

VOORBEREID OP ONHEIL

Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in ontwikkeling

Rampenbestrijding vereist afstemming tussen veel verschillende partijen. Om dit te bevorderen, wordt straks samengewerkt in 25 afgebakende veiligheidsregio's. Voor de geneeskundige hulpverlening is de regionaal geneeskundig functionaris de spin in het web.

S.I. MEULENSTEEN-VAN ESSEVELD
A.R.J. STUMPEL

Beter voorbereid zijn op toekomstige crises: dat is het doel van de vorming van 25 congruente, multidisciplinaire veiligheidsregio's. En daarbij gaat het vooral om de samenwerking tussen de vier kolommen die van oudsher bij de organisatie van rampenbestrijding zijn betrokken: brandweer, politie, geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) en gemeenten.

De GHOR heeft in dit veld een bijzondere positie tussen openbare orde en veiligheid enerzijds en de gezondheidszorg (de 'witte kolom') anderzijds. Deze 'witte kolom' kent een grote verscheidenheid aan publieke en private zorginstellingen. Ook valt de geneeskundige hulpverlening uiteen in verschillende processen, waarbij elke partner eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft.

In rampsituaties waarbij de vraag naar acute zorg het aanbod overstijgt, vindt coördinatie plaats vanuit het openbaar bestuur. Er is dan niet langer sprake van 'gewone' acute zorg, maar van geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR). Hierbij is het niet alleen nodig dat binnen de geneeskundige keten (de 'witte kolom') afstemming plaatsvindt, maar ook met andere betrokken disciplines. Deze afstemming valt onder de verantwoordelijkheid van de regionaal geneeskundig functionaris (RGF).

OPSCHALING

Tot de jaren tachtig bestond er met de Bescherming Burgerbevolking (BB) een aparte organisatie voor rampenbestrijding. De BB maakte plaats voor het concept van opschaling: de reguliere hulpverleningsorganisaties zouden ook tijdens een ramp moeten bieden.

- *Brandweer.* Het primaat werd bij de brandweer gelegd, onder bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeenten.
- *Politie.* In de jaren tachtig bestonden gemeente- en rijkspolitie. Begin jaren negentig gingen deze organisaties op in de regiopolitie. Aan het hoofd hiervan staat een korpschef en een burgemeester

(korpsbeheerder; de voorzitter van het regionale college, bestaande uit de burgemeesters van alle gemeenten in een regio). De regiogrenzen van politie en brandweer waren niet altijd dezelfde.

- *Geneeskundige hulpverlening.* De geneeskundige hulpverlening werd ondergebracht bij het landelijke netwerk van gezondheidsdiensten (GGD's). De Wet geneeskundige hulpverlening bij

rampen (Wghr) regelde dat de directeur van elke GGD bij een calamiteit verantwoordelijk werd voor de coördinatie van de geneeskundige hulpverlening. Landelijk werden met het Rode Kruis afspraken gemaakt over de inzet van vrijwilligers.

- *Gemeenten.* In de nieuwe organisatie van de rampenhulpverlening kregen ook de gemeenten een rol, onder andere in de (materiële) opvang en registratie van slachtoffers, het afhandelen van schade, en voorlichting en communicatie.

Een landelijk handboek bevatte aanwijzingen voor een uniforme organisatie en aansturing van de hulpverlening. Met het oog op het verlenen van bijstand werd Unité de Doctrine een leidend principe in de rampenbestrijding: overal dezelfde structuur, overlegvormen en (sleutel-)functionarissen.

SCHAKELS EN KETENS

De ontwikkeling van de geneeskundige hulpverlening stagneerde doordat GGD-directeuren en -besturen er niet altijd genoeg aandacht voor hadden en de financiële middelen zodoende beperkt waren. Halverwege de jaren negentig was dit de aanleiding voor een landelijk versterkingsproject, waarin de GHOR ontstond als optelsom van de al

Halverwege de jaren negentig kwam er een landelijk versterkingsproject

bestaande geneeskundige hulpverlening en de reguliere spoedeisende medische hulpverlening (SMH). Vanuit het project werd benadrukt dat grootschalige hulpverlening nog meer gefundeerd moest zijn op de reguliere SMH.

Een van de beleidsvoornemens uit die periode was het verbeteren van de afzonderlijke schakels van de hulpverleningsketen, onder andere door vorming van regionale ambulancevoorzieningen

(RAV's) en traumazorgnetwerken. Een ander voornemen betrof een verbeterde aansturing van de geneeskundige hulpverlening door de instelling van GHOR-besturen. In korte tijd zijn vervolgens 25 GHOR-regio's gevormd, waarbij in elke regio een geneeskundig functionaris (RGF) is benoemd. De RGF wordt ondersteund door een GHOR-bureau.

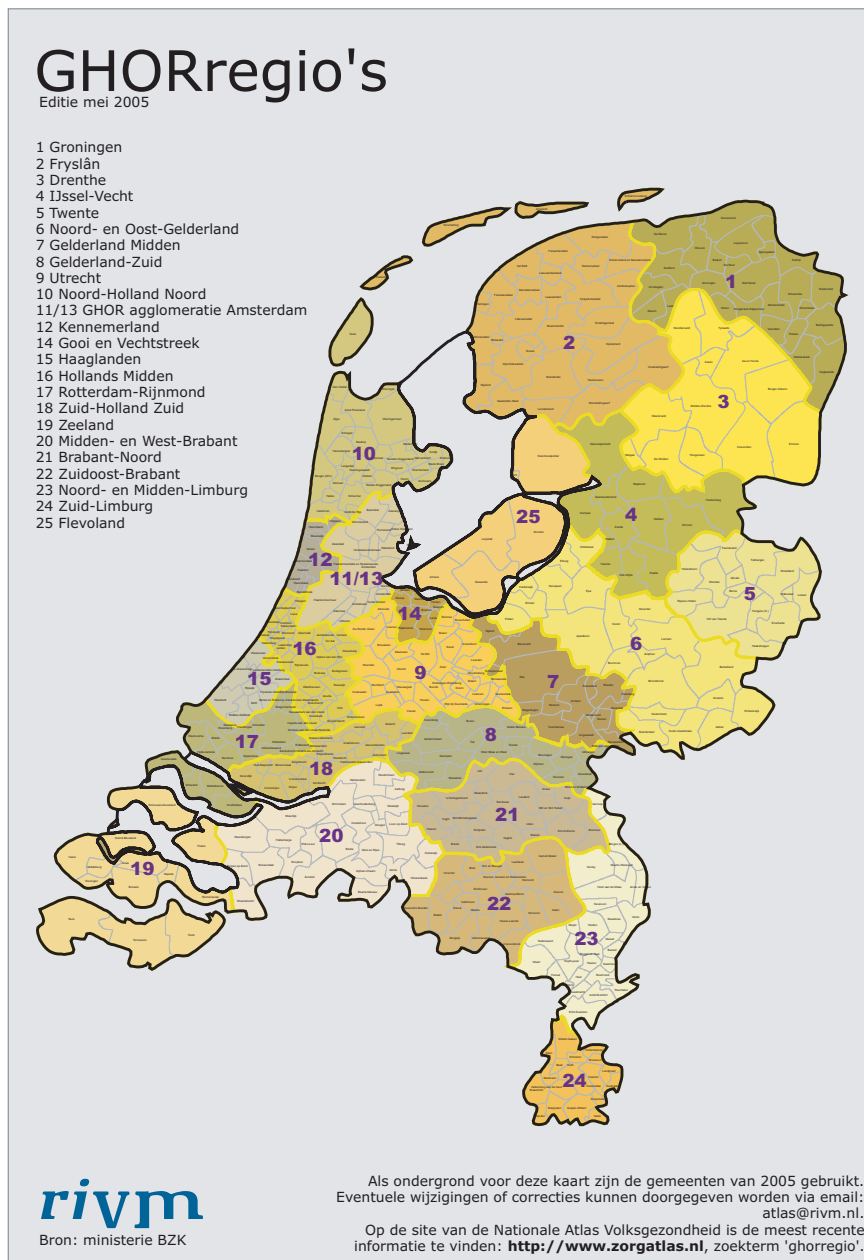
De GHOR is gepositioneerd op het snijvlak van de SMH, publieke veiligheid en openbare gezondheidszorg. Dit zijn verschillende werelden met ieder een eigen taal, geschiedenis, regels en financiering. De medische zorg, met een grote verscheidenheid aan publieke en private partners, is functioneel gedecentraliseerd, terwijl de bestuurlijke organisatie van de overheid territoriaal is georganiseerd. Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de GHOR en de GGD, maar niet voor de traumazorg: die wordt immers door de ziekenhuizen uitgevoerd. De schaalgrootte van de bestuurlijke gebieden en functionele zorgregio's verschilt. Binnen dit complexe veld voeren de RGF en de medewerkers van de GHOR-bureaus hun taken uit.

VEILIGHEIDSREGIO'S

In 2004 besloot het kabinet dat de samenwerking tussen de GHOR en de regionale brandweerorganisaties (RBO's) verder moest worden bevorderd. Hierbij werd gekozen voor het instellen, in de loop van dat jaar, van één bestuur van burgemeesters voor GHOR en RBO, het zogenaamde veiligheidsbestuur. Vooruitlopend op volledige integratie, die op 1 januari 2008 zijn beslag moet krijgen, is dit bestuur verplicht om samen te werken met het regionale college van politie. Hierbij moet het verzorgingsgebied van RBO en GHOR (de veiligheidsregio) samenvallen met dat van de politieregio. Dit is het leerstuk van de territoriale congruentie, dat in de praktijk inderdaad goud waard blijkt te zijn.

DE WITTE KOLOM

De RGF en het GHOR-bureau hebben binnen de geneeskundige hulpverlening met een groot netwerk te maken. Tot de eerste ring hiervan behoren de regionale ambulancevoorzieningen, traumacentra en andere ziekenhuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk en slachtofferhulp, de GGD, het Rode Kruis en eventueel de huisartsorganisaties. De afspraken tus-



sen het GHOR-bestuur c.q. de RGF en deze partners zijn onder andere in convenanten vastgelegd.

Met de organisaties in de tweede ring, zoals apothekers, verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorginstellingen, hebben de RGF en het GHOR-bureau minder frequent contact.

- **Gemeentendiensten.** Gelet op de ervaring en deskundigheid van de GGD, vooral op het gebied van infectieziekten en medische milieukunde, wil het kabinet dat ook GGD's zich op de schaal van de veiligheidsregio's organiseren (nu zijn er nog ruim dertig GGD's). Bij rampen gaat het immers niet altijd om 'klassieke ramptypen' als neerstortende vliegtuigen, grote branden of explosies, maar

kan ook sprake zijn van epidemieën (bijvoorbeeld de dreigende grieppepandemie) of grootschalige blootstelling aan gevaarlijke stoffen. In dergelijke situaties is de kennis en kunde van gezondheidsdiensten hard nodig. Ook bij de nazorg op de langere termijn speelt de GGD een belangrijke rol. In veel regio's is de band tussen GHOR en GGD overigens altijd blijven bestaan en bekleedt de GGD-directeur of een andere GGD-functionaris de functie van RGF.

- **Huisartsen.** Formeel spelen de huisartsen in Nederland geen rol in de rampenbestrijding, maar de gebeurtenissen in Enschede en Volendam hebben laten zien dat zij wel degelijk van groot belang zijn bij de hulpverlening. Er is dus >>

SAMENVATTING

- *De rampenbestrijding in Nederland is georganiseerd vanuit vier zogenaamde kolommen: brandweer, politie, geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) en gemeenten.*
- *De geneeskundige hulpverlening valt uiteen in verschillende processen waarbij veel partners betrokken zijn met elk eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.*
- *In situaties waarbij de acute zorgvraag het aanbod overstijgt, wordt de geneeskundige hulpverlening (GHOR) gecoördineerd door het openbaar bestuur.*
- *De GHOR wordt onder verantwoordelijkheid van een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) uitgevoerd in 25 regio's (veiligheidsregio's).*
- *In de veiligheidsregio's is sprake van territoriale congruentie van brandweer, politie en GHOR.*
- *De RGF vervult zijn taken op het snijvlak van spoedeisende medische hulpverlening, publieke veiligheid en openbare gezondheidszorg.*

<< alle reden om afspraken te maken met huisartsen in de regio. Op dit moment bestaan daar nog geen concrete initiatieven voor, hoewel er regionaal soms wel afspraken zijn gemaakt.

● *Ambulancezorg.* Tussen de Raad van RGF'en en de koepel van ambulancediensten (Ambulance Zorg Nederland, AZN), is een landelijk convenant gesloten, waarin onder meer is overeengekomen om regionale convenanten af te sluiten. Daarin worden afspraken gemaakt over de inzet van sleutelfunctionarissen en over de deelname aan opleidingen en oefeningen.

● *Rode Kruis.* De samenwerking tussen de GHOR en het Rode Kruis is sinds de reorganisatie van de rampenbestrijding goed. De introductie van de Geneeskundige Combinatie, een operationeel samenwerkingsverband van ambulance,

het oefenen daarmee. Dit is in tegenspraak met wat de minister aangeeft, namelijk dat de kosten hiervoor onderdeel uitmaken van het budget.

Toch lijkt de zaak de laatste tijd in beweging te komen. Recentelijk is een referentiekader voor ZiROP's totstandgekomen en startte Zon-Mw een programma gericht op de implementatie en beoefening van ZiROP's. Ook ziet het er naar uit dat er toch extra budget komt. Het gaat overigens niet alleen om geld, maar ook om de cultuur en om de aandacht voor rampenbestrijding van sleutelfunctionarissen als medisch specialisten. Zij hebben niet altijd 'gevoel' voor rampenplannen, zien ze nogal eens als 'veel papier en bureaucratie' en menen vaak met improviseren ook een heel eind te komen.

Een hoopgevende ontwikkeling in de Nederlandse ziekenhuissetting is de introductie van het Emergo Train

Bij een calamiteit moeten alle partijen als één organisatie te werk gaan

traumacentrum (mobiel medisch team) en vrijwilligers in Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA), vormt een markant punt in die samenwerking.

● *GGZ.* De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat het primaat voor de opvang na een calamiteit bij de geestelijke gezondheidszorg ligt, in aanspraak met lokale of regionale organisaties voor maatschappelijk werk en slachtofferhulp. Probleem is dat de regelgeving die de GGZ financiert, de AWBZ, formeel geen ruimte biedt voor deze dienstverlening.

● *Ziekenhuizen.* De samenwerking tussen GHOR en ziekenhuizen verloopt niet zonder moeilijkheden. Op grond van de Wet GHOR (Wghor) waren ziekenhuizen er al aan gehouden zich voor te breiden op grootschalige hulpverlening. De recente Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, januari 2006) verplicht ziekenhuizen om ook contractuele afspraken met de RGF te maken over het ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) en het oefenen daarmee. In de praktijk geven veel ziekenhuizen echter aan dat zij geen geld hebben voor het schrijven en onderhouden van een rampenopvangplan en

Systeem (ETS). Deze in Zweden ontwikkelde methodiek maakt het mogelijk om onder andere met ziekenhuizen virtueel en modelmatig te oefenen, zodat patiëntstromen niet hoeven worden stilgelegd en het basale ziekenhuiswerk kan doorgaan.

AFSTEMMING

De RGF zoekt vooral op basis van overtuigingskracht zijn weg binnen de gezondheidszorg en creëert een met convenanten geformaliseerd netwerk. De deelnemers van dit netwerk dienen bij een calamiteit als één organisatie te werk te gaan. Geneeskundige hulpverlening moet worden afgestemd met activiteiten van brandweer, politie en gemeenten. Over de resultaten daarvan legt de RGF verantwoording af aan het openbaar bestuur.

De bestuurlijke verantwoordelijkheid over de geneeskundige hulpverlening is ingebed in diverse wetten. De belangrijkste zijn de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (Wghor). Hierin is onder meer de formele positie van het openbaar bestuur ten opzichte van private instellingen geregeld.

Het is voor de komende jaren de uitdaging om deze formele positie nog meer vrucht te laten dragen voor de daadwerkelijke geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen en rampen. Vooral op het gebied van de beoefening van ziekenhuizen, maar ook wat betreft de voorbereiding op eventuele chemische calamiteiten en de rol van informatietechnologie in rampenbestrijding zijn nog behoorlijke slagen te maken. ■

S.I. Meulenstein-van Esseveld,
arts maatschappij en gezondheid, regionaal geneeskundig functionaris Noord- en Midden-Limburg

A.R.J. Stumpel,
arts maatschappij en gezondheid, regionaal geneeskundig functionaris Gooi & Vechtstreek

Correspondentieadres: r.stumpel@gdgooi.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Belangenverstrengeling: niet gemeld

De site van de Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

