

Vergaderjaar 2008–2009

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 94**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 juni 2009

Op 19 mei 2008 heb ik u geïnformeerd over de voorbereiding van de zorgsector op rampen en crises (29 247, nr. 72). Daarin gaf ik u aan dat ik structureel € 10 miljoen uittrek voor het opleiden, trainen en oefenen (OTO) van de zorgsector. De aanleiding hiervoor was het traject ziekenhuisrampenopvangplannen van 2005–2008 en de kabinetsafspraken behorende bij de voorliggende wet op de veiligheidsregio's (WVR).

Daarnaast heb ik u voor deze kabinetsperiode een evaluatie toegezegd over de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De maatschappelijke en politieke belangstelling voor opgeschaalde zorg nam de afgelopen jaren flink toe. Binnen de gezondheidszorg heb ik de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (ghor) op verschillende fronten versterkt. De belangrijkste ontwikkelingen zijn erg recent, zoals het gereedkomen van de ziekenhuisrampenopvangplannen en het OTO-traject. Dit maakt goede evaluatie van de vorderingen op dit beleidsterrein nog niet mogelijk.

Wel schets ik u een overzicht van de ontwikkelingen, die een bijdrage leveren aan verbeterde geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, welke ik de laatste jaren een impuls heb gegeven.

Achtereenvolgens informeer ik u over:

- de afronding van het traject ziekenhuisrampenopvangplannen (ZIROP);
- het convenant Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO);
- het overzicht voorbereiding ghor.

### **Afronding van het traject ziekenhuisrampenopvangplannen (ZIROP)**

Het ZIROP-traject dat ik via een programma van Zorgonderzoek Nederland (ZonMW) heb uitgezet is goed verlopen en in december afgerond. De grote deelname aan het ZIROP programma heeft geleid tot groter bewust-

zijn bij professionals en bestuurders in ziekenhuizen voor het belang van opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding op een ramp of crisis. Belangrijk is dat het traject een aantal producten heeft opgeleverd, die als basis dienen voor de voorbereiding op rampen, deze betreffen:

- een leidraad ZIROP, aan de hand waarvan elk ziekenhuis zijn eigen plan kan ontwikkelen;
- een kwaliteitskader OTO als eerste aanzet naar veldnormen voor de kwaliteit van de voorbereiding;
- een boekje met goede voorbeelden uit de praktijk.

Hiermee heeft de ziekenhuissector goede instrumenten in handen om te komen tot een meer systematische aanpak van het opleiden, trainen en oefenen in de eigen instelling met daarnaast aandacht voor het oefenen van de plannen in regionaal verband met de verschillende zorgpartners in de regionale acute zorgketens.

De instrumentenontwikkeling vindt nu al navolging bij de huisartsen en GGD-en voor het voorbereiden van de eigen organisatie op rampen en crises. De GGD'en hebben inmiddels een GGD-rampenopvangplan (GROP) opgesteld en zijn begonnen met de implementatie hiervan. De huisartsen ronden binnenkort het Huisartsenpost rampenopvangplan (HAP-ROP) af. De gelijksoortige plannen vormen een goede basis voor sluitende ketenafspraken.

En, het ZIROP-traject is de aanzet geweest voor het bredere OTO-traject, waarvoor ik structureel middelen reserveer. In zeer korte termijn heeft dit geleid tot een convenant OTO met alle betrokken zorgpartijen. Voorbereiden op rampen en crises staat op het netvlies in de zorg!

### **Convenant Opleiden, Trainen en Oefenen in de zorg**

In oktober 2008 hebben de relevante zorgpartijen het convenant OTO ondertekend. Binnenkort vindt publicatie plaats in de Staatscourant. Op basis van dit convenant voert het traumacentrum via het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), de regie over de OTO-plannen in haar traumaregio. In elke traumaregio stellen ketenpartners in ROAZ-verband gezamenlijk met GHOR en GGD een beleidsplan OTO op aan de hand van een risicoanalyse. Op basis van dit plan maken de partijen afspraken over de verdeling van de middelen voor het opleiden, trainen en oefenen. De traumacentra en betrokken zorginstellingen leggen, via het jaardocument maatschappelijke verantwoording, ook specifiek verantwoording af over de besteding van de OTO-middelen.

Tegelijkertijd helpt deze impuls de verbinding tussen de ketenpartijen in de acute zorg te verstevigen, ook voor de reguliere zorg.

### **Overzicht voorbereiding GHOR**

Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) is niets anders dan opgeschaalde reguliere zorg. Organisatorisch vereist het soms een andere aanpak dan het aanbieden van reguliere zorg. Een goede voorbereiding hierop is essentieel. Zo moeten zorgverleners in rampen-omstandigheden samenwerken en afstemmen binnen de kolom, maar ook met andere hulpverleners zoals politie, brandweer en/of gemeentedielen. Zorgverleners moeten hiervoor worden opgeleid en getraind. De belangrijkste ontwikkelingen hierin zijn dan ook het hierboven beschreven traject ZIROP en het Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO). In de periode van 2004 tot nu heb ik instrumenten van verschillende aard ingezet om de rampen- en criseszorg, direct of in het verlengde van de reguliere zorg, te stimuleren. Over de meeste ontwikkelingen heb ik u in

het kader van de reguliere zorg eerder geïnformeerd. Hieronder zet ik echter de relevante ontwikkelingen in het licht van de rampen- en criseszorg bij elkaar:

- aanpassingen in wet- en regelgeving;
- instrumentarium en ondersteuningsstructuren;
- departementale en internationale samenwerkingsafspraken.
- aanpassingen in wet- en regelgeving; Crises en rampenzorg is opgeschaalde reguliere zorg. Zowel voorbereiding op rampen en crisiszorg als de uitvoering van geneeskundige hulpverlening onder bijzondere omstandigheden heb ik dan ook geregeld via de reguliere zorgwetgeving. De belangrijkste wijzigingen licht ik hier toe.

*Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) en Wet beroepsuitoefening individuele gezondheidszorg (BIG) (1993)*

De zorginstellingen dienen verantwoorde zorg onder alle, dus ook onder bijzondere omstandigheden te leveren. In de BIG staat dat ook beroepsbeoefenaren in de zorg de verantwoordelijkheid hebben om verantwoorde zorg te leveren, onder alle omstandigheden.

*Wet toelating zorginstellingen (WTZi) (2005)*

Deze wet bepaalt dat elk traumaregio een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) op moet richten, voorgezeten door het traumacentrum en waar de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) deel van uitmaakt. «De afspraken die gemaakt worden in dit ketenoverleg acute zorg betreffen de reguliere spoedeisende hulpverlening. Ook over acute zorg in opgeschaalde situaties moeten afspraken worden gemaakt». Bovendien maken de zorgpartijen en de RGF in het platform afspraken in het kader van Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) voor de regionale voorbereiding op rampen en crises door de zorgketen.

Bovengenoemde wetten zullen opgaan in de Wet Cliëntenrechten Zorg.

*Wet publieke gezondheid (Wpg) (1 nov 2008)*

De Wpg voert de Internationale Gezondheidsregeling (IGR)<sup>1</sup> van de WHO uit 2005 in. Met invoering van deze wet vervalt de regelgeving waarin nu de openbare gezondheidszorg is geregeld: Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektewet en de Quarantainewet. De Wpg beschrijft de plichten van gemeenten ten tijde van een ramp of crisis. Ook is hierin opgenomen dat gemeenten zich moeten voorbereiden op een ramp of crisis. Daarnaast regelt de wet verdergaande bevoegdheden van de minister van VWS bij grootschalige uitbraken, in samenhang met internationale maatregelen.

*Wet op de Ambulancezorg (WAZ) (aangenomen dec 2008, invoering 1 jan 2011)*

In de Waz komen het ambulancevervoer en de meldkamer ambulancezorg in één hand, namelijk die van de Regionale Ambulance Voorziening (RAV). Dit draagt bij aan de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van ambulancezorg. De minister van VWS verstrekt per (veiligheids-)regio één vergunning voor onbepaalde tijd. De minister kan de vergunning intrekken als blijkt dat de vergunninghouder niet meer voldoet aan de gestelde eisen. De RAV-regio's zijn territoriaal congruent aan de veiligheidsregio's. De vergunninghouder RAV draagt tijdens de dagelijkse zorg de verantwoordelijkheid voor de meldkamer ambulancezorg. In geval van een ramp of een crisis valt de meldkamer zorg onder het gezag van de burgemeester.

---

<sup>1</sup> WHO, 23 mei 2005/Trb. 2007, 34.

### *Samenhang met veiligheidswetgeving (wetsvoorstel veiligheidsregio's (wvr))*

De Wpg en de WAZ zijn in nauwe samenhang opgesteld met de wet veiligheidsregio's (wvr) van mijn collega van BZK. De wvr ligt ter behandeling in de Tweede Kamer. De samenhang komt naar voren in de regio-indeling van de RAV's en de inrichting van de gemeenschappelijke meldkamer. Ook heb ik aangegeven de GGD-regio's congruent te maken aan de veiligheidsregio's.

- instrumentarium en ondersteuningsstructuren

#### *Instrumenten ten behoeve van OTO*

In de zorg worden voortdurend nieuwe instrumenten ontwikkeld ter ondersteuning van de voorbereiding op en uitvoering van zorg tijdens rampen en crises. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor die voorbereiding en de financiering ervan. Voorbeelden van specifieke instrumenten die al voor OTO zijn ontwikkeld zijn o.a. de operationele opleidingen voor ambulance en ziekenhuispersoneel voor het handelen tijdens crises en rampen. Daarnaast beheert het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM een oefenbank met (voorbeeld)oefeningen voor de infectieziektebestrijding. Deze opleidingen en oefeningen zijn zoveel mogelijk ingebracht in de ZIROP, GROOP en andere opleidingsplannen.

#### *Instrumenten en voorzieningen*

Iedere regio dient te beschikken over een ambulancebijstandsplan dat aansluit op het gewondenspreidingsplan. Zo kunnen ambulances uit aangrenzende regio's snel worden ingezet bij opvang en spreiding van de ongevalslachtoffers. Elk traumacentrum beschikt over een mobiel medisch team dat bij opschaling kan worden ingezet. Met de beleidsvisie traumazorg<sup>1</sup> bent u hier uitgebreid over geïnformeerd. Nieuwe onderdelen die het verlenen van zorg kunnen verbeteren bevinden zich in een pilot-fase, zoals het Nederlands Triage Systeem (NTS), zoals ik weergaf in de brief «Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit». In deze brief zijn meer beleidsverbeteringen met betrekking tot acute zorg opgenomen. In de loop van 2009/2010 zal de inzet van zeven keer 24 uren Mobiele Medische Team met nachthelikopter worden uitgebreid, naar de vier locaties van Rotterdam, Amsterdam, Groningen en Nijmegen. (brief 19 februari 2009).

Deze verbeteringen dragen uiteraard ook bij aan de verbetering van de opgeschaalde zorg.

#### *Ondersteuningsstructuren*

Bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heb ik twee ondersteuningsstructuren voor de publieke gezondheidszorg ondergebracht:

Centrum Infectieziektebestrijding (CIb, 2005)

Centrum Gezondheid en Milieu (Cgm, 2007).

De centra ondersteunen de reguliere en grootschalige infectieziektebestrijding, medische milieuzorg, gezondheidskundige advisering gevaarlijke stoffen, advisering bij nucleaire ongevallen, gezondheidsonderzoeken en de psychosociale nazorg. Het CIb functioneert als regisseur in de keten van de bestrijding van infectieziekten, tijdens een (dreigende) grootschalige uitbraak van een besmettelijke ziekte. Ook organiseert het CIb het 'signaleringsoverleg' in samenwerking met de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) om mogelijke dreigingen te signaleren. Specifieke producten die het CIb heeft uitgebracht zijn onder andere de oefenbank infectie-

<sup>1</sup> Beleidsvisie traumazorg 2006-2010. (TK 2005-2006, kamerstuk 29 247, nr. 37).

ziekten, landelijke protocollen en standaarden en diverse draaiboeken (o.a. voor uitbraak van pokken, SARS en griepandemie). Specifieke producten die het Cgm (mede) ontwikkelt zijn bijvoorbeeld het Nationaal Hitteplan (2007) inclusief het weeralarmsysteem, handreikingen gezondheidsonderzoek, de richtlijn voor psychosociale nazorg (inhoudelijk) en de huisartsenmonitor, waarmee tendensen in infectieziekte-incidentie vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden.

- departementale en internationale samenwerking

Niet alleen de zorginstellingen hebben een rol bij crises en rampen, ook departementaal bereidt VWS zich voor. Zo beschik ik over een departementaal crisiscentrum (DCC) dat in tijden van een ramp of crisis kan worden ingezet. Het DCC organiseert jaarlijks opleidingen en trainingen voor het beleids- en operationele team. Daarnaast draait het DCC van VWS mee in en organiseert verschillende oefeningen. Voorbeelden hiervan zijn de EU-oefening over de uitbraak van pokken (New Watchmann) en griepandemie (Common Ground). In februari 2008 simuleerde VWS een voedselveiligheids crisis (oefening Valentijn). Tijdens deze departementale oefeningen werkt VWS samen met de ministeries van BZK, LNV en VROM en met de VWA en het RIVM. Op gebied van andere onderwerpen wordt er nauw samengewerkt met andere departementen.

### **Vervolg**

De huidige ontwikkelingen bouwen voort op wat de afgelopen jaren al is bereikt. Het pad voor de komende jaren is gericht op een verdere verbetering van vele in gang gezette activiteiten, die de zorgsector voortvarend heeft opgepakt. Uitgangspunt blijft hierbij dat opgeschaalde zorg aansluit bij de dagelijkse zorg. Dit is immers de beste waarborg, naast een goede voorbereiding, dat hulpverleners in de zorg onder alle omstandigheden kwalitatieve zorg kunnen verlenen.

In de voorgenomen wetswijziging van de Wet publieke gezondheid maak ik de GGD-regio's congruent aan de veiligheidsregio's. Verder stel ik in deze wet voor om de bestuurlijke en operationele knip tussen reguliere en opgeschaalde publieke gezondheidszorg op te heffen. Dit wil ik regelen door het instellen van een éénhoofdige operationele leider. Tenslotte leg ik meer invloed van het veiligheidsbestuur vast voor de grootschalige infectieziekte-uitbraken in aansluiting op de verantwoordelijkheden die het bestuur heeft op basis van de wet op de veiligheidsregio's.

Verder zal ik dit jaar de sector testen met een grootschalige infectieziekte-oefening. Hiermee wordt duidelijk of de ingezette inspanningen in de praktijk bijdragen aan een adequaat zorgaanbod tijdens rampen en crisis.

Tot slot wil ik benadrukken dat er de afgelopen jaren veel is gebeurd om de GHOR te versterken. Dit neemt niet weg dat we waakzaam moeten blijven op een goede implementatie van de genomen beleidsmaatregelen en deze te monitoren.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink