



Inspectie Openbare Orde en Veiligheid
Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties

De organisatie van de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen



De organisatie van de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen

Inhoud

Samenvatting	7
1 Inleiding	12
1.1 Wat is en doet de GHOR?	14
1.2 Ketenpartners van de GHOR	15
1.3 De koepelorganisatie GHOR Nederland	17
1.4 Waarom dit onderzoek?	18
1.5 Gedeeld toezicht op de GHOR	19
1.6 Leeswijzer	20
2 Onderzoek	22
2.1 Onderzoeksvragen en afbakening	23
2.2 Wijze van onderzoek	26
2.3 Rapportage en communicatie	28
3 Ontwikkelingen met betrekking tot de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen	30
3.1 De Wet GHR (1992)	31
3.2 Van de Wet GHR naar de Wet GHOR	34
3.3 De GHORdiaanse knoop doorgehakt	35
3.4 Naar de Wet veiligheidsregio's	36
3.5 Beschouwing	37
4 De organisatie van de GHOR	38
4.1 Inleiding	39
4.2 Het algemene beeld	40
4.3 Bestuurlijke en operationele plannen/(prestatie)afspraken	46
4.4 Leidinggevende en coördinerende (operationele) functionarissen	53
4.5 De Geneeskundige Combinatie	59
5 Het operationeel presterend (GNK-)vermogen van de regio's	64
5.1 Inleiding	65
5.2 Aanpak	66
5.3 Bevindingen	68
5.4 Conclusies en aanbevelingen	71

6	De regionaal geneeskundig functionaris	72
6.1	Inleiding	73
6.2	Eigenstandige positie ten opzichte van het regiobestuur/dagelijkse leiding GHOR-bureau	74
6.3	Voldoende bevoegdheden voor de taakuitvoering	75
6.4	Structurele overlegvormen binnen de regio	76
6.5	Belangrijkste witte ketenpartners	77
6.6	De koepelorganisatie GHOR Nederland	78
6.7	Werkgeverschap operationele GHOR-functies/verzekering bij ongevallen	79
6.8	Kwaliteitsslag opleidingen (operationele) GHOR-functies	79
6.9	Functie van Commandant van Dienst Geneeskundig	80
6.10	Afstemming tussen de departementen van VWS en van BZK	81
6.11	Conclusies en aanbevelingen	81
7	Conclusies en aanbevelingen	84
7.1	Conclusies	86
7.2	Aanbevelingen	93

Bijlage

I	Overzicht van regelgeving en professionele richtlijnen/normen voor de GHOR	99
II	Type van gemeenschappelijke regeling voor de GHOR per regio	105
III	Aantal inzetten van de OvD-G en GRIP-alarmen per regio in 2007	107
IV	Aantal adviezen voor pro-actie en preventie van GHOR-bureaus in 2007	109
V	Operationeel presterend geneeskundig vermogen	110
VI	Risicobeeld en GNK-capaciteit	116
VII	De formatie van de RGF-functie en het GHOR-bureau per regio	125
VIII	Financiële middelen voor de GHOR per regio	127
IX	Lijst van afkortingen	129
X	Literatuurlijst	131

Onze missie

De Inspectie OOV levert een bijdrage aan de veiligheid van de samenleving. Zij oefent daartoe toezicht uit op besturen en organisaties die verantwoordelijk zijn voor de openbare orde en veiligheid en stelt hen daarmee in staat de veiligheid te verbeteren.

De Inspectie OOV houdt, onder de verantwoordelijkheid van de ministers van BZK en van Justitie, toezicht op de kwaliteit van de taakuitvoering van zowel de verantwoordelijke bestuursorganen als de operationele diensten die op de verschillende onderdelen van het OOV-terrein actief zijn (politie, brandweer, GHOR).

De Inspectie OOV laat zich leiden door enerzijds de inschatting van maatschappelijke veiligheidsrisico's en anderzijds door de vraag waar zij met haar toezicht maximaal kan bijdragen aan het realiseren van beoogde beleidseffecten. In haar werkplannen, jaarverslagen en rapportages worden de gemaakte keuzes en gevolgde werkwijzen verantwoord.

Het oordeel van de Inspectie OOV komt onafhankelijk tot stand.

De Inspectie OOV draagt haar bevindingen actief uit. Zij geeft daarmee de ministers en de onder toezicht staande organisaties inzicht in hun bijdragen aan de kwaliteit van het veiligheidsniveau en de praktische uitwerking van het gevoerde beleid. De Inspectie OOV beoogt daarmee bij betrokkenen een oriëntatie op permanente aandacht voor verbetering tot stand te brengen.

De Inspectie OOV zoekt actief samenwerking met andere partijen van beleid, uitvoering en toezicht, zowel op het OOV-domein als op aanverwante terreinen.

De Inspectie OOV weet wat er leeft en toetst of het werkt.

Samenvatting

Aanleiding onderzoek

Eén van de taken van het bestuur van de veiligheidsregio is het organiseren van de geneeskundige hulpverlening bij een grootschalig ongeval en ramp. Het betreft drie verschillende processen: de spoedeisende medische hulpverlening, de psychosociale hulpverlening en de preventieve openbare gezondheidszorg. Uitgangspunt voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) is het principe van de opgeschaalde reguliere zorg.

De geschiedenis van de GHOR in zijn huidige vorm begint in 1995. In dat jaar worden gebreken geconstateerd in de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De reactie hierop is onder meer de totstandkoming van de Wet GHOR. Op grond daarvan stelt het regiobestuur voor het organiseren en uitvoeren van zijn GHOR-taak een regionaal geneeskundig functionaris (RGF) aan, die door een bureau GHOR wordt ondersteund. In de voorbereidende fase heeft de RGF vooral een regisserende rol: zorgaanbieders bijeen brengen en afspraken maken over hun inzet en te leveren prestaties bij een ramp of ongeval. Wanneer zich daadwerkelijk een ramp of ongeval voordoet, heeft de RGF meer een sturende rol: leiding geven aan de geneeskundige keten en als aanspreekpunt fungeren richting het regiobestuur en de andere hulpverleningsdiensten.

Een actueel inzicht in de organisatie van de GHOR in Nederland ontbreekt. Niet duidelijk is in hoeverre de knelpunten en ontwikkelingen, die zijn gesignaleerd in diverse rapportages zoals het rapport 'de GHORdianse knoop doorgehakt', nog steeds actueel zijn. In het najaar 2007 heeft de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (Inspectie OOV) een risicoanalyse voor het domein GHOR uitgevoerd waarbij vertegenwoordigers van het GHOR-veld (bestuurders en professionals) zelf knelpunten, kansen en bedreigingen voor de GHOR hebben benoemd. Dat betrof een eerste globale verkenning.

Doel van dit onderzoek is een beschrijving te geven van de regionale GHOR-organisatie ('een actuele foto'), met specifieke aandacht voor de organisatie (processen en actoren), de rol en positie van de RGF en het operationeel presterend vermogen. Op basis van deze beschrijving worden gesignaleerde knelpunten voor de regionale GHOR en mogelijke verbeteracties benoemd.

Wijze van onderzoek

Gezien het ontbreken van een referentiekader voor de GHOR heeft de Inspectie OOV uit relevante regelgeving en beleids- en visiedocumenten een aantal aspecten geselecteerd en onderzocht. Het gaat hierbij onder meer om de Wet GHOR, het ontwerp van de Wet

veiligheidsregio's met bijbehorende ontwerpbesluiten, de basisvereisten crisismanagement en het visiedocument GHOR 2006-2010. Door ook aspecten uit voorgenomen regelgeving zoals het ontwerp van Wet en Besluit veiligheidsregio's op te nemen, krijgt de Inspectie OOV inzicht in de mate waarin de regionale GHOR eind 2008 reeds aan toekomstige regelgeving voldoet.

Aan de hand van de geselecteerde aspecten heeft de Inspectie OOV een vragenlijst opgesteld, waarmee de regionale organisatie van de GHOR, de positie van de RGF en het regionaal operationeel presterend vermogen van de GHOR ('slagkracht') in kaart kunnen worden gebracht. De Inspectie OOV stelt nadrukkelijk dat het een eerste verkenning van de slagkracht betreft. De gegevens hierover in dit rapport zijn zoals de regio's deze hebben aangeleverd.

De vragenlijst is voorgelegd aan een klankbordgroep, in één regio getest en op basis hiervan op een aantal punten aangepast. De vragenlijst is vooraf aan het inspectiebezoek door de regio's ingevuld en door de Inspectie OOV geanalyseerd. Vervolgens heeft de Inspectie OOV alle regio's bezocht waarbij de vragenlijst met de medewerkers van betreffend GHOR-bureau is doorgenomen en afgestemd. Tijdens deze bezoeken heeft de Inspectie OOV ook alle RGF-en geïnterviewd om het functioneren van de RGF en het standpunt van de GHOR-regio over bepaalde aspecten in kaart te brengen. Alle resultaten zijn in het kader van hoor en wederhoor aan de RGF voorgelegd.

Bevindingen

Uit dit onderzoek blijkt dat de regio's de afgelopen tien jaar vorderingen op het gebied van de GHOR hebben gemaakt. De regio's hebben plannen opgesteld (onder meer het regionaal beheersplan, ambulancebijstandsplan en ziekenhuisrampenopvangplan), zijn op drie na alle HKZ-gecertificeerd (via het Harmonisatie Kwaliteitssysteem Zorgsector) en hebben met de belangrijkste (witte) ketenpartners schriftelijk (prestatie)afspraken vastgelegd over het oefenen en de te leveren prestaties in geval van een ramp of grootschalig ongeval. Vorm en inhoud van de afspraken verschilt echter nog sterk en met huisartsen bestaan slechts in enkele regio's afspraken.

De GHOR kenmerkt zich echter door het vrijwel ontbreken van landelijk gedragen kwaliteitseisen. Dit betreft zowel kwaliteitseisen van de branche zelf (professionele normen) als kwaliteitseisen in regelgeving. Ook een eenduidige systematiek (inclusief normen) voor het bepalen van het operationeel presterend vermogen (de 'output') van de organisatie ontbreekt. Dit belemmert naar de mening van de Inspectie OOV de interactie met het bestuur.

Vrijwel alle regio's geven aan afspraken te hebben gemaakt met de Raden van Bestuur van ziekenhuizen. Daarbij wordt zelden (in twee regio's) de bestuurlijk portefeuillehouder ingeschakeld. De vastgelegde afspraken met ziekenhuizen over het aantal beschikbare bedden voor de opvang van gewonden van een ramp of grootschalig ongeval betreffen vaak

(zeer) lage aantallen. Ziekenhuizen leggen zich op dit punt niet graag schriftelijk vast. Een aantal regio's spreekt over de zogenaamde 1-2-3 regel: kleine ziekenhuizen één bed, middelgrote ziekenhuizen twee bedden en grote ziekenhuizen drie bedden. Opvallend is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) medio 2008 in haar onderzoek naar de voorbereiding op de rampenbestrijding door ziekenhuizen nog constateert dat 64 van de 98 ziekenhuizen het ziekenhuisrampenopvangplan onvoldoende heeft afgestemd met de GHOR/RGF.

Alle regio's hebben de (meeste) operationele leidinggevende GHOR-functies ingevuld. Een enkele regio hanteert voor de opkomsttijden van deze functionarissen eigen normen, die afwijken van de basisvereisten. De aanstelling en ongevallenverzekering van de functionarissen zijn niet in alle regio's sluitend geregeld. Verder beschikt elke regio over een of meer operationele geneeskundige combinaties. Voor deze combinatie of één van de onderdelen ervan hanteren de meeste regio's een opkomsttijd van 60 minuten. Eén regio heeft een kortere opkomstnorm.

Het operationeel presterend vermogen verschilt sterk per regio. Omdat de norm voor het stabiliseren van T1-gewonden (zeer ernstig gewonden) één uur bedraagt (het zogenaamde 'golden hour'), zal overdag - op grond van de door de regio's verstrekte informatie - in de helft van de regio's de kans op overleven van een aanzienlijk deel van bijvoorbeeld 25 T1-gewonden gering zijn. Slechts enkele regio's kunnen 's nachts in het eerste uur na een ramp of ongeval circa 25 T1-gewonden stabiliseren. Andere regio's kunnen veel minder slachtoffers aan. Zo is er een regio die 's nachts in het eerste uur slechts drie T1-gewonden kan stabiliseren en afvoeren.

In de nachtelijke uren verminderen de kansen voor de T1-gewonden om te overleven sterk, omdat de meeste regio's dan meer tijd nodig hebben om hun geneeskundige capaciteit naar het incident/rampterrein te krijgen.

De Inspectie OOV constateert dat er niet in alle regio's sprake is van een een-op-een relatie tussen het risicobeeld (maatgevend risico) van de regio en het operationeel presterend vermogen. Regio's met forse risico's beschikken soms over relatief zeer beperkte GHOR-capaciteiten. De capaciteit van de GHOR hangt immers mede af van de beschikbare reguliere zorgvoorzieningen.

De RGF is een sleutelfunctionaris binnen de GHOR. De meeste RGF-en zeggen voldoende bevoegdheden te bezitten voor de uitvoering van hun taken. Wel verschillen zij sterk van mening over de noodzaak om hun functie onder te brengen bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Deze zogenaamde structuurdiscussie die nu speelt, belemmert een goed functioneren van de koepelorganisatie GHOR Nederland. Daarnaast noemen de RGF-en twee zaken die hun regiefunctie niet hebben versterkt, te weten:

- de verdeling van de structurele gelden voor Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO-gelden) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): per 2008 stelt zij jaarlijks € 10 miljoen beschikbaar voor het opleiden, trainen en oefenen van acute zorgaanbieders om de voorbereiding op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen te verbeteren. Dit geld is bij de traumacentra belegd en niet bij de GHOR;

- de Wet publieke gezondheidszorg legt de regie van de uitvoering van de infectieziektebestrijding bij de GGD terwijl uit bestaande draaiboeken (Pokken en Griep) blijkt dat vanwege OOV-aspecten een multidisciplinaire aanpak nodig is bij grootschalige vaccinatie of geneesmiddelenverstrekking. De regie bij een grootschalige inzet is beter op zijn plaats bij de RGF (de GGD is dan immers één van de partijen).

Aanbevelingen

Ondanks gemaakte vorderingen moet er nog veel gebeuren. Zo moet duidelijkheid komen in de structuurdiscussie: wordt de GHOR nu wel of niet ondergebracht bij de GGD? Als dat gebeurt, ontstaat er enige frictie. Immers de GHOR-taak valt onder het bestuur van de veiligheidsregio (burgemeesters) en de GGD wordt aangestuurd door een eigen bestuur (wethouders volksgezondheid). Om zich echt op de (bestuurlijke) kaart te kunnen zetten moeten voor de GHOR harde landelijke kwaliteitsnormen (voor onder meer opleiden, oefenen, opkomsttijden) worden vastgesteld, waar mogelijk op te nemen in het ontwerp van Wet of Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) veiligheidsregio's of de eerstvolgende aanpassing. De Inspectie OOV beveelt aan dat dit in samenwerking tussen de koepelorganisatie en de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en VWS gebeurt, waarbij prioriteit wordt gegeven aan een eenduidige systematiek en normen voor het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR. Met dergelijke kwaliteitseisen (professionele normen) kan een heldere koers voor de komende jaren worden uitgezet en kan de GHOR laten zien wat ze waard is.

De recente vaststelling van de kwalificatieprofielen uit het project Vakbekwaamheid door de koepelorganisatie is een eerste stap. De Inspectie OOV beveelt de regio's daarom aan om de komende jaren voluit de kwaliteitsslag met bijbehorende nieuwe opleidingen te maken.

Het operationeel presterend vermogen van een aanzienlijk deel van de regio's is – zeker in de nachturen – beperkt. Ook blijkt de afgesproken bedcapaciteit in ziekenhuizen vaak gering. De Inspectie OOV beveelt de regio's aan te bezien welke maatregelen kunnen worden genomen om deze capaciteiten te vergroten. Met het oog op een grotere overlevingskans voor T1-gewonden verdient het aanbeveling - zeker in regio's met relatief beperkte reguliere geneeskundige hulpverleningscapaciteit - om voor de geneeskundige combinatie (of onderdelen daarvan) een normopkomsttijd ruim binnen de 60 minuten aan te houden.

Met betrekking tot de afspraken met de ziekenhuizen over de opvangcapaciteit voor gewonden en de afstemming over het ziekenhuisrampenopvangplan adviseert de Inspectie OOV de regio's na te gaan of de afspraken over en weer sluitend zijn.

Verder beveelt de Inspectie OOV aan meer eenduidigheid te brengen in de (inhoudelijke) afspraken met zorgaanbieders. Hiervoor dient de koepelorganisatie modelconvenanten te ontwikkelen. Daarnaast zou meer moeten worden geïnvesteerd in afspraken met huisartsen; zij kunnen een belangrijke rol bij de GHOR-processen spelen. Ook dient in

een groot aantal regio's de rechtspositie van externe GHOR-functionarissen (afkomstig van zorginstellingen), waaronder de ongevallenverzekering, beter te worden geborgd.

Bij nieuwe initiatieven van de ministeries van VWS en van BZK met consequenties voor de GHOR is het van belang dat beide ministeries deze initiatieven meer met elkaar en het veld afstemmen, zodanig dat de positie (regiefunctie) van de GHOR/RGF bij voorkeur wordt versterkt.

Operationele prestatiegegevens van de regionale GHOR zijn vitale informatie voor bestuur, diensten en burgers. Vanwege het grote publieke belang is de Inspectie OOV daarom voornemens in afstemming met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het najaar 2009 een vervolgonderzoek te starten naar het operationeel presterend GHOR-vermogen van de regio's. Daarmee wordt inzicht verkregen in het op eenduidige wijze vastgestelde operationeel presterend GHOR-vermogen van alle regio's.

1

Inleiding

Wat is de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR), wat doet ze en wat zou er mis gaan als er geen GHOR was? Voor velen is het begrip GHOR niet duidelijk. Stelt u zich eens voor: 30 april 2009. Koninginnedag. Mooi weer. Alles lijkt rustig. Het is druk in de binnenstad van Amsterdam. Dan opeens een harde knal. Er breekt paniek uit. Iedereen schreeuwt en rent een andere kant op. Mensen worden met honderden onder de voet gelopen. Moeders raken kinderen kwijt. Agenten proberen orde te houden maar tevergeefs. Ambulances rijden af en aan. Er vallen tientallen slachtoffers.....

Een dergelijk grootschalig incident vormt het startsein voor de GHOR. Dan is geen sprake meer van reguliere zorg maar van zorg in opgeschaalde vorm: het gaat om de (coördinatie van) spoedeisende medische hulpverlening aan een groot aantal slachtoffers. Ook de collectieve opvang van slachtoffers direct na het incident en het verlenen van psychosociale hulp is een taak van de GHOR. Daarnaast heeft de GHOR een preventieve taak: het beperken en voorkomen van grootschalige risico's voor de volksgezondheid.

1.1 Wat is en doet de GHOR?

De GHOR is een bijzonder onderdeel van de rampen- en crisisbestrijding van de veiligheidsregio, een openbaar lichaam ingesteld door een gemeenschappelijke regeling van de betreffende regiogemeenten. Eén van de taken van het regiobestuur is het organiseren van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Voor het organiseren en uitvoeren van deze taak stelt het bestuur een regionaal geneeskundig functionaris (RGF)¹ aan, die door een bureau GHOR wordt ondersteund.

Het begrip GHOR wordt in meerdere betekenissen gebruikt. Om verwarring te voorkomen wordt in deze rapportage een onderscheid gemaakt tussen het GHOR-bureau en de daadwerkelijke geneeskundige zorgprocessen bij een grootschalig ongeval of ramp. Het geheel van de geneeskundige zorgprocessen wordt aangeduid met het begrip GHOR of organisatie van de GHOR. Wanneer het bureau zelf wordt bedoeld, wordt gesproken over het GHOR-bureau.

Het GHOR-bureau is een door het regionale bestuur ingestelde eenheid, die verantwoordelijk is voor de coördinatie, aansturing en regie van deze zorgprocessen. Het bureau staat onder leiding van een RGF met daaronder veelal een hoofd Bureau GHOR en een aantal (beleids)medewerkers. Bij de voorbereiding op de geneeskundige hulpverlening bij ongeval of ramp (de 'koude situatie') heeft de RGF een regisserende rol. Deze brengt partijen bij elkaar en zorgt ervoor dat met alle zorgaanbieders (witte ketenpartners) duidelijke afspraken worden gemaakt over inzet en te leveren operationele prestaties. Zo is het in de praktijk gebruikelijk dat de ketenpartners in de repressieve fase een aantal medewerkers leveren om GHOR-functies uit te oefenen. Het GHOR-bureau biedt ondersteuning op het gebied van opleiden, trainen, oefenen en operationele planvorming, voor zover het gaat om opgeschaalde situaties.

Wanneer zich daadwerkelijk een ongeval of ramp voordoet (de 'warme situatie'), heeft de RGF een sturende rol. Deze geeft dan leiding aan de witte keten en fungeert als aanspreekpunt voor alle geneeskundige partijen richting het bestuur en de andere hulpverleningsdiensten. De ketenpartners dragen zelf, net als in de reguliere zorg, inhoudelijke verant-

¹ In het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's wordt de RGF de directeur GHOR genoemd.

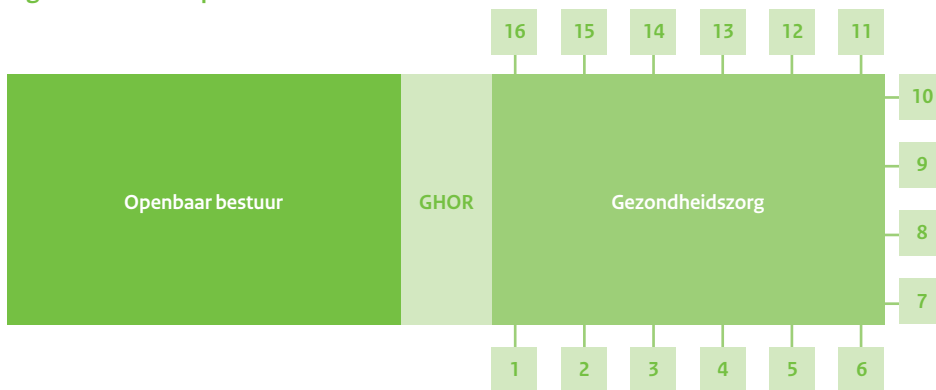
woordelijkheid voor de kwaliteit van de uitvoering van de eigen zorgprocessen. Daarmee is sprake een opvallend verschil met brandweer en politie. Deze zijn met eigen eenheden verantwoordelijk voor zowel reguliere, dagelijkse zorg als opgeschaalde zorg. De GHOR is alleen verantwoordelijk voor een optimale samenwerking tussen reguliere (acute) zorgaanbieders (bijvoorbeeld ambulancediensten, ziekenhuizen en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-instellingen) in de opgeschaalde situatie. Dat maakt het opereren gecompliceerder, omdat het principe van rampenbestrijding = opgeschaalde reguliere zorg niet van toepassing is. De GHOR is een netwerkorganisatie waarbij de RGF als ‘trekker’ de (acute) zorgaanbieders moet voorbereiden op een optimale samenwerking bij grootschalige ongevallen. De wijze van invulling van de functie van RGF is een regionale bestuurlijke keuze. Koppeling met de functie van directeur GGD, directeur van een (regionale) ambulancedienst of regionaal brandweercommandant is mogelijk maar niet noodzakelijk. In het ontwerp van de Wet veiligheidsregio’s is wel opgenomen dat de directeur GHOR lid moet zijn van de directie van de GGD. Dit om te zorgen voor een optimale afstemming tussen verwante GHOR- en GGD-taken. In dit onderzoek is gevraagd naar de stand van zaken hieromtrent.

In elke regio is de RGF namens de veiligheidsregio het aanspreekpunt voor de witte keten en vice versa namens de witte keten het aanspreekpunt voor de andere hulpverleningsdiensten en de gemeenten.

1.2 Ketenpartners van de GHOR

Het uitgangspunt voor de GHOR is het principe van opgeschaalde reguliere zorg. Bij een groot incident of ramp is veel nodig van wat ook al dagelijks wordt ingezet, aangevuld met leidinggevende en coördinerende functionarissen. Deze dagelijkse zorg wordt - in tegenstelling tot brandweer en politie - door veelal private zorgaanbieders verleend met individuele en verschillende belangen op het gebied van de GHOR. Om de continuïteit en kwaliteit van zorg bij ongevallen en rampen te kunnen waarborgen, moet de RGF afspraken met deze zorgaanbieders maken over samenwerking en te leveren prestaties. Er is immers sprake van een hulpverleningsketen en elke zorgaanbieder is afhankelijk van eerdere en latere schakels in de keten. In onderstaande figuur zijn alle (mogelijke) ketenpartners van de GHOR vermeld. In de praktijk worden niet al deze partners tegelijkertijd bij elk (groot) incident betrokken. In onderstaande tabel staan de belangrijkste ketenpartners met hun GHOR-taken toegelicht.

Figuur 1 De ketenpartners van de GHOR



- 1 Meldkamer Ambulance (MKA)
- 2 Ambulancediensten
- 3 Ziekenhuizen
- 4 Traumazorg
- 5 Rode Kruis / Sigma
- 6 GGZ's
- 7 GGZ
- 8 Huisartsen

- 9 Verloskundigen
- 10 Thuiszorg
- 11 Tandartsen
- 12 Zorg- en revalidatiecentra
- 13 Apotheek
- 14 Verzorg- en verpleegtehuizen
- 15 Bureau Slachtofferhulp
- 16 Algemeen Maatschappelijk Werk

Tabel 1 De belangrijkste witte ketenpartners voor de GHOR

Belangrijkste witte ketenpartners voor de GHOR	Rol/taken op het gebied van de GHOR
Meldkamer Ambulancezorg (MKA)	alarming/opschaling en coördinatie van het gewondenvervoer
Ambulancedienst of Regionale Ambulance Voorziening (RAV)	stabilisatie en vervoer van gewonden en het leveren van operationele GHOR-functionarissen
Ziekenhuis	spoedeisende medische hulpverlening en medische behandelcapaciteit
Traumacentrum	spoedeisende medische hulpverlening, medische behandelcapaciteit en het leveren van operationele GHOR-functionarissen voor het Mobiel Medisch Team (MMT)
Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)	leveren van GHOR-functionarissen, bestrijding van infectieziekten, nazorg, gezondheidsonderzoek
Nederlandse Rode Kruis (NRK)	leveren van operationele GHOR-functionarissen voor de SIGMA-teams (Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie)
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ; omvat vaak ook Bureau Slachtofferhulp en Maatschappelijk Werk)	leveren van operationele GHOR-functionarissen voor het kernteam en opvangteam psychosociale hulpverlening
Huisartsen	rol/taken nog in ontwikkeling; inzet bij griep пандemie en T3-gewonden mogelijk
Apotheek	distributie geneesmiddelen

Voor een optimale samenwerking en afstemming is het belangrijk dat binnen elke regio een vast overleg bestaat met de belangrijkste partners binnen de witte keten. Dit kan per GHOR-proces worden georganiseerd of met alle ketenpartners gezamenlijk worden gevoerd. Een relevante ontwikkeling in dit verband is de oprichting van de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ). Dit zijn overleggen tussen de acute zorgaanbieders onder aansturing van een traumacentrum. Nederland is verdeeld in tien traumaregio's. Deze hebben een andere gebiedsindeling dan de 25 GHOR-regio's. Aangezien in het Regionaal Overleg Acute Zorg vooral de nadruk ligt op individuele Spoedeisende Medische Hulpverlening en niet zozeer op de GHOR, en dit overleg plaatsvindt op een ander niveau, hebben alle GHOR-regio's aangegeven ook een eigen overleg(platform) met de geneeskundige ketenpartners te hebben.

1.3 De koepelorganisatie GHOR Nederland

Om op landelijk niveau het GHOR-beleid te kunnen afstemmen zijn de RGF-en en de voorzitters van de GHOR-besturen georganiseerd in respectievelijk de Raad van RGF-en en het Beraad van GHOR-burgemeesters. Beide zijn verenigd in de landelijke koepelorganisatie GHOR Nederland en worden ondersteund door het landelijke GHOR-bureau. Binnen dit verband stemmen zij de uitvoering van het GHOR-beleid onderling af om landelijke eenduidigheid te bevorderen en om onderlinge bijstand te kunnen bieden.

GHOR Nederland heeft de volgende hoofddoelen²:

- een bijdrage leveren aan de inrichting van een duidelijke structuur van de GHOR en samenwerking met de hulpverleningspartners voor de GHOR;
- een bijdrage leveren aan de (regionale) inrichting van een goed op zijn functie berekende organisatie. Hiervoor zijn onder andere goed opgeleid en geoefend personeel en standaardisering van processen nodig.

GHOR Nederland geeft aan de belangen van de GHOR en betrokken partijen op landelijk niveau te behartigen bijvoorbeeld in het overleg met de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Landelijke kwaliteitseisen in de vorm van wettelijke of professionele normen zijn voor elke organisatie van belang. Deze zijn nodig om te kunnen laten zien wat je waard bent. In dit onderzoek is bezien in hoeverre de koepelorganisatie bijdraagt aan de totstandkoming van dergelijke normen voor de GHOR.

2 Zie internetsite van de koepelorganisatie GHOR Nederland (www.rgf.nl).

1.4 Waarom dit onderzoek?

In de memorie van toelichting bij het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's geeft de regering aan dat de zorg voor veiligheid een fundamentele opdracht voor de overheid is. De organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing is de afgelopen jaren verschillende malen onderzocht, bijvoorbeeld bij de Herculesramp in Eindhoven, de vuurwerkrampe in Enschede en de cafébrand in Volendam. De conclusie uit deze onderzoeken is dat de huidige organisatie vaak onvoldoende oplossingen biedt voor de steeds complexere en ingrijpende rampen, die Nederland bedreigen.

Uit verschillende onderzoeken³ blijkt dat de GHOR een versnipperde organisatie zonder een duidelijke regie en samenhang is. Uit de 'Risicoanalyse domein GHOR'⁴ komt naar voren dat de GHOR op het snijvlak van twee werelden opereert: de wereld van het openbaar bestuur en van de gezondheidszorg. Deze werelden kennen grote verschillen in structuur, financiering en cultuur. Een gedegen en actueel inzicht in de organisatie van de GHOR ontbreekt echter. De risicoanalyse geeft een eerste beeld van de knelpunten, kansen en bedreigingen voor de organisatie van de GHOR, zoals aangedragen door bestuurders en RGF-en uit het GHOR-veld. Zij streven naar een volwaardige witte kolom als onderdeel van de rampenbestrijding en crisisbeheersing naast de brandweer (rode kolom) en politie (blauwe kolom). Veel onderzoeken naar de GHOR zijn gedateerd of sterk zorginhoudelijk georiënteerd. De resultaten van allerlei initiatieven voor verbetering van de organisatie en het functioneren van de GHOR zoals door en voor het veld geïnitieerd, zijn echter niet in kaart gebracht. De opbouw van de huidige regionale GHOR-organisaties is gestart in de loop van het landelijke project 'Versterking GHOR' (1996-1999). Dan is het ruim tien jaar later een goed moment om te onderzoeken waar de regionale GHOR staat.

Met dit onderzoek beoogt de Inspectie OOV aan de hand van een aantal relevante aspecten de regionale GHOR in kaart te brengen. Daarbij wordt specifieke aandacht besteed aan de organisatie (algemene gegevens, plannen en operationaliteit van onderdelen), de invulling van de functie van RGF en het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR. Uit een overzicht van relevante wetgeving, professionele kwaliteitseisen en ambities in visiedocumenten van de koepelorganisatie heeft de Inspectie OOV de meest relevante aspecten gekozen om de organisatie van de GHOR en de positie van de RGF te beschrijven.

- 3 Bijvoorbeeld: 'De GHORdiaanse knop doorgehakt' van de Raad voor het Openbaar Bestuur en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004) en de 'Risicoanalyse domein GHOR' van de Inspectie OOV (december 2007).
- 4 De risicoanalyse had tot doel een eerste in/overzicht te krijgen van de belangrijkste kansen, knelpunten en bedreigingen voor een optimaal functioneren van de organisatie van de GHOR. Uit de literatuurstudie en expertmeetings met het bestuurlijke en operationele veld, bleken de volgende kernthema's: de daadwerkelijke bestuurlijke interesse in de GHOR, het gebrek aan herkenbaarheid van de witte kolom, een onvoldoende regie, een onvoldoende samenwerking en de behoefte aan een leeragentschap.

Omdat voor de meeste aspecten van de GHOR harde landelijke kwaliteitseisen ontbreken, wordt in dit rapport een aantal relevante aspecten van de regionale GHOR-organisaties zonder oordeel van de Inspectie OOV beschreven. Dit onderzoek heeft noodzakelijkerwijs vooral een inventariserend karakter. Vergelijken met andere regio's is wel mogelijk. Daarom zijn in dit rapport een aantal tabellen met gegevens van alle 25 regio's opgenomen.

De kerntaak van de GHOR is het verlenen van spoedeisende medische hulp aan een groot aantal slachtoffers. Het GHOR-bureau dient een slagvaardige organisatie van geneeskundige hulpverlening te organiseren, die naadloos kan opschalen van een kleinschalig naar grootschalig optreden. Daarom is in dit onderzoek ook specifiek naar de operationele capaciteit van de GHOR gekeken: wat kan de GHOR daadwerkelijk leveren? Bijvoorbeeld: hoeveel gewonden kunnen in een bepaalde tijd worden gestabiliseerd en afgevoerd?

1.5 Gedeeld toezicht op de GHOR

Het beleid en het toezicht op de GHOR worden door de ministeries van BZK en van VWS gedeeld. Het ministerie van BZK is verantwoordelijk voor de organisatie en wijze van financiering van de rampenbestrijding. Daarmee is zij ook verantwoordelijk voor de organisatie en wijze van financiering van de GHOR. Op basis van de Brandweerwet 1985 dient de minister van BZK te toetsen op welke wijze de gemeente- en regiobesturen hun taken uitvoeren om ongevallen en rampen te voorkomen dan wel zo goed mogelijk te bestrijden. In dat kader houdt de Inspectie OOV toezicht op de organisatie van de GHOR.

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het zorginhoudelijke deel van de GHOR: het medisch handelen van zorgaanbieders, zoals ambulancediensten, ziekenhuizen en psychosociale zorginstellingen. In het verlengde hiervan houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening door de zorgaanbieders.

Ook in het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's blijft het toezicht op de GHOR gedeeld door de twee inspecties. Wel worden de taken in het ontwerp expliciet aan de Inspectie OOV en IGZ toegekend (en niet afgeleid van de verantwoordelijkheid van beide ministers). Tevens zegt het ontwerp dat beide inspecties het toezicht onderling moeten afstemmen in een gemeenschappelijk werkprogramma. In dit onderzoek is met de IGZ samengewerkt; ook is de conceptrapportage besproken en afgestemd.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 geeft een korte beschrijving van de GHOR en de aanleiding en de doelstelling van het onderzoek. De wijze van onderzoek en het onderzoekskader komen in hoofdstuk 2 aan de orde. Hoofdstuk 3 beschrijft relevante ontwikkelingen voor de GHOR in de afgelopen twintig jaar. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten voor achtereenvolgens het algemene beeld, plannen en samenwerkingsafspraken en de operationaliteit van de GHOR-organisatie. Hoofdstuk 5 bevat de resultaten over het operationeel presterend vermogen van de GHOR en hoofdstuk 6 die van de interviews met de RGF. Het rapport wordt afgesloten met de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 7.



2

Onderzoek

2.1 Onderzoeksvragen en afbakening

Een actueel inzicht in de organisatie van de GHOR in Nederland ontbreekt. Niet duidelijk is in hoeverre de knelpunten en ontwikkelingen, die zijn gesignaleerd in diverse rapportages zoals het rapport ‘de GHORdiaanse knoop doorgehakt’, nog steeds actueel zijn⁵.

5 Het document ‘De GHORdiaanse knoop doorgehakt’, uitgebracht in 2004 door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor het openbaar bestuur, na een gezamenlijke adviesaanvraag van de ministers van BZK en VWS, kan als een ‘nulmeting van knelpunten’ in het functioneren van de GHOR worden beschouwd. Gesignaleerde knelpunten en ontwikkelingen worden in een gezamenlijke reactie door de ministers van BZK en VWS erkend.

Als knelpunten komen daarin onder andere naar voren dat een formele gezagsverhouding naar de zorgaanbieders ontbreekt, dat onduidelijkheid bestaat over de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de vele partijen binnen de GHOR en dat de financiering van de multidisciplinaire rampenbestrijding niet goed is geregeld. In het najaar van 2007 heeft de Inspectie OOV een risicoanalyse voor het domein GHOR uitgevoerd waarbij vertegenwoordigers van het GHOR-velde zelf knelpunten, kansen en bedreigingen voor de GHOR hebben benoemd. Dat betrof een eerste globale verkenning.

Doel van dit onderzoek is een beschrijving te geven van de regionale GHOR-organisatie ('een actuele foto'), met specifieke aandacht voor de organisatie (processen en actoren), de rol en positie van de RGF en het operationeel presterend vermogen. Op basis van deze beschrijving worden eventuele knelpunten voor de regionale GHOR en mogelijke verbeteracties benoemd.

Deze doelstelling is uitgewerkt in de volgende deelvragen:

- Wat zijn relevante ontwikkelingen voor de GHOR sinds de jaren '90? Om inzicht in deze ontwikkelingen te krijgen heeft de Inspectie OOV gebruik gemaakt van regelgeving, beleidsnotities en visiedocumenten van de koepelorganisatie GHOR Nederland.
- Op welke wijze hebben de GHOR-bureaus de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in de regio's georganiseerd? Hiertoe heeft de Inspectie OOV een aantal relevante aspecten van de regionale GHOR-organisatie benoemd en beschreven.
- Wat is het operationeel presterend vermogen van de GHOR? Aan de hand van het bestuurlijk vastgestelde (maatgevende) risico⁶ voor de GHOR-regio en drie specifieke ongevalsscenario's heeft de Inspectie OOV een eerste beeld geschetst van het operationeel presterend vermogen van de 25 individuele regio's.

Op basis van een analyse van relevante regelgeving, beleidsnotities en visiedocumenten van de koepelorganisatie GHOR Nederland heeft de Inspectie OOV de meest relevante aspecten gekozen om de regionale organisatie van de GHOR en de functie van de RGF te beschrijven. Omdat voor de meeste aspecten harde landelijke kwaliteitseisen ontbreken, worden deze vaak zonder een oordeel van de Inspectie OOV beschreven. Dat maakt het onderzoek vooral inventariserend van aard. Vanwege het ontbreken van een eenduidige systematiek om het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR te bepalen, betreft de beschrijving van dit aspect vooral een eerste verkenning.

Het onderzoek richt zich onder andere op de volgende onderdelen: algemene gegevens van de regionale GHOR, de rol en positie van de RGF, de aanwezigheid van bestuurlijke en operationele plannen, de operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen, de Geneeskundige combinatie, de gemaakte prestatieafspraken met zorgaanbieders en het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR.

6 Conform de methodiek van de BZK-leidraden Maatrampen en Operationele prestaties (2002).

Afstemming en afbakening

De GHOR wordt in dit onderzoek primair vanuit het monodisciplinaire perspectief benaderd. De Inspectie OOV heeft zich vooral gericht op de organisatie en financiering van de GHOR (als afgeleide verantwoordelijkheid van de minister van BZK). De IGZ houdt immers toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening door de zorgaanbieders. Daar waar in dit onderzoek sprake is van overlap tussen beide toezichtsdomeinen heeft afstemming met de IGZ plaatsgevonden.

Om een actuele foto van de regionale GHOR-organisatie te kunnen maken, zijn alle 25 regio's onderzocht. De gegevens zijn vergaard in de periode augustus/september 2008. Hoor en wederhoor heeft plaatsgevonden in september/oktober 2008. Latere mutaties zijn in deze rapportage niet meegenomen.

Eerder onderzoek

Er zijn verschillende monitorrondes (Octaafmonitor)⁷ naar de GHOR uitgevoerd. Ook is er een certificatieschema voor de GHOR-bureaus ontwikkeld door de stichting Harmonisatie Kwaliteitbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). De IGZ heeft zorginhoudelijke onderzoeken naar de GHOR uitgevoerd⁸ en er zijn visiedocumenten van GHOR Nederland⁹ verschenen. Recent heeft de IGZ in samenwerking met de Inspectie OOV de advisering door de GHOR bij publieksevenementen¹⁰ onderzocht.

Systematisch onderzoek rampenbestrijding van de Inspectie OOV

Sinds 2003 voert de Inspectie OOV systematisch en gestandaardiseerd onderzoek uit naar de (voorbereiding op de) rampenbestrijding en crisisbeheersing (algemene doorlichting rampenbestrijding (ADR)/praktijktoets Rampenbestrijding Doorlichtingsarrangement (RADAR). Dit onderzoek richt zich op drie kritische multidisciplinaire processen om de rampenbestrijding tijdig en effectief te kunnen laten functioneren, namelijk de alarmering en opschaling van de rampenbestrijdingsorganisatie, het (operationele) informatiemanagement en het coördineren van/leiding geven aan de organisatie. In de praktijktoets kijkt de Inspectie OOV naar de Meldkamer Ambulancezorg (als start van het GHOR-proces) en het functioneren van de leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen in een aantal multidisciplinaire teams zoals het Commandoteam Plaats Incident (CoPI), het regionaal operationeel team (ROT) en het gemeentelijk en/of regionaal beleidsteam (GBT/RBT). Daarbij worden onder meer ook de opkomsttijden van de leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen geregistreerd.

7 In opdracht van het ministerie van VWS voert de Octaaf Adviesgroep in 2000-2004 periodiek een GHOR-monitor uit.

8 Bijvoorbeeld: Onderzoek Oefenen GHOR (2004) en Onderzoek Ziekenhuisrampenopvangplannen (2008).

9 Bijvoorbeeld: Visiedocument GHOR 2006-2010 (van GHOR Nederland).

10 Rapport 'Gezondheidsbescherming bij publieksevenementen onvoldoende geborgd' (2008).

2.2 Wijze van onderzoek

Overzicht van relevante regelgeving en andere documenten voor de GHOR

Om de huidige organisatie en het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR te kunnen toetsen is het van belang over een referentiekader te beschikken. Een referentiekader voor de GHOR is echter tot op heden nog niet ontwikkeld. In de wereld van de GHOR blijken harde kwaliteitseisen¹¹ nauwelijks te bestaan; de ontwikkeling daarvan staat nog in de kinderschoenen. De Inspectie OOV heeft daarom een overzicht van relevante regelgeving en beleids- en visiedocumenten opgesteld (bijlage I) en daaruit de meest relevante aspecten gekozen en onderzocht. Bij relevante regelgeving gaat het onder meer om de Wet GHOR en het wetsvoorstel Wet veiligheidsregio's met bijbehorende concept-besluiten en bij andere documenten onder meer om de basisvereisten crisismanagement en het visiedocument GHOR 2006-2010.

Door ook bepaalde aspecten uit de nieuwe regelgeving in het onderzoek op te nemen, krijgt de Inspectie OOV inzicht in de mate waarin de regionale GHOR's najaar 2008 reeds aan de toekomstige regelgeving voldoen.

Vragenlijst

De Inspectie OOV heeft aan de hand van de gekozen aspecten een vragenlijst opgesteld waarmee de regionale organisatie van de GHOR, de positie van de RGF en het regionale operationeel presterend vermogen van de GHOR in kaart zijn gebracht. In de vragenlijst zijn onder andere de volgende onderwerpen opgenomen: formatie en bezetting van het regionale GHOR-bureau, de financiën, de positie van de RGF, regionale plannen, gemaakte prestatieafspraken met zorgaanbieders en een aantal specifieke ongevalsscenario's om het operationeel presterend vermogen van de GHOR te kunnen bepalen.

De Inspectie OOV heeft de vragenlijst vooraf in de regio Noord- en Midden-Limburg getest. Daarna heeft zij deze aan de GHOR-bureaus van alle regio's voorgelegd. In de begeleidende brief is de RGF gevraagd de vragenlijst in te (laten) vullen en deze ondertekend retour te zenden. Tevens is gevraagd om relevante documenten mee te sturen, waarin de verstrekte informatie in de vragenlijst kan worden teruggevonden of om deze beschikbaar te hebben bij het bezoek van de Inspectie OOV aan de regio. Steekproefsgewijs heeft de Inspectie OOV bij een tiental antwoorden de informatie met deze documenten geverifieerd.

De ingevulde vragenlijsten heeft de Inspectie OOV geanalyseerd. De bevindingen uit de vragenlijsten geven een eerste beeld van de te onderzoeken aspecten. Op basis van deze analyse heeft de Inspectie OOV tijdens haar bezoek aan de regio de vragenlijst met medewerkers van betreffend GHOR-bureau. Zonodig zijn gegeven antwoorden aangevuld of

11 Project Vakbekwaamheid: in het najaar 2008 zijn wel kwalificatieprofielen voor de operationele GHOR-functies vastgesteld door de koepelorganisatie; bijbehorende nieuwe opleidingen zijn en komen beschikbaar. Deze kwaliteitsslag dient dus nog wel in de regio's te worden gerealiseerd door iedereen deze opleidingen te laten volgen.

aangepast. De vragenlijst is vervolgens in een procedure van hoor en wederhoor met de RGF afgestemd. Indien gewenst heeft de Inspectie OOV nogmaals relevante documenten gevraagd of ingezien.

Naast inzicht in de organisatie wil de Inspectie OOV ook inzicht krijgen in het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR, vooral in haar 'slagkracht': het aantal gewonden en andere slachtoffers dat de GHOR bij de diverse ongevalsscenario's vanaf het tijdstip van alarmering per tijdseenheid kan stabiliseren/vervoeren. De GHOR is immers primair in het leven geroepen om bij een grootschalig ongeval of ramp naadloos te kunnen opschalen. Aan de hand van enkele specifieke ongevalsscenario's heeft de Inspectie OOV het eigen operationeel presterend vermogen van de GHOR per regio geïnventariseerd. Tevens heeft de Inspectie OOV gevraagd welke afspraken over bijstand met buurregio's zijn gemaakt. Om de bevindingen uit deze inventarisatie in perspectief te kunnen plaatsen heeft de Inspectie OOV deze gezet naast het regionale risicoprofiel (maatgevend risico) en de daaraan gekoppelde 'GHOR-klus', zoals deze zijn opgenomen in het regionaal beheersplan rampenbestrijding.

Nadrukkelijk zij gesteld dat de resultaten van deze eerste verkenning van de 'slagkracht' niet nader door de Inspectie OOV zijn geverifieerd. In dit onderzoek volstaat de Inspectie OOV met de weergave van door de regio's zelf verstrekte informatie over dit aspect.

Interview

De Inspectie OOV heeft alle RGF-en geïnterviewd. Dit om het functioneren van de RGF en het standpunt van de GHOR-regio over bepaalde aspecten in kaart te kunnen brengen. De Inspectie OOV heeft de RGF onder meer gevraagd naar knelpunten ten aanzien van diens bevoegdheden en financiën, het functioneren van de koepelorganisatie GHOR Nederland en de (recent ontwikkelde) opleidingen voor leidinggevende en coördinerende operationele functies. Het verslag van dit gesprek is voor hoor en wederhoor aan de RGF voorgelegd.

Klankbord

Gedurende het onderzoek heeft de Inspectie OOV gebruik gemaakt van een klankbordgroep met zowel vertegenwoordigers van het GHOR-veld, de IGZ en de GHOR-academie als vertegenwoordigers van de beleidsdirectie van het ministerie van BZK. De klankbordgroep heeft de Inspectie OOV gedurende het onderzoek geadviseerd over de aanpak en de uitvoering van het onderzoek. Zo is de vragenlijst met de klankbordgroep besproken en vervolgens aangepast.

2.3 Rapportage en communicatie

Deze rapportage bevat de bevindingen van het onderzoek en wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen om gesignaleerde knelpunten aan te pakken. De aanbevelingen zijn aan verschillende betrokken organisaties gericht. Naast een ruime verspreiding van het rapport aan het openbaar bestuur en relevante organisaties is het rapport op de website van de Inspectie OOV geplaatst (www.ioov.nl).

De regio's en witte ketenpartners kunnen met de bevindingen uit dit onderzoek de eigen situatie vergelijken met die van andere regio's en zonodig gerichte acties voor verbetering nemen. Ook kunnen de bevindingen van belang zijn voor de betrokken ministeries en koepelorganisaties zoals GHOR Nederland. Zij kunnen deze gebruiken voor hun beleid, regelgeving, richtlijnen en dergelijke.

Een bewerking van het rapport heeft de Inspectie OOV voor publicatie aan relevante vakbladen aangeboden.



3

Ontwikkelingen met betrekking tot de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

3.1 De Wet GHR (1992)

De rampenbestrijding in Nederland was lange tijd vooral gericht op bescherming van de bevolking tegen de gevolgen van oorlogsgeweld. Hiertoe was de organisatie Bescherming Bevolking (BB) opgericht. De daarbij betrokken organisaties hadden echter een aanzienlijke mobilisatietijd en waren niet geschikt voor inzet bij (acute) vredesrampen.

Door de behoefte aan een sneller inzetbare rampenbestrijdingsorganisatie besloot de Nederlandse regering in 1986 de BB op te heffen. Voortaan werd uitgegaan van een rampenbestrijdingsorganisatie op basis van opgeschaalde reguliere hulpverlening door de brandweer, politie en geneeskundige diensten. Een kwalitatief goede dagelijkse hulpverlening, die soepel en adequaat kan opschalen op het moment dat dit nodig is, is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde. De verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op en uitvoering van de rampenbestrijding werd bij de gemeenten neergelegd¹².

In 1992 trad de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (Wet GHR) in werking. Deze verplichtte gemeenten een gemeenschappelijke regeling te treffen voor het geneeskundige optreden bij rampen. De directeur GGD werd belast met de uitvoering van deze regeling. Daarnaast dienden ziekenhuizen en de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) de nodige maatregelen te treffen ter voorbereiding op hun optreden bij rampen en hun medewerking te verlenen aan de benodigde onderlinge afstemming. Met het Besluit Brede Doeluitkering Rampenbestrijding (BDUR) stelde de minister van BZK jaarlijks een rijksbijdrage aan de regio's beschikbaar voor de geneeskundige hulpverlening in buitengewone omstandigheden en de voorbereiding daarop. Verder konden de regio's de kosten hiervan dekken door een gemeentelijke inwonerbijdrage in te stellen.

Bij Koninklijk Besluit (1993)¹³ werd de minister van BZK op rijksniveau verantwoordelijk voor de bestuurlijke aansturing en organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen. Citaat: 'Aangezien de Minister van BZK reeds op rijksniveau verantwoordelijk is voor de organisatie van de brandweertzorg en de rampenbestrijding (exclusief het geneeskundige deel), is besloten om deze ook te belasten met de organisatie van het geneeskundige deel van de rampenbestrijding'. De minister van VWS bleef verantwoordelijk voor de kwaliteit van het 'medisch handelen' van personen en instellingen.

Uit onderzoek van de Inspectie Brandweertzorg en Rampenbestrijding (nu Inspectie OOV) en de IGZ uit 1995 kwam naar voren dat het bestuurlijke draagvlak voor de GHR gering was. Een samenhangende benadering van de rampenbestrijding, waarbij de GHR één van de spelers is, ontbrak zowel op rijks- als regionaal niveau¹⁴. Het rijksbeleid werd door gemeenten, GHR-regio's en Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en) als weinig stimulerend en richtinggevend ervaren¹⁵. De GGD werd onvoldoende als coördinerende instantie voor de GHR gezien, vooral wanneer zij niet beschikte over een eigen ambulancedienst of CPA. Ook

12 Wet rampen en zware ongevallen 1985 (art. 2 en 11).

13 Koninklijk Besluit van 13 december 1993, staatsblad 9.

14 Zo werd een slachtoffer vaak als gered beschouwd zodra deze door de brandweer uit diens benarde positie was bevrijd; het voorkomen van blijvende gezondheidsschade door effectief spoedeisend medisch handelen werd daarbij niet meegenomen.

15 Voor veel gemeenten was het niet duidelijk dat de GHR deels uit eigen middelen bekostigd diende te worden, met een gemeentelijke inwonerbijdrage. Zij waren principieel van mening dat de GHR via het premiestelsel en de BDUR gefinancierd diende te worden.

sloot de GHR onvoldoende aan bij de keten van de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) terwijl deze juist de basis voor de GHR zou moeten vormen: de GHR is immers reguliere (SMH-)zorg in opgeschaalde vorm. De GHR bleek een deelverantwoordelijkheid van (te) velen. Beide inspecties concludeerden dan ook dat fundamentele veranderingen nodig waren.

Project versterking geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen

Bovenstaand onderzoek resulteerde in 1996 in een gezamenlijke beleidsvisie van de ministers van BZK en van VWS over de gewenste situatie voor de GHR. Deze visie vormde het startpunt van het project Versterking Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (Project VGHOR, 1996 -1999)¹⁶. Met dit project beoogden de ministeries een slagvaardige organisatie van SMH tot stand te brengen, die in staat is om naadloos op te schalen van een kleinschalig naar grootschalig optreden. De geboden geneeskundige hulpverlening aan een groot aantal slachtoffers diende van dezelfde kwaliteit te zijn als die aan één slachtoffer. De ministers van BZK en van VWS zagen de rampenbestrijding als een kerntaak van de overheid, in eerste instantie van de lokale overheid. Om de regionale samenwerking te versterken, pleitten beide ministers er in het visiedocument voor om het openbaar bestuur een functionaris te laten aanstellen, de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) die werd belast met de voorbereiding en de operationele aansturing van de geneeskundige hulpverlening bij rampen.

In 1997 besloten de ministers van BZK en van VWS drie belangrijke ontwikkelingen in gang te zetten om de samenwerking binnen de geneeskundige keten te verbeteren. Ten eerste de oprichting van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV), samenwerkingsverbanden tussen (private en publieke) ambulancediensten en de Centrale Posten Ambulancevervoer op de schaal van politieregio's. Ten tweede het aanwijzen van tien (academische) ziekenhuizen als traumacentrum: deze werden verantwoordelijk gesteld voor de realisatie van een geïntegreerde keten van SMH en dienden dit te realiseren in samenwerking met de overige ziekenhuizen, huisartsen en RAV's. Als derde het instellen van regionale GHOR-besturen op de schaal van de 25 politieregio's, die de regie zouden voeren op de geneeskundige keten bij (de voorbereiding op) rampen en grootschalige ongevallen. Daarnaast verstrekte het ministerie van BZK aan elke GHOR-regio een of meer geneeskundige combinaties (GNK-C): een gecombineerde eenheid met voertuigen, bestaande uit een mobiel medisch team, twee ambulanceteams, een Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (Sigma) en (genees) middelen voor de eerste behandeling en verzorging van een groot aantal slachtoffers, inclusief (structureel) geld voor het beheer daarvan.

¹⁶ Gezien de onlosmakelijke verbondenheid van de GHR en SMH is gekozen voor een uitbreiding van GHR naar GHOR; het betreft niet alleen de medische hulpverlening bij rampen maar ook bij (grootschalige) ongevallen.

Om verdere kwaliteitsverbetering binnen de rampenbestrijding te ondersteunen en begeleiden, heeft de regering in 1999 de beleidsnota 'De veiligheidsketen gesmeed'¹⁷ uitgebracht. Nadruk werd hierin gelegd op het versterken van de hulpverleningsketen en het realiseren van een gecoördineerde aanpak van de rampenbestrijding. De GHOR diende verder versterkt te worden door de verantwoordelijkheden van het GHOR-bestuur, de taken van de RGF en het organisatieplan GHOR een wettelijke basis te geven.

3.2 Van de Wet GHR naar de Wet GHOR

De aangekondigde maatregelen in bovenstaande beleidsnota werden uitgewerkt in de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding (Wkr, 2004), een wijzigingswet die wijzigingen bevat voor de Wet rampen en zware ongevallen (Wrzo), de Brandweerwet 1985 en de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen. Sinds de invoering van de Wkr is de naam van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (Wet GHR) veranderd in de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (Wet GHOR).

De Wet GHOR stelt dat de colleges van burgemeester en wethouders binnen een brandweerregio een gemeenschappelijke regeling moeten treffen voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Zij dienen gezamenlijk een GHOR-regio op te richten. Het GHOR-bestuur bestaat daarbij uit alle burgemeesters (portefeuillehouders OOV) van de regio en wordt voorgezeten door één van hen. De Wet GHOR draagt het bestuur van de GHOR-regio de volgende taken op:

- het instellen en in stand houden van een meldkamer ambulancezorg;
- het vaststellen van de taken en verantwoordelijkheden van de GGD-en, werkzaam in de regio;
- het instellen en in stand houden van een organisatorisch samenwerkingsverband gericht op de geneeskundige hulpverlening;
- het zorgdragen voor onderlinge bijstand bij de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening;
- het benoemen, schorsen en ontslaan van de RGF;
- het vaststellen van een organisatieplan GHOR.

De Wet GHOR herhaalt het principe van opgeschaalde reguliere geneeskundige zorg als uitgangspunt voor de GHOR. Het merendeel van deze zorg wordt door veelal private zorgaanbieders verleend, zoals ambulancediensten (of - waar aanwezig - de RAV), ziekenhuizen/traumacentra en GGZ-instellingen. Hun belangen liggen niet primair op het gebied van de GHOR maar bij de dagelijkse reguliere zorg. Om de continuïteit en kwaliteit van zorg ook onder rampenomstandigheden te kunnen waarborgen, moeten volgens de wet afspraken worden gemaakt en vastgelegd over de te leveren prestaties en de onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders. Er is immers sprake van een hulpverleningsketen:

¹⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26956, nr. 2.

elke zorgaanbieder is afhankelijk van eerdere/latere schakels in de keten. Per regio is een RGF verantwoordelijk voor het maken van afspraken over de voorbereiding op en de uitvoering van GHOR-processen. Het betreft vooral een coördinatie- en regiefunctie; de zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van het primaire proces (het reguliere, dagelijkse werk). De RGF wordt ondersteund door het regionale GHOR-bureau, veelal bestaande uit een hoofd Bureau GHOR en een aantal (beleids)medewerkers.

3.3 De GHORdiaanse knoop doorgehakt

In 2004 hebben de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) een gezamenlijk advies over de GHOR uitgebracht: 'de GHORdiaanse knoop doorgehakt'. Het advies betrof de vraag hoe de kwaliteit en beschikbaarheid van de gezondheidszorg bij rampen en crises gegarandeerd kon worden, zodanig dat het openbaar bestuur zijn verantwoordelijkheid voor de veiligheid van burgers daadwerkelijk kon waarmaken. Het advies was gezamenlijk aangevraagd door de ministers van BZK en van VWS.

Op hoofdlijnen constateerden de RVZ en ROB drie knelpunten in het functioneren van de GHOR. Door bestaande incongruentie tussen verantwoordelijkheden en bevoegdheden kenden het GHOR-bestuur, de RGF en de zorginstellingen slechts een inspanningsverplichting; een formele gezagsrelatie ontbrak. Ook constateerden beide raden incongruentie tussen de verantwoordelijkheden en beschikbare middelen binnen de witte kolom, vooral bij de financiering van de multidisciplinaire voorbereiding op rampen: wie betaalt het oefenen met de verschillende, vaak private hulpverleningsdiensten? Derde knelpunt betrof het gebrek aan herkenbaarheid van de witte kolom. Niet duidelijk was welke partijen tot de witte kolom behoorden en wanneer. De coördinatie van de vele verschillende, veelal private partijen ging moeizaam.

Als oplossing voor geconstateerde knelpunten stelden de RVZ en ROB dat duidelijke bestuurlijke, organisatorische en financiële keuzen dienden te worden gemaakt. Het was volgens de raden tijd om knopen door te hakken. Zo moest de witte kolom meer herkenbaar worden, vergelijkbaar met de brandweer en politie. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen dienden bestuurlijk en operationeel in samenhang aan betrokken partijen te worden toebedeeld, met een helder onderscheid tussen publiek en privaat. Het veiligheidsbestuur diende de publieke verantwoordelijkheid bij rampen en crises te dragen. De RGF moest de spil binnen de witte keten vormen en de schakel naar de veelal private partijen. Professionele standaarden dienden de basis te zijn voor samenwerking binnen de geneeskundige kolom. En het multidisciplinair oefenen door de private partijen diende publiek te worden gefinancierd.

De voorgestelde probleemanalyse en maatregelen werden in grote lijnen door het toenmalige kabinet onderschreven. In haar standpunt¹⁸ op 'de GHORDiaanse knoop doorgemaakt' werd de operationele GHOR als regulier onderdeel van de openbare gezondheidszorg neergezet. De GHOR diende aan te sluiten bij de GGD; daartoe was eerst schaalvergroting van GGD-regio's nodig. Verder was versterking van de positie van de RGF op basis van bestaande wetgeving nodig: de bevoegdheden van de RGF waren een afgeleide van de bevoegdheden van het openbaar bestuur. Het oefenen binnen en het opstellen van kwaliteitsnormen voor de witte kolom waren professionele aangelegenheden en dienden via het premiestelsel te worden bekostigd. Het multidisciplinair oefenen met de brandweer en politie was een verantwoordelijkheid van het veiligheidsbestuur en diende vooral te worden gefinancierd vanuit de inwonerbijdrage (naast de BDUR). De groei van het GHOR-budget was volgens het kabinet te lang 'een zaak van het rijk' geweest.

3.4 Naar de Wet veiligheidsregio's

Momenteel ligt het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's voor aan de Tweede Kamer¹⁹. Dit voorstel integreert de Wet rampen en zware ongevallen, Brandweerwet 1985 en Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Het beoogt de bestuurlijke en operationele slagkracht van de partijen, betrokken bij de rampenbestrijding en crisisbeheersing te verhogen door een schaalvergroting: brandweertzorg, GHOR, rampenbestrijding en crisisbeheersing worden onder dezelfde regionale regie gebracht.

Relevante veranderingen van deze ontwerpwet voor het functioneren van de GHOR:

- de instelling van de veiligheidsregio met daarin geïntegreerde besturen van de regionale brandweer en GHOR;
- de directeur GHOR (voorheen RGF) maakt deel uit van de GGD-directie;
- zorgaanbieders moeten schriftelijke afspraken maken met de veiligheidsregio;
- de afspraken met zorgaanbieders worden opgenomen in het crisisplan;
- de voorzitter van het bestuur van de veiligheidsregio kan de zorgaanbieders een aanwijzing geven;
- de wettelijke taak om een (GHOR)organisatieplan vast te stellen, komt te vervallen. Elementen hieruit (zoals de beschrijving van de operationele prestaties) moeten terugkomen in het regionale beleidsplan;
- de adviestaak van de GHOR wordt wettelijk vastgelegd.

Na een consultatieronde in het veld in het voorjaar van 2008 is de Nota van Antwoord in november 2008 naar de Tweede Kamer gegaan. De streefdatum van de minister van BZK voor invoering van de wet is nu juli 2009.

¹⁸ Brief d.d. 13 december 2004. Kenmerk EB2004/81064.

¹⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 31.117, nr. 1.

3.5 Beschouwing

Uit de geschetste ontwikkelingen en de 'Risicoanalyse domein GHOR' blijkt dat in de afgelopen vijftien jaar de knelpunten van de GHOR regelmatig zijn (h)erkend. De Inspectie OOV constateert dat sommige knelpunten hardnekkig zijn, zoals de volgens de regio's ontoereikende financiering van het opleiden en oefenen. Ook het imago probleem van de GHOR keert steeds terug, zoals kan worden afgeleid uit het aanhoudende streven naar een volwaardige witte kolom. Het openbaar bestuur heeft vaak weinig affiniteit met deze organisatie, de meeste 'spelers' behoren niet tot het publieke domein. Omgekeerd constateert de Inspectie OOV dat de regionale GHOR er blijkbaar vaak niet in slaagt om zich goed op de bestuurlijke kaart te zetten. De Inspectie OOV is van mening dat het vrijwel ontbreken van professionele normen (kwaliteitseisen) daar een belangrijke rol bij speelt. Normen maken helder wat er van je wordt verwacht. Bij het ontbreken daarvan kun je niet laten zien wat je waard bent.

4

De organisatie van de GHOR

4.1 Inleiding

In tegenstelling tot brandweer en politie staat de ontwikkeling van harde, landelijke kwaliteitseisen voor de GHOR nog in de kinderschoenen. Bij de voorbereiding van dit onderzoek is daarom een overzicht gemaakt van relevante regelgeving (inclusief wetgeving in ontwikkeling), geformuleerde normen/ambities in beleids- en visie-documenten en het HKZ-certificatieschema (zie bijlage I). Daaruit is een aantal aspecten geselecteerd die onderzocht zijn in de regio's. Aan de hand van deze aspecten wordt in dit hoofdstuk de organisatie van de regionale GHOR beschreven. Omdat harde kwaliteitseisen vrijwel ontbreken, is slechts incidenteel sprake van een oordeel van de Inspectie OOV. Het onderzoek is vooral inventariserend van aard. De verkregen resultaten van de 25 regio's geven het bestuur en de hulpverleningsdiensten wel mogelijkheden tot vergelijken en benchmarken.

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van een drietal onderzochte aspecten. De gegevens hierover in dit rapport zijn zoals de regio's deze hebben aangeleverd.

- algemene gegevens om de GHOR-regio en het GHOR-bureau te beschrijven, zoals het type gemeenschappelijke regeling voor de GHOR, de formatie, de beschikbare financiële middelen, de wijze van invulling van de RGF-functie, het aantal inzetten van de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) en het aantal opschalingen (paragraaf 4.2);
- plannen GHOR: de aanwezigheid en de inhoud van bestuurlijke en operationele plannen. Tevens is bij dit aspect onderzocht in welke mate de regio's met de diverse zorgaanbieders prestatieafspraken hebben gemaakt en vastgelegd zoals vermeld in het ontwerpbesluit VR (paragraaf 4.3);
- operationaliteit GHOR: de beschikbaarheid en kwaliteit van vitale functies: operationele leidinggevende en coördinerende functionarissen, die bij de diverse opschalingsfasen worden ingezet (paragraaf 4.4) en een beschrijving van de beschikbaarheid en kwaliteit van de (onderdelen van de) geneeskundige combinatie (GNK-C) (paragraaf 4.5).

4.2 Het algemene beeld

Om de regionale GHOR-organisatie in algemene zin te kunnen beschrijven heeft de Inspectie OOV de regio's gevraagd naar de omvang van het bureau, de invulling van de functie van RGF, het type gemeenschappelijke regeling voor de GHOR, de beschikbare financiële middelen, het aantal OvD-G inzetten, het aantal keer opschaling en het aantal pro-actie/preventie adviezen, dat het regionale GHOR-bureau jaarlijks afgeeft. In de bijlagen zijn de bevindingen van de regio's in diverse tabellen uitgebreid weergegeven. Onderstaand volgt een korte duiding van de bevindingen.

Formatie

Voor de uitvoering van regionale GHOR-taken heeft elk regiobestuur een RGF aangesteld en een GHOR-bureau ingesteld. De personele bezetting van de GHOR-bureaus varieert tussen 6 en 12 fte²⁰, met uitzondering van de regio's Rotterdam-Rijnmond (23 fte), Midden- en West-Brabant (17,5 fte) en Utrecht (17,5 fte). In onderstaande tabel staan de formatie en de wijze van invulling van de RGF-functie in alle 25 regio's.

20 De lage bezetting in Zaanstreek-Waterland komt door het feit dat deze regio de GHOR-taken heeft uitbesteed aan de regio Amsterdam-Amstelland.

Tabel 2 De personele formatie en de wijze van invulling van de RGF-functie per regio

Regio	RGF	
	fte	hoofdfunctie
Rotterdam-Rijnmond	1,00	RGF
Midden- en West-Brabant	0,20	GGD-directeur
Utrecht	1,00 ²¹	alg. directeur VR
Twente	0,50	alg. directeur VR
Zuid-Holland-Zuid	0,20	RGF
Limburg-Zuid	0,50	GGD-directeur
Hollands Midden	0,50	GGD-directeur
Amsterdam-Amstelland	0,20	GGD-directeur
Gelderland-Zuid	0,50	RGF
Noord-Holland-Noord	0,50	RGF
Noord- en Oost Gelderland	1,00	RGF
Zeeland	0,50	RGF (a.i.)
Brabant-Noord	0,25	GGD-directeur
IJsselland	0,20	GGD-directeur
Zuidoost-Brabant	0,20	alg. directeur VR
Groningen	0,25	GGD-directeur
Haaglanden	0,10	GGD-directeur
Drenthe	0,40	GGD-directeur
Gooi en Vechtstreek	0,40	RGF
Fryslân	0,10	GGD-directeur
Limburg-Noord	1,00	RGF
Kennemerland	0,20	GGD-directeur
Gelderland-Midden	0,30	GGD-directeur
Flevoland	0,25	GGD-directeur
Zaanstreek-Waterland	0,20	GGD-directeur

In veertien regio's vervult de directeur GGD (hoofdfunctie) voor een beperkt deel van zijn tijd tevens de functie van RGF. In drie regio's is de algemeen directeur Veiligheidsregio (VR) tevens RGF. Uit het onderzoek blijkt dat de aanstelling voor de RGF in vijftien regio's minder dan 0,5 fte bedraagt. De volledige formatie van elk regionaal GHOR-bureau is opgenomen in bijlage VII.

Het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's bepaalt dat de directeur GHOR (thans RGF) deel dient uit te maken van de directie van de plaatselijke GGD (art. 26 lid 2). Dit om een betere afstemming tussen GHOR en GGD-taken in zowel de voorbereidende als de uitvoerende fase te bereiken. Uit het onderzoek komt naar voren dat van de elf RGF-en, die niet tevens GGD-directeur zijn, er eind 2008 twee lid zijn van de GGD-directie. In negen gevallen wijkt de huidige situatie daarmee nog af van met wat in het wetsvoorstel wordt beoogd.

21 Deze formatie is aangegeven voor de functies van de algemeen directeur veiligheidsregio's, regionale commandant brandweer en RGF samen.

Gemeenschappelijke regelingen

Alleen in de regio Drenthe is de GHOR geregeld door een gemeenschappelijke regeling, die alleen voor de GHOR geldt. In elf regio's is er een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio voor de GHOR en brandweer. Zeven regio's hebben een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio voor de GHOR, brandweer en GGD. In de overige zes regio's is sprake van een specifieke gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio. De meest voorkomende vorm hierbij is een gemeenschappelijke regeling voor de GHOR, brandweer en gemeenschappelijke meldkamer (drie regio's). In bijlage II geeft de Inspectie OOV een overzicht van het type gemeenschappelijke regeling in alle 25 regio's.

Volgens het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's dienen de gemeentebesturen binnen een regio een gemeenschappelijke regeling te treffen. Met deze regeling dient in ieder geval een regionale brandweer en een GHOR te worden georganiseerd. Aan deze bepaling van het wetsontwerp voldoen op dit moment alle regio's, met uitzondering van Drenthe.

Meldkamer en regionale ambulancevoorzieningen

Uit de memorie van toelichting bij het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's blijkt dat het niet noodzakelijk is dat elke regio een eigen meldkamer heeft. Voorwaarde is dat elke regio gebruik kan maken van een goed functionerende meldkamer. Meerdere regio's kunnen aangesloten zijn bij één meldkamer. De zorg voor de instandhouding voor de meldkamer ambulancezorg is op grond van artikel 3 Wet ambulancezorg opgedragen aan een RAV.

Momenteel beschikken 23 regio's over een gecoloeerde meldkamer ambulancezorg (MKA). Regio Zaanstreek-Waterland beschikt zelf niet over een MKA maar heeft deze ondergebracht bij de regio Amsterdam-Amstelland. De regio Amsterdam-Amstelland beschikt niet over een gecoloeerde MKA.

Op grond van de Wet ambulancezorg, zoals eind 2008 door de Eerste Kamer goedgekeurd, dienen alle regio's op termijn over een RAV te beschikken. In 20 regio's bestaat inmiddels een RAV. In elf regio's heeft deze een publiekrechtelijk karakter, in negen regio's is deze privaatrechtelijk geregeld. In de overige vijf regio's bestaat geen overkoepelende RAV. Daar bestaan nog zowel publiek als privaat geregelde ambulancediensten.

Financiële middelen

De financiële middelen voor de bekostiging van de GHOR bestaan uit een doeluitkering van het ministerie van BZK, een gemeentelijke inwonerbijdrage voor de regionale GHOR en eventuele overige inkomsten van de GHOR-regio. De rijksbijdrage wordt verstrekt op grond van het Besluit Doeluitkering Rampenbestrijding (BDUR). Het bedrag van deze BDUR-uitkering varieert per regio van circa € 0,64 miljoen (Gooi en Vechtstreek) tot circa € 1,3 miljoen (Amsterdam-Amstelland). Per inwoner varieert de rijksbijdrage van € 0,95 (Utrecht) tot € 2,64 (Gooi en Vechtstreek).

Voor wat betreft de gemeentelijke inwonerbijdrage is sprake van grote verschillen tussen de regio's: van € 0,15 per inwoner (Gooi en Vechtstreek) tot € 2,20 (Rotterdam-Rijnmond). In de meeste regio's is de inwonerbijdrage lager dan het landelijke gemiddelde (€ 0,83). Mede door het verschil in aantal inwoners resulteert dit in een zeer grote verscheidenheid in het

totale regionale bedrag van de inwonerbijdragen, dat beschikbaar is voor de GHOR: van circa € 36.300 (Gooi en Vechtstreek) tot ruim € 2,6 miljoen (Rotterdam-Rijnmond).

Als het totale bedrag van de BDUR-uitkering en inwonerbijdragen per regio aan het aantal inwoners wordt gerelateerd, blijkt dat dit in tien regio's lager ligt dan het landelijk gemiddelde (€ 2,43 per inwoner). In tabel 3 zijn de doeluitkering en gemeentelijke bijdrage per inwoner voor alle regio's weergegeven. Er is geen directe relatie te onderkennen tussen de financiële middelen, het aantal inwoners en de risico's in de regio (zie ook hoofdstuk 5). Een uitgebreid overzicht van de beschikbare financiële middelen van elke regio is te vinden in bijlage VIII.

Tabel 3 Financiële middelen voor de GHOR per regio

Regio	Doeluitkering rampenbestrijding (BDUR) ²² van BZK voor de GHOR		Gemeentelijke inwonerbijdrage voor de GHOR
	Euro (totaal):	Euro (per inwoner):	Euro (per inwoner):
Rotterdam-Rijnmond	1.431.220,-	1,19	2,20
Zuid-Holland-Zuid	796.991,-	1,66	1,89
Brabant-Noord	927.395,-	1,48	1,75
Limburg-Zuid	926.051,-	1,52	1,53
Gelderland-Zuid	839.002,-	1,59	1,40
Midden- en West-Brabant	1.254.873,-	1,21	1,24
Hollands Midden	997.270,-	1,32	1,12
IJsselland	844.799,-	1,96	1,04
Noord-Holland-Noord	954.403,-	1,50	1,00
Twente	918.731,-	1,48	0,92
Drenthe	828.492,-	1,70	0,76
Groningen	919.140,-	1,60	0,71
Limburg-Noord	859.264,-	1,70	0,68
Zeeland	765.826,-	2,00	0,60
Zuidoost-Brabant	1.016.683,-	1,39	0,53
Gelderland-Midden	929.248,-	1,43	0,49
Flevoland	716.151,-	1,86	0,48
Noord- en Oost-Gelderland	1.046.007,-	1,32	0,42
Kennemerland	842.793,-	1,62	0,29
Zaanstreek-Waterland ²³	680.578,-	2,16	0,24
Amsterdam-Amstelland	1.315.048,-	1,08	0,24
Fryslân	1.059.820,-	1,65	0,16
Gooi en Vechtstreek	640.031,-	2,64	0,15
Haaglanden ²⁴	1.277.574,-	1,29	0,00
Utrecht ²⁵	1.307.329,-	1,09	6,80
Gemiddeld²⁶	962.990,-	1,68	0,83

22 De BDUR-bijdragen per regio zijn overgenomen uit de BZK-circulaire nr. 2007-0000321634 van 18 oktober 2007.

23 Regio Zaanstreek-Waterland heeft de uitvoering van de GHOR-taken met een meerjarig contract grotendeels uitbesteed aan de regio Amsterdam-Amstelland. Zij heeft zelf een RGF en hoofd Bureau GHOR in dienst.

24 Per 1 januari 2009 is de gemeentelijke bijdrage € 0,47.

25 Regio Utrecht heeft de inwonerbijdrage voor de GHOR en de brandweer niet uitgesplitst.

26 De gemiddelden zijn berekend exclusief de regio Utrecht.

De vraag of de financiële middelen van de regio's toereikend zijn voor de uitoefening van de toegewezen taken wordt door tien regio's negatief beantwoord. Enkele regio's die hun financiële middelen wel toereikend vonden, hebben daarbij wel aangegeven dat er nauwelijks tot geen ruimte was voor verdere ontwikkelingen, zoals het uitvoeren van een kwaliteitsverbetering van de opleidingen voor operationele, leidinggevende en coördinerende functionarissen naar aanleiding van het project Vakbekwaamheid GHOR.

Het aantal inzetten van de OvD-G en het aantal opschalingen in 2007

Hoe vaak worden de GHOR-eenheden jaarlijks in de regio's bij grootschalige ongevallen ingezet? Om daarvan een beeld te schetsen is de regio's gevraagd naar de gegevens uit 2007 van het aantal inzetten van de OvD-G en het aantal keer dat is opgeschaald naar GRIP.

Bij een incident van enige omvang wordt de OvD-G ingezet. Bij ernstige incidenten en rampen worden bovendien de operationele diensten opgeschaald. Voor de opschaling is de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure (GRIP)²⁷ ontwikkeld. Voor een adequaat geneeskundig optreden en adequate afstemming met andere hulpverleningsdiensten zijn in de oplopende fasen van GRIP-alarmen steeds meer (hogere) leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen nodig. De incidenten zijn ernstiger, grootschaliger en complexer en dienen dan op een hoger niveau aangestuurd en multidisciplinair bestreden te worden. Voor een overzicht welke aansturingsgremia en GHOR-functionarissen bij welke GRIP-niveaus gealarmeerd worden, wordt verwezen naar de figuur 2 (zie paragraaf 4.4.2)

In bijlage III is voor alle regio's het aantal inzetten van de OvD-G en het aantal GRIP-alarmen in 2007 weergegeven. Het aantal OvD-G inzetten verschilt sterk per regio. Van twaalf keer in Zuid-Holland-Zuid en Drenthe tot 592 keer in Brabant-Noord. Dit verschil wordt voor een belangrijk deel verklaard door de afwijkende inzetcriteria, die de regio's hanteren. De meeste regio's zetten de OvD-G vanaf GRIP-1 in. In andere regio's wordt deze ook ingezet als voor een incident twee of meer ambulances worden opgeroepen.

In vergelijking met het aantal OvD-G-inzetten is het verschil tussen regio's voor wat betreft het aantal GRIP-alarmen minder groot. In vier regio's werd in 2007 ruim 30 keer naar GRIP-1 opgeschaald, in twaalf regio's tussen de 10 en 25 keer en in de overige negen regio's minder dan acht keer.

27 De landelijke GRIP-regeling is in de BZK-circulaire d.d. 11 september 2006 door de minister geïntroduceerd. Afhankelijk van de ernst van een incident worden de volgende GRIP-niveaus onderscheiden (met vermelding van de in te zetten coördinatieteams):

GRIP-1: Bronbestrijding (met een Commando Plaats Incident, CoPI)

GRIP-2: Bron- en Effectbestrijding (met CoPI en Regionaal Operationeel Team, ROT)

GRIP-3: Bedreiging van het welzijn van (grote groepen van) de bevolking in één gemeente (CoPI, ROT en gemeentelijke beleidsteam (GBT))

GRIP-4: Gemeentegrensoverschrijdend (CoPI, ROT en regionaal beleidsteam (RBT))

Territoriale congruentie GGD-regio en Veiligheidsregio

Conform het rijksbeleid dienen de territoriale grenzen van de GGD-regio's en Veiligheidsregio's in 2010 volledig congruent te zijn. In de tweede tranche van de Wet publieke gezondheidszorg wordt dit wettelijk geregeld. Nederland is verdeeld in 25 GHOR-regio's, die dezelfde grenzen hebben als de politie- en brandweerregio's. Begin 2008 waren 16 GGD-regio's congruent aan de GHOR-regio's. Eind 2008 zijn er nog 29 GGD-regio's. Regio's die hinder ondervinden van de incongruentie noemen onder meer de noodzaak van de afstemming met twee GGD-en.

Certificering

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) heeft een certificeringsmodel opgesteld. Volgens de Stichting HKZ voldoen de regionale GHOR-bureaus met een HKZ-certificaat aan de eisen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Om een HKZ-certificaat te verkrijgen, moeten de regionale GHOR-bureaus aantonen dat zij de normen uit het certificeringsmodel in de eigen organisatie toepassen. In 2008 zijn 22 GHOR-bureaus in het bezit van een certificaat van de Stichting HKZ. Bij de regio's Kennemerland, Utrecht en Zeeland is de certificatieprocedure gepland voor het jaar 2009.

Advisering

De adviestaak van de GHOR in de vergunningverlening bij evenementen wordt in de vigerende wetgeving niet expliciet genoemd. In het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's is deze adviserende taak van de GHOR wel expliciet opgenomen. Volgens de memorie van toelichting bij de wet betreft de advisering situaties waarin de GHOR betrokken wordt bij de besluitvorming over het afgeven van vergunningen voor de grote evenementen. Voor een uitvoerig beeld van deze adviestaak van de GHOR-bureaus bij publieksevenementen verwijst de Inspectie OOV naar een recent rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie OOV²⁸. In uitgevoerd onderzoek is gevraagd naar het aantal adviezen dat het regionale GHOR-bureau in 2007 heeft gegeven. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen het aantal pro-actie adviezen (onder meer bij ruimtelijke ordening en infrastructuur) en het aantal preventie adviezen (onder meer vergunningen voor evenementen).

In bijlage IV is het aantal adviezen per onderwerp per regio weergegeven. Hierbij zijn er aanzienlijke verschillen tussen de regio's. De meeste regio's gaven in 2007 geen tot enkele pro-actie adviezen. Zeven regio's gaven er tien of meer. De meeste regio's gaven enkele tientallen preventie adviezen in 2007.

28 Rapport 'Gezondheidsbescherming bij publieksevenementen onvoldoende geborgd' (oktober 2008, www.igz.nl).

Conclusies

De functie van RGF is in drie regio's een volledige baan. In de meeste regio's is de functie van RGF een nevenfunctie, waarvoor beperkte tijd beschikbaar is.

Tussen de regio's bestaan aanzienlijke verschillen in de beschikbare financiële middelen. Deze verschillen doen zich vooral voor in de gemeentelijke GHOR-bijdragen. Ongeveer de helft van de regio's geeft te kennen dat de financiële middelen niet toereikend zijn.

Het aantal inzetten van de OvD-G in 2007 verschilt sterk per regio. Dit wordt voor een belangrijk deel verklaard door afwijkende regionale inzetcriteria. De verschillen in de GRIP-alarmen per regio zijn minder groot.

Op de terreinen van pro-actie en preventie hebben alle GHOR-bureaus in 2007 adviezen gegeven. Deze adviestaak van de GHOR-bureaus heeft nog geen wettelijke grondslag. Tussen de regio's doen zich aanzienlijke verschillen voor. De meeste adviezen hebben betrekking op preventie.

4.3 Bestuurlijke en operationele plannen/(prestatie) afspraken

4.3.1 Bestuurlijke plannen

Op grond van de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding (Wkr, 2004) dient een regio een regionaal beheersplan op te stellen. Het regionale beheersplan moet een risico-inventarisatie bevatten van mogelijke rampen inclusief het maatgevend (bepalend) risico in het verzorgingsgebied. Tevens dienen de te 'klaren klussen' voor de operationele diensten en het eigen operationeel vermogen (wat kan er met eigen regionale middelen worden gedaan) worden aangegeven. Ook afspraken met buurregio's over bijstand dienen te zijn beschreven. Op grond van de Wet GHOR dient de regio een regionaal organisatieplan GHOR op te stellen waarin taken, werkwijzen, personeel, materieel en de opleidings- en oefeneisen zijn beschreven.

Met uitzondering van Gelderland-Zuid en Haaglanden hebben de regio's aangegeven het maatgevende risico met bijbehorende benodigde GHOR-inzet te hebben beschreven conform de methodiek van de publicaties 'Maatramp' en 'Operationele prestaties' (2002) van het ministerie van BZK. Acht regio's hebben in het regionale beheersplan niet-wettelijke adviestaken beschreven en daarmee een eigen juridische basis voor de GHOR voor deze taken door het regionaal bestuur laten vaststellen. Deze adviestaken hebben vooral betrekking op advisering door de GHOR aan gemeenten over evenementen (preventie) en/of plannen voor grote infrastructurele projecten (pro-actie, zoals de HSL-lijn of de 'groene hart tunnel').

Met uitzondering van drie regio's hebben alle regio's conform de Wet GHOR de taken en werkwijzen en het personeel en materieel van de GHOR in regionale organisatieplannen beschreven. De opleidings- en oefeningen van de GHOR zijn in organisatieplannen (achttien regio's) en/of in meerjarenplannen opleiden, trainen en oefenen beschreven, die in elke regio zijn opgesteld. De meerjarenplannen zijn vervolgens vertaald naar jaarlijkse oefenplannen. Achttien regio's hebben het organisatieplan met de relevante witte ketenpartners besproken, zoals RAV, GGD, ziekenhuizen en GGZ-instellingen.

4.3.2 Operationele plannen en systemen

De wijze, waarop de gemeenten zich voorbereiden op de bestrijding van rampen en zware ongevallen, dient op grond van de Wet rampen en zware ongevallen in een rampenplan te worden vastgelegd. Voor een doelmatige en doeltreffende bestrijding dient de GHOR het geneeskundig deel van de rampenbestrijding concreet in (deel)plannen en draaiboeken uit te werken. Deze uitwerking heeft onder meer geleid tot instrumenten, zoals een ambulancebijstandsplan en slachtoffersysteem.

Ambulancebijstandsplan/systeem

Op initiatief van de Raad van RGF-en (nu GHOR Nederland) is een landelijk dynamisch systeem voor ambulancebijstand ontwikkeld: Octopus is een geautomatiseerd systeem, waarmee ten behoeve van alle regio's bovenregionale ambulancebijstand wordt gefaciliteerd. Op basis van inzetbehoefte (het aantal gewonden) en de beschikbare capaciteit in alle regio's genereert Octopus een inzetvoorstel voor de te alarmeren ambulances uit de omliggende regio's.

Naast een ambulancebijstandsprogramma heeft Octopus een module 'gewondenspreiding', waarmee slachtoffers in de categorieën T1 en T2²⁹ over ziekenhuizen kunnen worden verspreid. Deze module relateert de beschikbare medische behandelcapaciteit aan het benodigde/gevraagde specialisme zoals traumazorg en brandwondenzorg. De Meldkamer Ambulancezorg of de coördinator gewondenvervoer dient de betreffende ziekenhuizen nog wel te alarmeren, zodat zij hun rampenopvangplan kunnen activeren.

Met uitzondering van Drenthe hebben alle regio's Octopus geïmplementeerd. Met de introductie van Octopus is de noodzaak om in een apart ambulancebijstandsplan onderlinge afspraken te maken over ambulancebijstand bij rampen of ongevallen voor de regio's komen te vervallen.

Octopus is vanaf begin 2008 operationeel. De regio's oordelen over het algemeen positief over de mogelijkheden van Octopus. Over het functioneren van Octopus kunnen de regio's nog geen oordeel geven omdat het systeem tot op heden nog vrijwel niet onder operationele omstandigheden is ingezet.

29 T1-slachtoffers: gewonden die binnen 1 uur gestabiliseerd moeten worden.

T2: gewonden die binnen zes uur een chirurgische of geneeskundige interventie nodig hebben.

Slachtoffersysteem en slachtofferregistratiekaart

Het doel van een slachtoffersysteem (SVS) is de slachtoffers te registreren, zodat zij in het gehele proces van afhandeling in de keten kunnen worden gevolgd. De regio Utrecht heeft met financiële steun van het ministerie van BZK een geavanceerd SVS ontwikkeld waarmee gemeenten, de geneeskundige hulpverlening en de politie direct kunnen beschikken over gegevens over het aantal slachtoffers, de ernst van de letsels, de opvang/ behandellocatie en verplaatsingen en - indien bekend - de identiteit van de slachtoffers. Met behulp van een dergelijk SVS kunnen genoemde organisaties digitaal informatie over slachtoffers uitwisselen via (bestaande) registratiesystemen. De regio Utrecht heeft medio 2008 bevindingen/resultaten over het systeem opgeleverd en het systeem overgedragen aan het ministerie van BZK. Het ministerie van BZK beziet momenteel samen met GHOR Nederland of dit systeem landelijk zal worden ingevoerd.

Voor de huidige situatie geeft een beperkt aantal regio's aan dat ketenpartners zoals de GHOR, het Rode Kruis en gemeenten afspraken hebben gemaakt over de informatieoverdracht over slachtoffers.

De slachtofferregistratiekaart is op 1 juli 2007 landelijk ingevoerd en heeft de oude gewondenkaart vervangen. De slachtofferregistratiekaart is een landelijke kaart voor uniforme triage en registratie van individuele slachtoffers. Via een barcode met een uniek nummer zou het in principe mogelijk zijn om de kaart in geautomatiseerde systemen te gebruiken, waaronder Octopus. De slachtofferregistratiekaart is tot stand gekomen op initiatief van de Raad van RGF-en. Alle regio's geven aan deze kaart te hebben geïmplementeerd en met ambulancediensten te hebben beoefend.

Uit de reacties van de regio's komt naar voren dat de regio's verdeeld zijn over de vraag of de huidige opzet van de slachtofferregistratiekaart al kan worden gebruikt om een totaal (actueel) slachtofferbeeld te genereren. Veertien regio's verwijzen naar deze kaarten voor een dergelijk totaal slachtofferbeeld. De Inspectie OOV merkt op dat de huidige systematiek van de slachtofferregistratiekaarten (nog) niet geschikt is om het totaal van de slachtoffers van rampen en ongevallen te volgen. Met andere woorden: vrijwel alle regio's beschikken nog niet over een systeem om een (actueel) totaal slachtofferbeeld(overzicht) te genereren.

Ziekenhuisrampenopvangplan

De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht de ziekenhuizen onder meer tot het leveren van kwaliteit van zorg, ongeacht de omstandigheden. Ziekenhuizen zijn verplicht zich voor te bereiden op ongevallen en rampen met veel slachtoffers. Met een ziekenhuisrampenopvangplan (Zirop) geven de ziekenhuizen invulling aan deze plicht. Dit is een operationeel plan voor de interne ziekenhuisorganisatie voor de opvang van grotere aantallen gewonden³⁰.

30 In 2008 heeft de IGZ een onderzoek uitgevoerd naar de aanwezigheid en kwaliteit van ziekenhuisrampenopvangplannen. Tussen 2004 en 2007 heeft het ministerie van VWS met het project ZonMW de totstandkoming van een Zirop voor elk ziekenhuis (financieel) gestimuleerd.

Drieëntwintig GHOR-bureaus geven aan met de ziekenhuizen uit de regio afspraken te hebben gemaakt over de opvang/spreiding van slachtoffers bij rampen en ongevallen. Twee regio's zijn hierover met de ziekenhuizen nog in gesprek. De regio's verwijzen naar het Zirop (zeventien regio's), plannen zoals het gewondenspreidingsplan en convenanten met ziekenhuizen over de opvang- en behandelcapaciteit.

Alle GHOR-bureaus geven aan betrokken te zijn bij de totstandkoming, het beheer en de beoefening van het Zirop. De betrokkenheid van de GHOR-bureaus is voornamelijk stimulerend, adviserend en faciliterend. Het gaat onder meer om de totstandkoming en actualisatie van de Zirops, het oefenen en trainen en de evaluatie van oefeningen. In de met ziekenhuizen vastgelegde afspraken over het aantal beschikbare bedden voor de opvang van gewonden gaat het echter vaak om (zeer) lage aantallen. Ziekenhuizen leggen zich daar niet graag schriftelijk op vast. Een aantal regio's spreekt over de zogenaamde 1-2-3 regel: kleine ziekenhuizen 1 bed, middelgrote ziekenhuizen 2 bedden en grote ziekenhuizen 3 bedden. De IGZ constateert medio 2008 echter in haar onderzoek naar de Zirops, dat er bij 68 van de 94 ziekenhuizen onvoldoende afstemming heeft plaatsgevonden met de GHOR/RGF.

4.3.3 Operationele afspraken

Oefenen

Om slachtoffers van een ongeval of ramp adequaat te kunnen opvangen, dient de GHOR niet alleen plannen op te stellen maar moet zij deze plannen ook beoefenen. Oefenen is de manier om kennis en vaardigheden op peil te houden en te verbeteren. In het ontwerpbesluit veiligheidsregio's is opgenomen dat het bestuur van de regio met zorgaanbieders schriftelijke afspraken maakt over de wijze en frequentie van trainen en oefenen met het oog op een gezamenlijk optreden bij de rampenbestrijding.

De Inspectie OOV heeft gevraagd naar de afspraken van de RGF met de zorgaanbieders in de regio over de wijze en frequentie van het oefenen. Daaruit komt het volgende beeld naar voren:

Tabel 4 Frequentie van oefeningen

max. 1 intramurale oefening in 2 jaar	> 1 intramurale oefening in 2 jaar	max. 1 multidisciplinaire oefening in 2 jaar (met witte ketenpartners)	> 1 multidisciplinaire oefening in 2 jaar (met witte ketenpartners)	max. 1 multidisciplinaire oefening in 2 jaar (ook met de brandweer/politie)	> 1 multidisciplinaire oefening in 2 jaar (ook met de brandweer/politie)
9 regio's	8 regio's	10 regio's	13 regio's	3 regio's	18 regio's

Het algemene beeld op grond van de gegevens, zoals verstrekt door de regio's, is dat de zorgaanbieders zich aan de gemaakte afspraken over oefenfrequenties houden. De oefeningen worden over het algemeen geëvalueerd (zowel mondeling als schriftelijk). Enkele regio's geven aan dat ziekenhuizen in hun regio geplande oefeningen soms kort tevoren afblazen.

Alle regio's geven aan dat zij de samenwerking binnen de witte keten beoefenen. Er is sprake van een breed scala van deelnemers aan deze oefeningen. De regio's noemen onder meer ziekenhuizen, MKA, ambulancedienst/RAV, GGZ-instellingen en SIGMA. Achttien regio's geven aan dat zij de samenwerking met brandweer, politie en gemeenten ook in oefeningen betrekken.

Alle regio's stellen dat het beoefenen van de vakbekwaamheid van medewerkers een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders zelf is. De GHOR is verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van de opgeschaalde hulpverlening en niet voor de kwaliteit van de dagelijkse, reguliere zorgverlening.

Prestatieafspraken

De Inspectie OOV heeft de regio's gevraagd of zij prestatieafspraken met de zeven belangrijkste zorgaanbieders (MKA, ambulancedienst/RAV, ziekenhuis/traumacentrum, GGZ, GGD, Rode Kruis en huisartsen) hebben gemaakt over: alarmering, inzetcriteria, op/afschaling, informatiemanagement, evaluatie, coördinatie, bereik- en beschikbaarheid en samenwerking. Deze verplichting tot het maken van prestatieafspraken is opgenomen in het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's en bijbehorend besluit.

De RGF coördineert het geneeskundig deel van de voorbereiding op de rampenbestrijding maar kan geen opdrachten aan zorgaanbieders geven. Het ontbreken van een hiërarchische structuur maakt het realiseren van een gecoördineerde aanpak lastig. Een manier om een effectief optreden van de hulpverleningsdiensten te bewerkstelligen is duidelijke schriftelijke afspraken met zorgaanbieders te maken over de beschikbaar te stellen capaciteit en de verantwoordelijkverdeling. Daarbij is ook de Wet toelating zorginstellingen van betekenis. Deze wet verplicht zorgaanbieders afspraken met de GHOR te maken over hun rol bij de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen.

Binnen de witte kolom zijn de tien Nederlandse traumacentra een belangrijke partner van de GHOR. Deze geven leiding aan het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Het ROAZ is een platform voor alle zorgverleners, belast met de afstemming van de reguliere acute zorg binnen het verzorgingsgebied van een traumacentrum.

Om te bezien in hoeverre de regio's al voldoen aan het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's, heeft de Inspectie OOV gevraagd naar het bestaan van genoemde prestatieafspraken. De Inspectie OOV heeft kennisgenomen van de inhoud en reikwijdte van de afspraken zonder daar een oordeel over uit te spreken. Uit de informatie van de regio's (onder meer convenanten, overeenkomsten en brieven) blijkt dat de wijze, waarop prestatieafspraken

zijn vastgelegd en de inhoud van de afspraken sterk verschilt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de onderwerpen waarover en het aantal regio's dat met de belangrijkste ketenpartners schriftelijke afspraken heeft gemaakt³¹.

Tabel 5 Prestatieafspraken

prestatieafspraken	alarmering	inzet-criteria	op/afschaling	informatie+management	evaluatie	coördinatie	bereikbaarheid/beschikbaarheid	samenwerking
Meldkamer Ambulance (MKA)	24	24	24	19	21	22	24	21
Ambulancedienst/RAV	24	24	23	16	22	22	23	24
Ziekenhuis/traumacentrum	23	21	21	16	16	18	19	23
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	24	22	23	15	22	20	23	23
Gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD)	24	23	22	17	19	19	21	22
Rode Kruis	24	24	22	15	20	21	24	24
Huisartsen(post)	9	9	8	8	6	8	10	10

De MKA, ambulancediensten/RAV, ziekenhuizen/traumacentrum, GGD en Rode Kruis zijn de vaste ketenpartners van de GHOR. De GGZ is met het maatschappelijk werk veelal een partner binnen de grotere structuren van de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHOR).

Uit bovenstaand overzicht komt naar voren dat het merendeel van de regio's met de meeste zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt. Vooral over alarmering, inzetcriteria, op/afschaling, bereik- en beschikbaarheid en samenwerking zijn afspraken gemaakt. Over informatiemanagement zijn de minste afspraken gemaakt.

De afspraken met de huisarts(enpost) geven een afwijkend beeld. Een deel van de RGF-en is van mening dat huisartsen voor de opvang en behandeling van T3-gewonden, het informeren van slachtoffers en nabestaanden, psychosociale opvang en dergelijke van belang zijn. Het ontbreken van een regionaal aanspreekpunt voor het maken van afspraken

31 Alleen de bevestigende antwoorden zijn in het overzicht opgenomen. Indien een vraag niet beantwoord is of afspraken over een aspect binnen een regio nog in ontwikkeling zijn, is dit niet in het overzicht opgenomen. De regio Zeeland heeft de Inspectie OOV medegedeeld dat de regio wel prestatieafspraken heeft gemaakt, maar niet heeft vastgelegd. Zeeland is momenteel bezig om deze te actualiseren en te formaliseren.

met huisartsen vormt voor de GHOR een probleem. In de meeste regio's is daarom nog sprake van geen tot beperkte prestatieafspraken met deze groep zorgaanbieders.

De prestatieafspraken tussen de GHOR en regionale ketenpartners zijn op verschillende wijze vastgelegd, onder meer in draaiboeken, procedures en werkinstructies, plannen (waaronder het Zirop en ambulancebijstandsplan) en convenanten of overeenkomsten. Veel regio's geven aan dat zij bestaande vastgelegde afspraken mede door de komende wettelijke verplichting nog eens op actualiteit en compleetheid willen bezien.

Conclusies

Vrijwel alle regio's hebben in een regionaal beheersplan het maatgevend risico en het eigen operationeel geneeskundig vermogen beschreven. In organisatieplannen GHOR hebben zij taken, werkwijzen, opleidings- en oefeningen voor de GHOR vastgelegd. Slechts een enkele regio geeft daarbij aan wat de opvangcapaciteit van de ziekenhuizen is.

Met uitzondering van Drenthe hebben alle regio's het ambulancebijstandsplan Octopus geïmplementeerd. De regio's zijn positief over de mogelijkheden van dit systeem maar door gebrek aan praktijkervaring is het nog te vroeg om over het functioneren van het systeem een oordeel uit te spreken.

Vrijwel geen regio beschikt over een slachtoffersysteem. Het ministerie van BZK beziet momenteel samen met GHOR-Nederland of het in de regio Utrecht ontwikkelde slachtoffersysteem landelijk zal worden ingevoerd.

Alle regio's geven aan betrokken te zijn bij de totstandkoming en beoefening van Zirops. Drieëntwintig regio's geven aan met de ziekenhuizen afspraken te hebben gemaakt over de opvang en spreiding van gewonden. Twee regio's zijn met hen nog in gesprek. De met de ziekenhuizen vastgelegde afspraken over het aantal beschikbare bedden voor de opvang van gewonden betreffen echter vaak (zeer) lage aantallen. Ziekenhuizen leggen zich daar niet graag schriftelijk op vast. Een aantal regio's spreekt over de zogenaamde 1-2-3 regel: kleine ziekenhuizen een bed, middelgrote ziekenhuizen twee bedden en grote ziekenhuizen drie bedden. Opvallend is dat vrijwel alle regio's aangeven dergelijke afspraken met ziekenhuizen te hebben gemaakt, terwijl uit onderzoek van de IGZ blijkt dat medio 2008 het merendeel van de ziekenhuizen het Zirop nog onvoldoende heeft afgestemd met de GHOR/RGF.

De GHOR heeft met de zeven belangrijkste witte ketenpartners afspraken gemaakt over het merendeel van de acht aspecten die genoemd staan in het ontwerpbesluit veiligheidsregio's (alarmering, inzetcriteria, op/afschaling, informatiemanagement, evaluatie, coördinatie, bereik- en beschikbaarheid en samenwerking). Met huisartsen zijn slechts in beperkte mate afspraken gemaakt. Het moet mogelijk zijn met dergelijke relevante zorgaanbieders in meer regio's afspraken te maken over hun rol in GHOR-processen.

Veel regio's willen bestaande vastgelegde afspraken mede door de komende wettelijke verplichting opnieuw bezien om deze waar nodig te actualiseren en/of te completeren.

Aanbeveling

De Inspectie OOV meent dat in de (prestatie)afspraken met zorgaanbieders meer eenduidigheid en een zekere stimulans kan worden bereikt door te werken met modelconvenanten, op te stellen door GHOR Nederland, zoals de samenwerkingsafspraken in het bestaande modelconvenant over de ambulancezorg.

Huisartsen kunnen een belangrijke rol vervullen in bepaalde GHOR-processen (zoals de verzorging van T3-slachtoffers, verstrekking van geneesmiddelen bij rampenopvang en taken bij infectieziektebestrijding). Het verdient aanbeveling in deze doelgroep te investeren: in veel regio's dienen (meer) afspraken met huisartsen te worden gemaakt.

4.4 Leidinggevende en coördinerende (operationele) functionarissen

4.4.1 Algemeen

Bij de oplopende fasen van (GRIP-)opschaling zijn steeds meer leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen nodig voor een adequaat geneeskundig optreden. Dit vereist een goede beschikbaarheid van adequaat opgeleide functionarissen. In totaal worden elf vitale functies onderscheiden (zie tabel 6). Vooralsnog bestaan er geen wettelijke normen voor de beschikbaarheid en het opleidingsniveau van operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen. Er zijn wel enkele professionele normen: het Referentiekader GRIP en de Basisvereisten Crisismanagement, waaruit minimumeisen kunnen worden afgeleid voor de inzet en opkomst van deze functionarissen. Naar verwachting worden deze normen met de invoering van de Wet veiligheidsregio's geformaliseerd. In het ontwerpbesluit personeel veiligheidregio's worden ook de operationele functionarissen benoemd, waarover een GHOR-organisatie in geval van een grootschalig ongeval of ramp moet kunnen beschikken.

Daarnaast is momenteel een kwaliteitsslag en verbreding gaande in het opleidingsaanbod voor deze GHOR-functionarissen. Voorheen bestond op landelijk niveau alleen de basisopleiding GHOR en de opleiding voor de Ovd-G en HS-GHOR. In het project Vakbekwaamheid is door de GHOR-Academie (NIFV) samen met het veld en de ministeries van BZK en van VWS gewerkt aan een verdere (door)ontwikkeling van opleidingen voor verschillende GHOR-functionarissen. Kwalificatieprofielen voor alle elf vitale functies zijn in december 2008 landelijk vastgesteld door de koepelorganisatie GHOR Nederland. Voor een aantal functies zijn in de loop van 2008 bijbehorende nieuwe opleidingen gestart. De overige opleidingen zullen in 2009 volgen.

Tabel 6 Operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies

(Bron: 'Basisvereisten crisismanagement' en 'GRIP-regeling')

Operationele functie	Taak/verantwoordelijkheid	Norm opkomsttijd
Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF)	Vorbereiding op en operationele leiding over geneeskundige hulpverlening bij grootschalig ongeval of ramp	90 min (vanaf GRIP 3)
Hoofd Sectie GHOR (HS-GHOR)	Operationele commandant voor de GHOR in het ROT (multidisciplinair overleg tbv het omgevingsmanagement)	45 min (vanaf GRIP 2)
Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G)	Vertegenwoordiger van de GHOR in het CoPI (multidisciplinair overleg tbv bronbestrijding)	30 min (vanaf GRIP 1)
Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G)	Eerste leidinggevende van de GHOR op het plaats incident (stuurt direct geneeskundige eenheden aan)	30 min (vanaf GRIP 1)
Hoofd Actiecentrum GHOR (HAc GHOR)	Organisatie van de logistieke en facilitaire ondersteuning van de HS GHOR	60 min (vanaf GRIP 2)
Operationeel Medewerker Actiecentrum (OMAc)	Ondersteuning van het HAc GHOR	60 min (vanaf GRIP 2)
Coördinator Gewondenvervoer (CGV)	Coördinatie van het gewondenvervoer van/naar de plaats incident	-
Hoofd Gewondennest (HGN)	Organisatorische leiding over het gewondennest	-
Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS)	Advisering van het ROT over/bij incidenten met gevaarlijke stoffen of milieudreigingen	-
Leider Kernteam PSHOR	Inzet bij vragen om/over psychosociale hulpverlening	-
Leider Opvangteam PSHOR	Inzet bij vragen om/over psychosociale hulpverlening	-

4.4.2 Invulling van de leidinggevende en coördinerende GHOR-functies

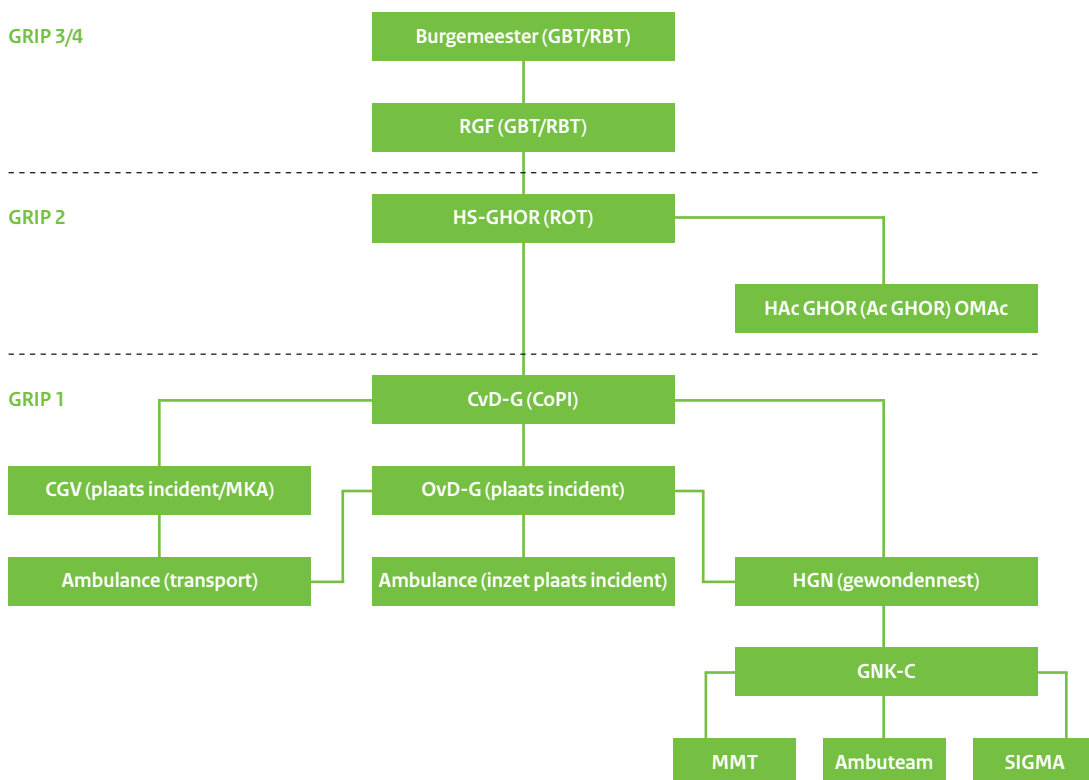
Uit de door de regio's aangeleverde informatie blijkt dat het merendeel van deze leidinggevende en coördinerende functies in elke regio is ingevuld. Over de noodzaak van het aanstellen van een Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G) bestaat geen landelijke eenduidigheid. In vijftien regio's wordt deze functie ingevuld door een tweede OvD-G. In verband met het geringe aantal inzetten van de CvD-G zijn deze regio's van mening dat twee afzonderlijke piketten van een OvD-G en CvD-G niet kunnen worden gewaarborgd. Tien andere regio's stellen dat de functie van CvD-G niet door een OvD-G kan worden ingevuld. Deze regio's vinden de CvD-G functie meer strategisch en multidisciplinair van aard, terwijl een OvD-G de geneeskundige hulpverlening op het rampterrein monodisciplinair aanstuurt. In het ontwerpbesluit personeel veiligheidsregio's en het project Vakbekwaamheid worden beide functies wel onderscheiden.

Naast een parate CvD-G heeft een aantal (uitgestrekte) regio's een tweede OvD-G in piket om een voldoende snelle opkomsttijd voor die functie te kunnen garanderen. Twee regio's hebben alleen één OvD-G in piket, zonder de functie CvD-G daarnaast.

Met uitzondering van twee regio's kennen alle regio's de functies van HAc GHOR, OMAc, HGN, GAGS en Leider Kernteam PSHOR en Leider Opvangteam PSHOR. Voor de geneeskundige advisering bij ongevallen en rampen met gevaarlijke stoffen door een GAGS hebben de meeste regio's een bovenregionale samenwerkingsovereenkomst gesloten. Eén regio richt zich hiervoor tot de landelijke Milieu Ongevallen Dienst van het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu. Voor bijstand in het kader van de psychosociale hulpverlening schakelt één regio slachtofferhulp Nederland in.

In onderstaande figuur is aangegeven op welke plaats of in welk sturend team (CoPI, ROT of GBT/RBT) de genoemde functionarissen hun taak uitvoeren in opgeschaalde situaties.

Figuur 2 Leidinggevende en coördinerende GHOR-functies in de aansturende teams (CoPI, ROT en GBT/RBT)



4.4.3 Inzetcriteria

In de landelijke GRIP-regeling³² zijn de inzetcriteria voor de operationele functies van RGF (van dienst), HS-GHOR, CvD-G en OvD-G aangegeven. Het merendeel van de regio's hanteert deze criteria voor de inzet van deze functionarissen. In de landelijke regeling is niet expliciet vastgelegd wanneer het hoofd en de medewerkers van het Actiecentrum GHOR moeten opkomen. Aangezien zij de HS-GHOR in het ROT moeten ondersteunen, worden in dit onderzoek voor hen dezelfde inzetcriteria gehanteerd (inzet vanaf GRIP 2). Sommige regio's laten het oordeel om al dan niet een bepaalde functionaris in te zetten over aan de operationeel leidinggevende functionarissen.

Voor de functies CGV, HGN, GAGS, Leider Kernteam PSHOR en leider Opvangteam PSHOR bestaan geen landelijke normen voor de inzetcriteria. De inzetcriteria voor deze functies verschillen dan ook per regio. De CGV, GAGS, leider Kernteam PSHOR en leider Opvangteam PSHOR worden in de meeste regio's op verzoek van de operationeel leidinggevende functionarissen ingezet. Vier regio's geven aan geen inzetcriteria te hebben opgesteld voor de functie van Leider Opvangteam PSHOR (waarvan twee regio's stellen dat dit geen GHOR-taak is). De inzet van de HGN wordt in de meeste regio's gekoppeld aan de inzet van de GNK-combinatie. Drie regio's hebben voor deze functie geen inzetcriteria bepaald.

4.4.4 Opkomsttijden

De basisvereisten³³ geven professionele normen (zie tabel 6) voor de opkomsttijden van de RGF, HS-GHOR, CvD-G, OvD-G, HAc GHOR en OMAc. Voor de RGF, OvD-G, HAc GHOR en OMAc worden deze (professionele) normen in het merendeel van de regio's gevolgd. Vijf regio's geven de RGF een langere opkomsttijd, de opkomst van het HAc GHOR gebeurt in vijf regio's op basis van een vrije instroom en voor de opkomst van de OMAc zijn in negen regio's geen normen gesteld. Voor de HS-GHOR en de CvD-G worden de normen uit de basisvereisten slechts in twee regio's nageleefd. Het merendeel van regio's hanteert voor beide functionarissen een langere opkomsttijd.

Voor de opkomsttijd van de CGV, HGN, GAGS, Leider Kernteam PSHOR en leider Opvangteam PSHOR zijn geen landelijke normen vastgesteld. De meeste regio's geven de CGV en HGN een opkomsttijd van 30 tot 60 minuten. Voor de opkomst van het HGN zijn in vier regio's geen normen gesteld. Voor de functies van Leider Kernteam PSHOR en leider Opvangteam PSHOR hanteren de meeste regio's 60 tot 120 minuten als opkomstnorm; voor de opkomst van de Leider Kernteam PSHOR hebben vier regio's geen normen gesteld en voor de opkomst van de Leider Opvangteam PSHOR zijn in tien regio's geen normen gesteld. De vijf bovenregionale samenwerkingsverbanden in het kader van de GAGS-functie verschillen sterk in de normen voor de opkomsttijden, van 60, 90 en 120 minuten tot directe telefonische bereikbaarheid met geen eisen aan de beschikbaarheid.

³² Zie circulaire ministerie van BZK (GRIP-regeling, 2006).

³³ Basisvereisten Crisismanagement (2006).

Uit de laatste negen praktijktoetsen (Rampenbestrijding Doorlichtingsarrangement; RADAR) zijn door de Inspectie OOV voor enkele leidinggevende functionarissen in onderstaande tabel de volgende opkomsttijden geregistreerd.

Tabel 7 Opkomsttijden OvD-G, CvD-G, HS-GHOR en RGF (van dienst) bij de praktijktoetsen³⁴ (Bron: RADAR)

Regio	OvD-G in CoPI (norm: 30 min)	HS-GHOR in ROT (norm: 45 min)	RGF in GBT/RBT (norm: 90 min)
Brabant-Noord	32 min	26 min	71 min
Midden- en West-Brabant	21 min	27 min	61 min
Flevoland	32 min	37 min	30 min
Limburg-Noord	18 min	23 min	20 min
Haaglanden	-2 min	45 min	desktop
Rotterdam-Rijnmond	21 min	32 min	5 min
Zeeland	51 min ³⁵	35 min	66 min
Amsterdam-Amstelland	27 min	62 min	20 min
Limburg-Zuid	36 min	42 min	23 min

Conclusie

Op grond van bovenstaande (beperkte) praktijkgegevens kan worden geconcludeerd, dat de normopkomsttijd van drie belangrijke operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen (OvD-G, HS-GHOR en RGF van dienst) redelijk tot meestal goed wordt gehaald; voor de functie van CvD-G is dat niet het geval.

4.4.5 Opleiding en oefening

Voor het opleiden en oefenen van de operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies gelden geen wettelijke normen. In december 2008 zijn professionele normen (kwalificatieprofielen) voor deze operationele functies door GHOR Nederland vastgesteld. De nieuwe OvD-G-opleiding is in 2008 van start gegaan. In 2009 gaan de opleidingen van OMAc, HS-GHOR, HGN en CGV van start. De ontwikkeling van de opleiding CvD-G en RGF zijn doorgeschoven naar 2009. Deze opleidingen krijgen een multidisciplinair karakter.

³⁴ Normopkomsttijden Basisvereisten Crisismanagement 2006/ontwerpbesluit veiligheidsregio's: CoPI (binnen 30 minuten), ROT (binnen 45 minuten), GBT (binnen 60 minuten) en RBT (binnen 90 minuten).

³⁵ Volgens afspraak niet opgekomen.

Het merendeel van de regio's geeft aan dat alle huidige functionarissen de basisopleiding GHOR aan de GHOR- Academie (NIFV) of een voorloper³⁶ daarvan gevolgd hebben. Alleen voor de OvD-G en de HS-GHOR bestonden functiegerichte opleidingen. Voor de OMAc, CGV, HGN, Leider Kernteam PSHOR en leider Opvangteam PSHOR geeft een aantal regio's aan dat deze functionarissen intern of door hun primaire werkgever zijn opgeleid voor de functie. In andere regio's hebben deze functionarissen geen specifieke opleiding voor de functie gevolgd.

Momenteel is de nieuwe OvD-G opleiding afgerond en positief door de eerste deelnemers beoordeeld. De Inspectie OOV heeft de RGF naar diens visie over de nieuwe opleidingen van de GHOR Academie gevraagd. Ruim de helft van de regio's (13 regio's) geeft aan de nieuwe opleidingen te zullen gaan afnemen. Het aanbod voldoet volgens hen aan de behoefte naar standaardisatie en kwaliteitsverbetering. Een knelpunt vormt wel de financiering van de opleidingen en de vraag of de huidige functionarissen wel kunnen voldoen aan de vastgestelde kwalificatieprofielen. De huidige financiële middelen zijn volgens veel RGF-en niet toereikend om de kwaliteitsslag te kunnen uitvoeren. Zes regio's geven aan alleen de nieuwe OvD-G opleiding te gaan volgen; voor de overige opleidingen wachten zij eerst de resultaten af. De overige zes regio's nemen ten aanzien van alle nieuwe opleidingen een afwachtende houding aan.

Voor de GAGS is in de interregionale samenwerkingsverbanden vastgelegd dat de regio, die de GAGS levert, deze functionaris voldoende heeft opgeleid. De regio's geven aan dat de GAGS binnen elk samenwerkingsverband de basisopleiding GHOR en een aanvullende GAGS-opleiding heeft gevolgd.

Het merendeel van de regio's geeft aan dat alle operationele GHOR-functionarissen aan een of meerdere oefeningen per jaar deelnemen.

Conclusies

Voor de inzet van de RGF, HS-GHOR, CvD-G en OvD-G worden in de meeste regio's de uniforme GRIP-criteria gehanteerd. Voor de opkomsttijden van de RGF en OvD-G volgen de meeste regio's de landelijke normen uit de 'Basisvereisten crisismanagement'. Voor de HS-GHOR en CvD-G wijken de meeste regio's af van de landelijke professionele norm-opkomsttijden. Het merendeel van de regio's hanteert voor beide functionarissen een langere opkomsttijd. Uit de praktijktoets (RADAR) in negen regio's blijkt dat de (professionele) normopkomsttijd van de OvD-G, HS-GHOR en RGF van dienst meestal goed wordt gehaald. Dat is niet het geval voor de functie van CvD-G.

³⁶ Voorheen bestonden op landelijk niveau alleen de basisopleiding GHOR en de opleidingen voor OvD-G en HS-GHOR. Deze waren ontwikkeld door het Opleidings- en Kenniscentrum GHOR (OKC GHOR, een initiatief uit het veld) en werden geëxamineerd door het Nbbe onder de noemer Opleidingen voor Crisisbeheersing en Rampenbestrijding (OCR).

Vrijwel alle functionarissen hebben de basisopleiding GHOR aan de GHOR-Academie (NIFV) of een voorloper daarvan gevolgd. Functiegerichte opleidingen zijn nog beperkt gevolgd, mede omdat gekwalificeerde opleidingen voor de meeste functies pas zeer recent beschikbaar zijn gekomen. In de meeste regio's nemen alle GHOR-functionarissen volgens de regio's deel aan een of meerdere oefeningen per jaar.

In het kader van het project Vakbekwaamheid heeft GHOR Nederland in december 2008 nieuwe kwalificatieprofielen voor de operationeel leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen vastgesteld. De opleidingen zijn of worden aan deze profielen aangepast. Het aanbod voldoet aan de behoefte naar standaardisatie en kwaliteitsverbetering. De Inspectie OOV constateert echter dat deze nieuwe opleidingen niet optimaal worden benut. Een aanzienlijk deel van de regio's kiest niet voluit voor deze kwaliteitsslag.

4.5 De Geneeskundige Combinatie

4.5.1 Algemeen

Om de Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen beter te laten aansluiten op de reguliere zorg werd door het ministerie van BZK in 1998 gestart met de implementatie van de Geneeskundige Combinatie (GNK-C). Elke regio kreeg van het ministerie van BZK een GNK-C, grotere regio's kregen er twee of drie. De GNK-C is een samenwerkingsverband van een Mobiel Medisch Team (MMT of traumateam uit het traumacentrum), twee ambulance teams (ambuteams) en een Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA). Het betreft een gecombineerde eenheid die - aanvullend op een (groot) aantal ambulances - kan worden ingezet bij een (zeer) groot aantal gewonden. De GNK-C beschikt over grote hoeveelheden geneeskundig hulpverleningsmateriaal (zoals verbandmiddelen en zuurstofflessen) en kan (mede) daarmee de triage, stabilisatie en eerste behandeling van een groot aantal slachtoffers op/nabij het plaats incident verzorgen en de slachtoffers vervoersgereed maken. De (brede) doeluitkering rampenbestrijding (BDUR) bevat een component voor de beheerskosten.

Het ministerie van BZK heeft in 1998 de Leidraad GNK-C gepubliceerd waarin de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende onderdelen en van het totaal staan beschreven. Formeel staat de GNK-C onder leiding van een OvD-G, maar functioneel is het Hoofd Gewondennest (HGN) verantwoordelijk. Het HGN regelt de inzet en coördinatie van werkzaamheden en de afstemming met andere hulpverleningsdiensten. De GNK-C wordt ingezet bij opschaling in de eigen regio of bij een verzoek om bijstand vanuit een buurregio. Daarbij kan de GNK-C als geheel worden ingezet maar in de praktijk worden de verschillende onderdelen ook vaak afzonderlijk ingezet.

Tabel 8 Drie onderdelen van de Geneeskundige Combinatie (GNK-C)

(Bron: Leidraad GNK-C, BZK 1997)

GNK-C onderdeel	Taak/verantwoordelijkheid	Norm opkomsttijd
Mobiel Medisch Team (1)	Triage van slachtoffers en specifieke medische handelingen om slachtoffers te stabiliseren en vervoersgereed te maken.	30 min
Ambuteam (2)	Triage van slachtoffers en handelingen, gericht op het behoud/herstel van vitale functies en het voorkomen van tijdelijke/blijvende invaliditeit.	Regionaal geregeld
SIGMA-team (1)	Assistentie en logistieke ondersteuning van de professionele hulpverleners bij de verzorging, bewaking en het vervoer van slachtoffers.	60 min

Op basis van veranderende inzichten heeft het ministerie van BZK recent in een briefwisseling met het veld geconcludeerd dat het concept GNK-C aanpassing behoeft³⁷. Uitgangspunt in de nieuwe visie van het ministerie van BZK is dat de verantwoordelijkheid voor zorgprocessen bij zorginstellingen zelf wordt belegd, inclusief de voorbereiding op en benodigde materiële voorzieningen bij een grootschalig ongeval of ramp. Samen met het ministerie van VWS, de GHOR-bureaus en de zorgsector wil het ministerie van BZK afspraken maken over het overdragen van de GNK-C aan de regio's en daarmee de materiële en financiële ondersteuning door het ministerie van BZK afbouwen. Hoe dit in de praktijk zal uitwerken, is nog niet duidelijk.

4.5.2 Mobile Medische Teams (MMT)

Alle regio's geven aan over minimaal één grondgebonden MMT te kunnen beschikken. Hiertoe hebben de regio's afspraken met één van de tien traumacentra³⁸ gemaakt; een MMT bestaat uit een arts en een verpleegkundige uit een traumacentrum. Naast het grondgebonden MMT zijn afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van een luchtgebonden MMT, de zogenaamde traumahelikopter.

37 Brief van het ministerie van BZK d.d. 3 september 2008 en d.d. 21 november 2008. In de briefwisseling verwijst het ministerie van BZK naar de knelpuntenanalyse GNK-C (Trimension, 2003). Naar aanleiding van deze analyse heeft het ministerie van BZK een nieuwe visie laten ontwikkelen voor de inzet van geneeskundige en ondersteunende teams bij grootschalig optreden (Werkgroep GNK-C, 2004).

38 Er zijn 10 traumacentra in Nederland die één of meer GHOR-regio's kunnen omvatten: traumacentrum Noord-West Nederland (VUMC), traumacentrum Zuid-West Nederland (Erasmus MC), traumacentrum Brabant, traumazorg- netwerk Midden-Nederland (UMCU), traumacentrum Oost (Radboud Ziekenhuis Nijmegen), traumacentrum Limburg, traumacentrum regio Noord (AZG), traumacentrum Zwolle, traumacentrum West-Nederland (LUMC) en traumacentrum Euregio. Vier van hen beschikken naast een grondgebonden MMT over een traumaheli (AMC, Erasmus MC, Radboud Ziekenhuis en AZG).

In Nederland zijn vier traumahelikopters operationeel. Enkele regio's hebben afspraken met de aangrenzende Duitse en Belgische regio's gemaakt over de inzet van een Duitse en/of Belgische traumahelikopter.

Het MMT wordt in de meeste regio's als onderdeel van de GNK-C ingezet dan wel op verzoek van de meldkamer Ambulancezorg of dienstdoende Ovd-G. De meeste regio's hanteren een ruimere norm voor de opkomsttijd van het MMT dan in de Leidraad GNK-C wordt genoemd: 60 minuten in plaats van 30 minuten. Zeven regio's hebben hiervoor geen norm gesteld.

Het merendeel van de regio's geeft aan dat het MMT intern is opgeleid door het traumacentrum of dat dit een verantwoordelijkheid van het traumacentrum is. De meeste regio's melden dat zij onvoldoende zicht op deze opleidingen hebben. In de meeste regio's neemt het MMT jaarlijks deel aan een of meer GHOR-oefeningen. In vier regio's wordt het MMT alleen intern door het traumacentrum beoefend. In één regio verleent het traumacentrum vooralsnog geen medewerking aan de deelname van het MMT aan GHOR-oefeningen. Eén regio deelde mee onvoldoende zicht te hebben op het aantal oefeningen van het MMT.

4.5.3 Ambulanceteams

De GNK-C bevat twee ambulanceteams, bestaande uit een ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur zonder vervoerstaken, die worden ingezet op de plaats incident. Alle regio's hebben met de RAV of ambulancediensten afspraken gemaakt over de invulling van deze ambulanceteams. De invulling van de ambulanceteams gebeurt veelal op basis van vrije instroom. In drie regio's worden deze uit de parate dienst geformeerd. Het merendeel van de regio's koppelt de inzet van ambulanceteams aan de inzet van de GNK-C. Vijf regio's geven aan deze ook als zelfstandige eenheid op verzoek van de dienstdoende leidinggevende en coördinerende functionarissen in het veld in te zetten. De Leidraad GNK-C bevat geen normen voor de opkomsttijd van de ambulanceteams. Het merendeel van de regio's hanteert een norm van 60 minuten. Eén regio geeft een langere opkomsttijd, zeven regio's geven een kortere opkomsttijd.

Negen regio's geven aan dat ambulanceteams intern zijn opgeleid bij de RAV of door de Stichting Scholing Opleidingen Ambulancehulpverlening. In negen andere regio's hebben de ambulanceteams een specifieke GHOR-opleiding gevolgd. In vijf regio's hebben de leden van de ambulanceteams geen specifieke opleiding voor een ambulanceteam gevolgd. Het merendeel van de regio's geeft aan dat de ambulanceteams jaarlijks aan een of meer oefeningen deelnemen. Twee regio's zien het oefenen van ambulanceteams als een verantwoordelijkheid van de RAV en hebben onvoldoende zicht op het aantal oefeningen.

4.5.4 SIGMA

Het Nederlandse Rode Kruis levert op basis van een landelijke afspraak met het ministerie van BZK een aanvullende voorziening voor grootschalig optreden, namelijk de Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA). Het gaat om een groep van acht personen, die de professionele hulpverleners ondersteunen bij hun werk. De meeste regio's zetten de SIGMA's in als een onderdeel van de GNK-C, dan wel als zelfstandige eenheid, op verzoek van de meldkamer of operationeel leidinggevende en coördinerende functionarissen. Conform de leidraad GNK-C dient een SIGMA binnen 30 minuten na alarmering vertrekgeerd te zijn en binnen 60 minuten operationeel op de plaats incident. Het merendeel van de regio's volgt deze norm. Eén regio heeft een langere opkomsttijd, acht regio's een kortere.

Alle regio's geven aan dat de leden van SIGMA intern zijn opgeleid door het Rode Kruis. Zes regio's geven daarnaast aan dat de SIGMA-leden ook de basisopleiding GHOR hebben gevolgd. In alle regio's nemen de SIGMA's jaarlijks deel aan een of meer oefeningen.

In 2003 is een landelijk convenant over de inzet van SIGMA voorbereid door GHOR Nederland en het Nederlandse Rode Kruis gezamenlijk. Dit convenant is niet getekend omdat GHOR Nederland destijds geen overeenstemming met het ministerie van BZK kon bereiken over de financiering. Vooralsnog ontbreekt een landelijk modelconvenant voor de afspraken tussen regio's en Nederlandse Rode Kruis. De meeste regio's hebben daarom zelf op diverse wijze afspraken gemaakt met het Rode Kruis.

Conclusies

Alle regio's geven aan te beschikken over een of meer Geneeskundige Combinaties. Voor de invulling van het onderdeel Mobiel Medisch Team hebben de regio's afspraken gemaakt met de traumacentra. De meeste regio's hanteren een ruimere norm voor de opkomsttijd van dit onderdeel dan de Leidraad GNK-C stelt, namelijk 60 minuten in plaats van 30 minuten.

Alle regio's geven aan voor de invulling van de ambulanceteams afspraken te hebben gemaakt met de ambulancediensten en/of de RAV. Voor de opkomsttijd van deze teams bestaan geen landelijke normen. De meeste regio's hanteren 60 minuten als norm.

Alle regio's geven aan hun SIGMA in te vullen met leden van het Nederlandse Rode Kruis. De Inspectie OOV constateert dat eind 2008 een landelijk modelconvenant voor eenduidige afspraken tussen regio's en Nederlandse Rode Kruis nog steeds ontbreekt. De afspraken zijn per GHOR-regio verschillend ingevuld. Voor de opkomsttijd van de SIGMA's volgen de meeste regio's de normen uit de Leidraad GNK-C (60 minuten).

De Inspectie OOV constateert dat de inzet van de GNK-C of onderdelen daarvan, waarvan de opkomsttijd 60 minuten of langer bedraagt, geen wezenlijke bijdrage meer kan leveren aan de overlevingskansen van T1-slachtoffers van een ongeval of ramp. De inzet is dan vooral

nog van betekenis voor het stabiliseren van de T2-slachtoffers (zie ook voetnoot 29). Voor een effectieve inzet bij T1-gewonden zijn snellere opkomsttijden noodzakelijk, zeker in die regio's waar de reguliere geneeskundige capaciteit relatief laag is.

In de meeste regio's worden de verschillende onderdelen van de GNK-C intern opgeleid door respectievelijk het traumacentrum, de ambulancediensten of de RAV, en het Nederlandse Rode Kruis. Alle regio's geven aan dat hun GNK-C jaarlijks aan een of meer GHOR-oefeningen deelneemt.

5

Het operationeel presterend (GNK-)vermogen van de regio's

5.1 Inleiding

Bij een ongeval of ramp is het daadwerkelijk operationeel presterend vermogen van de GHOR van groot belang. Om hiervan een beeld te krijgen heeft de Inspectie OOV een verkenning naar dit vermogen van de regio's uitgevoerd. Voor het beschrijven van het operationeel presterend geneeskundig vermogen ('slagkracht') bestaan (vrijwel) geen eenduidige, landelijke normen en systematiek.

In 1998 is besloten regionale GHOR-bureaus op te richten met als hoofdtaak om de samenwerking tussen relevante zorgaanbieders zodanig in te richten dat bij een ongeval of ramp met veel gewonden de acute zorg naadloos kan worden opgeschaald (Visiedocument GHOR)³⁹. Tien jaar na dato wil de Inspectie OOV inzicht krijgen in de prestaties van de GHOR. Het gaat om belangrijke informatie voor zowel bestuur, hulpverleningsdiensten als burgers die van belang is om het functioneren van de GHOR te kunnen beoordelen. Om het presterend vermogen in perspectief te plaatsen is tevens onderzocht of en zo ja welk risicobeeld (maatgevend risico) elke regio voor het eigen gebied heeft vastgesteld.

Bij de onderstaande beschrijving van de resultaten van deze verkenning wijst de Inspectie OOV op een belangrijk uitgangspunt van de GHOR-organisatie, namelijk dat de slagkracht primair uit opgeschaalde reguliere zorg bestaat, die later wordt aangevuld met specifieke voorzieningen zoals de GNK-C en bijstandscapaciteit van buurregio's. De capaciteit aan reguliere voorzieningen is niet bepaald op grond van de behoefte bij grootschalige ongevallen en rampen. De slagkracht wordt mede bepaald door de mate waarin de geneeskundige hulpverlening adequaat is georganiseerd door het GHOR-bureau, met andere woorden: de mate waarin door middel van goede afspraken met de zorgaanbieders (inclusief opleiden en oefenen) een maximaal samenwerkingsresultaat kan worden neergezet.

5.2 Aanpak

De Inspectie OOV heeft de regio's gevraagd naar het vastgestelde maatgevende risico en de GHOR-capaciteit in de regio. De regio's dienen deze gegevens op grond van de Wkr (2004) op te nemen in het regionale Beheersplan rampenbestrijding. Daarbij maken de regio's gebruik van de Leidraad Maatramp (BZK, 2003) en Leidraad Operationele prestaties (BZK, 2003). De regionale beheersplannen dienen de volgende gegevens te vermelden:

- de regionale risico's, in het bijzonder het maatgevende risico;
- de daarbij behorende GHOR-klus, zoals het aantal en de aard van de gewonden;
- de benodigde medische middelen en voorzieningen, zoals het aantal ambulances;
- het eigen operationeel presterend GNK-vermogen van de regio;
- het ambitieniveau van het operationeel presterend GNK-vermogen van de regio;
- de bijstandsafspraken met de buurregio's.

³⁹ Visiedocument opgesteld in het project Versterking GHOR door een grote groep sleutelfunctionarissen uit de voor de GHOR relevante zorgaanbieders en -instellingen, (1995).

Vervolgens heeft de Inspectie OOV de regio's gevraagd voor enkele ongevalsscenario's aan te geven hoeveel tijd nodig is voor het op de plaats incident stabiliseren en afvoeren van 25 en 50 T1-gewonden. In de vraagstelling wordt onderscheid gemaakt in de situatie overdag (14.00 uur) en de situatie 's nachts (02.00 uur). De Inspectie OOV heeft dit onderscheid aangebracht omdat het aantal direct inzetbare ambulances 's nachts kleiner is dan overdag. Voor een nadere beoordeling is ook de geneeskundige norm⁴⁰ voor het stabiliseren/ behandelen van T1 en T2-slachtoffers van belang:

- T1-slachtoffers: gewonden, die binnen één uur stabilisatie/behandeling nodig hebben en naar een ziekenhuis moeten worden vervoerd;
- T2-slachtoffers: gewonden, die binnen zes uur chirurgische of geneeskundige interventie nodig hebben en naar een ziekenhuis moeten worden vervoerd.

Voor twee specifieke ongevalsscenario's, te weten een chloorgasontsnapping en een grote cafébrand, heeft de Inspectie OOV elke regio gevraagd naar de behandelcapaciteit van respectievelijk gasgewonden met zuurstof en slachtoffers met brandwonden.

De Inspectie OOV heeft de regio's over de preventieve openbare gezondheidszorg gevraagd naar:

- het aantal dagen, dat de regio nodig heeft om alle kinderen in de regio te vaccineren tegen meningococci (op basis van de praktijkervaring van een aantal jaren geleden) en
- het aantal dagen dat de regio nodig heeft om alle mensen uit de regio te vaccineren tegen pokken (aantal dagen voor voorbereiding en uitvoering zoals vermeld in het regionale pokkendraaiboek).

Er bestaat geen wettelijke norm voor de vaccinatieperiode (te splitsen in benodigde voorbereidingstijd en uitvoeringstijd) bij een uitbraak van een infectieziekte. Wel heeft de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een landelijk draaiboek⁴¹ opgesteld voor de massavaccinatie bij een pokkenepidemie. Hierin staan richtlijnen en uitgangspunten die volgens de LCI als voorbeeld dienen voor elke acute situatie waarbij een regio alle inwoners binnen een zo kort mogelijke termijn moet vaccineren. Dit draaiboek geeft de volgende richtlijn: twee dagen voorbereidingstijd en vier dagen uitvoeringstijd.

Het onderzoek is een eerste verkenning van het operationeel presterend vermogen van de regio's. Het betreft informatie, die de regio's aan de Inspectie OOV hebben verstrekt.

⁴⁰ Uit de 'Basisleerstof GHOR' (GHOR-Academie, 2006).

⁴¹ Landelijk draaiboek Infectieziekten en Veiligheid Massavaccinatie Pokken (Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding, oktober 2005, herziening).

5.3 Bevindingen

Risicobeeld en capaciteit per regio

De Inspectie OOV constateert dat in de meeste regionale beheersplannen het maatgevend risico en bijkomende GHOR-klus (qua verzorgings- en afvoercapaciteit op het rampterrein) zijn opgenomen (zie ook paragraaf 4.3.1). Niet alle regio's hebben het ambitieniveau voor het eigen operationeel geneeskundig vermogen opgenomen. Slechts een enkele regio beschrijft ook de opvangcapaciteit in de ziekenhuizen.

In bijlage VI 'Risicobeeld en GNK-capaciteit' zijn de gegevens over maatgevend risico en GHOR-capaciteiten van alle regio's weergegeven.

Geen enkele regio kan de GHOR-klus behorend bij het eigen vastgestelde maatgevende risico⁴² met alleen eigen GHOR-middelen aan. Elke regio heeft bijstand nodig bij de aanpak van een ramp of ongeval van dergelijke omvang. De Inspectie OOV vindt het opmerkelijk dat diverse regio's geen afspraken over bijstand⁴³ met buurregio's hebben aangegeven of alleen verwijzen naar wet- en regelgeving. Anderzijds heeft bijvoorbeeld de regio Limburg-Zuid, die slechts één Nederlandse buurregio heeft (Limburg-Noord), afspraken over bijstand gemaakt met aangrenzende Duitse en Belgische regio's. Daarbij geeft deze regio aan dat over een groot bijstandpotentieel kan worden beschikt.

De Inspectie OOV constateert dat de gevraagde informatie over het operationeel presterend GNK-vermogen door de regio's op diverse wijze wordt gepresenteerd. Deze uiteenlopende presentatie vloeit voort uit het ontbreken van een eenduidige systematiek. Het operationeel presterend GNK-vermogen wordt door de ene regio in aantallen te behandelen slachtoffers uitgedrukt, terwijl een andere regio dit vermogen uitdrukt in aantallen ambulances en geneeskundige combinaties. Ook de door regio's aangeleverde prestatiegegevens voor het 'stabiliseren en afvoeren van T1-slachtoffers' zijn niet eenduidig.

42 Maatgevend risico conform de Leidraad Maatramp (BZK, 2003).

43 Zie tabel Risicobeeld en GNK-capaciteit per regio in bijlage VI.

Tabel 9 Benodigde tijd voor het stabiliseren en afvoeren van een aantal T1-gewonden per regio. De tijden zijn indicatief.

Regio	overdag		's nachts	
	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-gewonden Binnen:	Stabiliseren en afvoeren 50 T1-gewonden Binnen:	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-gewonden Binnen:	Stabiliseren en afvoeren 50 T1-gewonden Binnen:
Zuid-Holland-Zuid	2 uur	3 à 4 uur	4 uur	5 à 6 uur
Haaglanden	2 uur	3 uur	2,5 uur	3,5 uur
Limburg-Zuid	1 uur	< 1,5 uur	1 uur	1,5 uur
Gooi en Vechtstreek	45 à 60 minuten	75 minuten	< 1 uur	niet aangegeven
IJsselland	1 uur	1,5 uur	1 uur	niet aangegeven
Noord-Holland-Noord	1,5 uur	1,5 tot 2 uur	1 tot 1,5 uur	1,5 tot 2 uur
Brabant-Noord	2 uur	geen gegevens bekend	3 uur	geen gegevens bekend
Flevoland	1 uur	1,5 uur	1,5 uur	2 uur
Groningen	1,5 uur	3 uur	3 uur	4 tot 5 uur
Gelderland-Midden	50 minuten	2 uur	1 uur	2 uur
Fryslân ⁴⁴	2 uur	3 uur	4 uur	5 uur
Kennemerland	1,5 uur	3 uur	2 uur	4 uur
Zuidoost-Brabant	1 uur	2 uur	2 uur	3 à 4 uur
Drenthe	iets langer dan 1 uur	> 2 uur	75 minuten	2 uur
Midden- en West-Brabant	1,5 uur	2,5 uur	2,5 uur	3,5 uur
Utrecht	2 uur	4 uur	4 uur	7 uur
Amsterdam-Amstelland	1 uur	2 uur	2 uur	3 uur
Noord- en Oost-Gelderland	1 uur stabiliseren, 2 uur vervoer	> 2 uur	1 uur stabiliseren, 2 uur vervoer	> 2 uur
Gelderland-Zuid	2 uur	2,5 uur	3 uur	4 tot 4,5 uur
Limburg-Noord	2 uur	4 uur	2 uur	4 uur
Zaanstreek-Waterland	1 uur	2 uur	2 uur	3 uur
Rotterdam-Rijnmond	1 uur	niet	1 uur	niet
Hollands Midden	1 uur	1,5 uur	1 uur	2 uur
Twente	1 uur	2 uur	2 uur	3 uur
Zeeland	2 uur	3 uur	3 uur	4 uur

In bijlage V staat bij bovenvermelde tijden een door de regio aangeleverde toelichting.

De Inspectie OOV constateert aanzienlijke verschillen tussen regio's in operationeel presterend vermogen voor het stabiliseren en afvoeren van grotere aantallen ernstige gewonden op de plaats incident. Zoals aangegeven door de regio's varieert die tijd overdag voor 25 T1-slachtoffers van minder dan 45 minuten tot twee uur. Omdat de norm voor stabiliseren van T1-slachtoffers één uur bedraagt (het zogenaamde 'golden hour'), zal overdag - op grond van de door de regio's verstrekte informatie - in de helft van de regio's de kans op overleven van een aanzienlijk deel van de 25 T1-slachtoffers gering zijn. Slechts zes

⁴⁴ De regio Fryslân is exclusief de Waddeneilanden.

regio's geven aan 's nachts in het eerste uur 25 T1-slachtoffers te kunnen stabiliseren en afvoeren. In de andere regio's is dat minder. Er is ook een regio die 's nachts in het eerste uur drie T1-slachtoffers kan stabiliseren en afvoeren. In de nachtelijke uren verminderen de overlevingskansen voor T1-slachtoffers sterk, omdat de meeste regio's dan meer tijd nodig hebben om hun geneeskundige capaciteit op het rampterrein te krijgen.

Niet in alle regio's kan de door de regio aangegeven capaciteit van het operationeel presterend GNK-vermogen een-op-een gerelateerd worden aan het risicobeeld of het maatgevend risico van de betreffende regio (zie ook bijlage VI: Risicobeeld en GNK-capaciteit). Regio's met forse risico's beschikken soms over relatief zeer beperkte capaciteiten.

Specifieke ongevalsscenario's

De regio's hebben de vragen over de behandelcapaciteit van gasgewonden (toedienen van zuurstof) en van gewonden met brandwonden verschillend beantwoord. De ene regio noemt een aantal personen dat behandeld kan worden, de andere regio noemt het aantal ambulances dat binnen een bepaalde tijd beschikbaar is met de behandelcapaciteit per ambulance en de GNK-C. Weer andere regio's geven het aantal zuurstofflessen (inclusief inhoud), dat beschikbaar is. Soms wordt aangegeven hoeveel toedieningssystemen per eenheid aanwezig zijn. Wat betreft de slachtoffers met brandwonden wordt aangegeven dat er een beperkte capaciteit of geen specialisme binnen de regio aanwezig is maar ook wordt het aantal brandwondensets dat in de ambulances en de GNK-C aanwezig is, vermeld.

Voor de berekening van de behandelcapaciteit van gasgewonden is niet alleen het aantal zuurstofflessen van belang maar ook het aantal toedieningssystemen. Op een 2 of 10 liter zuurstoffles kunnen meerdere slachtoffers worden aangelegd. De inhoud van de GNK-C is in het aantal zuurstofflessen en toedieningssystemen niet overal gelijk en niet elke GHOR-regio is precies op de hoogte van de inhoud en/of samenstelling. Het aantal aanwezige brandwondensets in de GNK-C kan ook per regio verschillen. Regio's hebben soms de (standaard)samenstelling aangepast. Bij een aantal regio's is onbekend hoeveel sets er in de eenheden (ambulances en GNK-C) zitten.

In bijlage V 'Operationeel presterend geneeskundig vermogen' zijn alle van de regio ontvangen gegevens over het operationeel presterend geneeskundig vermogen per regio weergegeven.

Preventieve openbare gezondheidszorg

Elke regio beschikt over een draaiboek voor het vaccineren van de bevolking tegen pokken. De totale tijd die nodig is voor het vaccineren van alle mensen in de eigen regio varieert van 3,5 dag (Drenthe) tot elf dagen (Haaglanden en Friesland). De meeste regio's hebben voor het vaccineren circa zes dagen nodig (zie ook bijlage V).

5.4 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

Uit het onderzoek komt naar voren dat veel regio's onvoldoende zicht hebben op het eigen operationeel presterend GNK-vermogen. Veel regio's worstelen met het beschrijven van hun eigen slagkracht mede door het ontbreken van een eenduidige systematiek en normen.

Omdat de norm voor stabiliseren van T1-slachtoffers één uur bedraagt, zal overdag - op grond van de door de regio's verstrekte informatie - in de helft van de regio's de kans op overleven van een aanzienlijk deel van de 25 T1-slachtoffers gering zijn. Slechts zes regio's geven aan 's nachts in het eerste uur 25 T1-slachtoffers te kunnen stabiliseren en afvoeren. In de andere regio's is dat minder. Er is ook een regio die 's nachts in het eerste uur drie T1-slachtoffers kan stabiliseren en afvoeren. In de nachtelijke uren verminderen de kansen voor de T1-slachtoffers om te overleven sterk, omdat de meeste regio's dan meer tijd nodig hebben om hun geneeskundige capaciteit op het rampterrein te krijgen.

De door de regio's aangeleverde informatie over de capaciteit van het operationeel presterend geneeskundig vermogen kan niet overal een-op-een gerelateerd worden aan het risicobeeld of het maatgevend risico van de regio's. Regio's met forse risico's beschikken soms over zeer beperkte GHOR-capaciteiten.

Uit de informatie van de regio's komt naar voren dat er tussen de regio's verschillen zijn in het aantal voorzieningen in de ambulances en de GNK-combinatie.

Aanbeveling

Operationele prestatiegegevens van de regionale GHOR betreffen vitale informatie voor bestuur, diensten en burgers. Deze informatie is ook van belang bij het streven naar (h) erkenning als volwaardige witte kolom. Daarom beveelt de Inspectie OOV GHOR Nederland nadrukkelijk aan om op korte termijn in samenwerking met de ministeries van BZK en VWS in elk geval een eenduidige systematiek inclusief normen voor het bepalen van het operationeel presterend vermogen van de witte kolom vast te stellen. Daarbij kunnen zij gebruik maken van reeds beschikbare goede voorbeelden zoals in de regio's Limburg-Zuid en Noord-Holland-Noord. Deze regio's hebben uitvoerig nagedacht over hun 'slagkracht' en hebben de resultaten daarvan vastgelegd. Deze normen ware bij voorkeur in het besluit bij de Wet veiligheidsregio's op te nemen of in de eerstvolgende aanpassing daarvan. Vervolgens kan elke regio op een eenduidige wijze zicht krijgen en bieden op haar eigen operationeel presterend vermogen. Met een dergelijke exercitie wordt een belangrijke stap gezet op weg naar 'laten zien wat je waard bent'.

De Inspectie OOV is voornemens in het najaar 2009 een vervolgonderzoek uit te voeren naar het operationeel presterend vermogen.

6

De regionaal geneeskundig functionaris

6.1 Inleiding

De sleutelfunctionaris in de regionale GHOR-organisatie is de RGF. Op grond van de wet GHOR dient deze door het regionaal bestuur te zijn aangesteld en is belast met de uitvoering van de volgende taken:

- leiding geven aan het proces van voorbereiding van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- leiding geven aan de operationele geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- leiding geven aan het proces van afhandeling en nazorg aan de slachtoffers.

De Inspectie OOV heeft zowel in de vragenlijst als in het persoonlijke interview met elke RGF vragen gesteld, die van belang zijn om diens positie als hoofd van dienst te kunnen beschrijven. Tevens is de RGF gevraagd naar zijn/haar mening over aan de GHOR rakende zaken zoals benodigde (wettelijke) bevoegdheden voor de RGF, het functioneren van de eigen koepelorganisatie en de bereidheid deel te nemen aan de kwaliteitsslag opleidingen voor de operationele GHOR-functionarissen.

In het interview kwamen de volgende aspecten aan bod:

- eigenstandige positie ten opzichte van regiobestuur en de dagelijkse leiding van het GHOR-bureau;
- voldoende bevoegdheden voor de taakuitvoering;
- structurele overlegvormen binnen de regio, inclusief afspraken met de Raden van Bestuur (RvB) van ziekenhuizen;
- belangrijkste witte ketenpartners;
- het functioneren van de koepelorganisatie GHOR Nederland;
- werkgeverschap operationele GHOR-functies/verzekering bij ongevallen;
- kwaliteitsslag opleidingen operationele GHOR-functies;
- functie van CvD-G;
- afstemming tussen de betrokken departementen.

6.2 Eigenstandige positie ten opzichte van het regiobestuur/dagelijkse leiding GHOR-bureau

Aangezien het regionaal bestuur eindverantwoordelijk is voor de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, moet de RGF relevante zaken en ontwikkelingen aan haar (kunnen) voorleggen. Daartoe heeft de RGF een eigenstandige positie naar het regiobestuur nodig. Voor een eenduidige sturing en regie op de witte kolom dient de RGF bovendien de enige vertegenwoordiger van de witte kolom te zijn. In 24 regio's is de RGF de vaste adviseur van het bestuur van de VR en doet zelfstandig beleids- en begrotingsvoorstellen aan het bestuur. In een regio lopen de contacten via de algemeen directeur van de VR. In alle regio's is de RGF lid van de regionale veiligheidsdirectie (het regionale MT). In vier regio's is de directeur van de RAV eveneens lid van de regionale veiligheidsdirectie. In de overige 21 regio's is de RGF de enige vertegenwoordiger van de witte kolom.

In vijftien regio's is de dagelijkse leiding van het GHOR-bureau in handen van het hoofd Bureau GHOR. Daarbij zijn de veertien regio's waar de functie van RGF gecombineerd is met GGD-directeur. In drie regio's is de algemeen directeur van de veiligheidsregio tevens RGF. In de overige regio's is de dagelijkse leiding in handen van een vrijgestelde RGF (zie tabel 2 in hoofdstuk 4). Van de elf RGF-en, die niet tevens GGD-directeur zijn, zijn nog slechts twee lid van de GGD-directie. Dit wordt in het ontwerp van de Wet veiligheidsregio wel voorgeschreven.

6.3 Voldoende bevoegdheden voor de taakuitvoering

In de rapportage ‘Risikoanalyse domein GHOR’ (Inspectie OOV, 2007) zijn door vertegenwoordigers van het GHOR-veld zelf onvoldoende doorzettingsmacht en versnipperdheid van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden als knelpunten van de GHOR benoemd. Hierdoor is volgens hen sprake van een gebrek aan herkenbaarheid van de witte kolom; er zijn grote regionale verschillen en Calimero-gedrag wordt in de hand gewerkt.

Vier RGF-en zijn van mening dat zij voldoende bevoegdheden hebben om de wettelijke taken goed uit te voeren, maar vinden het achter de hand hebben van een (wettelijke) aanwijzingsbevoegdheid⁴⁵ van bijvoorbeeld de voorzitter van de veiligheidsregio noodzakelijk. Vier andere RGF-en vinden meer bevoegdheden noodzakelijk. Zij pleiten ook voor harde kwaliteitscriteria voor de GHOR.

Het merendeel van de RGF-en (17) geeft aan voldoende bevoegdheden te hebben voor de taakuitvoering. In plaats van meer bevoegdheden worden door hen de volgende zaken genoemd, die van belang zijn voor een adequate taakuitvoering:

- het onderhouden van goede contacten in het netwerk van relevante zorgaanbieders;
- het hebben van voldoende gezag als RGF. Dit is belangrijk om solide afspraken met zorgaanbieders te kunnen maken. Veertien RGF-en vinden daartoe de combifunctie van RGF met GGD-directeur van belang. Ook het beschikken over eigen hulpverleningseenheden, zoals een grote ambulancedienst, en het spreken van dezelfde taal (als arts), kan het gezag van de RGF versterken. Andere RGF-en vinden juist een onafhankelijke positie ten opzichte van de zorgaanbieders, waarvan de GGD er één is, nodig;
- de GHOR is als organisatie te klein om veranderingen af te dwingen. Zij kan alleen faciliteren (bijvoorbeeld geld, mensen en kennis beschikbaar stellen voor de ziekenhuizen om te oefenen);
- de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is van belang: op grond daarvan moeten zorgaanbieders afspraken maken over hun rol bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- doorzettingsmacht van de GHOR is mogelijk bij publieke partijen (GGD, MKA), maar ligt gecompliceerder bij private partijen (ziekenhuizen, huisartsen, GGZ);
- het wettelijk vastleggen van meer bevoegdheden kan juist het draagvlak bij bepaalde ketenpartners (bijvoorbeeld ziekenhuizen) verlagen.

45 In het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's staat onder artikel 28 (lid 2): 'de voorzitter (van het bestuur van de veiligheidsregio) kan, indien hij geen verbetering constateert, de betreffende instelling of zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven'.

6.4 Structurele overlegvormen binnen de regio

Door structurele overlegvormen in te stellen kan de GHOR het onderhouden van goede contacten en maken van solide afspraken met zorgaanbieders borgen.

Er is sprake van een enorme diversiteit aan overleggen in de regio's, waarbij gelijksoortigheid niet altijd is vast te stellen. Alle regio's kennen een door de GHOR georganiseerd overleg met alle relevante GHOR-ketenpartners, het Regionaal Geneeskundig Platform. In elf regio's neemt de RGF regelmatig deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)⁴⁶; andere regio's sturen het hoofd GHOR-bureau of een beleidsmedewerker. Regio's kunnen te maken hebben met meer dan één ROAZ (25 regio's en 10 traumazorggebieden).

In het ROAZ moeten afspraken worden gemaakt over de besteding van de zogenaamde Opleiding Training en Oefengelden (OTO-gelden⁴⁷). In de meeste regio's zijn deze afspraken in ontwikkeling. In enkele regio's moet het proces hiertoe nog worden opgestart. Elk ROAZ moet een verdeelsleutel bedenken om te bepalen welke acute zorgpartner welk bedrag krijgt om het opleiden en oefenen van diens taken in het kader van de rampbestrijding te stimuleren. Het ministerie van VWS heeft de verdeling van deze gelden aan de traumacentra opgedragen. Daarbij heeft de RGF geen concrete rol. In enkele regio's biedt de GHOR ondersteunende capaciteit en initiatief om dit proces van de grond te krijgen. De meeste RGF-en betreuren zeer dat de regionale GHOR niet over de toedeling van deze gelden gaat. Zij zijn immers belast met de regie op een adequate voorbereiding van de gehele witte kolom. Een dergelijke werkwijze versterkt naar hun mening hun positie zeker niet.

Ziekenhuizen zijn de belangrijkste partner voor de opvang van op het rampterrein gestabiliseerde gewonden. Daarom dienen in de voorbereidingsfase solide afspraken te worden gemaakt over de mogelijke opvangcapaciteit van elk ziekenhuis bij een ongeval of ramp. Volgens een aantal RGF-en leggen ziekenhuizen zich daar niet graag op vast. Om bedrijfs-economische redenen streven zij een zo groot mogelijke (bed)bezetting na. Met de ziekenhuizen waarmee schriftelijke afspraken zijn gemaakt, is vrijwel altijd sprake van een lage opvangcapaciteit. Enkele regio's noemen bijvoorbeeld de zogenaamde 1-2-3-regel: een klein ziekenhuis stelt één bed beschikbaar, een middelgroot ziekenhuis twee bedden en een groot ziekenhuis drie bedden. Bij een groter aantal gewonden vindt dan een verdeling plaats over de ziekenhuizen. Veel ziekenhuizen geven aan bij een enorme calamiteit alles te zullen doen om meer (dan de vastgelegde) bedcapaciteit beschikbaar te kunnen stellen.

46 Het ROAZ betreft een periodiek overleg van alle acute zorgpartners onder leiding van een traumacentrum. Nederland telt 10 traumacentra. Deze hebben dus een andere gebiedsindeling dan de 25 GHOR-regio's. Het hoofdonderwerp van het ROAZ is de reguliere, dagelijkse zorg. Opgeschaalde acute zorg komt maar beperkt ter sprake.

47 Het ministerie van VWS heeft met ingang van 2008 structureel 10 miljoen beschikbaar gesteld om het opleiden, trainen en oefenen van de zorginstellingen in het kader van ongevallen- en rampbestrijding te stimuleren.

Het merendeel van de regio's (22) geeft aan dat de RGF afspraken heeft gemaakt met de RvB van de ziekenhuizen in de regio over hun opvangcapaciteit bij een ramp of grootschalig ongeval. In slechts twee regio's wordt hierbij ook de bestuurlijk portefeuillehouder ingeschakeld. Twintig regio's geven aan dat de RGF of plaatsvervanger op structurele basis een bilateraal overleg heeft met de RvB van de ziekenhuizen in de regio. In elf regio's vindt dit overleg één keer per jaar plaats en in negen regio's vaker. Vijf regio's geven aan dat de RGF (nog) geen structureel overleg met de RvB voert. De IGZ constateert in haar onderzoek naar de Zirops dat medio 2008 bij 64 van de 98 ziekenhuizen onvoldoende afstemming over dit plan heeft plaatsgevonden met de RGF.

6.5 Belangrijkste witte ketenpartners

Om de continuïteit en kwaliteit van zorg ten tijde van ongevallen en rampen te kunnen waarborgen dient de RGF als ketenregisseur afspraken te maken met alle witte ketenpartners. Belangrijk is dan een goed inzicht te hebben in welke partners er zijn en welke daarvan de belangrijkste zijn.

Als belangrijke ketenpartners binnen de witte kolom noemt de RGF: de MKA, de ambulancediensten/RAV, de ziekenhuizen/traumacentra, de GGZ-en en het Nederlandse Rode Kruis. Apotheken hebben soms een rol bij het verstrekken van vaccins of distribueren van bijvoorbeeld antivirale middelen. De GGZ en het maatschappelijk werk zijn vaak een partner binnen de PSHOR. Daarnaast hebben een aantal regio's goede ervaringen met het Bureau Slachtofferhulp voor de eerstelijns opvang van betrokkenen bij grote incidenten. Tandartsen, verloskundigen, de thuiszorg en revalidatiecentra vallen buiten de reguliere keten van spoedeisende medische hulpverlening. Verpleeg- en verzorgingshuizen ten slotte vormen volgens de RGF-en eerder een risico dan een serieuze ketenpartner. In veel regio's investeert de GHOR in deze huizen om de zorgcontinuïteit te verbeteren (instructielessen en hulp bij opstellen zorgcontinuïteitsplan).

Huisartsen kunnen worden ingezet voor de opvang en behandeling van T3-slachtoffers, het informeren van slachtoffers en nabestaanden, het verlenen van preventieve openbare gezondheidszorg (bijvoorbeeld infectieziektebestrijding) en psychosociale opvang maar ook bijvoorbeeld voor het geven van de noodzakelijke medicatie aan gestrande reizigers. Probleem voor de GHOR bij deze groep zorgaanbieders is dat een eenduidig aanspreekpunt vaak ontbreekt: er zijn landelijk circa 7000 huisartsen en hoe maak je dan in de voorbereidende fase met hen afspraken over hun rol in opgeschaalde situaties. In de meeste regio's zijn daarom nog geen tot beperkte afspraken met huisartsen gemaakt. Dergelijke afspraken zijn er vaak weer wel voor de voorbereiding op een uitbraak van een griepandemie. Het ministerie van VWS heeft van het bedrag van de OTO-gelden voor 2008 eenmalig € 1 miljoen gereserveerd als stimuleringsgeld voor een verbetering van de samenwerking tussen de GHOR en de huisartsen⁴⁸.

48 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29247, nr. 72.

Als belangrijkste ketenpartner binnen de witte kolom noemen de RGF-en het traumacentrum omdat deze het ROAZ leidt. Andere zorgpartners leveren vooral operationele bijdragen/functionarissen. Specifiek voor de psychosociale hulpverlening is de GGZ meestal de belangrijkste partner.

6.6 De koepelorganisatie GHOR Nederland

Een sterke koepelorganisatie is van belang voor de afstemming van het GHOR-beleid tussen regio's, om meer uniformiteit in het optreden te bereiken en om onderlinge bijstand te kunnen verlenen. Door het gezamenlijk ontwikkelen van producten en diensten wordt bovendien het lerend vermogen van de GHOR gestimuleerd. In 2006 is de programmaraadenstructuur ingevoerd. In een aantal programmaraden werkt men samen aan verschillende thema's. Dit zijn:

- crisisbeheersing;
- informatievoorziening;
- opleiden, trainen, oefenen (OTO);
- repressie & nazorg;
- research & development;
- verenigingszaken.

De meeste RGF-en stellen dat de belangenbehartiging door de koepelorganisatie en de bestuurscommissie GHOR in het landelijke Veiligheidsberaad redelijk tot goed functioneert. De naar analogie van de Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding (NVBR) ingevoerde programmaradenstructuur is enthousiast opgepakt. De structuurdiscussie of de GHOR wel of geen onderdeel van de GGD moet uitmaken, werkt echter belemmerend voor de collectieve groei van GHOR Nederland; regio's moeten nog (te) vaak het eigen wiel uitvinden. Een testcase voor het functioneren van de koepelorganisatie vindt een aantal RGF-en of de koepel erin slaagt de (operationele) kernfuncties voor de GHOR in het ontwerpbesluit personeel veiligheidsregio's opgenomen te krijgen. Dat zou de realisatie van een kwaliteitsslag voor de competenties van deze functies in de praktijk kunnen versterken.

Er is sprake van een forse betrokkenheid van individuele RGF-en bij de koepelorganisatie. De meeste RGF-en (17) hebben een functie in het bestuur van GHOR Nederland of zijn (plaatvervangend) voorzitter van een programmaraad. Echter door de beperkte (door de regio's) beschikbaar gestelde capaciteit vinden zij dat de ontwikkelingen traag gaan ('er worden nog te weinig spijkers met koppen geslagen').

De Inspectie OOV constateert dat de GHOR-organisatie - in tegenstelling tot brandweer en politie - vrijwel geen harde gedragen kwaliteitseisen (professionele normen) kent, die nodig zijn om als organisatie te laten zien wat je waard bent. Deze zijn tevens nodig om een heldere koers voor de komende jaren te kunnen uitzetten. De koepelorganisatie GHOR Nederland is het geëigende orgaan om voor dergelijke professionele normen het initiatief

te nemen maar heeft dat de afgelopen jaren maar zeer beperkt gedaan. Een aanzienlijk aantal RGF-en geeft aan dat voor dergelijke zaken het collectief niet voldoende functioneert. Veel energie gaat zitten in wat de structuurdiscussie wordt genoemd; deze discussie belemmert het 'er gezamenlijk voluit voor gaan'.

6.7 Werkgeverschap operationele GHOR-functies/ verzekering bij ongevallen

Op basis van de Arbeidsomstandighedenwet dient een werkgever haar werknemers adequaat te verzekeren tegen mogelijke risico's die de uitoefening van de arbeid met zich meebrengt.

De operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies worden in de regio's ingevuld door personeel van het eigen GHOR-bureau en van andere diensten zoals GGD, Ambulancediensten/RAV, het NRK en GGZ. Het personeel van het GHOR-bureau heeft een aanstelling van het GHOR-bestuur (of regiobestuur) en is daarbij adequaat verzekerd voor het optreden in risicovolle situaties. Functionarissen komend van de externe diensten, hebben voor hun GHOR-functie slechts in vijf regio's een separate aanstelling van het regiobestuur inclusief een ongevallenverzekering. Bij de overige 20 regio's is voor dit externe personeel sprake van een grote diversiteit aan (dienstverlenings)overeenkomsten, brieven of convenanten, waarin afspraken met de hoofdwerkgever zijn gemaakt over het uitvoeren van operationele GHOR-functies in de regio. Regelmatig zijn daarbij ook afspraken gemaakt over de verzekering tegen de extra risico's tijdens het optreden bij ongevallen en rampen. Bij een fors aantal regio's is dit echter niet aantoonbaar sluitend geregeld. Daar hebben de operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen voornamelijk geen duidelijke persoonlijke aanstelling van het regiobestuur inclusief een adequate ongevallenverzekering.

6.8 Kwaliteitsslag opleidingen (operationele) GHOR-functies

In 2000 hebben de GHOR-regio's gezamenlijk globale kwalificatieprofielen opgesteld voor alle operationele leidinggevende of coördinerende GHOR-functies. De opleiding voor deze leidinggevende en coördinerende functies werd toen nog verzorgd door het Opleidings- en kenniscentrum, een samenwerkingsverband van vijf GHOR-regio's. Deze opleiding bestond uit een basiscursus GHOR, die volgens de regio's door vrijwel alle functionarissen is gevolgd. Beperkte functiegerichte opleidingen waren er alleen voor de OVD-G en de HS-GHOR.

In 2005 besloot GHOR Nederland dat voor de operationele leidinggevende of coördinerende GHOR-functies een professionaliseringslag moest worden gemaakt. Met financiële steun van het ministerie BZK is aan de GHOR-academie opdracht gegeven om het project Vakbekwaamheid uit te voeren.

In dit project zijn inmiddels voor alle operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies nieuwe kwalificatieprofielen ontwikkeld. In december 2008 zijn deze ook formeel door GHOR Nederland vastgesteld en is begonnen met het organiseren en (verder) uitwerken van bijbehorende opleidingen. De nieuwe Ovd-G-opleiding is gereed en recent positief door de eerste deelnemers geëvalueerd. Daarnaast zijn de opleidingen voor de functies HS-GHOR, HGN, CGV en OMAc ook (bijna) klaar en gaan in 2009 van start. De ontwikkeling van de opleiding voor CvD-G en RGF is doorgeschoven naar 2009, omdat deze opleidingen een meer multidisciplinair karakter gaan krijgen. Het project Vakbekwaamheid is inmiddels beëindigd. Onduidelijk is eind 2008 hoe een en ander verder moet worden gefinancierd en hoe alle resultaten van het project zullen worden geborgd, voor wat betreft het aanbod van de nieuwe opleidingen.

De helft van de RGF-en geeft aan de nieuwe opleidingen voor de operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies te zullen afnemen. Dit omdat zij de professionaliseringsslag steunen en omdat in het ontwerpbesluit personeel veiligheidsregio's dergelijke kwaliteitseisen naar verwachting zullen worden opgenomen. Ook wordt de noodzaak hiervan voor de HKZ-certificering genoemd. Nog wel moet worden bezien in hoeverre deze nieuwe kwalificatieprofielen haalbaar zijn bij het huidige bestand aan personen voor deze functies en hoe deze veel duurdere opleidingen kunnen worden betaald. Spreiding in de tijd (enkele jaren) is dan geboden en principiële keuzes zullen moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld met betrekking tot het wel of niet vergoeden van verleturen (ligt per regio verschillend). Zes andere RGF-en willen wel de nieuwe Ovd-G-opleiding afnemen maar wachten voor de overige opleidingen eerst de resultaten af. De overige zes RGF-en nemen in het geheel nog een afwachtende houding aan.

6.9 Functie van Commandant van Dienst Geneeskundig

Bij de opschaling naar GRIP-1 zijn voor een adequaat geneeskundig optreden op het rampterrein twee typen leidinggevende GHOR-functionarissen noodzakelijk: een leidinggevende in het CoPI (CvD-G) die met de leidinggevendenden van andere hulpverleningsdiensten (zoals brandweer en politie) afspraken maakt over een gezamenlijk en samenhangend operationeel optreden en een andere leidinggevende, die op het rampterrein zelf de geneeskundige eenheden aanstuurt (Ovd-G). In vergelijking met de Ovd-G is de CvD-G meer multidisciplinair gericht. Voor de functie is strategisch inzicht nodig en ervaring met het formuleren van bijvoorbeeld een prognose van de ontwikkeling van het incident.

Vanuit historisch perspectief was er eerst alleen een CvD-G (ook wel Medisch Leider Rampterrein genoemd). Later werd de functie van Ovd-G ingevoerd met (groten)deels overlappende taken. Momenteel bestaan er bij de regio's twee visies op de noodzaak van het aanhouden van twee afzonderlijke functionarissen:

- tien regio's hebben een aparte functionaris voor de functie van CvD-G;
- vijftien regio's hebben gekozen de functie van CvD-G in te vullen met een tweede OvD-G of in een enkel geval met de HS-GHOR. Deze regio's zijn van mening dat de nieuwe zwaardere OvD-G-opleiding toereikend is om de functie van CvD-G in het CoPI te kunnen vervullen.

6.10 Afstemming tussen de departementen van VWS en van BZK

Het GHOR-veld maakt melding van spanning tussen initiatieven van de ministeries van BZK en van VWS, waardoor de positie van de GHOR niet wordt versterkt, integendeel. Door toedoen van het ministerie van BZK is er in elke regio een GHOR-bureau onder leiding van een RGF tot stand gekomen. Deze is belast met de regie op de voorbereiding van een adequaat, samenhangend optreden van de witte kolom in opgeschaalde situaties. Een delicate opdracht omdat de RGF niet gaat over de reguliere dagelijkse zorg door de zorgaanbieders. Het GHOR-veld is nadrukkelijk van mening dat twee zaken deze regie-functie niet heeft versterkt:

- de verdeling van de vanaf 2008 door het ministerie van VWS structureel verstrekte € 10 miljoen is bij de traumacentra belegd en niet bij de met regie belaste RGF. Dit betreft de zogenaamde OTO-gelden, ter stimulering van het opleiden en oefenen van acute zorgaanbieders gericht op het gezamenlijke optreden bij grootschalige ongevallen en rampen;
- de Wet publieke gezondheidszorg legt de regie van de uitvoering van de infectieziektebestrijding bij de GGD. Dat betreft primair reguliere infectieziektebestrijding, van oudsher een GGD-taak. Uit bestaande draaiboeken (Pokken en Griep) blijkt bij grootschalige vaccinaties of verstrekking van geneesmiddelen vanwege openbare orde en veiligheidsaspecten een multidisciplinaire aanpak nodig. Dan is de GGD één van de partijen zoals ook de politie. Regie is dan meer op zijn plaats bij de RGF. Dit geldt vooral voor de elf regio's waar de RGF niet tevens GGD-directeur is.

6.11 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

In de meeste regio's heeft de RGF als vaste adviseur een eigenstandige positie richting het bestuur van de VR. Ook is deze vaak de enige vertegenwoordiger van de witte kolom in de regionale veiligheidsdirectie (het regionale MT). De meeste RGF-en geven aan voldoende bevoegdheden voor hun taakuitvoering te hebben. Een minderheid vindt een aanwijzingsbevoegdheid van de voorzitter van de VR en harde kwaliteitscriteria voor de GHOR noodzakelijk.

In de meeste regio's is de functie van RGF een nevenfunctie en wordt deze uitgevoerd door de GGD-directeur (14) of algemeen directeur van de veiligheidsregio (3). Over het combineren van functies wordt verschillend gedacht: GGD-directeuren zeggen meer gezag als RGF te hebben, andere RGF-en vinden een onafhankelijke positie ten opzichte van alle zorgaanbieders (waaronder de GGD) noodzaak. De regio's zonder de combifunctie van RGF en GGD-directeur voldoen nog vrijwel niet aan het gestelde in het ontwerp van de Wet veiligheidsregio: dat de RGF lid moet zijn van de GGD-directie.

In alle regio's overlegt de GHOR met relevante ketenpartners in een Regionaal Geneeskundig Platform. In vrijwel elke regio heeft de RGF (of diens plaatsvervanger) afspraken gemaakt met de RvB van de ziekenhuizen over hun opvangcapaciteit. Hiertoe wordt in de meeste regio's op structurele basis bilateraal overleg gevoerd, zelden wordt daarbij de bestuurlijk portefeuillehouder GHOR ingeschakeld. Met ziekenhuizen waarmee schriftelijke afspraken zijn gemaakt, is vrijwel altijd sprake van een lage opvangcapaciteit (enkele bedden).

De meeste RGF-en nemen niet zelf deel aan ROAZ onder leiding van een traumacentrum. Zij betreuren het niet over de verdeling van de OTO-gelden (€ 10 miljoen) te gaan. Dit heeft hun regiefunctie voor de witte kolom zeker niet versterkt. Ook de Wet publieke gezondheidszorg heeft de positie van RGF niet versterkt en werkt concurrentiegedrag tussen GHOR en GGD in de hand. Vanwege de noodzakelijke multidisciplinaire aanpak (en voorbereiding) is de regie van de infectieziektebestrijding meer op zijn plaats bij de RGF.

Het traumacentrum wordt door de RGF-en als belangrijkste ketenpartner van de GHOR beschouwd omdat dit het overleg van de acute zorgaanbieders leidt. Andere belangrijke ketenpartners zijn de MKA, ambulancediensten/ RAV, GGD, ziekenhuizen en het NRK. Specifiek voor de psychosociale hulpverlening vormt de GGZ haar belangrijkste ketenpartner. Met huisartsen zijn nog slechts in een beperkt aantal regio's afspraken gemaakt over de opvang en behandeling van T3-slachtoffers; dit wordt bemoeilijkt door het ontbreken van een aanspreekpunt voor deze groep zorgverleners.

De helft van de RGF-en zegt zich te committeren aan de eind 2008 vastgestelde kwalificatieprofielen en het volgen van de bijbehorende opleidingen, zoals recent voor de operationele leidinggevende of coördinerende GHOR-functies in het project 'Vakbekwaamheid' ontwikkeld. Wel willen enkele nog bezien wat dit in de praktijk betekent; vooral de hoge kosten vormen een knelpunt. Andere RGF-en zijn meer terughoudend en zeggen in eerste instantie alleen de OVD-G-opleiding af te nemen en/of de resultaten af te wachten. Over het aanhouden van een aparte CvD-G-functionaris verschillen de RGF-en van mening: een aantal meent dat deze functie specifieke vaardigheden vereist, anderen stellen dat de functie ook door een OVD-G kan worden verricht.

In het merendeel van de regio's hebben de operationele leidinggevende of coördinerende GHOR-functionarissen, komend vanuit externe diensten, geen aparte aanstelling van het regiobestuur. Dan is vaak niet duidelijk of deze functionarissen wel voldoende verzekerd zijn voor de extra (ongevallen)risico's tijdens het optreden bij grootschalige ongevallen en rampen.

De meeste RGF-en hebben een actieve functie binnen GHOR Nederland. Wel bestaat vaak scepsis over de output van de koepelorganisatie. De structuurdiscussie en de beperkte beschikbare capaciteit werken vertragend op de besluitvorming en het opleveren van producten.

Aanbeveling

Nu de nieuwe kwalificatieprofielen voor de operationele leidinggevende en coördinerende functies recent zijn vastgesteld en bijbehorende nieuwe opleidingen worden aangeboden, beveelt de Inspectie OOV de regio's aan om in de regionale werkplannen de komende (drie) jaren deze kwaliteitslag in elke regio voluit te implementeren.

Huisartsen zijn belangrijke zorgpartners voor bepaalde GHOR-taken (verzorging T3-slachtoffers, verstrekken geneesmiddelen bij rampenopvang, taken bij infectieziektebestrijding). Het verdient aanbeveling meer te investeren in deze doelgroep: in veel meer regio's dienen afspraken te worden gemaakt met deze artsen.

Het gezamenlijk formuleren van professionele normen (voor onder meer opleiden, oefenen en opkomsttijden) is een belangrijke eerste stap om de GHOR beter op de kaart te zetten en een duidelijkere en meetbare koers voor de komende jaren te kunnen uitzetten. Het regiobestuur kan dan aangeven wat men verwacht van de organisatie en wat zij moet kunnen leveren. De Inspectie OOV beveelt aan om deze normen op te nemen in het besluit bij de Wet veiligheidsregio's of de eerstvolgende aanpassing daarvan. De vaststelling van de kwalificatieprofielen voor de operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen is een stap in de goede richting.

Waar nodig dienen regio's de aanstelling van de operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen uit externe organisaties te bezien, mede in verband met het adequaat regelen van een ongevallenverzekering.

7

Conclusies en aanbevelingen

De geschiedenis van de GHOR in zijn huidige vorm begint in 1995. In dat jaar werden gebreken geconstateerd in de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De reactie hierop was onder meer de totstandkoming van de Wet GHOR. In deze wet wordt gekozen voor een regionale opzet, waarbij een nieuwe publiekrechtelijke persoon wordt ingesteld, de GHOR-regio. Diverse taken op het gebied van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen worden daaraan opgedragen.

Ruim tien jaar later is er de behoefte de balans op te maken: waar staat de regionale GHOR eind 2008? In het onderhavige rapport zijn de resultaten opgenomen van een onderzoek dat de Inspectie OOV heeft verricht naar de huidige situatie in GHOR-wereld. Er zijn verschillende aspecten onderzocht om de organisatie en het functioneren in alle 25 GHOR-regio's te kunnen beschrijven. Aangezien in de GHOR-wereld harde kwaliteitseisen nog vrijwel ontbreken, beperkt het onderzoek zich veelal tot het maken van de actuele foto van de huidige situatie zonder daarover een oordeel te geven. Het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR is nimmer onderzocht. De Inspectie OOV heeft een verkenning uitgevoerd om een eerste beeld daarvan te kunnen schetsen.

7.1 Conclusies

Algemeen beeld van de regionale GHOR

In 24 regio's is de GHOR gebaseerd op een gemeenschappelijke regeling die onder andere ook voor de brandweer geldt. Eén regio heeft een specifieke regeling voor alleen de GHOR.

De gemiddelde bezetting van GHOR-bureaus varieert van 6 tot 12 fte per bureau. In drie regio's zijn de bureaus beduidend groter dan het landelijke gemiddelde (10 fte). Opvallend is dat de verhouding tussen het aantal beleidsmedewerkers en andere functionarissen aanzienlijk verschilt per regio.

De functie van de regionaal geneeskundig functionaris (RGF) wordt veelal in beperkte deeltijd uitgevoerd. Veertien RGF-en zijn tevens directeur GGD en drie RGF-en zijn ook algemeen directeur van de veiligheidsregio.

De aanstelling van de operationele leidinggevende of coördinerende GHOR-functionarissen is niet in alle regio's sluitend geregeld; ook niet voor wat betreft de ongevallenverzekering. In slechts vijf regio's hebben deze een aparte tweede aanstelling van het regiobestuur, inclusief een adequate ongevallenverzekering. In de overige regio's is sprake van zeer diverse afspraken tussen de hoofdwerkgever en de GHOR.

Tussen de regio's bestaan aanzienlijke verschillen in de beschikbare financiële middelen. Deze verschillen doen zich vooral voor in de gemeentelijke inwonerbijdragen aan de GHOR /regio (van € 0,15 tot € 2,20 per inwoner). De rijksbijdrage varieert van € 0,95 tot € 2,64 per inwoner. Ongeveer de helft van de regio's geeft te kennen dat de financiële middelen niet of nauwelijks toereikend zijn, bijvoorbeeld voor de implementatie van de resultaten van het project Vakbekwaamheid.

Twintig regio's beschikken over een Regionale Ambulancevoorziening (RAV). Ongeveer de helft hiervan heeft een privaatrechtelijke basis.

Er zijn grote verschillen per regio in het aantal inzetten van de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G). Deze kunnen worden verklaard door de afwezigheid van uniforme criteria. Iedere regio hanteert eigen criteria, die zeer afwijkend zijn.

Alle GHOR-bureaus hebben in 2007 op de terreinen van pro-actie en preventie adviezen gegeven. Er zijn grote verschillen tussen de regio's met betrekking tot het aantal adviezen.

Bestuurlijke plannen en operationele plannen en systemen

Vrijwel alle regio's hebben in de regionale beheersplannen het maatgevende risico en het operationeel presterend geneeskundig vermogen van de regio beschreven. Slechts een enkele regio vermeldt ook de opvangcapaciteit in de ziekenhuizen.

Vrijwel alle regio's, met uitzondering van Drenthe, hebben het ambulancebijstandsplan Octopus geïmplementeerd. De regio's zijn positief over de mogelijkheden van Octopus maar vinden het nog te vroeg om te oordelen over het functioneren van het systeem, omdat praktijkervaringen ontbreken.

Vrijwel geen enkele regio beschikt over een systeem om een actueel overzicht te houden van alle slachtoffers van een grootschalig ongeval of ramp. De regio Utrecht heeft een dergelijk systeem met financiële steun van BZK ontwikkeld. Daarmee kunnen hulpverleningsdiensten direct over relevante informatie over alle slachtoffers beschikken. Het ministerie van BZK beziet momenteel in overleg met GHOR-Nederland of dit ontwikkelde slachtoffervolgsysteem landelijk zal worden ingevoerd.

Alle regio's zeggen betrokken te zijn bij de totstandkoming en beoefening van ziekenhuisrampenopvangplannen (Zirop). Drieëntwintig regio's geven aan met de ziekenhuizen uit de regio's afspraken te hebben over de opvang en spreiding van gewonden. Twee regio's zijn hierover met de ziekenhuizen nog in gesprek. De met de ziekenhuizen vastgelegde afspraken over het beschikbare aantal bedden voor de opvang van gewonden betreffen echter vaak zeer lage aantallen. Volgens een aantal RGF-en leggen ziekenhuizen zich daar niet graag schriftelijk op vast. Een aantal regio's spreekt over de zogenaamde 1-2-3 regel: kleine ziekenhuizen een bed, middelgrote ziekenhuizen twee bedden en grote ziekenhuizen drie bedden. De IGZ constateert in haar onderzoek naar de Zirops echter dat medio 2008 bij 64 van de 98 ziekenhuizen onvoldoende afstemming over dit plan heeft plaatsgevonden met de RGF.

Oefenen en operationele prestatieafspraken

Uit het onderzoek komt naar voren dat alle regio's de samenwerking binnen de witte keten beoefenen. Achttien regio's houden oefeningen in multidisciplinair verband, met brandweer, politie en gemeenten.

Het GHOR-bureau heeft met de belangrijkste witte ketenpartners zoals de meldkamer ambulance, de (regionale) ambulancedienst, ziekenhuizen/traumacentra, GGD en het Nederlandse Rode Kruis (NRK) schriftelijke afspraken gemaakt over de meeste van de acht aspecten, zoals genoemd het ontwerpbesluit veiligheidsregio's (alarmering, inzetcriteria, op/afschaling, informatiemanagement, evaluatie, coördinatie, bereikbaarheid/ beschikbaarheid en samenwerking). Met huisartsen bestaan nog maar zeer beperkt afspraken. De wijze waarop door het GHOR-bureau afspraken met de zorgaanbieders worden vastgelegd, kent een grote diversiteit. Ook de inhoud van de afspraken verschilt sterk.

Leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen

Alle regio's hebben de (meeste) operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies ingevuld. Voor de inzet van de RGF van dienst, Hoofd Sectie GHOR (HS-GHOR), Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G) en Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) worden in de meeste regio's de uniforme GRIP-criteria gehanteerd. Voor de opkomsttijden van de RGF en OvD-G volgen de meeste regio's de landelijke normen uit de Basisvereisten Crisismanagement. Voor de HS-GHOR en CvD-G hanteren de meeste regio's eigen, vaak langere opkomsttijden.

Vrijwel alle functionarissen hebben de basisopleiding GHOR aan de GHOR-Academie of een voorloper daarvan gevolgd. Functiegerichte opleidingen zijn slechts beperkt gevolgd.

Voor het opleidingsniveau bestaan geen wettelijke normen. In december 2008 heeft de koepelorganisatie GHOR Nederland nieuwe kwalificatieprofielen voor operationeel leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen vastgesteld. De opleidingen zijn in 2008 of worden in 2009 aan deze profielen aangepast. Het aanbod voldoet aan de behoefte naar standaardisatie en kwaliteitsverbetering. De nieuwe opleidingen worden door de regio's echter niet optimaal benut vanwege onvoldoende financiële middelen dan wel een afwachtende houding van de helft van de RGF-en tegenover de nieuwe opleidingen.

Geneeskundige Combinatie

Alle regio's geven aan te beschikken over een of meer Geneeskundige Combinaties (GNK-C). Voor de invulling van het onderdeel Mobiel Medisch Team (MMT) hebben de regio's afspraken gemaakt met de traumacentra. De meeste regio's hanteren een ruimere norm voor de opkomsttijd van het MMT dan de Leidraad GNK-C (opgesteld door het ministerie van BZK), namelijk 60 minuten in plaats van 30 minuten. Alle regio's geven aan voor de invulling van de ambulanceteams afspraken te hebben gemaakt met de ambulancediensten en/of de Regionale Ambulancevoorziening (RAV). Voor de opkomsttijd van deze teams bestaan geen landelijke normen. De meeste regio's hanteren 60 minuten als norm.

Alle regio's geven aan hun Snel Inzetbare Groep voor Medische Assistentie (SIGMA) in te vullen met leden van het Nederlandse Rode Kruis (NRK). Vooralsnog ontbreekt een landelijk modelconvenant voor de afspraken tussen regio's en het NRK. De convenanten zijn per GHOR-regio verschillend ingevuld. Voor de opkomsttijd van de SIGMA's volgen de meeste regio's de normen uit de Leidraad GNK-C (60 minuten).

Aangezien de inzet van de GNK-C, waarvan de opkomsttijd feitelijk groter is dan 60 minuten, geen wezenlijke bijdrage meer kan leveren aan de overlevingskansen van T1-slachtoffers (ernstig gewonden), is een snellere opkomsttijd noodzakelijk, zeker in die regio's waar de reguliere geneeskundige capaciteit relatief laag is.

De voorzieningen op de ambulances en de GNK-C vertonen verschillen (vooral in de aantallen voorzieningen voor toediening van zuurstof en de brandwondensets).

In de meeste regio's worden de verschillende onderdelen van de GNK-C intern opgeleid door respectievelijk het traumacentrum, de ambulancediensten/regionale ambulance voorziening en het NRK. Alle regio's geven aan dat hun GNK-C jaarlijks aan een of meer GHOR-oefeningen deelneemt.

Operationeel presterend vermogen

Uit het onderzoek komt naar voren dat veel regio's onvoldoende zicht hebben op het eigen operationeel presterend vermogen van de geneeskundige hulpverleningsketen. Veel regio's worstelen met het beschrijven van hun eigen slagkracht mede door het ontbreken van een eenduidige systematiek.

Geen enkele regio kan de 'GHOR-klus' behorend bij het vastgestelde maatgevende risico van de regio met alleen eigen GHOR-middelen aan. Elke regio heeft bijstand nodig bij de bestrijding van een ongeval of ramp van dergelijke omvang. De Inspectie OOV vindt het opmerkelijk dat diverse regio's in het beheersplan geen afspraken over bijstand met buurregio's hebben gemaakt.

De Inspectie OOV constateert dat de gevraagde informatie over het operationeel presterend vermogen door de regio's op diverse wijze wordt gepresenteerd. Deze uiteenlopende presentatie vloeit voort uit het ontbreken van een eenduidige systematiek.

Tussen de regio's bestaan aanzienlijke verschillen in de benodigde tijd voor het op de plaats van het incident stabiliseren en naar het ziekenhuis afvoeren van 25 dan wel 50 T1-slachtoffers. Vooral 's nachts neemt de overlevingskans voor deze ernstig gewonden in de meeste regio's sterk af. Enkele regio's (6) kunnen dan in het eerste uur circa 25 T1-gewonden stabiliseren en afvoeren. Andere regio's kunnen veel minder slachtoffers aan; zo is er een regio die in dezelfde omstandigheden slechts 3 T1-slachtoffers aan kan.

Niet in alle regio's kan het door de regio aangegeven operationeel presterend vermogen een-op-een gerelateerd worden aan het risicobeeld of het maatgevend risico van de betreffende regio. Regio's met forse risico's beschikken soms over relatief zeer beperkte GHOR-capaciteiten.

Regionaal Geneeskundig Functionaris

De RGF heeft een zelfstandige positie ten opzichte van het bestuur van de veiligheidsregio en treedt - behalve in de regio Rotterdam-Rijnmond - op als vaste adviseur van het regionale bestuur. Alle RGF-en zijn lid van het regionale managementteam/de regionale veiligheidsdirectie.

In de rapportage 'Risicoanalyse domein GHOR' van de Inspectie OOV (2007) noemen vertegenwoordigers van het GHOR-veld als knelpunten van de GHOR: onvoldoende doorzettingsmacht en versnipperdheid van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Hierdoor is volgens hen sprake van een gebrek aan herkenbaarheid van de witte kolom en bestaan er grote regionale verschillen. Uit de gesprekken met de RGF-en komt voor wat betreft de bevoegdheden een ander beeld naar voren. De meeste RGF-en zijn van mening dat zij wel voldoende bevoegdheden bezitten. Een minderheid vindt een aanwijzingsbevoegdheid van het regiobestuur noodzakelijk. Eveneens een minderheid acht het opstellen van harde kwaliteitscriteria voor de GHOR van belang om de organisatie beter op de kaart te zetten.

In de meeste regio's is de functie van RGF een nevenfunctie en wordt deze uitgevoerd door een GGD-directeur (14) of algemeen directeur van de veiligheidsregio (3). Tussen de RGF-en bestaan aanzienlijke verschillen van inzicht over de noodzaak om de functie van RGF te combineren met die van directeur GGD. De regio's (11) waarbij de RGF-functie niet gecombineerd is met die van directeur GGD, voldoen veelal niet aan het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's, waarin is opgenomen dat de RGF lid is van de directie van de GGD.

Een sterke koepelorganisatie bevordert de afstemming, uniformiteit en bijstand tussen de regio's. Veel RGF-en hebben een actieve functie binnen GHOR Nederland. Wel bestaat bij veel RGF-en scepsis over het functioneren van de koepelorganisatie. De zogenaamde structuurdiscussie (GHOR is wel of geen GGD-taak) en de beperkte werkcapaciteit, die regio's beschikbaar stellen, werken vertragend op de besluitvorming en het opleveren van producten.

Belangrijke overlegpartners voor de RGF zijn de traumacentra, die het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) voorzitten. In dit overleg komt vooral de reguliere dagelijkse zorg ter sprake, de opgeschaalde zorg slechts in beperkte mate. Het ministerie van VWS heeft aan de tien ROAZ-overleggen jaarlijks € 10 miljoen ter beschikking gesteld voor het stimuleren van opleiding, training en oefening van de acute zorgaanbieders voor hun rol in de opgeschaalde situatie (de zogenaamde OTO-gelden). De RGF-en betreuren dat de verdeling van deze gelden niet aan hen is toebedeeld, omdat de regionale regiefunctie voor de witte kolom wel aan hen is opgedragen. Veel RGF-en nemen zelf geen deel aan dit overleg. De verzorgingsgebieden van traumacentra (10) zijn ook niet congruent met de GHOR-regio's (25).

Naast de traumacentra noemen de RGF-en de meldkamer ambulancezorg, (regionale) ambulancediensten, Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), ziekenhuizen en het NRK als belangrijkste ketenpartners. Met huisartsen zijn slechts in een beperkt aantal regio's afspraken gemaakt. Het ontbreken van een centraal dan wel regionaal aanspreekpunt voor huisartsen om harde afspraken te maken, is daarbij een probleem.

Het GHOR-veld maakt melding van spanning tussen initiatieven van de betrokken ministeries van BZK en van VWS, waardoor de positie van de GHOR niet wordt versterkt, integendeel. Door toedoen van het ministerie van BZK is er in elke regio een GHOR-bureau onder leiding van een RGF tot stand gekomen. Deze is belast met de regie op de voorbereiding van een adequaat, samenhangend optreden van de witte kolom in opgeschaalde situaties. Een delicate opdracht omdat de RGF niet gaat over de reguliere dagelijkse zorg van de diverse zorgaanbieders. Het GHOR-veld is nadrukkelijk van mening dat een tweetal zaken deze regiefunctie niet heeft versterkt:

- de verdeling van de OTO-gelden, die het ministerie van VWS vanaf 2008 structureel verstrekt, is opgedragen aan de traumacentra (via het ROAZ) en niet aan de RGF die belast is met de regie over de witte keten;
- de Wet publieke gezondheidszorg legt de regie van de uitvoering van de infectieziektebestrijding bij de GGD. Dat betreft primair de reguliere infectieziektebestrijding, van oudsher een GGD-taak. Uit de bestaande draaiboeken (Pokken en Griep) blijkt echter bij grootschalige vaccinaties of verstrekking van geneesmiddelen vanwege openbare orde en veiligheidsaspecten een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Dan is de GGD een van de relevante partijen zoals ook de politie. Regie is dan veel meer op zijn plaats bij de RGF. Dit geldt vooral voor die regio's waar de RGF niet tevens GGD-directeur is.

Overall beeld van de organisatie van de GHOR

Met de meeste ketenpartners heeft de GHOR (prestatie)afspraken gemaakt over hun rol bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Vorm en inhoud verschillen daarbij nog sterk. Meer uniformiteit (modelconvenanten) wordt door vele RGF-en gewenst. Met huisartsen bestaan maar in weinig regio's afspraken.

Vrijwel alle regio's geven aan afspraken te hebben gemaakt met de Raden van Bestuur van ziekenhuizen. Daarbij wordt de bestuurlijk portefeuillehouder slechts in twee regio's ingeschakeld. De met de ziekenhuizen vastgelegde afspraak over de beschikbare aantallen bedden voor opvang van gewonden betreft echter vaak zeer lage aantallen. Volgens een aantal RGF-en leggen ziekenhuizen zich daar niet graag schriftelijk op vast. Een aantal regio's spreekt over de zgn. 1-2-3 regel: kleine ziekenhuizen één bed, middelgrote ziekenhuizen twee bedden en grote ziekenhuizen drie bedden. Opvallend is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg medio 2008 bij een onderzoek naar de ziekenhuisrampenopvangplannen constateert dat bij 64 van de 98 ziekenhuizen dit plan onvoldoende is afgestemd met de RGF.

Alle regio's hebben de (meeste) operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies ingevuld. Een enkele regio hanteert van de basisvereisten afwijkende norm-opkomsttijden voor deze functies. Aanstelling en ongevallenverzekering zijn niet in alle regio's sluitend geregeld. Alle regio's beschikken over een of meer operationele geneeskundige combinaties. Bijna alle regio's hanteren een opkomsttijd voor deze combinatie of een van de onderdelen van 60 minuten. Daarmee is deze combinatie nauwelijks van betekenis voor de overlevingskans van grotere aantallen T1-slachtoffers. Eén regio hanteert een snellere opkomsttijd.

Het operationeel presterend vermogen verschilt sterk per regio. Omdat de norm voor stabiliseren van T1-slachtoffers één uur bedraagt (het zogenaamde 'golden hour'), zal overdag - op grond van de door de regio's verstrekte informatie - in de helft van de regio's de kans op overleven van een aanzienlijk deel van de 25 T1-slachtoffers gering zijn. Slechts enkele regio's kunnen 's nachts in het eerste uur na een ramp of ongeval circa 25 T1-slachtoffers stabiliseren. Andere regio's kunnen veel minder slachtoffers aan. Zo is er een regio die het eerste uur slechts 3 T1-slachtoffers kan stabiliseren en afvoeren. In de nachtelijke uren verminderen de kansen voor de T1-slachtoffers om te overleven sterk omdat de meeste regio's dan meer tijd nodig hebben om hun geneeskundige capaciteit op het rampterrein te krijgen. De Inspectie OOV constateert dat er niet in alle regio's sprake is van een een-op-een relatie tussen het risicobeeld (maatgevend risico) van de regio en het operationeel presterend vermogen. Regio's met forse risico's beschikken soms over relatief zeer beperkte GHOR-capaciteiten.

De ontwikkeling van kwaliteitseisen (professionele normen) staat bij de GHOR nog in de kinderschoenen. Ook een eenduidige systematiek (inclusief normen) voor het bepalen van de operationele output van de organisatie ontbreekt. Dit belemmert naar de mening van de Inspectie OOV de interactie met het bestuur. De recente vaststelling van de kwalificatieprofielen voor operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies is een goede eerste stap. Helaas gaat ruim de helft van de regio's niet voluit voor de implementatie van de bijbehorende nieuwe opleidingen. In het ontwerpbesluit veiligheidsregio's staan maar beperkte kwaliteitseisen voor de GHOR.

7.2 Aanbevelingen

De GHOR kenmerkt zich door het vrijwel ontbreken van landelijke, gedragen kwaliteitseisen (professionele normen). De Inspectie OOV beveelt de koepel GHOR Nederland daarom nadrukkelijk aan op korte termijn in samenwerking met de ministeries van BZK en van VWS een pakket harde kwaliteitseisen landelijk vast te stellen, met daarbij prioriteit voor een eenduidige systematiek en normen voor het weergeven van de operationele prestaties van de organisatie. De Inspectie OOV beveelt aan de kwaliteitseisen voor opleiden, oefenen en opkomsttijden bij voorkeur op te nemen in het ontwerpbesluit veiligheidsregio's of in de eerstvolgende aanpassing.

Het gezamenlijk formuleren van een pakket (professionele) normen is een belangrijke eerste stap om de GHOR beter op de bestuurlijke kaart te zetten en een duidelijke en meetbare koers voor de komende jaren te kunnen uitzetten. Met dergelijke kwaliteitseisen kan de GHOR laten zien en beoordelen hoe deze organisatie functioneert en presteert. Een organisatie die er toe doet, wil laten zien wat ze waard is.

De vaststelling in december 2008 van kwalificatieprofielen voor de operationele, leidinggevende en coördinerende GHOR-functies is een stap in de goede richting. Nu door de koepelorganisatie GHOR-Nederland deze nieuwe kwalificatieprofielen voor de operationele leidinggevende of coördinerende functies recent zijn vastgesteld en bijbehorende nieuwe opleidingen geleidelijk worden aangeboden, beveelt de Inspectie OOV nadrukkelijk aan om de komende jaren deze kwaliteitslag in elke regio volledig te implementeren.

Het operationeel presterend vermogen van een aanzienlijk deel van de regio's is - zeker in de nachtelijke uren - beperkt. Ook blijkt de afgesproken bedcapaciteit met ziekenhuizen vaak gering. De Inspectie OOV beveelt deze regio's aan te bezien welke maatregelen kunnen worden genomen om deze capaciteiten te vergroten. Zo verdient het met het oog op een grotere overlevingskans voor T1-slachtoffers aanbeveling - zeker in regio's met relatief beperkte reguliere geneeskundige hulpverleningscapaciteit - voor de GNK-combinatie (of onderdelen daarvan) een normopkomsttijd van ruim binnen de 60 minuten aan te houden.

De Inspectie OOV beveelt aan meer eenduidigheid in de inhoudelijke afspraken met de ketenpartners te brengen door modelconvenanten voor alle relevante zorgpartners te laten ontwikkelen door de koepelorganisatie GHOR Nederland. Voor de samenwerkingsafspraken over de ambulancezorg is reeds het modelconvenant van oktober 2001 beschikbaar.

Huisartsen zijn belangrijke zorgpartners voor bepaalde GHOR-taken (verzorging T3-slachtoffers, verstrekken geneesmiddelen bij rampenopvang, taken bij infectieziektebestrijding). Het verdient aanbeveling meer te investeren in deze doelgroep: in veel regio's dienen nog afspraken te worden gemaakt met deze artsen.

Met betrekking tot de afspraken met de ziekenhuizen over de opvangcapaciteit voor gewonden en de afstemming over het ziekenhuisrampenopvangplan adviseert de Inspectie OOV de regio's na te gaan of de afspraken over en weer sluitend zijn.

Een aantal operationele functies van de GHOR wordt ingevuld door externe medewerkers (afkomstig van geneeskundige hulpverleningsdiensten). Zij treden vaak op in risicovolle situaties. Voor deze medewerkers is het dan ook van belang om hun rechtspositionele positie sluitend te regelen, in het bijzonder de ongevallenverzekering. De Inspectie OOV beveelt - waar nodig - de regio's aan de rechtspositie van deze externe medewerkers te borgen door middel van een aparte aanstelling van het GHOR-bestuur, gekoppeld aan een adequate ongevallenverzekering.

Bij nieuwe initiatieven van de ministeries van VWS en van BZK met consequenties voor de GHOR is het van belang dat beide ministeries deze initiatieven meer met elkaar en het veld afstemmen, zodanig dat de toch al delicate positie (regiefunctie) van de GHOR/RGF bij voorkeur wordt versterkt.

Operationele prestatiegegevens van de regionale GHOR zijn vitale informatie voor bestuur, diensten en burgers. Vanwege het grote publieke belang is de Inspectie OOV daarom voornemens in afstemming met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het najaar 2009 een vervolgonderzoek te starten naar het operationeel presterend GHOR-vermogen van de regio's. Daarmee wordt inzicht verkregen in het op eenduidige wijze vastgestelde operationeel presterend GHOR-vermogen van alle regio's.





Bijlagen

Bijlage I Overzicht van regelgeving en professionele richtlijnen/normen voor de GHOR

Bij de beschrijving van de organisatie en het functioneren van de GHOR kan worden gerefereerd aan diverse formele en informele regels, kaders en normen. De Inspectie OOV constateert dat in tegenstelling tot de brandweer en politie nog nauwelijks kwaliteitseisen bestaan om de regionale GHOR-organisatie op output (bijvoorbeeld het operationeel presterend vermogen) te kunnen beoordelen. Voor de input bestaan formele (zoals de normen van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) en informele normen. De meeste wettelijke normen zijn breed geformuleerd en laten het bestuur en professionals veel ruimte voor eigen invulling. In deze bijlage wordt een referentiekader gegeven, waarin kaders (wetgeving en professionele normen) zijn opgenomen die relevant zijn voor het uitgevoerde onderzoek.

Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (Wet GHOR)

De wet GHOR (artikel 3) noopt de besturen van de gemeenten binnen een brandweerregio tot het treffen van een gemeenschappelijke regeling voor de (voorbereiding op de) geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Door taken van het regiobestuur te benoemen geeft de Wet GHOR een basis voor het referentiekader.

Artikel 4 van de Wet GHOR legt aan het bestuur van de GHOR de volgende taken op:

- het instellen en in stand houden van een centrale post voor het ambulancevervoer;
- het vaststellen van de taken van de GGD-en in het kader van de geneeskundige hulpverlening;

- het instellen en in stand houden van een organisatorisch samenwerkingsverband gericht op de geneeskundige hulpverlening;
- het zorgdragen voor onderlinge bijstand bij de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening;
- het benoemen, schorsen en ontslaan van de regionaal geneeskundig functionaris;
- het vaststellen van een organisatieplan.

Voor wat betreft de laatstgenoemde taak - het vaststellen van een organisatieplan - geeft artikel 6 de Wet GHOR een verdere uitwerking:

- een organisatieplan dient ten minste eens per vier jaar te worden vastgesteld;
- het organisatieplan bevat de operationele prestaties van de geneeskundige hulpverleningsdiensten;
- het plan bevat in elk geval de taken, werkwijzen en personeels- en materieelsterkte en het opleidingsniveau van het personeel van de geneeskundige hulpverleningsdiensten en de maatregelen gericht op realisering daarvan.

Wet rampen en zware ongevallen (Wrzo) en Besluit kwaliteitscriteria planvorming rampenbestrijding (Bkpr)

Ook zijn de Wet rampen en zware ongevallen en het Besluit kwaliteitscriteria planvorming rampenbestrijding van belang voor het functioneren van de regionale GHOR-organisatie.

Taken in het kader van het rampenplan

De Wrzo legt de verantwoordelijkheid voor de vaststelling van een rampenplan bij het college van burgemeester en wethouders, maar de hulpverleningsdiensten (waaronder de GHOR) dienen ook een bijdrage aan de inhoud van dit plan te leveren. In het rampenplan moet een risico-inventarisatie worden opgenomen met een overzicht van mogelijke rampen, zware ongevallen en risicovolle situaties, die zich binnen de gemeenten kunnen voordoen inclusief de mogelijke gevolgen daarvan (artikel 3 Wrzo).

De Wrzo geeft ook specifieke opdrachten voor de GHOR. Zo dient een rampenplan te bevatten:

- een plan met betrekking tot de geneeskundige organisatie op het terrein waar een ramp of zwaar ongeval heeft plaatsgevonden;
- een plan met betrekking tot de opvang en verzorging van slachtoffers;
- een plan met betrekking tot psychosociale nazorg.

In het Bkpr worden kwaliteitseisen gesteld aan de specifieke GHOR-aspecten in het rampenplan (artikel 10 en 11 Bkpr). Zo dient het rampenplan een beschrijving te bevatten hoe de coördinatie van en operationele afstemming tussen de verschillende geneeskundige organisaties verloopt.

Taken in het kader van het regionale beheersplan Rampenbestrijding

Het regionale beheersplan wordt vastgesteld door het bestuur van de regionale brandweer (artikel 5 Wrzo), maar de eisen aan de inhoud van het plan zijn ook van groot belang voor de GHOR. Zo dient het beheersplan te bevatten:

- het niveau van het hulpaanbod zoals nagestreefd op grond van de analyse van de risico-inventarisatie;
- de operationele prestaties van de geneeskundige hulpverleningsdiensten, de bijbehorende capaciteit en deskundigheid en de maatregelen gericht op de realisering of instandhouding daarvan;
- een opleidings- en oefenprogramma en de maatregelen gericht op de realisering of de instandhouding daarvan.

Zelfregulering

Uit het bovengenoemde blijkt dat de wetgever zich heeft beperkt tot het stellen van ruim geformuleerde taken en opdrachten. Er zijn geen wettelijke normen gesteld aan onder meer de organisatie, operationele prestaties, capaciteit en deskundigheid van de GHOR. Aangezien de GHOR decentraal is georganiseerd, kunnen regionale GHOR-besturen eigen normen stellen in het organisatieplan, die kunnen afwijken van de professionele normen.

Om uniformiteit bij het functioneren van de GHOR in crisissituaties te bewerkstelligen, heeft het Landelijk Beraad Crisisbeheersing professionele normen/basisvereisten ontwikkeld. Hoewel deze niet bindend zijn, kunnen zij als referentiekader dienen voor de analyse van de prestaties van GHOR-regio's. Zij zijn voor een belangrijk deel op basis van overleg en consensus met partners en experts tot stand gekomen. In de basisvereisten staan normen, prestaties en voorzieningen op het gebied van de alarmering, op/afschaling, leiding, coördinatie en informatiemanagement. Als voorbeeld worden de volgende kaders genoemd:

- er is een landelijk uniform vastgestelde hoofdstructuur voor de bestrijding van groot-schalige incidenten (GRIP);
- de resultaten van de bestrijding en inzet worden voortdurend gemonitord en vormen de basis voor het herbeoordelen en bijstellen van besluiten;
- voor de opschaling:
 - het CoPI is binnen 30 minuten ter plaatse
 - het ROT is binnen 45 minuten operationeel
 - het GBT is binnen 60 minuten operationeel
 - de stafsecties en actiecentra in het ROT zijn binnen 60 minuten operationeel
 - het RBT is binnen 90 minuten operationeel.

Toekomstvisie van het GHOR-veld

De koepelorganisatie GHOR Nederland heeft in een visiedocument (2006-2010) eigen ambities aangegeven voor de ontwikkeling van de GHOR. Voor dit onderzoek zijn relevant:

- binnen de veiligheidsregio representeert de GHOR de gehele witte kolom. Als een 'stip op de horizon' voor 2010 wordt de realisatie van een volwaardige witte kolom binnen de veiligheidsregio genoemd. Dit moet worden gerealiseerd vanuit de regionale verantwoordelijkheid en vereist een bestuurlijke koppeling van de GHOR, GGD, CPA/MKA en RAV;
- de RGF is volwaardig lid van de directie van de veiligheidsregio en vertegenwoordigt daarbij de gehele witte kolom;
- de deelname van de RGF aan de directie van de GGD dient diens positie en doorzettingsmacht te versterken;
- de RGF moet bij een publieke uitvoering van de RAV directionele invloed hebben. Bij een particuliere uitvoering van de RAV zou de RGF ten minste een vergelijkbare invloed moeten kunnen uitoefenen op het functioneren van de RAV;
- het ministerie van VWS financiert de voorbereidingen van de ziekenhuizen op het grootschalig optreden en stelt daaraan minimumeisen (prestatieafspraken). De RGF geeft een wettelijk verankerd bindend advies over de inhoud en uitvoering van de Zirops;
- de GHOR moet wettelijk verplicht convenanten sluiten met de traumacentra, huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en GGZ. De ministers van BZK en van VWS moeten samen een oplossing vinden voor de financiering hiervan;
- de GHOR kiest voor een scheiding van de belangenbehartiging en kennisfunctie binnen de landelijke organisatie. De Raad van RGF-en zal voorstellen doen voor de toekomstige organisatie van het landelijk bureau. Om de gevolgen hiervan voor de interne (overleg) structuur van de raad uit te werken wordt een taskforce ingericht;
- de GHOR organiseert de landelijke belangenbehartiging naar analogie van de veiligheidsregio's: een multidisciplinaire afstemming binnen de veiligheidskoepel en monodisciplinaire afstemming met de koepels van de zorgketen;
- de GHOR voert een programma kenniscentrum GHOR uit met als uitgangspunten: een structurele financiering en een goede afstemming tussen het NIFV en het RIVM en tussen de ministeries van BZK en van VWS;
- de GHOR stelt een academische werkplaats in;
- de GHOR stemt in met de uitvoering van het project Vakbekwaamheid onder regie van de Raad van RGF-en en brengt het initiatief OKC GHOR hierin onder.

Toekomstige regelgeving: Wet veiligheidsregio's (WVR) en bijbehorende besluiten

Sommige van de bovengenoemde ambities zijn vastgelegd in het wetsvoorstel WVR. Dit betreft onder meer:

- de regie van de GHOR over de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- de participatie van de directeur GHOR in het bestuur van de veiligheidsregio en in de GGD-directie;
- de verplichting van zorgaanbieders tot het maken van de schriftelijke afspraken met de veiligheidsregio.

Het wetsvoorstel WVR integreert de Brandweerwet 1985, Wet GHOR en Wrzo. Enkele andere veranderingen die van belang zijn voor het functioneren van de GHOR zijn:

- de adviestaak van de GHOR wordt bij de wet geregeld;
- de voorzitter van het bestuur van de veiligheidsregio kan een zorgaanbieder aanwijzing geven;
- de wettelijke taak om een (GHOR)organisatieplan vast te stellen, komt te vervallen. Elementen daaruit zoals de beschrijving van de operationele prestaties komen terug in het regionale beleidsplan.

In dit onderzoek wordt - indien relevant - de huidige situatie binnen de GHOR-regio's gerelateerd aan toekomstige wettelijke normen. Ook worden de ontwerpbesluiten, behorend bij de WVR (Besluit veiligheidsregio's en Besluit personeel veiligheidsregio's) meegenomen. Hoewel in de ontwerpwet en -besluiten nog wijzigingen kunnen worden doorgevoerd, is hiermee sprake van een soort nulmeting.

Het ontwerpbesluit veiligheidsregio's bepaalt de tijd waarbinnen de volgende onderdelen en functionarissen operationeel moeten zijn:

- CoPI – binnen 30 minuten;
- ROT – binnen 45 minuten,
- GBT – binnen 60 minuten;
- team bevolkingszorg – binnen 90 minuten
- RBT – binnen 90 minuten.

Daarnaast bepaalt het ontwerpbesluit veiligheidsregio's de inhoud van de afspraken tussen de veiligheidsregio en zorgaanbieders. Er dienen afspraken te worden gemaakt over:

- de procedures bij alarmering, opschaling, coördinatie, informatiemanagement en evaluatie;
- de wijze waarop en de mate van inzet;
- de bereikbaarheid en beschikbaarheid;
- de wijze van trainen en oefenen;
- de samenwerking met onder meer GHOR-functionarissen;
- het onderhoud en beheer van materieel.

Het ontwerpbesluit personeel veiligheidsregio's stelt dat de regionale GHOR-organisatie over de volgende functies moet beschikken:

- directeur GHOR;
- hoofd Sectie GHOR;
- Commandant van Dienst Geneeskundig;
- Officier van Dienst Geneeskundig;
- coördinator Gewondenvervoer;
- hoofd Gewondennest;
- hoofd actiecentrum GHOR;
- Operationeel Medewerker Actiecentrum GHOR;
- Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen;
- leider Kernteam Psychosociale Hulpverlening.

Bij de afronding van het project⁴⁹ 'Vakbekwaamheid' (eind 2008) heeft GHOR Nederland de kwalificatieprofielen van elf operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functies vastgesteld. Een deel van de bijbehorende nieuwe opleidingen is gestart. De overige opleidingen gaan in 2009 van start.

Wet publieke gezondheid

Het ministerie van VWS geeft aan dat de tweede tranche van deze wet de positie van de RGF/ GHOR binnen het domein van de publieke gezondheid borgt.

49 In opdracht van GHOR Nederland is in de periode 2005-2008 door de GHOR-academie (NIFV) het project Vakbekwaamheid uitgevoerd. Daarbij zijn kwaliteitseisen op- en vastgesteld voor elf operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen en is een start gemaakt met bijbehorende opleidingen.

Bijlage II Type van gemeenschappelijke regeling voor de GHOR per regio

Regio	Type gemeenschappelijke regeling
Drenthe	Een separate gemeenschappelijke regeling, alleen voor de GHOR
Limburg-Zuid	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Noord-Holland-Noord	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Noord- en Oost-Gelderland	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Gooi en Vechtstreek	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Flevoland	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Zuidoost-Brabant	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Utrecht	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Zaanstreek-Waterland	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Hollands Midden	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Amsterdam-Amstelland	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Haaglanden	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR en de brandweer
Gelderland-Midden	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR, brandweer en GGD
Groningen	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR, brandweer en GGD
Fryslân	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR, brandweer en GGD
Kennemerland	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR, brandweer en GGD
Limburg-Noord	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR, brandweer en GGD
Twente	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR, brandweer en GGD
IJsselland	Een gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, voor de GHOR, brandweer en GGD
Zeeland	Een specifieke gemeenschappelijke regeling (Brandweer, GHOR en GMK)
Midden- en West-Brabant	Een specifieke gemeenschappelijke regeling (Brandweer, GHOR en GMK)
Brabant-Noord	Een specifieke gemeenschappelijke regeling (Brandweer, GHOR en GMK)
Gelderland-Zuid	Een specifieke gemeenschappelijke regeling (Brandweer, GHOR en RAV)
Rotterdam-Rijnmond	Een specifieke gemeenschappelijke regeling (Brandweer, GHOR, GMK en RAV)
Zuid-Holland-Zuid	Een specifieke gemeenschappelijke regeling (Brandweer, GGD (waaronder GHOR, RAV, milieu en regiodienst))



Bijlage III Aantal inzetten van de OvD-G en GRIP-alarmen per regio in 2007

Regio	OvD-G ingezet	GRIP 1	GRIP 2	GRIP 3	GRIP 4
Brabant-Noord	592	15	3	0	
Midden- en West-Brabant	272	7	2	1	
Gelderland-Midden	245	6	1	0	
Amsterdam-Amstelland	245	33	2	0	
Hollands Midden	232	20	6	5	
Noord- en Oost-Gelderland	224	4	6	1	
Zaanstreek-Waterland	182	33	2	0	
Limburg-Noord	168	20	6	1	
Haaglanden	146	13	3	0	
Groningen	134	5	5	0	
Noord-Holland-Noord	103	10	3	2	1
Rotterdam-Rijnmond	100	25	4	1	
Fryslân	86	4	0	1	
Gelderland-Zuid	79	18	3	0	1
Flevoland	75	16	0	1	
Utrecht	75	8	1	0	
Zuidoost-Brabant	43	31	9	2	1
Kennemerland	42	6	3	1	
IJsselland	33	30	3	0	
Limburg-Zuid	18	15	3	0	
Twente	16	14	0	2	
Zuid-Holland-Zuid	14	4	1	3	1
Gooi en Vechtstreek	14	10	4	0	
Drenthe	12	7	1	4	
Zeeland	12	13	1	1	
Totaal Nederland	3162	367	72	26	4
Gemiddeld Nederland	126	15	3	1	

Bijlage IV Aantal adviezen voor pro-actie en preventie van GHOR-bureaus in 2007

	Aantal adviezen op het gebied van pro-actie (bijv. ruimtelijke ordening en infrastructuur) en preventie (bijv. evenementen) dat het GHOR-bureau in 2007 heeft gegeven	
	Aantal adviezen op gebied van pro-actie:	Aantal adviezen op gebied van preventie:
Zuid-Holland-Zuid	6	36
Haaglanden	10	36
Limburg-Zuid	1	20
Gooi en Vechtstreek	1	4
IJsselland	4	185
Noord-Holland-Noord	26	92
Brabant-Noord	1	63
Flevoland	4	45
Groningen	12	500
Gelderland-Midden	2	29
Fryslân	0	66
Kennemerland	0	40
Zuidoost-Brabant	0	427
Drenthe	0	9
Midden- en West-Brabant	12	410
Utrecht	10	30
Amsterdam-Amstelland	3	100
Noord- en Oost-Gelderland	0	28
Gelderland-Zuid	14	27
Limburg-Noord	4	51
Zaanstreek-Waterland ⁵⁰	-	-
Rotterdam-Rijnmond	15	45
Hollands Midden	2	13
Twente	50	15
Zeeland	3	6

50 Uitvoering vindt plaats door de regio Amsterdam-Amstelland

Bijlage V Operationeel presterend geneeskundig vermogen

Regio	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-slachtoffers overdag	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-slachtoffers 's nachts	Vaccineren tegen meningococci (ervaringsfeit)
	Binnen:	Binnen:	Binnen:
Zuid-Holland-Zuid	Ca 2 uur, met: 1e uur: 5 à 7 eigen + 10 tot 15 ambu's bijstand 2e uur: GNK-C operationeel (10 slachtoffers)	Ca 4 uur 's nachts dubbele tijd nodig	Ca 22 dagen Kan, indien nodig, binnen 1 week
Haaglanden	Ca 2 uur, met: 1e uur: 15 eigen ambu's 2e uur: GNK-C Bijstand 20 ambu's	Ca 2,5 uur Duurt langer voordat capaciteit afdoende is	Binnen 1 week alle mensen Alle kinderen binnen enkele dagen
Limburg-Zuid	Ca 1 uur, met < 0,5 uur 17 ambu's en < 1 uur 34 ambu's Afhankelijk van ambucapaciteit en gekoppeld aan interregionale bijstand	< 0,5 uur 6 ambu's na opschaling eigen en buitenlands personeel kan de hulp zoals in dagsituatie gegarandeerd worden	2 weken; Aanpak zal hetzelfde blijven. Er is nu 1 GGD
Gooi en Vechtstreek	Ca 45 à 60 minuten Afhankelijk tijd stabiliseren. < 1 uur 40 ambu's	< 1 uur ca 30 ambu's	9 dagen
IJsselmeer	Ca 1 uur	Ca 1,5 uur	Was 31 dagen i.v.m. splitsing in groepen, nu veel sneller
Noord-Holland-Noord	Ca 1,5 uur < 0,5 uur max. 11 ambu's. Na 1 tot 1,5 uur via bijstand nog 15 ambu's vervoersgereed	Ca 1,5 tot 2 uur < 0,5 uur 5 ambu's Na 1 tot 1,5 uur uit eigen regio 5 ambu's, via bijstand 10 ambu's. Geeft voldoende capaciteit 25 slachtoffers te stabiliseren en vervoersgereed te maken	Minder dan 10 dagen
Brabant-Noord	In 1e uur 18 ambu's 2e uur 25 ambu's 3e uur 36 ambu's uit eigen regio	In 1e uur 9 ambu's 2e uur 14 ambu's 3e uur 30 ambu's uit eigen regio.	10 dagen
Flevoland	Ca 1 uur < 15 min 5 ambu's eigen capaciteit en < 30 min bijstand ter plaatse	Ca 1,5 uur < 15 min 5 ambu's eigen capaciteit en < 30 min bijstand ter plaatse	4 dagen vaccineren en 1 tot 2 dagen vaccineren van niet mobiele groepen

Vaccineren tegen pokken (uit pokkendraaiboek)	Behandelcapaciteit toediening O ² bij gasgewonden	Behandelcapaciteit slachtoffers met brandwonden
Binnen (dagen):	Aantal:	Aantal:
9 dagen	Ca 50 tot 70 personen binnen 2 uur	Geen Specialisme niet aanwezig in de regio
11 dagen	In het 1e uur: bij 15 ambu's: 15 personen Elke ambu heeft voor minimaal 80 minuten zuurstof.	Beperkte capaciteit binnen regio
6 dagen	1e 0,5 uur: 45 slachtoffers na 1 uur 89 door eigen ambu's en EUMed (Eurregio's). Na aankomst GNK-C + hulp door Chemelot: ca 100 slachtoffers extra of aanvulling van zuurstofvoorraad.	101 personen
5 dagen	Ca 3 à 4 personen O ₂ bevindt zich in de ambu's (3 à 4 pers) en in de GNK-C. In de regio zijn alle ambu's voorzien van een extra O ₂ cilinder	6 à 7 personen mbv ambu's en GNK-C totaal
6 dagen	In GNK-C zitten 73 x 2 L en 14 x 10 L flessen Aantal slachtoffers afhankelijk toediening zuurstof. 10 L fles heeft 4 aansluitingen.	In de GNK-C totaal 77 sets brandwondenmateriaal, afhankelijk ernst verwonding zijn hiermee meerdere slachtoffers te behandelen
9 dagen	Per ambu 1 zuurstofcilinder van 2 L In GNK-C 58 cilinders van 2 L en 3 cilinders van 20 L	In GNK-C zitten in totaal 98 sets materiaal om een slachtoffers 'voor de helft' in te pakken. Regio heeft 3 GNK-C, deze zijn na 1 uur ter plaatse en na 1,5 uur operationeel
5 dagen	GNK-C en ambu's hebben medicinale zuurstof inhoud GNK-C volgens landelijk bestek. Behandelcapaciteit afhankelijk van snelheid van opschalen van de RAV- organisatie	GNK-C heeft standaard uitrusting, hierin is voorzien voor ca 100 slachtoffers
5 dagen	Overdag aanwezig 11 ambu's met elk 16 L zuurstof en de GNK-C met 15 x 2 L en 3 x 10 L flessen en 56 L reserve zuurstof.	Overdag 11 ambu's + max. 4 x 12 per uur door GNK-C

Regio	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-slachtoffers overdag	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-slachtoffers 's nachts	Vaccineren tegen meningo-coccen (ervaringsfeit)
	Binnen:	Binnen:	Binnen:
Groningen	Ca 1,5 uur 15 eigen ambu's en 10 ambu's uit andere regio's	Ca 3 uur 's Nachts zijn 14 ambu's in de regio; een deel moet paraat blijven	Vaccinatie van de bevolking in de regio kan in 4 dagen
Gelderland-Midden	Ca 50 minuten Obv bijstandscapaciteit; 50% reguliere paraatheid omliggende regio's en eigen ambu's	Ca 1 uur Gebaseerd op bijstandscapaciteit; 50% reguliere paraatheid omliggende regio's.	18 dagen
Fryslân	Ca 2 uur 10 ambu's direct en bijstand uit breed Noord-Nederland	Ca 4 uur Opschaling via landelijk Octopus	9 dagen
Kennemerland	Ca 1,5 uur 16 ambu's uit regio + bijstand	Ca 2 uur 5 ambu's uit regio + bijstand	1 maand
Zuidoost-Brabant	Ca 1 uur op papier. Daadwerkelijke hulpverlening sterk afhankelijk van inzetbaarheid uit rest van het land	Ca 2 uur	20 dagen
Drenthe	Iets langer dan 1 uur 1e uur 20 T1/T2 2e uur 35 T1/T2 (uitwerking rapport Eelde)	Ca 75 min. 1e uur 20 tot 25 ambu's, daarna inzet lege ambu's na bijvoorbeeld veegprotocol ambuteams GNK-C	2 x 12 dagen Drenthe heeft haar eigen lijn gevolgd bij de vaccinatie tegen meningo-coccen. Tijdens de 2e ronde is de landelijke lijn voor de asielzoekerscentra gevolgd. Vaccinatiegraad 1e ronde >90% en 2e ronde <20%.
Midden- en West- Brabant	Ca 1,5 uur Inschatting op basis van berekening in actualisatie Maatrap	Ca 2,5 uur Inschatting op basis van berekening in actualisatie Maatrap	Ca 5000 per dag
Utrecht	Ca 2 uur met behulp van 20-25 ambu's < 1 uur 3 GNK-C operationeel. Ambu beschikbaarheid en vervoer afhankelijk van opschalingscapaciteit RAVU en andere diensten.	Ca 4 uur 6 ambulances inzetbaar, exclusief restdekking. Sterk afhankelijk van aanbod vanuit andere regio's.	< 1 week en kortere preparatie nu draaiboek gereed is.
Amsterdam-Amstelland	Ca 1 uur Rekening gehouden met T1, T2 en T3, waarbij de T1 naar ziekenhuizen verder weg.	Ca 2 uur Afhankelijk direct inzetbaar eigen potentieel (gem. 3 inzetbaar) en opkomst bijstandsambu 2 uur	5 dagen
Noord- en Oost-Gelderland	60 min stabiliseren, 120 min vervoer. Afhankelijk locatie	60 min stabiliseren, 120 min vervoer.	21 dagen

Vaccineren tegen pokken (uit pokkendraaiboek)	Behandelcapaciteit toediening O2 bij gasgewonden	Behandelcapaciteit slachtoffers met brandwonden
Binnen (dagen):	Aantal:	Aantal:
4 dagen	Naast de zuurstof in ambu nog in GNK-C voor 4 uur zuurstof. Tussen 10 en 20 slachtoffers kunnen in eigen regio behandeld worden.	10 tot 20 slachtoffers kunnen in eigen regio behandeld worden. In de regio is een brandwonden-centrum aanwezig met 12 bedden.
8 dagen	40 slachtoffers x 26 minuten en 20 slachtoffers x 2 uur en 10 minuten. Gebaseerd op de standaard hoeveelheid zuurstof in de GNK-C	54 slachtoffers Gebaseerd op de basisuitrusting van de GNK-C
11 dagen	Door 32 ambu's 32 slachtoffers en extra capaciteit met 2 GNK-C	Via 32 ambu's 32 slachtoffers en door 2 GNK-C 2 x 20 koffers voor brandwonden
5 dagen	Totaal 61 slachtoffers door 2 GNK-C (48 slachtoffers) en 16 regio ambu's Uitrusting GNK-C /ambu: 2 x 10 L en 1 x 2 L zuurstoffles	Totaal 61 slachtoffers door 2 GNK-C en 16 regio ambu's
7 dagen	Materiaal beschikbaar voor 88 slachtoffers gelijktijdig Regio heeft een extra voertuig met 8 x 10 L zuurstofcilinders	Behandelcapaciteit is 50, afhankelijk van de mate van verbranding. Het extra voertuig heeft 100 brandwondensets.
3,5 dagen	Aantal niet bekend Regio verwacht dat het aantal zuurstofcilinders niet de beperkende factor zal zijn bij een emissie van chloorgas	Aantal niet bekend. Het gewonden-spreidingsplan houdt geen rekening met brandwonden
5 dagen	3 slachtoffers per GNK-C = totaal 9 slachtoffers In 3 GNK's totaal 225 x 2 L en 42 x 10 L zuurstofflessen	80 slachtoffers x 3 GNK-C geeft totaal 240 slachtoffers. Elke GNK heeft 80 koffers brandwondensets. De regio heeft 3 GNK-C
4 dagen	63 ambu's en 1 GNK-C (80 slachtoffers geeft totaal 143 slachtoffers T.g.v. beleidsbeslissing BZK gaat het aantal GNK-C terug van 3 naar 1 in de regio	Per GNK-C 54 slachtoffers Nu 1 GNK-C (i.p.v. 3) Reductie per 1-11-2008
8 dagen	Niet te beantwoorden: is afhankelijk van snelheid inzet ambu's, GNK-C, haakarmbak en dosering zuurstof Regio heeft een afwijkend systeem van zuurstofcilinders en dit is ook in de GNK-C toegepast (zie Zaanstreek Waterland)	Niet te beantwoorden: is afhankelijk van behandellocaties, aantal ambu's, GNK-C etc.
6 dagen	25 ambu's met één beademingstoestel en 3 GNK-C met ieder 290 L zuurstof en 1 beademingstoestel	25 ambu's met burnshieldset en 3 GNK-C met ieder 100 burnshieldsets Totaal 325 sets

Regio	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-slachtoffers overdag	Stabiliseren en afvoeren 25 T1-slachtoffers 's nachts	Vaccineren tegen meningococci (ervaringsfeit)
	Binnen:	Binnen:	Binnen:
Gelderland-Zuid	Ca 2 uur 10 slachtoffers per uur. 25 T1 in 2 uur (inclusief 1 uur extra opkomsttijd via ambulancebijstandsplan.	Ca 3 uur	Waarschijnlijk 4 dagen
Limburg-Noord	Ca 2 uur Gebaseerd op beschikbare ambu's en gemiddelde rijtijd naar ziekenhuizen in regio	Ca 2 uur	1e ronde 3 weken 2e ronde 2 weken
Zaanstreek-Waterland	Ca 1 uur Geldt voor CPA/RAV Amsterdam en Omstreken, waarvan Zaanstreek Waterland deel van uitmaakt	Ca 2 uur Afhankelijk direct inzetbaar eigen potentieel (gem. 3 inzetbaar) en opkomst bijstandsambu 2 uur	< 2 x 5 dagen
Rotterdam-Rijnmond	Ca 1 uur 1e golf van 25 ambu's; eerste twee gaan triëren, overige stabiliseren enz.	Ca 1 uur	Niet bekend bij GHOR, betreft een reguliere GGD-activiteit.
Hollands Midden	Ca 1 uur 20 slachtoffers < 1 uur in Trauma centrum en 3 slachtoffers < 1 uur in Rijnlandziekenhuis. De overige 2 worden met de eerst terugkerende ambu's naar ziekenhuis vervoerd	Ca 1 uur 20 slachtoffers naar TC en 5 naar Rijnlandziekenhuis	4 dagen op voorwaarde van beschikbaarheid van mensen en middelen
Twente	Ca 1 uur Inschatting	Ca 2 uur	Ca 6 weken Kan sneller indien noodzakelijk
Zeeland	Ca 2 uur In 1 uur ca 10 T1 gestabiliseerd en vervoerd	Ca 3 uur In 1 uur ca 3 T1 gestabiliseerd en vervoerd	Draaiboek massavaccinatie beschikbaar met uitgangspunten: 20 pers. vaccineren per uur; productiviteit 12 uur per dag; 30% ziekteverzuim; 500 prikkers continu nodig in een regio van 600.000; 20% uitval wegens contra-indicatie; locatie ingericht op 25, 50 of 75 prikkers.

Vaccineren tegen pokken (uit pokkendraaiboek)	Behandelcapaciteit toediening O2 bij gasgewonden	Behandelcapaciteit slachtoffers met brandwonden
Binnen (dagen):	Aantal:	Aantal:
6 dagen	Met alle middelen 60 slachtoffers gedurende 4 tot 8 uur. Een mogelijke beperking zit in het aantal toedieningsapparatuur	2 GNK-C met ieder 100 brandwondenkoffers. Daarnaast zijn 25 ambu's per uur beschikbaar.
6 dagen	Inventaris GNK-C is landelijk vastgesteld, van hieruit kan het berekend worden.	Inventaris GNK-C is landelijk vastgesteld, van hieruit kan het berekend worden.
7 dagen	116 per uur In het meest gunstige geval kan de CPA/RAV regio Amsterdam en Omstreken waarvan ZW deel uitmaakt in 1 uur 17 ambu's en 1 van de 3 GNK-C inzetbaar hebben, dus $(17 + 12) \times 4$. Niet of beperkt 1e golf (20 – 25) ambu's kunnen zuurstof ter plaatse toedienen.	58 per uur in het meest gunstige geval kan de CPA/RAV regio AA en ZW in 1 uur 17 ambu's en 1 van de 3 GNK-C inzetbaar hebben, dus $17 + 12 \times 2$
8 dagen	Bij een enorme gasramp gaat men uit van 500 gasgewonden; 200 zijn niet te redden, voor 300 is beademingscapaciteit (bedden) nodig. 100 Bedden kunnen worden gevonden. In de regio zijn dan 200 beademingsplaatsen tekort.	30 door de GNK-C civiele behandel-capaciteit is nul. In de praktijk slachtoffers eerst in gewone ziekenhuizen opvangen, daarna ernstige slachtoffers naar brandwonden-centrum.
4 dagen	20 in het eerste uur beschikbare capaciteit 20 ambu's; daarna 2 GNK-C + 16, geeft totaal 36 slachtoffers	20 ambu's in het eerste uur, daarna uitbreiding met 2 GNK-C's + 16 Totaal 36 slachtoffers
6 dagen	51 zuurstofflessen	100 koffers in GNK-C
8 dagen	Afhankelijk van de situatie 16 slachtoffers per GNK-C. De Zeeuwse capaciteit is voor 1 uur. De haakarmbak biedt middelen voor 2 uur extra	Inschatting is dat er 2 GNK-C nodig zijn en additionele ambu's en MMT's om 24 slacht-offers te behandelen. Dit conform leidraad GNK-C, een uitgave van BZK uit 1998 blz 35 en 36.

Bijlage VI Risicobeeld en GNK-capaciteit

(op basis van de methodiek uit de BZK-leidraden Maatramp en Operationele prestaties)

Regio	Vastgesteld maatgevend risico	Bijbehorende GHOR-klus	Benodigde middelen
Zuid-Holland-Zuid	Ongeval met brandbare/explosieve stof Klasse 3	10 licht en 50 zwaargewonden	Niet aangegeven
Haaglanden	Geen gebruik van LOP en LMR gemaakt Gekozen is voor paniek in menigte bij Parkpop	Niet van toepassing	57 ambu's, 5 GNK-C en 3 PSHOR teams
Limburg-Zuid	Verkeersongeval op het land (3) Ongeval met brandbare/explosieve stof (4) Ongeval giftige stof (5)	Bij 3: 48 ambu's nodig. Bij 4: 24 ambu's nodig Bij 5: 480 ambu's	Bij 3: 48 ambu's nodig. Bij 4: 24 ambu's nodig Bij 5: 480 ambu's
Gooi en Vechtstreek	Luchtvaartongeval Ongeval brandbare / explosieve stof, ongeval giftige stof en overstromingen Niveau 4	120 ambu's, 16 GNK-C en 15 PSHOR teams	120 ambu's, 16 GNK-C en 15 PSHOR teams
IJsselland	Overstromingen Ongevallen brandbare/explosieve stof en ongevallen met giftige stoffen Niveau 5	aantal slachtoffers: 6400 T1+T2: 1600 T3: 4800 aantal personen met psychische hulpbehoefte: 1000 aantal personen met behoefte aan medicatie/vaccinatie/voorzieningen: 640 collectief gezondheidsonderzoek (aantal personen): 76800	Geen cijfers ingevuld. Aangegeven dat het aantal ambu's niet het knelpunt is, stagnatie door factoren als medische behandelcapaciteit in ziekenhuizen binnen en buiten de regio en de snelheid van redden door de brandweer. - Geestelijke gezondheidszorg 88 hulpverleners - Preventieve volksgezondheid 220 GGD-medewerkers
Noord-Holland-Noord	Ongeval op water, niveau 3; Ziektegolf niveau 2 en Overstromingen, niveau 2	350 T1/T2; 1135 T3; 2550 personen voor PSHOR en 85.000 collectief gezondheidsonderzoek	Zie kentallen
Brabant-Noord	De verschillende types staan in het beheersplan	Niet bekend bij de GHOR	Niet geoperationaliseerd

Eigen operationeel vermogen	Ambitieniveau	Totaal aantal ambu's per 31-01-2007 in de regio	Afspraken met buurregio's
1e uur 5 à 7 ambu's 2e uur GNK-C operationeel	Zorgvraag 1	17	Bijstand van GHOR-functies en GNK-C
15 ambu's, 1 GNK-C en 2 PSHOR teams	Niet aangegeven	41	Volgens wet en regelgeving
14 ambu's, 27 T1 en T2 slachtoffers per uur in Zuidlimburgse ziekenhuizen. 2 GNK-C	Realiseerbaar niveau: 43 ambu's en 91 T1 is mogelijk gebleken door Euregionale samenwerking	22	Euregionale samenwerking 34 ambu's en 64 T1 en T2 per uur 4 EEH's ('GNK-C') uit Duitsland, 50 slachtoffers per uur 1 VMP ('GNK-C') uit België, 30 slachtoffers per uur
10 tot 16 ambu's 1 GNK-C en 1 of 2 PSHOR teams	Er is geen ambitieniveau vastgesteld	11	Bijstandsconvenant met de regio's in Noord-Holland en Flevoland
22 ambulances 1 MMT 1 SIGMA 3 ziekenhuizen, met een totale MBC van 38 Geestelijke gezondheids-zorg 80 medewerkers psychosociaal opvangteam Preventieve openbare gezondheids-zorg 80 GGD-medewerkers	70 T1/T2 binnen 2 uur; 250 binnen 5 uur; 1000 personen voor PSHOR; 85.000 collectief onderzoek en 35.000 vaccineren	28	Regionale en grensoverschrijdende bijstandsafspraken.
	Zorgniveau 1 voor 2007 en niveau 2 voor 2009	24	Bijstand via convenanten
De regio beschikt over 2 GNK-C	Niet bekend bij de GHOR	25	Niet ingevuld

Regio	Vastgesteld maatgevend risico	Bijbehorende GHOR-klus	Benodigde middelen
Flevoland	1 Waterongeval (5 tot 22 T1); 2 Verkeersongeval (12 tot 48 T1) 3 Ongeval met brandbare en explosieve stoffen (72 T1)	1 Waterongeval (5 tot 22 T1); 2 Verkeersongeval (12 tot 48 T1) 3 Ongeval met brandbare en explosieve stoffen (72 T1)	Te realiseren aan: 80 T1; 160 T2; 240 T3, waarvan 360 gewonden met brandwonden en 50 pers. met psychische hulpbehoefte
Groningen	Incident met brandbare / explosieve stof; Ongeval met giftige stof en Ongeval op het water	Niveau 5 Beschreven in Operationele Prestaties regio Groningen. Zie pagina 66 uit LOP	Bijstandsafspraken met buurregio's en werkinstructie MKA
Gelderland-Midden	Alle ramptypes zijn genoemd, de volgende op niveau 5: Ongeval met brandbare en explosieve stof, Ongeval met giftige stof; Overstroming en Natuurbranden	Per ramptype aangegeven en niveau 5 zie vorige kolom Aangegeven voor Ongeval met brandbare/explosieve stof: T1: 108; T2: 392; T3: 560; T4: 140; PSHOR: 110; POG: 110	Afhankelijk van ramptype. Vertaald in LOP en het organisatieplan
Fryslân	Ongeval met veerboot Niveau 4	30 T1/T2	32 ambu's en 2 GNK-C
Kennemerland	Ongeval met giftige stoffen Niveau 5	Aantal gewonden totaal 6400, waarvan 25% T1 en T2 en 75% T3 Operationele prestaties per maatrap vastgesteld. Met regioziekenhuizen afspraken conform gewondenspreidingsplan incl. behandelcapaciteit.	Operationele prestaties per maatrap vastgesteld. Met regioziekenhuizen afspraken conform gewondenspreidingsplan incl. behandelcapaciteit.
Zuidoost-Brabant	Alle ramptypes zijn genoemd, de volgende op niveau 4: Luchtvaart-ongevallen; Ongevallen met brandbare / explosieve stof; Ongeval met giftige stof; Bedreiging volksgezondheid; Verstoring openbare orde; Natuurbranden; Extreme weersomstandigheden en uitval nutsvoorzieningen	Stabiliseren en vervoeren gewonden	Niet aangegeven
Drenthe	Luchtvaartongeval Niveau 3 (b)	100 T1/T2	SMH: 100 T1/T2 PSHOR: 6 psot teams POG: draaiboek griepdemonie

Eigen operationeel vermogen	Ambitieniveau	Totaal aantal ambu's per 31-01-2007 in de regio	Afspraken met buurregio's
Overdag beschikt de regio over 11 ambu's, 's nachts over 7 ambu's en in het weekend 9 resp. 7 ambu's	Zorgniveau 2 Te realiseren aan: 80 T1; 160 T2; 240 T3, waarvan 360 gewonden met brandwonden en 50 pers. met psychische hulpbehoefte	15	Niet ingevuld
Tussen de 10 en 20 slachtoffers wordt in eigen regio geregeld. 50% van beschikbare ambu's wordt ingezet	Huidige zorgniveau is het vastgestelde zorgniveau (zie RBR)	38	Er zijn afspraken met buurregio's
Gunstig/ongunstig tijdstip: Ambu T1: 50/11 Ambu T2: 156/42 GNK-C: 7/4 SEH-team: 99/60 IC-bedden: 33/30 PSHOR teams: 18/12	Niet aangegeven	20	Niet aangegeven
10 ambu's direct beschikbaar en 15 ambu's na 1 uur	Vastgesteld eind 2009 op zorgniveau 1	40	Afspraken in Noord-Nederland verband vastgelegd
Conform hard piket: OvD-G, HS-GHOR,HAC, RGF. Leider kernteam. Bij schiphol incident 2 OvD-G	Ambitieniveau Ongeval met giftige stoffen conform Crisisplan Kennemerland	17	Ambulancebijstand/LMAZ/ Octopus
Met bovenregionale hulp: Overdag na 20 min. 40 ambu's beschikbaar. 's Nachts na 40 min. 6 ambu's beschikbaar	Niet toereikend bij ramptypen Luchtvaart-ongevallen; Ongeval met brandbare/ explosieve stof en Ongeval met giftige stof	24	Er zijn afspraken met buurregio's
Haalbaar huidige zorgniveau: 25 T1 / T2, 2 psot teams en AC GGD per 1 januari volledig operationeel	Ambitie is 100 T1 /T2	22	Maximaal niveau (100 T1/T2) als noordelijke GHOR regio's perfect op elkaar aansluiten. Hiervoor nog 4 jaar intensief in de bovenregionale samenwerking investeren.

Regio	Vastgesteld maatgevend risico	Bijbehorende GHOR-klus	Benodigde middelen
Midden- en West-Brabant	Niveau 5 voor: Verkeersongeval-len op land; Ongevallen met brandbare/ explosieve stoffen; Ongevallen met giftige stoffen; Paniek in menigten; Verstoringen openbare orde; Natuurbranden; Extreme weersom-standigheden en Uitval nutsvoorzieningen	Maximale hulpvraag; Ongeval giftige stoffen: Somatisch totaal 6400 T1+T2+T3 PSHOR: 640 POG: 640 76.800 personen voor collectief onderzoek	Voor Ongeval giftige stoffen: 480 ambu's voor T1; 443 SEH teams; 480 IC-bedden; 240 IC-artsen; 48 GNK-C; 1525 ambu's voor T2
Utrecht	Vastgesteld in de VRU niveau 5	Niet aangegeven	38 ambu's T1; 19 SEH teams; 18 IC-bedden; 3 GNK-C; 63 ambu's T2; 15 psot
Amsterdam-Amstelland	Luchtvaartongeval Schiphol Niveau 5	Zie organisatieplan GHOR	Zie organisatieplan GHOR, deelplannen en bijstandsconvenant
Noord- en Oost-Gelderland	Ongeval met giftige stof in de open lucht Niveau 5	6800 T1 t/m T4; 400 doden; 1600 T1 + T2 en 4800 T3	Bij niveau 1 voor Ongeval met giftige stoffen: 6 ambu's na 1 uur voor T1; 12 medisch specialisten; 3 IC-bedden na 1 uur; 1 GNK-C na 2 uur; 5 ambu's T2 na 2 uur;
Gelderland-Zuid	Ongeval giftige stof (lekkage uit schip) en Overstroming Niveau 5	Niet ingevuld, is nog in ontwikkeling	18 ambu's maximaal; 160 fte eigen mensen, via uitzendbureau en bijstand aangrenzende regio's (ambulancelijstandsplan)
Limburg-Noord	Ongeval met gevaarlijke stoffen Niveau 5	2000 slachtoffers	Alarm zeer groot en Octopus
Zaanstreek-Waterland	Zie RBR, niet uitgesplitst Niveau 5	Zie RBR 1600 T1 +T2; 4800 T3; 640 PSHOR 76.800 personen collectief bevolkingsonderzoek	Benodigde middelen voor de slachtoffers in kolom 2

Eigen operationeel vermogen	Ambitieniveau	Totaal aantal ambu's per 31-01-2007 in de regio	Afspraken met buurregio's
Hulpvraag niveau 1 grotendeels, m.u.v. 4 ambulances. Hulpvraag niveau 2: Op gunstige tijdstippen Minimaal 9 en maximaal 29 (afhankelijk tijdstip) parate ambu's	Niet expliciet aangegeven	39	Afspraken GHOR-functies met Zeeland, Brabant
38 ambu's T1; 19 SEH teams; 18 IC-bedden; 3 GNK-C; 63 ambu's T2; 15 psot	Ambitieniveau niet aangegeven In 2008/2009 niveau 2 realiseerbaar	41	Via LOCC
55 ambu's; 6 ziekenhuizen; GGD-instellingen (PSHOR) Betreft samen met Zaanstreek-Waterland	Regio heeft voldoende capaciteit voor maximaal niveau 3, doch kan niet zonder bijstand uit andere regio's	67 Inclusief Zaanstreek Waterland	Ambubijstand en interregionale bijstand
Bij alle ramptypen zorgniveau 1:5 doden; 115 T1+T2+T3; 28 ambu's 1e uur; 56 medisch specialisten SEH 1 – 2 uur; 14 IC-bedden;1 GNK-C; 23 ambu's T2;4 psot; 35.000 personen medische zorg; 5000 collectief gezondheidsonderzoek.	Voorbereid op zorgniveau 1 voor alle ramptypen. Ambitie niveau 2 te bereiken in 2009	33	Niet aangegeven
18 ambu's maximaal; 160 fte eigen mensen, via uitzendbureau en bijstand aangrenzende regio's (ambulancebijstandsplan)	Is in ontwikkeling. Wordt gewerkt aan 'de basis op orde'	17	Ambulancebijstandsplan
Overdag 15 ambu's 's nachts 7 ambu's weekend: 7 tot 9 ambu's	De regio is ingericht op niveau 3 rampen	17	Mondelinge bijstandsafspraken en gebruik van Octopus
55 ambu's; 6 ziekenhuizen; GGD-instellingen (PSHOR) Geldt voor Zaanstreek- Waterland met Amsterdam- Amstelland	Geen eigen ambitieniveau ingevuld. Aan niveau 3 kan niet zonder bijstand uit andere regio's worden voldaan	67 Inclusief Amsterdam Amstelland	Ambulancebijstand en interregionale bijstand

Regio	Vastgesteld maatgevend risico	Bijbehorende GHOR-klus	Benodigde middelen
Rotterdam-Rijnmond	Ongeval met gevaarlijke stoffen en Overstroming Niveau 5	De regio richt zich op niveau 3 en kan dit aan	
Hollands Midden	Luchtvaartongeval; Ongeval met brandbare/explosieve stoffen; Ongeval met giftige stoffen; Overstroming en Uitval nutsvoorzieningen Niveau 3 en 4	In werking stellen deelprocessen SMH, PSHOR en POG	1e uur: 72 ambu's 72 ambu's T1 en 165 ambu's T2 SEH teams 36; IC-bedden 72; IC-artsen 37; GNK-C 11; PSH-teams 10
Twente	Ongeval met brandbare/explosieve stoffen en Ongeval met giftige stoffen in de open lucht Niveau 4 en 5	Bij Ongeval met giftige stoffen niveau 5: 480 ambu's. Bij Ongeval met brandbare/explosieve stoffen niveau 5: 168 ambu's.	Actualisatie risicoprofiel in afwachting van Wet Veiligheids-regio
Zeeland	Op basis van LOP 2002 is besloten tot niveau 3 voor de inzetbehoefte	Bij Ongeval met giftige stoffen niveau 4: 280 ambu's 60 T1; 112 T2 2550 pers. Psychosociale hulpverlening en 35.000 Pers. POG	60 T1 vervoerd door ambu's en 2 GNK-C

Eigen operationeel vermogen	Ambitieniveau	Totaal aantal ambu's per 31-01-2007 in de regio	Afspraken met buurregio's
20 T1 binnen 1 uur; 20 T2 binnen 6 uur; 60 T3 geen tijdslimiet GNK-C na 1 uur operationeel	Niveau 3 Opvang-capaciteit ziekenhuizen blijkt tijdens oefeningen aan te sluiten bij niveau 3	55	Bijstand op verzoek
Ambu's 23; SEH-teams 10; IC-bedden 12; IC-artsen 12; GNK-C 2 en PSH-teams 6	Ambitieniveau is niet in getallen uitgedrukt	28	Ja. Geen concrete aantallen vastgelegd
Binnen 1 uur beschikbaar: 16 ambu's; 1 GNK-C en 18 IC-plaatsen	Actualisatie risicoprofiel in afwachting van Wet veiligheidsregio	22	Niet aangegeven
10 ambu's	Bestuurlijk vastgesteld klasse 3: 60 T1 vervoerd door ambu's en 2 GNK-C	22	Buurregio's maximaal 50 ambulabewegingen. Mondelinge afspraken met België



Bijlage VII

De formatie van de RGF-functie en het GHOR-bureau per regio

Regio	RGF		Hoofd GHOR-bureau	Beleids-medewerkers	Overige medewerkers	Totaal
	fte	Hoofdfunctie	fte	fte	fte	fte
Rotterdam-Rijnmond	1,00	RGF	1,00	15,00	6,00	23,00
Midden- en West-Brabant	0,20	GGD-directeur	1,00	2,78	13,52	17,50
Utrecht	1,00 ⁵¹	alg. directeur VR	1,00	3,00	12,40	17,40
Twente	0,50	alg. directeur VR	1,00	1,50	8,73	11,73
Zuid-Holland-Zuid	0,20	RGF	1,00	8,00	2,50	11,70
Zuid-Limburg	0,50	GGD-directeur	1,00	4,50	5,70	11,70
Hollands Midden	0,50	GGD-directeur	1,00	5,43	4,28	11,21
Amsterdam-Amstelland	0,20	GGD-directeur	0,50	5,78	4,67	11,15
Gelderland-Zuid	0,50	RGF	1,00	5,80	3,60	10,90
Noord-Holland-Noord	0,50	RGF	1,00	5,00	4,17	10,67
Noord- en Oost-Gelderland	1,00	RGF	0,00	7,06	2,14	10,20
Zeeland	0,50	RGF (a.i.)	0,50	3,00	6,00	10,00
Brabant-Noord	0,25	GGD-directeur	1,00	5,27	3,28	9,80
IJsseland	0,20	GGD-directeur	1,00	4,80	3,20	9,20
Zuidoost-Brabant	0,20	alg. directeur VR	1,00	4,70	2,50	8,40
Groningen	0,25	GGD-directeur	0,50	3,80	3,70	8,25
Haaglanden	0,10	GGD-directeur	1,00	3,00	4,00	8,10
Drenthe	0,40	GGD-directeur	1,00	4,89	1,80	8,09
Gooi en Vechtstreek	0,40	RGF	1,00	2,00	4,67	8,07
Fryslân	0,10	GGD-directeur	0,50	2,00	5,30	7,90
Limburg-Noord	1,00	RGF	1,00	2,30	3,25	7,55
Kennemerland	0,20	GGD-directeur	1,00	4,00	2,00	7,20
Gelderland-Midden	0,30	GGD-directeur	1,00	1,60	4,20	7,10
Flevoland	0,25	GGD-directeur	1,00	1,72	3,20	6,17
Zaanstreek-Waterland	0,20	GGD-directeur	0,50	0	0,20	0,90
Totaal Nederland	10		22	107	115	254
Gemiddeld Nederland			0,88	4,28	4,60	10,16

51 Deze formatie is aangegeven voor de functies van de algemeen directeur veiligheidsregio's, regionale commandant brandweer en RGF samen.

Bijlage VIII

Financiële middelen voor de GHOR per regio

Regio	Doeluitkering rampenbestrijding (BDUR) van BZK voor de GHOR ⁵²		Gemeentelijke inwonerbijdrage voor de GHOR		Aantal inwoners	Totaal doeluitkering en inwonerbijdrage	
	Euro (totaal):	Euro (per inwoner):	Euro (totaal):	Euro (per inwoner):		Euro (totaal):	Euro (per inwoner):
Utrecht ⁵³	1.307.329	1,09		6,80	1.200.000		
Zuid-Holland-Zuid	796.991	1,66	907.200	1,89	480.000	1.704.191	3,55
Rotterdam-Rijnmond	1.431.220	1,19	2.640.000	2,20	1.200.000	4.071.220	3,39
Brabant-Noord	927.395	1,48	1.097.927	1,75	627.387	2.025.322	3,23
Zuid-Limburg	926.051	1,52	934.201	1,53	610.589	1.860.252	3,05
Gooi en Vechtstreek	640.031	2,64	36.300	0,15	242.000	676.331	2,79
IJsseland	844.799	1,96	448.528	1,04	431.277	1.293.327	3,00
Gelderland-Zuid	839.002	1,59	739.200	1,40	528.000	1.578.202	2,99
Flevoland	716.151	1,86	184.320	0,48	384.000	900.471	2,34
Zeeland	765.826	2,00	229.200	0,60	382.000	995.026	2,60
Noord-Holland-Noord	954.403	1,50	635.000	1,00	635.000	1.589.403	2,50
Drenthe	828.492	1,70	369.510	0,76	486.197	1.198.002	2,46
Midden- en West-Brabant	1.254.873	1,21	1.285.540	1,24	1.036.726	2.540.413	2,45
Limburg-Noord	859.264	1,70	343.280	0,68	504.824	1.202.544	2,38
Hollands Midden	997.270	1,32	847.840	1,12	757.000	1.845.110	2,44
Twente	918.731	1,48	569.627	0,92	619.160	1.488.358	2,40
Zaanstreek-Waterland ⁵⁴	680.578	2,16	76.586	0,24	315.169	757.164	2,40
Groningen	919.140	1,60	407.540	0,71	574.000	1.326.680	2,31
Zuidoost-Brabant	1.016.683	1,39	386.370	0,53	729.000	1.403.053	1,92
Gelderland-Midden	929.248	1,43	318.500	0,49	650.000	1.247.748	1,92
Kennemerland	842.793	1,62	150.800	0,29	520.000	993.593	1,91
Fryslân	1.059.820	1,65	102.747	0,16	642.169	1.162.567	1,81
Noord- en Oost-Gelderland	1.046.007	1,32	333.737	0,42	794.612	1.379.744	1,74
Amsterdam-Amstelland	1.315.048	1,08	296.460	0,24	1.220.000	1.611.508	1,32
Haaglanden	1.277.574	1,29	0	0,00 ⁵⁵	987.161	1.277.574	1,29
Gemiddeld ⁵⁶	963.789	1,57	555.851	0,83	639.845	1.452.711	2,43

52 De BDUR-bijdragen per regio zijn overgenomen uit de BZK-circulaire nr. 2007-0000321634 van 18 oktober 2007

53 Regio Utrecht heeft de inwonerbijdrage voor de GHOR en de brandweer niet uitgesplitst. Omdat dit een vertekend beeld zou geven, is het totaal van de inwonersbijdragen van de regio niet in de tabel opgenomen.

54 Regio Zaanstreek-Waterland heeft de uitvoering van de GHOR-taken met een meerjarig contract grotendeels uitbesteed aan de regio Amsterdam-Amstelland. Zij heeft zelf slechts een RGF en Hoofd Bureau GHOR in dienst.

55 Per 1 januari 2009 is de gemeentelijke bijdrage € 0,47.

56 Deze gemiddelden zijn berekend exclusief regio Utrecht.



Bijlage IX

Lijst van afkortingen

ABP	Ambulancebijstandsplan
Ac-GHOR	Actiecentrum GHOR
Ambu	Ambulance
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
BB	Organisatie Bescherming Bevolking
BDUR	Brede Doeluitkering Rampenbestrijding
Bkpr	Besluit kwaliteitscriteria planvorming rampenbestrijding
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CGV	Coördinator Gewondenvervoer
CoPI	Commandoteam Plaats Incident
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CvD-G	Commandant van Dienst - Geneeskundig
fte	fulltime equivalent
GAGS	Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GBT	Gemeentelijk beleidsteam
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GHR	Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen
GNK	Geneeskundig
GNK-C	Geneeskundige Combinatie
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure
Hac	Hoofd Actiecentrum
HKZ	Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector
HGN	Hoofd Gewondennest
HS-GHOR	Hoofd Sectie GHOR
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Inspectie OOV	Inspectie Openbare Orde en Veiligheid
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding
LMAZ	Landelijke meldkamer ambulancezorg
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
MOD	Milieu Ongevallen Dienst

NIFV	Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid (voorheen Nibra)
NRK	Nederlandse Rode Kruis
OKC GHOR	Onderwijs- en Kenniscentrum GHOR
OL	Operationeel Leider
OMAc	Operationeel Medewerker Actiecentrum
OTO	Opleiden, trainen en oefenen
OvD-G	Officier van Dienst Geneeskundig
POG	Preventieve Openbare Gezondheidszorg
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
RADAR	Rampenbestrijding Doorlichtingsarrangement
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RBT	Regionaal beleidsteam
RGF	Regionaal geneeskundig functionaris
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROB	Raad voor het Openbaar Bestuur
ROT	Regionaal Operationeel Team
RvB	Raad van Bestuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SIGMA	Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie
SMH	Spoedeisende Medische Hulpverlening
SVS	Slachtoffersvolgsysteem
T1, T2, T3, T4	Triageklasse 1, 2, 3 en 4
VGHOR	Versterking geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
VR	veiligheidsregio
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wav	Wet ambulancevervoer
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WGHR	Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen
WGHOR	Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
Wkr	Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding
Wrzo	Wet rampen en zware ongevallen
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
WVR	Wet veiligheidsregio's
Zirop	Ziekenhuisrampenopvangplan

Bijlage X

Literatuurlijst

Wetten:

- Wet Rampen en Zware Ongevallen (1985)
- Wet Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en rampen (2004)
- Wet kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding (2004)
- Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996)
- Wet Toelating Zorginstellingen (2006)
- Conceptwet/besluit veiligheidsregio (ligt momenteel ter goedkeuring voor aan de TK)

Documenten

- GHOR-monitor (Octaafadviesgroep 2002-2004)
- GHORdiaanse knoop doorgehakt (RVZ en ROB, 2004)
- Visiedocumenten GHOR Nederland (2002-2006 en 2006-2010)

BZK-documenten

- Leidraad Operationele Prestaties (2002)
- Leidraad Maatramp (2002)
- Koninklijk Besluit 1993 over verdeling verantwoordelijkheden GHOR tussen BZK-VWS
- Documenten project versterking GHOR (1995-1999)

Onderzoeken IGZ

- Ziekenhuis paraat voor rampen. Onderzoek naar de aanwezigheid en bruikbaarheid van rampenopvangplannen bij ziekenhuizen (2004)
- Spoedeisende hulpverlening: haastige spoed niet overal goed (2004)
- Oefenen? Noodzaak! Toetsing oefeningen GHOR ter voorbereiding op de bestrijding van rampen en zware ongevallen (2005)
- Onderzoek naar ziekenhuisrampenopvangplannen (nog niet gepubliceerd)

Colofon

Dit rapport is een uitgave van:

Inspectie Openbare Orde en Veiligheid
Juliana van Stolberglaan 148 | 2595 CL Den Haag
Postbus 20011 | 2500 AA Den Haag
T 070 426 7343
Telefax 070 426 6990
www.ioov.nl

Lay out: Grafisch Buro van Erkelens | Den Haag
Foto: Marc Stofberg

© Inspectie Openbare Orde en Veiligheid | Februari 2009
ISBN 978-90-5414-174-7

Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Vermenigvuldigen van informatie uit deze publicatie is toegestaan, mits deze uitgave als bron wordt vermeld.

