van:

- regio-overstijgende calamiteiten, of de dreiging daarvan, voor zover die de zorgcontinuïteit of de gezondheid/veiligheid van medewerkers en huisartsen bedreigen;
- ernstige schade aan gebouwen en/of installaties, of de dreiging daarvan;
- terroristische acties of de dreiging daarvan, die de zorgcontinuïteit of de gezondheid/veiligheid van medewerkers en huisartsen bedreigen en
- (Pandemische) infectieziekten zoals bijvoorbeeld 'Covid-19'.

2.8 Opbouw van het crisisplan

In de volgende hoofdstukken worden de vijf processen uit de basisvereisten crisismanagement uitgewerkt voor de HUS:

1. Melding en alarmering;
2. Op- en afschaling;
3. Leiding en coördinatie;
4. Informatiemanagement;
5. Crisiscommunicatie.

2.9 Onderhoud van het crisisplan

Dit plan wordt onderhouden door de **aandachtsfunctionaris crisisbeheersing** van HUS. Gegevens worden jaarlijks geactualiseerd. Dit is geborgd in het managementsysteem van HUS.

3. Melding en alarmering

Het proces 'Melding en alarmering' omvat het aannemen, verwerken en registreren van de gegevens over het incident en het alarmeren en/of informeren van de juiste betrokkenen.

3.1. Melding en alarmering bij een acute ramp

Bij een acute ramp komen politie (blauwe kolom), brandweer (rode kolom), ambulance en medische zorg (witte kolom) en soms defensie (groene kolom) in actie. De samenwerking tussen deze kolommen is vastgelegd in de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdingsprocedure (GRIP) en kent vier niveaus. De GHOR is verantwoordelijk voor de regionale coördinatie van de geneeskundige hulpverlening in het rampgebied en het maken van afspraken hierover met ketenpartners.

Bij de melding en alarmering zijn een tweetal rollen essentieel:

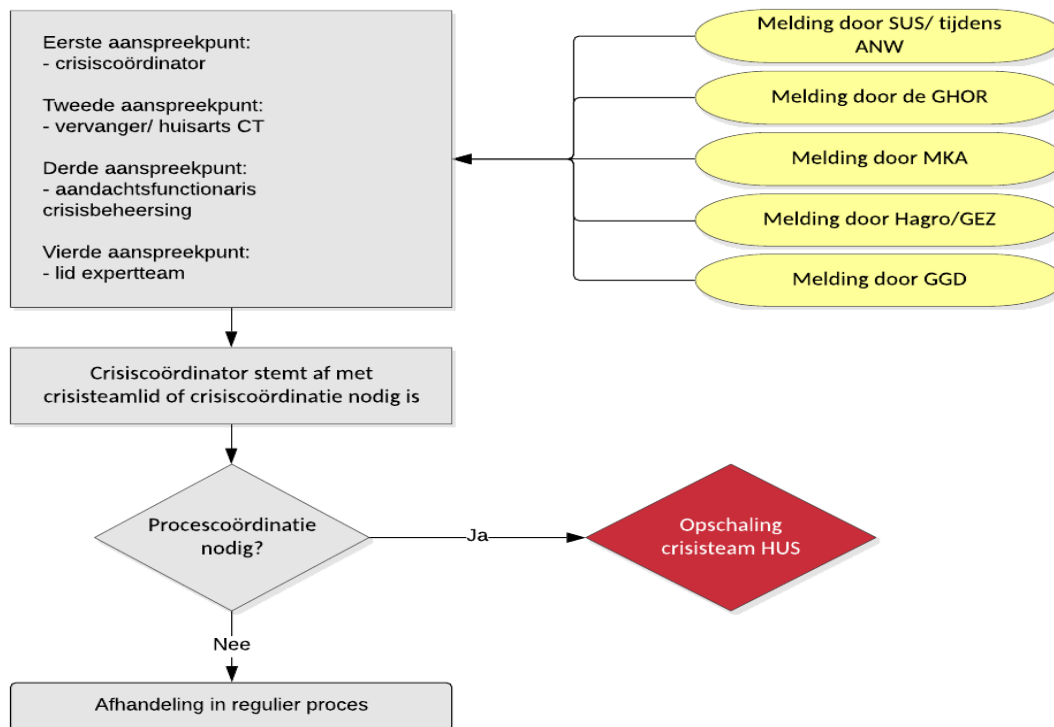
a. Crisiscoördinator

Dit is in de **warme fase** voor interne en externe partijen het eerste aanspreekpunt van het crisisteam en coördineert de uitvoering van besluiten van het crisisteam. Hij/zij stemt binnen de regio de onderlinge samenwerking op operationeel en tactisch niveau af tijdens crisis- of rampomstandigheden. Hij informeert en adviseert de huisartsen en spoedposten over de logistieke en materiële situatie en knelpunten die een overkoepelende beslissing vergen.

b. Aandachtsfunctionaris crisisbeheersing

De aandachtsfunctionaris crisisbeheersing is de contactpersoon binnen de HUS die de coördinatie heeft over de crisisbeheersing in de **koude, voorbereidende fase**. Hij/zij voert de werkzaamheden uit onder verantwoordelijkheid van de directie HUS, en stemt daar waar nodig inhoudelijk af met collega's uit de andere RHO's (zie ook paragraaf 5.5)

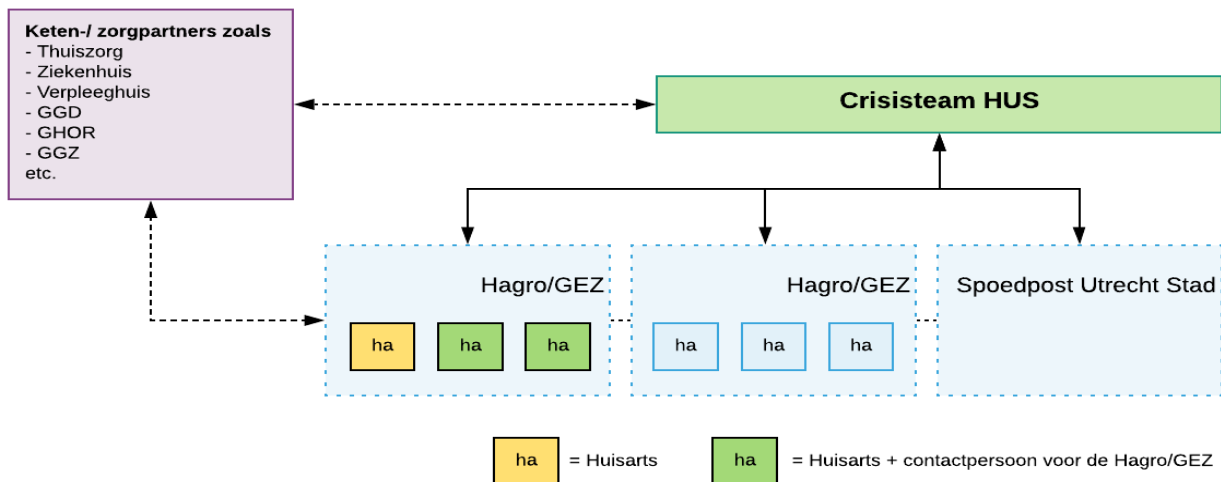
Wanneer een gebeurtenis impact kan hebben op de huisartsenzorg, wordt dit gemeld bij de HUS conform het hiernavolgende schema. Indien er informatie gedeeld wordt via het Landelijk Crisis Management System Geneeskundige Zorg (LCMS-GZ) wordt de crisis coördinator hierover geïnformeerd.



Om de melding in ontvangst te nemen kunnen de volgende items van belang zijn om te vragen:

- Informatie over het soort incident of de soort ramp;
- De locatie, het tijdstip en de aard van het incident;
- Indien van toepassing: informatie over gevaarlijke stoffen;
- De aard van verwondingen/symptomen van slachtoffers die zich bij de huisartsenpraktijken of de spoedpost kunnen melden;
- De te verwachten belasting van de ambulancezorg en de ziekenhuizen, waarmee huisartsen rekening moeten houden bij triage en doorverwijzing van patiënten;
- Adviezen en handelingsperspectieven die huisartsen kunnen opvolgen;

Bij positief besluit over opschaling wordt het crisisteam gealarmeerd. Het crisisteam besluit of de aanpreekpunten per huisartsengroep opgeroepen worden. Dit is aan de orde als een incident of ramp impact heeft op een groot deel van het werkgebied van HUS.



Inzet huisartsenzorg in een opvang- en/of behandelcentrum

Huisartsen hebben geen rol op het rampterrein. Het primaire streven is om de zorgverlening aan slachtoffers van een ramp/incident door de huisartsen op de eigen locatie (praktijk/spoedpost) te laten plaatsvinden. Als daar behoefte aan is en verwijzing naar dagpraktijken of spoedpost niet toereikend is, kan huisartsenzorg ingezet worden in een opvang- of behandelcentrum. De GHOR maakt dit kenbaar aan de crisiscoördinator van HUS, de GHOR zelf benadert hiervoor geen individuele huisartsen. De crisiscoördinator informeert de leden van het crisisteam. Wanneer het crisisteam niet bij elkaar is dan is er overleg met de medisch manager/directeur van de HUS. Bij positief besluit bepalen ze in overleg met de GHOR de mate en wijze van inzet. De crisiscoördinator bevestigt de inzet en informeert de betrokken huisarts(en)/SUS. HUS heeft wel een morele inspanningsverplichting, maar kan geen garantie geven tot bijvoorbeeld het participeren in de opvang van T3-slachtoffers. Eenzelfde systematiek wordt gehanteerd voor de (mogelijke) inzet van huisartsen bij een andere 'collega' spoedpost.

Gevaarlijke stoffen

Bij incidenten met gevaarlijke stoffen van chemische, biologische, radiologische en nucleaire aard (CBRN) adviseert de Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) van de GHOR de crisiscoördinator over ontsmetting en behandelwijze. Tijdens de ANW-uren volgt de Spoedpost Utrecht Stad (SUS) de richtlijnen van de SEH.

3.2. Melding en alarmering bij een infectieziekte-uitbraak

Infectieziektebestrijding vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de GGD.

- De huisartsen melden (vermoedens van) meldingsplichtige infectieziekten conform de reguliere procedures bij de arts infectieziektebestrijding van de GGD.
- De GGD informeert de huisartsen over (inter)nationaal gesignaleerde infectieziekten en preventieve maatregelen.
- Indien op basis van de berichtgeving van de GGD een uitbraak wordt verwacht van zodanige omvang dat opschaling noodzakelijk wordt, informeert de crisiscoördinator het crisisteam HUS.
- Samen met vertegenwoordigers van de ander drie RHO's is er de Werkgroep Communicatie GGD-HAP die bij centrale berichtgeving de communicatie naar de huisartsen afstemt. De verzending verloopt via de eigen RHO.

4. Op- en afschaling

Tijdens een opschaling verandert de normale organisatie van de huisartsenzorg naar een organisatievorm die is toegesneden op de bestrijding van een incident of crisis. De omvang en de snelheid van opschalen kunnen per incident of crisis anders zijn, afhankelijk van de impact die het incident of de crisis heeft op de huisartsenzorg binnen de HUS.

Als de reikwijdte van een incident of uitbraak beperkt blijft tot een individuele praktijk, Hagro/GEZ of de spoedpost Utrecht Stad, wordt het vraagstuk op dat niveau opgelost en gelden de binnen de Hagro/GEZ gemaakte afspraken. De Hagro/GEZ-contactpersoon kan de huisarts of Hagro/GEZ ondersteunen. Ook het crisisteam is voor advies beschikbaar en onderhoudt indien nodig contact met ketenpartners. In deze gevallen zal niet snel sprake zijn van een omvangrijke crisis die de continuïteit van de regionale huisartsenzorg bedreigt. Het Crisisplan wordt in deze gevallen niet geactiveerd en er is geen sprake van opschaling van de regionale crisisorganisatie.

Na ontvangst van de melding beoordeelt de crisiscoördinator in afstemming met een tweede crisisteamlid of opschaling noodzakelijk is.

Argumenten voor opschaling kunnen zijn:

- Een gerede kans op verstoring van de zorgcontinuïteit;
- veel media-aandacht.

4.1. Opschaling bij een acute crisis

Gedurende de opschaling is het crisisteam HUS actief en worden de contactpersonen per GEZ/huisartsengroep geïnformeerd. Uitsluitend het crisisteam onderhoudt de contacten over de crisis(beheersing) met de GHOR en met de ketenpartners.

4.2. Opschaling bij een infectieziekte-uitbraak

Een infectieziekte-uitbraak kent over het algemeen een langere aanlooptijd.

Bij een infectieziekte-uitbraak kan er een disbalans ontstaan in de huisartsenzorg wanneer de zorgvraag toeneemt en het zorgaanbod afneemt. Externe factoren kunnen deze balans mede beïnvloeden door bijvoorbeeld de beperkte beschikbaarheid van Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM), medicatie of opnamecapaciteit.

Dagsituatie

Wanneer ziekteverzuim niet meer in de praktijk opgevangen kan worden, zoeken huisartsen in eerste instantie oplossingen binnen de Hagro/GEZ. Bij verder afnemende capaciteit en toenemende vraag wordt enkel zorg geboden die niet uitstelbaar is, conform de landelijke richtlijnen op dat moment.

Stadium	Besluitvorming	Organisatie huisartsenzorg tijdens daguren
Stadium 1	Huisarts	Normale praktijkvoering
Stadium 2	Hagro/GEZ-contactpersoon	Een of enkele praktijken moeten sluiten, verdeling patiënten onder collega-praktijken in Hagro/GEZ
Stadium 3	Hagro/GEZ-contactpersoon	Centralisatie naar één praktijk binnen de Hagro/GEZ
Stadium 4	GHOR i.s.m. crisisteam HUS	Huisartsenzorg wordt geregeld op regionaal niveau Bewaking scenario en bijstelling

ANW-uren

Het capaciteitsprobleem tijdens ANW-uren wordt opgelost door gebruik van reservesystemen: boven-contractuele inzet van eigen medewerkers, oud-medewerkers, oud-huisartsen, inzet van doktersassistenten in de regio, als het echt niet kan 3^e en 4^e-jaars medisch studenten, uitzendbureaus en studenten voor bezetting van de balie.

Tevens worden maatregelen getroffen om de instroom van nieuwe patiënten te minimaliseren:

- Aanwijzingen via website, krant en telefoonbandjes (zie hoofdstuk crisiscommunicatie).
- Strikte triageprotocollen; verwijzing naar de dagsituatie, behalve bij (dreigende) ABCD-problemen.
- Verwijzing naar de dagsituatie voor herhalingsrecepten.

Stadium	Besluitvorming	Organisatie huisartsenzorg tijdens ANW-uren
Stadium 1	Manager en teamleiders SUS	HUS draait gewoon door Besluitvorming en draagvlak continuïteitsplan Inventariseren reservecapaciteit
Stadium 2	Crisisteam HUS	Cave mogelijkheden waarnemers Reservesystemen aanspreken
Stadium 3	Crisisteam HUS	Triage volgens strikte protocollen, verwijzing naar dagsituatie, behalve bij (dreigend) ABCD-probleem Maximale inzet reservesystemen
Stadium 4	GHOR i.s.m. crisisteam HUS	Als het niet meer lukt binnen de hagro, worden diensten regionaal ingevuld a.d.h.v. centrale inventarisatie

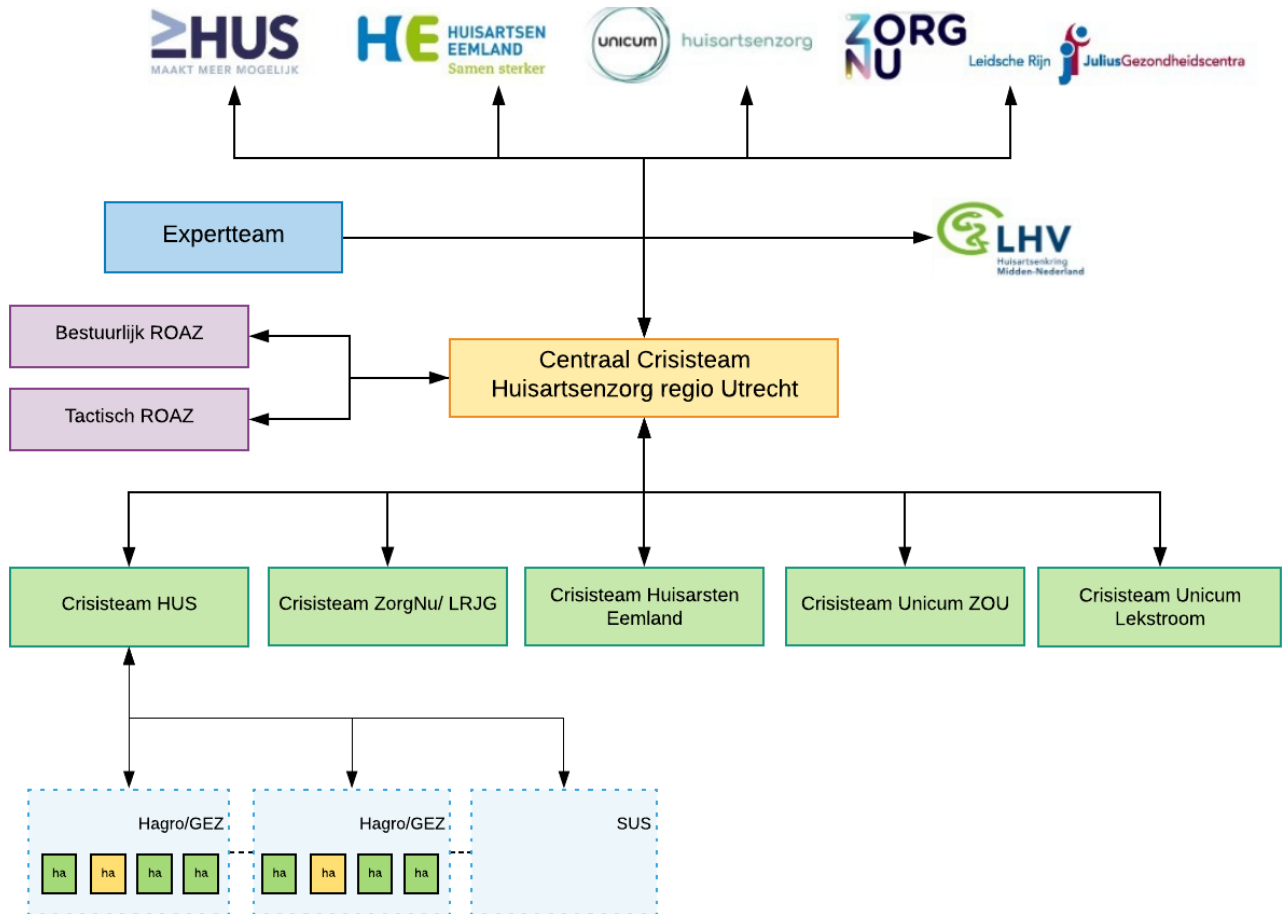
Voor de regionale afstemming met de ketenpartners kan onder leiding van de GHOR of het ROAZ overleg gevoerd worden met participatie vanuit de huisartsenzorg. Te onderscheiden zijn een bestuurlijk ROAZ en een meer tactisch/operationeel escalatieteam ROAZ.

Voor de aanpak bij influenza die de continuïteit dreigt te bedreigen is er een [Regioplan continuïteit acute zorg aanpak griep](#) (oktober 2019) beschikbaar.

4.3. Opschaling in maximale vorm

Er zijn omstandigheden waarbij het noodzakelijk is verder dan alleen het crisisteam van de HUS op te schalen. Een voorbeeld is de crisis met Covid-19. De ramp of crisis is regio-overstijgend en bovenregionale afstemming en coördinatie is dringend gewenst. Binnen de veiligheidsregio Utrecht zijn daar afspraken over gemaakt met de overige RHO's.

Schematisch kan het er in de maximaal opgeschaalde vorm als volgt uitzien:



4.4. Afschaling bij een crisis

Als er na enige tijd geen nieuw aanbod van patiënten meer is, wordt afgeschaald naar de normale werkwijze. Er kunnen regionaal verschillen zijn in het moment van afschaling.

De GHOR meldt de afschaling telefonisch en schriftelijk aan het crisisteam. Het crisisteam informeert de huisartsen en overige medewerkers, via de Hagro/GEZ-contactpersoon.

Zo mogelijk vindt er een debriefing plaats, waarbij de medewerkers geïnformeerd worden over de toestand en vragen kunnen worden beantwoord.

4.5. Afschaling bij een infectieziekte-uitbraak

Bij afnemend verzuim in de huisartsenpraktijken/ SUS vindt afschaling plaats naar lagere stadia.

Besluitvorming daarover vindt plaats door de verantwoordelijke in het op dat moment geldende stadium. Het stadium van afschaling kan per Hagro/ GEZ verschillen. Indien nodig kan overgegaan worden naar een projectorganisatie.

4.6. Nazorg aan slachtoffers

Psychosociale nazorg aan slachtoffers is met name aan de orde na een ramp. In de acute fase van de ramp (3x24 uur) en de eerste nazorgfase (ca. 3 maanden) is de GHOR eindverantwoordelijk voor de psychosociale nazorg aan slachtoffers.

In de eerste nazorgfase kan de GHOR huisartsen verzoeken gezondheidsklachten en vragen van eigen patiënten te signaleren en te monitoren en de GHOR daarover te informeren.

Vanaf de tweede nazorgfase zijn de reguliere organisaties - de huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg - verantwoordelijk, onder regie van de GGD. Deze fase kan tot enkele jaren duren.

Bevolkingsonderzoek

Om een goed beeld te krijgen van de gevolgen van een ramp op de gezondheidstoestand van betrokkenen, kan de gemeente een gezondheidsonderzoek opzetten en uitvoeren, in samenwerking met GHOR en GGD. Ze kan huisartsen verzoeken dat onderzoek geheel of gedeeltelijk uit te voeren bij hun eigen patiënten. Contacten hierover lopen rechtstreeks tussen gemeente en huisartsen.

4.7. Nazorg aan huisartsen en medewerkers

Huisartsen en medewerkers kunnen voor nazorg een beroep doen op de reguliere mogelijkheden zoals bedrijfsopvangteam, vertrouwensarts of bedrijfsarts. Als daar behoefte aan is, kan het crisisteam besluiten tot een specifieke aanpak voor de nazorg.

4.8. Evaluatie

- Binnen enkele weken na afloop van de crisissituatie kan het functioneren van de crisisorganisatie HUS geëvalueerd worden. De te kiezen methode en vorm is afhankelijk van de behoefte en de doelen.
- Het crisisteam evalueert of bespreekt het eigen handelen en de samenwerking met ketenpartners.
- De GHOR initieert eventueel ketenbreed een evaluatie en betreft de huisartsen hierbij.

Als daar aanleiding voor blijkt, worden procedures en afspraken verbeterd en wordt het crisisplan bijgesteld.

5. Leiding en coördinatie

Het proces 'Leiding en coördinatie' omvat de besluitvorming over de opvang van de ramp, het coördineren van en leidinggeven aan de crisisbeheersing, het monitoren van de resultaten en het op basis hiervan beoordelen en bijstellen van de activiteiten.

Bij het actieve Integrale Crisisplan onderscheiden we drie niveaus:

1. Hagro/GEZ-contactpersonen
2. Crisisteam HUS
3. Centrale Crisisteam regio Utrecht

5.1 De Hagro/GEZ-contactpersonen

De huisartsen werken samen in huisartsengroepen of in geïntegreerde eerstelijns zorgconstructies (Hagro of GEZ). Elke Hagro/GEZ heeft een Hagro/GEZ-contactpersoon en een vaste vervanger. Het regionale crisisteam heeft het contact met de Hagro/GEZ-contactpersonen. Samen met het regionale crisisteam vormen de contactpersonen de regionale crisisorganisatie.

De kerntaken van de Hagro/GEZ-contactpersoon zijn:

- Heeft lijst actuele contactgegevens huisartsen en medewerkers eigen Hagro/GEZ;
- Zorgdragen voor voorbereiding Hagro/GEZ op dreigende infectieziekte-uitbraak/opschaling
- Zorgdragen voor besluitvorming binnen Hagro/GEZ om zorgcontinuïteit te borgen;
- Monitoren ontwikkeling in zorgvraag en aanbod Hagro/GEZ;
- Linking pin tussen de huisartsen (dag en ANW) en het regionale crisisteam.

De kerntaken van de achterban (huisartsen en de huisartsenposten):

- Het conformeren aan de genomen besluiten door het regionale crisisteam;
- Verlenen huisartsenzorg; werkzaamheden niet/weinig anders dan regulier;
- Informeren van en afstemmen met Hagro/GEZ-contactpersoon (huisarts);
- Communicatie naar medewerkers en patiënten op dat moment in de praktijk.

De manager SUS kan op het niveau van de Hagro/GEZ-contactpersoon gezien worden, hij/zij behartigt de belangen van de SUS.

5.2. Regionaal Crisisteam HUS (CTSU)

Het crisisteam draagt zorg voor coördinatie op hoofdlijnen en op onderwerpen die de continuïteit van regionale huisartsenzorg betreffen (voor de dagzorg alsook voor de ANW). Ook is het crisisteam verantwoordelijk voor communicatie met ketenpartners, Hagro's/GEZ'en en SUS.

Een expertteamlid kan de vergadering technisch voorzitten. De bestuurder van de huisartsenorganisatie neemt besluiten gehoord hebbende de adviserende leden. Het crisisteam past de BOB-methodiek toe (beeldvorming, oordeelsvorming, besluitvorming); een vergaderagenda met deze methodiek is in de werkdocumenten opgenomen.

Het crisisteam heeft de volgende samenstelling:

- De directeur van de HUS, tevens crisiscoördinator;
- Vier huisartsen;
- De aandachtsfunctionaris crisisbeheersing
- Een lid (of twee leden) van het expertteam
- Algemeen of medisch manager SUS
- Een ondersteuner crisisteam (logger/plotter);

De leden van het crisisteam dragen zelf zorg voor vervanging en voor tijdige aflossing. De leden zijn beschikbaar op basis van kanspiket dan wel beschikbaar, voortvloeiend uit de verantwoordelijkheden uit de reguliere functie. Op basis van de crisis kan het team al dan niet in volledige bezetting draaien.

Crisisruimte

Als ruimte voor het crisisteam wordt in principe een van de beschikbare ruimtes van HUS gebruikt aan de Arthur van Schendelstraat 550. Indien deze locatie zich in onveilig gebied bevindt zal ad hoc een alternatieve locatie aangewezen worden. In of nabij deze ruimte zijn alle benodigde faciliteiten aanwezig, zoals communicatiemiddelen, printer, draaiboeken, adreslijsten, een detailkaart van het betrokken gebied, enzovoort.

Besluitvormingsprocedure

Het crisisteam maakt gebruik van de BOB-systematiek. De afkorting staat voor:

- Beeldvorming: Wat is er feitelijk aan de hand? Wat weten we precies?
- Oordeelsvorming: Wat zijn de consequenties van het beeld, wat betekent dit voor de korte en lang termijn?
- Besluitvorming: Welke besluiten nemen we en welke acties gaat wie uitvoeren?

5.3 Het Centraal Crisisteam regio Utrecht (CCT)

Het centrale crisisteam draagt zorg voor coördinatie op hoofdlijnen en op onderwerpen die de continuïteit van totale huisartsenzorg in de Veiligheidsregio Utrecht betreffen. Ook is het centrale crisisteam verantwoordelijk voor communicatie met regio-overstijgende ketenpartners. De communicatie naar de hagro's/GEZ'en en huisartsenposten verloopt via het eigen stads crisisteam (CTSU).

5.4 Huisartsen en medewerkers van de huisartsenpraktijken en SUS

De huisartsen en medewerkers voeren de hun toebedeelde taken uit. Dit zijn zoveel mogelijk de reguliere taken. De daadwerkelijke uitvoering van de zorg blijft altijd een verantwoordelijkheid van de individuele huisartsenpraktijken en de spoedpost. Zij zijn er zelf verantwoordelijk voor dat zij kwalitatief goede zorg leveren onder alle omstandigheden. De zorgverzekeringswet maakt daarbij geen onderscheid tussen dagelijkse hulpverlening en hulpverlening bij crisis. De huisartsenzorg aan eigen patiënten en passanten die slachtoffer zijn van een crisis of ramp, valt onder de reguliere contractafspraken met de zorgverzekeraar.

5.5 Expertteam

De kans op een grotere crisis in de huisartsenzorg is niet erg groot. Dat betekent dat de crisisteams relatief weinig ervaren zullen zijn. Om efficiënt met crisis kennis om te gaan, hebben we een expertteam ingericht, dat ondersteuning kan bieden bij regionale of overstijgende crises.

Het team bestaat uit vijf getrainde huisartsen met de volgende kernkwaliteiten:

- Kennis van de sociale kaart met ketenpartners bij crisis
- Bieden van structuur bij crisisbeheersing

Het expertteam kan twee rollen vervullen in een crisisteam (twee leden):

- Technisch voorzitter: vergaderstructuur bieden
- Logger: gestructureerd documenteren (BOB)

Het expertteam sluit aan op basis van beschikbaarheid. Er is geen vaste piketdienst van toepassing.

5.6 GGD/ GHOR en ketenpartners

Het crisisteam is tijdens de crisis de verbindende schakel tussen GGD/GHOR en overheid enerzijds en de huisartsenpraktijken/SUS anderzijds.

Afhankelijk van het type incident of ramp onderhoudt het crisisteam ook bilateraal contacten met ketenpartners, zoals ziekenhuizen en V&V.

Indien nodig richt de GHOR een actiecentrum GHOR in om de kritische processen te coördineren.

5.7 Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

De aanbieders van acute zorg die betrokken zijn bij de acute zorgketen (ziekenhuizen, huisartsen (Kring MN), huisartsenorganisaties, RAVU, GGD, verloskundigen, GGZ en veiligheidsregio) nemen deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Dit om in regionaal verband betere samenwerking binnen de acute zorg, in reguliere en opgeschaalde situaties, te bewerkstelligen en te waarborgen namens de Directeur Publieke Gezondheid (DPG).

Een belangrijk onderdeel hiervan is het (financieel) ondersteunen van opleiden, trainen en oefenen door de betrokkenen. Dit wordt door de gezamenlijke aandachtsfunctionarissen crisisbeheersing in Utrecht onderling afgestemd. Er wordt jaarlijks een gezamenlijk OTO-jaarplan ingediend voor 15 oktober bij het Traumazorgnetwerk Midden Nederland.

6. Informatiemanagement

Het doel van het proces 'Informatiemanagement' is het beschikbaar maken van een gedeeld en actueel beeld van de situatie ter ondersteuning van het (crisis) besluitvormingsproces. Dit proces is ingericht op basis van het concept van netcentrisch werken. Het netcentrisch werken is een werkwijze waarbij heldere afspraken worden gemaakt over het beschikbaar stellen van informatie, zodat de besluitvorming onder (crisis)omstandigheden altijd gebaseerd is op een actueel en consistent situatiebeeld. Bij netcentrische informatievoorziening wordt de informatie niet doorgegeven via hiërarchische lijnen, maar wordt ze zo snel mogelijk gedeeld met iedereen voor wie de informatie relevant kan zijn.

6.1. Het gedeelde Geneeskundige Beeld

Centraal in de werkwijze staat het beschikbaar stellen van een gedeeld en actueel beeld aan alle betrokken zorginstellingen, op basis waarvan betreffende instellingen in staat worden gesteld om hun eigen afwegingen in hun respectievelijke besluitvormingsprocessen te maken.

Vanuit de verschillende zorginstellingen is aangegeven aan welke informatie men behoefte heeft. Hieronder een overzicht van de verschillende aspecten die in het Gedeelde Beeld terug dienen te komen:

1. Situatie
 - a. Algemeen beeld, wat is er gebeurd
 - b. Oorzaak
 - c. Reden voor opschaling
 - d. Huidige stand van zaken
 - e. Inzicht in duur
2. Slachtoffer beeld
 - a. Aantallen
 - b. Classificatie
 - c. Doelgroepen (kinderen, ouderen, etc.)
 - d. Soort letsel (brandwonden, botbreuken, etc.)
 - e. Afkomst (zijn er buitenlanders bij betrokken?)

3. Gevaarlijke stoffen
 - a. Besmette slachtoffers/hulpverleners
 - b. CBRN-protocol
 - c. Veiligheid eigen personeel
4. Communicatie
 - a. Maatschappelijke onrust
 - b. Communicatiestrategie vanuit Veiligheidsregio
5. Meteo
 - a. Weersinvloeden (Koude, regen, etc.)
 - b. Weersverwachting

Vanuit de ketengedachte is het daarom noodzakelijk in de oordeels- en besluitvorming van de eigen organisatie de consequenties voor de overige betrokken zorginstellingen mee te wegen. Het LCMS-gz speelt hierin een essentiële rol om de informatie te delen. Bedenk en bespreek bijvoorbeeld welke gevolgen besluiten voor de spoedpost of ambulancedienst kunnen hebben.

6.2. Bereikbaarheidsgegevens

Om snel efficiënt te kunnen communiceren over de rampenopvang moeten actuele bereikbaarheidsgegevens beschikbaar zijn van functionarissen binnen HUS en externe partners.

- Bereikbaarheidsgegevens van het crisisteam en de Hagro/GEZ-contactpersonen zijn essentieel en moeten snel kunnen worden opgevraagd.
- Als de rol van (vervangend) hagro/GEZ-contactpersoon overgaat op een andere huisarts, dient dit altijd te worden doorgegeven aan de aandachtsfunctionaris crisisbeheersing, ter actualisering van het bestand.
- De hagro/GEZ-contactpersoon is zelf verantwoordelijk voor een actueel bestand van contact- en bereikbaarheidsgegevens van de betrokken hagro/GEZ of huisartsenpraktijken.
- Contactgegevens van relevante ketenpartners zijn ook essentieel en moeten snel kunnen worden opgevraagd.

6.3 Registratie van behandelde patiënten en verwijzingen

Tijdens een crisis kunnen de processen ondersteund worden door de reguliere administratieve systemen. Bij een infectieziekte-uitbraak kan desgewenst in het HIS of Topicus een mogelijkheid gecreëerd worden voor registratie van patiënten die met klachten op de spoedpost komen.

7. Crisiscommunicatie

Het proces crisiscommunicatie heeft de volgende doelen:

- Betekenisgeving: wat betekent de crisis voor getroffen, betrokken, samenleving?
- Schadebeperking: doorgeven van gedrags- en handelingsadviezen en instructies.
- Informatieverstrekking: voorzien in de informatiebehoefte van betrokken, publiek en pers door middel van algemene informatie, verklaringen en toelichting op het crisisbeleid.

7.1 Communicatie met publiek

Informatie over een crisis richting publiek is een taak van GGD/GHOR of overheden. Omwille van de eenduidigheid verstrekken huisartsen zo weinig mogelijk algemene informatie aan patiënten.

Indien relevant worden bellers via de wachttekst op de telefooncentrale verwezen naar een landelijk informatienummer of de website van de rijksoverheid.

Het informeren van het publiek/eigen patiënten over de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken/SUS tijdens de crisis is wel een taak van de huisartsenzorg.

7.2 Communicatie met de pers

Communicatie met de pers verloopt via het crisisteam HUS. Huisartsen en medewerkers wordt geadviseerd geen pers te woord te staan, maar door te verwijzen naar het crisisteam HUS.

7.3 Sociale media

In gesprek komen en blijven: dat maakt sociale media sociaal. Vier sociale media-activiteiten op volgorde van belang:

- **Luisteren** (monitoren): weten wat er zoal gebeurt op sociale media. Wat wordt er over de organisatie of in het algemeen geschreven en wat is de toon van de berichten.
- **Produceren**: het plaatsen van informatie op sociale media laat zien waar jouw organisatie zich mee bezighoudt.
- **Reageren**: het corrigeren van verkeerde informatie of reageren op positieve of negatieve berichten op sociale media.
- **Interacteren**: hier gaat het om met elkaar in gesprek gaan en blijven, waardoor de buitenwereld blijvend bij de organisatie en haar werkzaamheden betrokken wordt.

Bijlagen

Bijlage 1 Wettelijke bepalingen

Wet op de Veiligheidsregio

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

Artikel 33 zegt hierover het volgende:

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

Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen zorg (WKKGz)

Artikel 3: "De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze... ...dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg."

Bijlage 2 Verantwoordelijkheden, taken, bevoegdheden overheid

Gemeentebestuur

Rampenbestrijding en crisisbeheersing

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

Infectieziektebestrijding

- Het college van burgemeester en wethouders is verantwoordelijk voor de infectieziektebestrijding (Wet Publieke Gezondheid).
De burgemeester (of de voorzitter Veiligheidsregio bij bijvoorbeeld A-ziekten) heeft de leiding over de infectieziektebestrijding (Wet Publieke Gezondheid).
- De burgemeester (of de voorzitter Veiligheidsregio) heeft de bevoegdheid om aanwijzingen te geven en vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen.

Openbare orde

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

Openbaar Ministerie

- De (hoofd)officier van justitie heeft de leiding over de politie voor wat betreft de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde.

Burgemeester (college van b&w)

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

Directeur Publieke Gezondheid (DPG)

De DPG is verantwoordelijk voor twee organisaties: GGD en GHOR en is in die laatste hoedanigheid lid van de directie van de veiligheidsregio. De DPG is het aanspreekpunt en de gesprekspartner voor zowel het bestuur als voor de brandweer, politie, gemeente en justitie. Daarbij geeft de DPG integraal advies namens de geneeskundige keten. Met de komst van de DPG (sinds 2012) is er één gezicht van het openbaar bestuur richting de particuliere zorgpartijen, zijn reguliere en opgeschaalde (crisis)zorg dichter bij elkaar en vindt er gezamenlijke planvorming van volksgezondheid en veiligheid plaats.

Regionale bevoegdheden

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

Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) functioneert als regisseur in de keten van de bestrijding infectieziektebestrijding. Het CIb treedt op als permanente tweedelijnsvoorziening voor de infectieziektebestrijding ten behoeve van de artsen infectieziekten van de GGD'en. Het CIb draagt namens de minister van VWS zorg voor de landelijke coördinatie van de GGD-inzet. Tevens voert het CIb de landelijke surveillance van infectieziekten uit.

Inspectie voor de gezondheidszorg

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

Bijlage 3 GRIP-niveaus

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

GRIP	Korte duiding	Mogelijke betrokken teams
1	Incident met effecten tot maximaal in de directe omgeving van het incident. Er bestaat noodzaak tot en behoefte aan coördinatie tussen de hulpdiensten met betrekking tot hun werkzaamheden vanuit het brongebied.	Commando Team Plaats Incident (CoPI)
2	Grootschalig incident/calamiteit met uitstraling naar de omgeving. Er bestaat noodzaak tot en behoefte aan coördinatie tussen de hulpdiensten met betrekking tot hun werkzaamheden vanuit het effectgebied.	CoPI en Regionaal Operationeel Team (ROT)
3	Crisis in één gemeente. Er bestaat de noodzaak tot en de behoefte aan coördinatie tussen de hulpdiensten op bestuurlijk niveau.	CoPI, ROT en Gemeentelijk Beleidsteam (GBT)
4	Crisis in meerdere gemeenten (effect). Er bestaat de noodzaak tot en de behoefte aan coördinatie tussen de hulpdiensten op bestuurlijk niveau onder regionale leiding.	CoPI, ROT en Regionaal Beleidsteam (RBT)
5	Afstemming bij effecten in meerdere Veiligheidsregio's	Mogelijk meerdere ROT's en (R)BT's

Bijlage 4 OTO plan