

Stand van zaken van terugkerende knelpunten bij slachtofferregistratie

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	17
1.3 Afbakening	17
1.4 Onderzoeksaanpak	17
1.5 Leeswijzer	19
2 Beschrijving proces registratie en uitwisseling van slachtoffergegevens	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Betrokken partijen bij slachtofferregistratie	22
2.3 Knelpunten in het proces slachtofferregistratie	25
3 Gebruik van de gewondenkaart	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken	28
3.3 Huidig gebruik van de gewondenkaart	29
3.4 Landelijke ontwikkelingen	30
3.5 Concluderend	31
4 Coördinator gewondenvervoer	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken	33
4.3 Huidige taakuitvoering van de CGV	34
4.4 Landelijke ontwikkelingen	36
4.5 Concluderend	37
5 Voorwaarschuwing aan ziekenhuizen	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken	42
5.3 Huidige planvorming over het geven van een voorwaarschuwing	42
5.4 Landelijke initiatieven en ontwikkelingen	43
5.5 Concluderend	43

6	Uitwisseling van slachtoffergegevens met ziekenhuizen	47
6.1	Inleiding	47
6.2	Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken	48
6.3	Huidige stand van zaken over uitwisseling van slachtoffergegevens	48
6.4	Landelijke ontwikkelingen	49
6.5	Concluderend	50
7	Slachtofferoverzicht voor het informeren van verwanten en bestuurders	53
7.1	Inleiding	53
7.2	Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken	54
7.3	Huidige stand van zaken in de regio's over het informeren van verwanten en bestuurders	55
7.4	Landelijke ontwikkelingen	58
7.5	Concluderend	59
8	Tot slot	63
	Bijlage I Wettelijk kader	67
	Bijlage II Afkortingenlijst	71

Voorwoord

In 2012 onderzochten de Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gezamenlijk de slachtofferregistratie en de grootschalige geneeskundige hulpverlening na de treinbotsing in Amsterdam¹. In dat onderzoek signaleerden zij een aantal knelpunten op het gebied van het registreren van slachtoffers. Deels zijn deze knelpunten ook in eerdere inspectieonderzoeken² gesignaleerd. Naar aanleiding van deze onderzoeken hebben de verantwoordelijke ministers de afgelopen jaren het Veiligheidsberaad, GHOR Nederland³, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Ambulancezorg Nederland verzocht om deze knelpunten op te lossen.

In dit vervolgonderzoek keken de inspecties naar de stand van zaken en ontwikkelingen rond vijf terugkerende knelpunten in de slachtofferregistratie bij grootschalige incidenten. De inspecties constateren dat op het gebied van slachtofferregistratie een aantal stappen tot verdere verbetering is gezet. Zo hebben de meeste veiligheidsregio's inmiddels afspraken gemaakt met de ziekenhuizen over de uitwisseling van slachtoffergegevens. Ook heeft het Veiligheidsberaad met het vaststellen van de Slachtoffer Informatie Systematiek (SIS) vooruitgang geboekt om tot een eenduidige slachtofferregistratie voor verwanteninformatie te komen. De inspecties zien dit als positieve ontwikkeling.

Een aantal knelpunten is volgens de inspecties nog niet of onvoldoende opgepakt. Ten eerste betreft dat de gewondenkaart. Hoewel voorgeschreven in regelgeving en protocollen blijkt uit dit onderzoek dat de kaart nog steeds niet of nauwelijks wordt gebruikt. Ondanks dat de inspecties hierover al meerdere aanbevelingen hebben gedaan, is op dit knelpunt nog geen actie ondernomen. Ten tweede signaleren de inspecties knelpunten in het uitgebreide takenpakket en de taakuitvoering van de coördinator gewondenvervoer (CGV). Ontwikkelingen, zoals het verbetertraject C2000 en de landelijke server Ritlogging van Pariter, bieden goede perspectieven, maar de werking ervan is afhankelijk van een degelijke implementatie in alle veiligheidsregio's. Het knelpunt, dat de CGV niet in staat is om een actuele lijst van slachtoffers bij te houden, is hiermee niet geheel opgepakt. Ten derde is het knelpunt rond de voorwaarschuwing aan ziekenhuizen gedeeltelijk opgepakt; dit is als actiepunt in regionale documenten opgenomen maar niet verder uitgewerkt. Tot slot constateren de inspecties een knelpunt bij het informeren van bestuurders voor andere taken dan verwanteninformatie, zoals de crisiscommunicatie en nazorg. Het is volgens de inspecties niet duidelijk welke informatie over slachtoffers bestuurders nodig hebben voor de uitvoering van deze taken.

¹ Treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012.

² Poldercrash 25 februari 2009, Koninginnedag in Apeldoorn 2009 en het Schietincident in 'De Ridderhof' Alphen aan den Rijn (2011).

³ GHOR Nederland en GGD Nederland zijn per 1 januari samengegaan in GGD/GHOR Nederland, de vereniging voor Publieke Gezondheid en Veiligheid.

De praktijk moet uitwijzen of hetgeen in planvorming is vastgelegd, daadwerkelijk een oplossing biedt. Grootschalige incidenten zullen altijd blijven vragen om een flexibele inzet van hulpverleners.

De inspecties benadrukken in het rapport dat het terugkerende knelpunten betreft. Gezien het belang van een adequate oplossing van de knelpunten, verwachten de inspecties dat de aanbevelingen bijdragen tot verbeteringen van al datgene wat nodig is aan zorg van slachtoffers bij grootschalige incidenten.

De inspecties zijn erkentelijk voor de betrokkenheid en medewerking van de bij het onderzoek betrokken organisaties en geïnterviewde functionarissen.

Den Haag, mei 2014

Het Hoofd van de Inspectie
Veiligheid en Justitie

J.G. Bos

Inspecteur-generaal van de Inspectie
voor de Gezondheidszorg

dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde

Samenvatting

Aanleiding

Slachtofferregistratie is van belang voor de kwaliteit en capaciteit van zorg aan gewonde slachtoffers en voor de informatievoorziening aan verwanten en bestuurders. Dat klinkt eenvoudig, maar het gaat om een complex proces waarbij veel verschillende partijen zijn betrokken. De Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder te noemen: de inspecties) constateerden in meerdere onderzoeken⁴ naar groot-schalige incidenten in de afgelopen vijf jaar knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie.

De inspecties deden aanbevelingen in de onderzoeksrapporten om deze knelpunten op te lossen. Mede naar aanleiding van deze aanbevelingen zijn door het kabinet en landelijke koepelorganisaties toezeggingen gedaan, initiatieven ontplooid en producten ontwikkeld. In 2012 besloten de inspecties een onderzoek te doen naar de stand van zaken rondom terugkerende knelpunten.

Onderzoek

Het doel van dit onderzoek is vast te stellen in hoeverre de, in meerdere inspectieonderzoeken gesignaleerde knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie, daadwerkelijk zijn opgepakt en al dan niet opgelost.

De hoofdvraag die de inspecties met dit onderzoek beantwoorden luidt:

In hoeverre zijn de terugkerende knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie opgepakt?

De inspecties hebben de hoofdvraag opgesplitst in de volgende deelvragen:

- Welke knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie kwamen naar voren in meerdere inspectierapporten naar grootschalige incidenten?
- Hoe wordt binnen de veiligheidsregio's invulling gegeven aan de (taak)uitvoering rond deze knelpunten?
- Welke landelijke initiatieven en ontwikkelingen zijn gaande en in welke mate dragen deze bij aan een oplossing van de knelpunten?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, is een inventarisatie gemaakt van knelpunten in de inspectieonderzoeken naar grootschalige incidenten in de afgelopen vijf jaar. Voorts zijn alle 25 veiligheidsregio's schriftelijk bevraagd, hebben zij relevante informatie aangeleverd en is een selectie van zes regio's geïnterviewd. De bevindingen zijn, voorzien van conclusies en aanbevelingen, vastgelegd in voorliggend rapport.

⁴ Poldercrash 25 februari 2009, Koninginnedag in Apeldoorn 2009 en het Schietincident in 'De Ridderhof' Alphen aan den Rijn (2011).

Knelpunten eerdere onderzoeken

Uit de analyse van de inspectieonderzoeken naar grootschalige incidenten in de afgelopen vijf jaar, signaleerden de inspecties de volgende terugkerende knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie:

- de gewondenkaart wordt niet of beperkt gebruikt;
- de coördinator gewondenvervoer (CGV) is niet in staat om een actuele lijst van vervoerde slachtoffers bij te houden;
- de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) stuurt ziekenhuizen geen, onvolledige of niet-tijdige voorwaarschuwingen;
- de uitwisseling van slachtoffergegevens tussen de ziekenhuizen en het openbaar bestuur verloopt moeizaam;
- de gemeente slaagt er niet in om tijdig een overzicht van slachtoffers, waarmee verwanten en bestuurders kunnen worden geïnformeerd, samen te stellen.

Bevindingen, conclusies en aanbevelingen per knelpunt

De gewondenkaart

De gewondenkaart is ontwikkeld om op landelijk uniforme wijze gegevens vast te leggen ter ondersteuning van het triage⁵-, zorg⁶- en persoonsregistratieproces. Het gebruik van de kaart en de sturing hierop is vastgelegd in regelgeving en protocollen. Bij eerdere incidenten bleek echter dat de gewondenkaart nauwelijks werd gebruikt. Dat concluderen de inspecties ook weer in dit onderzoek: de kaart wordt zelden voor het registreren van slachtoffers gebruikt; als deze al wordt toegepast, gebeurt dat voor triagedoeleinden. Veel geneeskundige hulpverleners beschouwen de werkwijze met de gewondenkaart als een extra administratieve handeling, die onvoldoende aansluit bij de dagelijkse routine. Persoonsgegevens van slachtoffers zijn niet nodig voor het bepalen van de urgentie aan medische zorg en worden bovendien in de ambulance en/of het ziekenhuis geregistreerd. In de hectiek van een grootschalig incident vergeten hulpverleners de kaart daarom vaak of laten het gebruik ervan bewust achterwege.

Conclusie en aanbeveling

Ofschoon de discussie over het gebruik van de gewondenkaart al langere tijd gaande is en na grootschalige incidenten telkens weer bovenkomt, is er tot op heden nog geen concrete actie op ondernomen. De inspecties herhalen daarom de aanbeveling die zij aan het Veiligheidsberaad deden in het rapport over de treinbotsing in Amsterdam (2012) en geven hierbij een concrete termijn en een aanvulling over het eigenaarschap van de kaart:

Onderzoek de praktische (meer)waarde van de huidige gewondenkaart. Bepaal naar aanleiding van deze onderzoeksresultaten of en hoe het gebruik van de kaart moet worden gestimuleerd of biedt een alternatief. Benoem indien nodig in afstemming met GGD/GHOR Nederland en Ambulancezorg Nederland (AZN) een

⁵ Triage is het classificeren van slachtoffers van een (grootschalig) incident naar prioriteit van behandeling.

⁶ De gegevens op de kaart zijn medische gegevens op verschillende tijdstippen, waarmee de verschillende zorgverleners zich onder meer een beeld van letsel(s) en eventuele achteruitgang kunnen vormen.

eigenaar van de gewondenkaart. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van deze aanbeveling.

De coördinator gewondenvervoer

De CGV vervult meerdere taken bij grootschalige incidenten⁷. Een belangrijke taak in het kader van slachtofferregistratie is dat de CGV een overzicht bijhoudt van alle slachtoffers die per ambulance naar ziekenhuizen worden vervoerd. In eerdere incidentonderzoeken kwam naar voren dat de CGV hier niet of nauwelijks in slaagde. Dit had te maken met technische oorzaken en oorzaken aan de gebruikerskant van het communicatiesysteem C2000, waardoor de communicatie tussen onder meer de CGV en overige hulpverleners moeizaam verliep. Ook werden gewondenkaarten slechts beperkt gebruikt (zie hierboven). Daarnaast bleken knelpunten in de taakinrichting en taakuitvoering van de CGV: de locatie waar de CGV werkzaam is en zijn uitgebreide takenpakket.

De inspecties constateren in dit onderzoek dat het knelpunt rondom de vele taken van de CGV nog open staat. Er zijn ontwikkelingen gaande, waarbij de verantwoordelijkheid voor de CGV mogelijk wordt verlegd van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) naar de Regionale Ambulancevoorziening (RAV). Dit lijkt echter vooralsnog geen oplossing te bieden voor diens uitgebreide takenpakket. De locatie (plaats incident of MKA) waar de CGV zijn taken uitvoert varieert per regio. Voor beide locaties zijn goede argumenten te bedenken, maar de inspecties benadrukken het belang van een landelijk uniforme taakuitvoering van de CGV. Bij bovenregionale inzet moet, zeker in een hectische rampsituatie, de werkwijze ook voor ambulances uit andere regio's glashelder zijn.

Een tweetal actuele technische ontwikkelingen kan een bijdrage leveren aan de taakuitvoering van de CGV. Ten eerste is een verbetertraject C2000⁸ gestart, dat de communicatie bij grootschalige incidenten tussen hulpverleners moet optimaliseren. Ten tweede is een groot deel van de RAV's inmiddels aangesloten op de nieuwe landelijke server Ritlogging⁹. Deze server is een onderdeel van het ICT-project Pariter. Met de server kan onder meer bij grootschalige incidenten informatie worden verzameld over de per ambulance vervoerde slachtoffers in zowel de incidentregio als in andere betrokken regio's. Dit zou een deel van de taak van de CGV kunnen vervangen. Beide ontwikkelingen bieden goede perspectieven, maar de werking ervan is afhankelijk van een degelijke implementatie in alle veiligheidsregio's.

⁷ De CGV heeft als kerntaken: het registreren van per ambulance vervoerde slachtoffers en het coördineren van de gewondenafvoer, de gewondenspreiding en het ambulancevervoer (zie verder hoofdstuk 4).

⁸ De inspectie VenJ zal binnenkort rapporteren over de stand van zaken ten aanzien van de verbetertrajecten C2000.

⁹ De server Ritlogging is een onderdeel van het ICT-project Pariter, ontwikkeld door Ambulance Nederland in overleg met GHOR Nederland. Het bouwt voort op reguliere systemen en dient om de onderlinge informatievoorziening tussen RAV's en met ketenpartners te stroomlijnen.

Conclusie en aanbeveling

Ofschoon goede initiatieven in gang zijn gezet, is het knelpunt rondom de CGV-taken volgens de inspecties nog niet volledig opgepakt. Zij bevelen het Veiligheidsberaad samen met GGD/GHOR Nederland en AZN aan:

Bepaal met de ontwikkeling van de landelijke server Ritlogging van Pariter welke gegevens de CGV moet registreren om diens taken te kunnen uitvoeren. Faciliteer vervolgens de functionaris met de juiste mensen en middelen en borg voor 1 januari 2015 dat de functie landelijk uniform wordt uitgevoerd. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van deze aanbeveling.

Voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen

Tijdens eerdere onderzoeken kwam naar voren dat ziekenhuizen niet (tijdig) of onvolledig werden geïnformeerd door de MKA over een grootschalig incident. Hierdoor konden ziekenhuizen zich niet altijd optimaal voorbereiden op de komst van grote aantallen slachtoffers. In dit onderzoek concluderen de inspecties dat inmiddels –op papier– in vrijwel alle regio's aandacht is voor het belang van het geven van een voorwaarschuwing aan ziekenhuizen door de MKA tijdens grootschalige incidenten. In de documentatie signaleren de inspecties echter dat niet of summier is vastgelegd welke informatie een voorwaarschuwing dient te bevatten. Ook is onvoldoende geborgd dat ziekenhuizen gedurende het gehele incident geïnformeerd moeten blijven en niet alleen bij het begin.

Conclusie en aanbeveling

Hoewel er stappen zijn gezet, is het knelpunt rond de voorwaarschuwing aan ziekenhuizen nog niet geheel opgepakt. De inspecties bevelen aan de RAV aan:

Borg dat de MKA ziekenhuizen bij aanvang van en gedurende een grootschalig incident op uniforme wijze informeert over het incident en de (verwachte) komst van slachtoffers, qua aantal en aard van hun verwondingen. Informeer de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor 1 januari 2015 over de wijze van borging.

Uitwisseling van slachtoffergegevens tussen ziekenhuizen en het openbaar bestuur

De uitwisseling van slachtoffergegevens tussen ziekenhuizen en het openbaar bestuur was tijdens eerdere incidenten vaak een delicaat punt. Dit had met name te maken met onzekerheid over het schenden van de privacy van patiëntgegevens. In 2012 en 2013 is de Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises¹⁰ ontwikkeld en geïmplementeerd. In de meeste veiligheidsregio's zijn ten tijde van het verschijnen van dit rapport convenanten tussen de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) en de ziekenhuizen opgesteld. Het openbaar bestuur, ziekenhuizen en betrokken hulpverleners weten welke gegevens van slachtoffers wel en welke niet uitgewisseld mogen worden. Ook is duidelijk beschreven hoe de informatievoorziening tijdens een crisis georganiseerd is.

¹⁰ Handreiking afspraken tussen ziekenhuizen en openbaar bestuur over slachtofferregistratie bij rampen en crises (2012).

Conclusie

Op papier is hiermee het knelpunt en de daarbij behorende aanbeveling over informatie-uitwisseling van slachtoffergegevens opgepakt.

Slachtofferoverzicht voor het informeren van verwanten en bestuurders

Om verwanten tijdens grootschalige incidenten snel te kunnen informeren over de verblijfplaats van slachtoffers, is het belangrijk dat zo snel mogelijk een overzicht van deze slachtoffers beschikbaar is. Daarnaast hebben bestuurders een slachtofferoverzicht nodig om hun taken op het gebied van de rampenbestrijding, zoals de crisiscommunicatie en nazorg, te kunnen uitvoeren.

Uit eerdere inspectieonderzoeken bleek dat onvoldoende afstemming tussen betrokken partijen en misverstanden bij de verificatie van gewonde en overleden slachtoffers tot grote vertraging leidde in het samenstellen van slachtofferoverzichten. In de kabinetsreacties op de onderzoeken naar de Poldercrash (2009) en Koninginnedag in Apeldoorn (2011) geven de betrokken ministers aan dat er een eenduidige systematiek en werkwijze moet komen voor het lokaliseren, registreren en volgen van slachtoffers. Deze dient zoveel mogelijk gebaseerd te zijn op de dagelijkse praktijk. De recente totstandkoming van de Slachtoffer Informatie Systematiek (SIS) onder aansturing van het Veiligheidsberaad en de prestatie-eisen, zoals benoemd door de commissie Bruinooge, kunnen hieraan volgens de inspecties een belangrijke bijdrage leveren. Een belangrijk knelpunt uit eerdere onderzoeken is hiermee landelijk uniform opgepakt. Daarnaast geeft de commissie Bruinooge in de rapportage 'Bevolkingszorg op Orde, Vrijblijvendheid voorbij' aan dat in de crisiscommunicatie vermeld moet worden dat de primaire doelstelling het informeren van verwanten is en dus niet het kunnen overleggen van een slachtofferlijst aan publiek en media. Daarmee is ook het knelpunt van een realistisch verwachtingenmanagement deels opgepakt.

De inspecties constateren ook een aantal aandachtspunten. Conform SIS dienen zelfredzame slachtoffers gefaciliteerd te worden bij het opnemen van contact met hun naasten. In SIS is echter niet duidelijk benoemd welke categorieën slachtoffers als zelfredzaam worden beschouwd. Ook moet helder zijn welke aanvullende voorzieningen getroffen moeten worden om de zelfredzamen te ondersteunen. De inspecties constateren verder dat SIS niet voor alle geconstateerde knelpunten een oplossing biedt. Bij SIS is bewust de keuze gemaakt om slachtoffers niet te registreren voor andere doelen dan verwanteninformatie. Dit is volgens de inspecties een begrijpelijke en duidelijke keuze. Het doel van slachtofferregistratie is daarmee niet het opstellen van een volledige lijst van alle personen betrokken bij een incident. Dat zal naar mening van de inspecties bij grootschalige incidenten ook niet lukken. Wel verwachten de inspecties dat informatie over slachtoffers ook nodig is als input voor andere processen zoals de inrichting van de acute zorg, crisiscommunicatie en nazorg. Het is nog niet duidelijk welke informatie nodig is voor de uitvoering van andere processen en taken. Gegevens, opgevraagd in het kader van SIS en de Handreiking afspraken openbaar bestuur en ziekenhuizen (zie hoofdstuk 6), zouden hiervoor wel gebruikt kunnen worden.

Alle veiligheidsregio's hebben de gemeentelijke slachtofferregistratie in planvorming beschreven. In de meeste regio's zijn afspraken gemaakt over de taakverdeling bij slachtofferregistratie. In vrijwel geen van de ontvangen documenten staan specifieke afspraken over de uitwisseling van informatie tussen de gemeente en andere partijen, zoals de GHOR. In alle veiligheidsregio's worden slachtoffergegevens bij grootschalige incidenten door meerdere partijen vastgelegd. Hoewel deels onvermijdelijk, bijvoorbeeld omdat de triageklasse van een slachtoffer in de loop van het incident kan wijzigen, maakt dit het slachtofferregistratieproces inefficiënt. Tot slot constateren de inspecties dat ook het knelpunt rond de misverstanden bij de verificatie van gewonde en overleden slachtoffers nog niet is opgelost.

Conclusie en aanbevelingen

Hoewel een aantal goede stappen is gezet om het knelpunt in de informatievoorziening aan verwanten en bestuurders op te lossen, signaleren de inspecties nog een aantal lacunes en doen daarom de volgende aanbevelingen:

Aan het Veiligheidsberaad:

Ga na welke informatie over slachtoffers bestuurders nodig hebben voor andere relevante processen en taken naast het informeren van verwanten. Bepaal hierbij in hoeverre huidige afspraken en registratiesystemen voor slachtofferregistratie (zoals SIS) hieraan voldoen. Maak duidelijk aan pers en publiek welke informatie bij grootschalige incidenten op welke termijn verwacht kan worden. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van de aanbeveling en de gemaakte afspraken.

Aan de Veiligheidsregio's:

Zorg dat de GHOR, RAV en gemeenten van elkaar weten welke gegevens door welke partij worden geregistreerd en maak afspraken met deze partijen over het uitwisselen van slachtoffergegevens. Zorg dat de hulpverleners (in het veld) van de verschillende diensten op de hoogte zijn van deze afspraken. Stel hiervoor een plan van aanpak op zodat helder is welke concrete acties noodzakelijk zijn. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van deze aanbeveling.

Tot slot

De inspecties concluderen dat op het gebied van slachtofferregistratie op papier recent een aantal stappen is gezet. Knelpunten rond de informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen en het openbaar bestuur en het waarschuwen van ziekenhuizen zijn (deels) opgepakt en in de planvorming en convenanten van veiligheidsregio's vastgelegd. Ook heeft het Veiligheidsberaad met het vaststellen van de Slachtoffer Informatie Systematiek (SIS) de slachtofferregistratie voor verwanteninformatie landelijk uniform opgepakt. De praktijk moet uitwijzen of hetgeen in planvorming is vastgelegd, ook daadwerkelijk een oplossing biedt. Op papier kan iets nog zo goed zijn vastgelegd, de praktijk en zeker die tijdens grootschalige incidenten, is weerbarstig en zal altijd blijven vragen om een flexibele inzet van hulpverleners. De inspecties benadrukken daarom het belang van opleiden, trainen en (blijven) oefenen van hulpverleners.

Vier knelpunten zijn volgens de inspecties nog niet of onvoldoende opgepakt. Ten eerste betreft dat de gewondenkaart. Hoewel voorgeschreven in regelgeving en protocollen blijkt uit dit onderzoek ook weer dat de gewondenkaart nog steeds niet of nauwelijks wordt gebruikt. Ondanks dat de discussie over het gebruik van de kaart na elk grootschalig incident weer opstart en de inspecties hierover al meerdere aanbevelingen hebben gedaan, is op dit knelpunt nog geen actie ondernomen. Ten tweede vragen de inspecties aandacht voor de knelpunten in het uitgebreide takenpakket en de taakuitvoering van de CGV. Ontwikkelingen, zoals het verbetertraject C2000 en de landelijke server Ritlogging van Pariter kunnen hieraan bijdragen maar zijn niet voldoende om het knelpunt, dat de CGV niet in staat is om een actuele lijst van slachtoffers bij te houden, in zijn geheel op te lossen. Ten derde is het knelpunt rond de voorwaarschuwing aan ziekenhuizen gedeeltelijk opgepakt. In de planvorming van de veiligheidsregio's is dit als actiepunt opgenomen maar is niet beschreven welke informatie een voorwaarschuwing moet bevatten. Tot slot heeft het Veiligheidsberaad met het vaststellen van SIS een belangrijke vooruitgang geboekt om tot een eenduidige slachtofferregistratie te komen. De inspecties zien dit als positieve ontwikkeling voor verwanteninformatie. Het doel van slachtofferregistratie is daarmee niet het opstellen van een volledige lijst van alle personen betrokken bij een incident. Dat zal naar mening van de inspecties bij grootschalige incidenten ook niet lukken. Wel verwachten de inspecties dat informatie over slachtoffers ook nodig is als input voor andere processen zoals de inrichting van de acute zorg, crisiscommunicatie en nazorg. Het is nog niet duidelijk welke informatie nodig is voor de uitvoering van andere processen en taken.

De gesignaleerde knelpunten brengen risico's met zich mee voor de kwaliteit en capaciteit van zorg aan gewonde slachtoffers en voor een snelle en juiste informatievoorziening aan verwanten en bestuurders. De inspecties benadrukken hierbij dat het terugkerende knelpunten betreft. Gezien het belang van een adequate oplossing van deze knelpunten, verwachten de inspecties dat de partijen de noodzakelijke verbetermaatregelen treffen. De inspecties willen met de aanbevelingen van dit onderzoek onder andere bereiken dat de betrokken partijen een duidelijke keuze maken voor het doel en de wijze van uitvoering van slachtofferregistratie. Daarnaast moet zowel voor pers, publiek en bestuurders duidelijk worden welke informatie over slachtoffers bij grootschalige incidenten verwacht kan worden.

1

Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2012 onderzochten de Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), verder te noemen de inspecties, gezamenlijk de slachtofferregistratie en de grootschalige geneeskundige hulpverlening na de treinbotsing in Amsterdam¹¹. De inspecties definieerden slachtofferregistratie hierbij als het schriftelijk en/of digitaal vastleggen van identiteitskenmerken van al dan niet gewonde slachtoffers van een (grootschalig) incident¹². In dit onderzoek constateerden de inspecties dat de geneeskundige hulpverlening op hoofdlijnen goed was verlopen. Wel signaleerden de inspecties een aantal knelpunten op het gebied van het registreren van slachtoffers. Deels zijn deze knelpunten ook al in eerdere inspectieonderzoeken naar de Poldercrash (2009), Koninginnedag in Apeldoorn (2009) en het Schietincident in Alphen aan den Rijn (2011)¹³ gesignaleerd.

Het gaat om de volgende knelpunten. De gewondenkaart (dit is een kaart waarop vanaf de vindplaats de persoonlijke en medische registratie plaatsvindt en die steeds bij het slachtoffer blijft) werd bij de genoemde incidenten niet of slechts beperkt gebruikt. Ook verliep de communicatie en informatie-uitwisseling tussen de betrokken ziekenhuizen en rampbestrijdingsorganisaties niet optimaal. Ziekenhuizen werden niet tijdig geïnformeerd over de komst van gewonde slachtoffers en/of meerdere ziekenhuizen wilden in eerste instantie geen slachtoffergegevens vertrekken aan rampenbestrijdingsorganisaties. Ook was er vaak lange tijd onduidelijkheid over het aantal slachtoffers en hun identiteit. Dit leidde tot spanningen bij verwanten, hulpverleningsdiensten en bestuurders.

De gesignaleerde knelpunten op het gebied van slachtofferregistratie brengen risico's met zich mee voor de kwaliteit en capaciteit van zorg aan gewonde slachtoffers en leiden tot vertraging in de informatievoorziening aan verwanten en bestuurders. Mede op basis van slachtofferinformatie wordt de (grootschalige) geneeskundige hulpverlening aan de slachtoffers ingericht. Belangrijk is om te weten hoeveel gewonde slachtoffers er zijn en wat de aard en ernst van hun verwondingen is. Moeten zij vervoerd worden naar en behandeld worden in een ziekenhuis? Op basis van deze informatie kan dan een verdeling van

¹¹ Treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012.

¹² De omschrijving van de inspecties wijkt af van de door het veiligheidsberaad vastgestelde definitie voor slachtofferregistratie in het kader van het project Slachtoffer Informatie Systematiek (SIS). De inspecties willen slachtofferregistratie breder onderzoeken dan de in het project SIS beschreven systematiek. Naast het zo snel mogelijk en correct informeren van verwanten van niet-zelfredzame slachtoffers, kunnen onder meer het prioriteren van de benodigde zorg aan (gewonde) slachtoffers, publieksvoorlichting en nazorg aanleiding geven voor het registreren van slachtoffergegevens.

¹³ Poldercrash 25 februari 2009, Koninginnedag in Apeldoorn 2009 en het Schietincident in 'De Ridderhof' Alphen aan den Rijn (2011).

slachtoffers over ziekenhuizen worden gemaakt. Verder heeft het openbaar bestuur slachtofferinformatie onder meer nodig om¹⁴:

- verwanten te (laten) informeren over de verblijfplaats van hun naaste(n);
- de bevolking te kunnen informeren over de ernst van de situatie en de verwachtingen voor de komende periode (de 'crisiscommunicatie');
- nazorg te kunnen verlenen aan betrokkenen.

Bij grootschalige incidenten met veel slachtoffers is het dus van groot belang om de taken en processen binnen het proces slachtofferregistratie op orde te hebben.

Mede naar aanleiding van aanbevelingen in eerdere inspectieonderzoeken naar grootschalige incidenten zijn zowel door het kabinet, de landelijke koepelorganisatie van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR Nederland¹⁵), Ambulancezorg Nederland (AZN) en het Veiligheidsberaad toezeggingen gedaan, initiatieven ontplooid en producten ontwikkeld. Deze zouden tot een oplossing van de gesignaleerde knelpunten moeten leiden. Dit heeft onder meer geresulteerd in de 'Slachtoffer Informatie Systematiek' (SIS), de 'Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises' en het ICT-project Pariter. Een andere relevante ontwikkeling voor het proces slachtofferregistratie is de inwerkingtreding van de Tijdelijke wet ambulancezorg (per 1 januari 2013). Met de beleidsregels bij deze wet¹⁶ is de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) verantwoordelijk voor het hebben van een slachtoffervolgsysteem. In zowel de Tijdelijke wet ambulancezorg als de Wet veiligheidsregio's staat dat het bestuur van de veiligheidsregio's verantwoordelijk is voor het maken van afspraken met onder meer de RAV over de voorbereiding op en inzet bij rampen en crises. In achterliggende regelgeving¹⁷, behorend bij de Wet veiligheidsregio's, staan de taken van de gemeente en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) op het gebied van slachtofferregistratie.

Gezien de terugkerende knelpunten en de ontwikkelingen binnen het proces slachtofferregistratie, besloten de inspecties om hiernaar in 2012 nader onderzoek te doen.

¹⁴ Wet veiligheidsregio's (art. 7 en 39) en Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding 2003/2008 (paragraaf 3.7.4 en 3.7.8). Bij een lokale ramp of crisis liggen deze verantwoordelijkheden bij de burgemeester van betreffende gemeente. Bij een bovenlokale ramp liggen deze bij de voorzitter van de veiligheidsregio.

¹⁵ GHOR Nederland en GGD Nederland zijn per 1 januari 2014 samengegaan in GGD/GHOR Nederland, de vereniging voor Publieke Gezondheid en Veiligheid.

¹⁶ Beleidsregels bij de Tijdelijke wet ambulancezorg (art. 21).

¹⁷ Besluit veiligheidsregio's (art. 2.1.3) en Regeling Personeel veiligheidsregio's.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is vast te stellen in hoeverre de in meerdere inspectieonderzoeken gesignaleerde knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie¹⁸, daadwerkelijk zijn opgepakt en al dan niet opgelost.

De hoofdvraag die de inspecties met dit onderzoek beantwoorden luidt:

In hoeverre zijn de terugkerende knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie opgepakt?

De inspecties hebben de hoofdvraag opgesplitst in de volgende deelvragen:

- Welke knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie kwamen naar voren in meerdere inspectierapporten naar grootschalige incidenten?
- Hoe wordt binnen de veiligheidsregio's invulling gegeven aan de (taak)uitvoering rond deze knelpunten?
- Welke landelijke initiatieven en ontwikkelingen zijn gaande en in welke mate dragen deze bij aan een oplossing van de knelpunten?

1.3 Afbakening

Dit onderzoek richt zich op de terugkerende knelpunten in de gemeentelijke en geneeskundige slachtofferregistratie, gesignaleerd in eerdere inspectieonderzoeken. Registratie door andere partijen, zoals de politie of slachtofferhulp, maakt daarom geen deel uit van het onderzoek.

1.4 Onderzoeksaanpak

Voor dit onderzoek hebben de inspecties de volgende activiteiten ondernomen:

1. In kaart brengen van knelpunten in eerdere inspectieonderzoeken.

De inspecties hebben uit het rapport Organisatie van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (2009)¹⁹ en uit de incidentrapporten naar de Poldercrash (2009), Koninginnedag in Apeldoorn (2009), het Schietincident in Alphen aan den Rijn (2011) en

¹⁸ Bij aanvang van het onderzoek namen de inspecties ook gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand mee als onderzoeksthema's. Zowel in eerdere inspectieonderzoeken als uit de bevindingen van dit onderzoek kwamen voor deze thema's geen knelpunten met negatieve gevolgen of ongewenste risico's naar voren. De inspecties hebben daarom lopende het onderzoek besloten deze onderwerpen niet mee te nemen in de eindrapportage.

¹⁹ GHOR stond voorheen voor Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Met de invoering van de Wet veiligheidsregio (per 01-10-2010) staat de afkorting GHOR voor Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio.

de Treinbotsing in Amsterdam (2012) vijf terugkerende knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie geconstateerd.

2. Uitzetten van schriftelijke vragenlijsten bij alle 25 veiligheidsregio's.

De vragen gingen enerzijds in op eigen ervaringen met en verbeteringen in het proces slachtofferregistratie. Anderzijds richtten de vragen zich op de taakverdeling binnen dit proces en de borging ervan. Ook vroegen de inspecties specifiek in welke documenten afspraken en procedures zijn vastgelegd. De inspecties hebben van alle 25 regio's de vragenlijst ingevuld retour ontvangen.

3. Interviews in zes geselecteerde veiligheidsregio's.

De inspecties voerden in zes regio's verdiepende gesprekken met functionarissen op operationeel en/of bestuurlijk niveau. Het betrof de volgende regio's: Brabant Zuidoost, Friesland, Haaglanden, IJsselland, Limburg Zuid en Noord-Holland Noord. De selectie is gemaakt op basis van geografische spreiding en de analyse van de vragenlijsten. In het kader van verlichting van de inspectiedruk is ook meegenomen of regio's recent een inspectiebezoek hadden ontvangen. Van alle gesprekken zijn verslagen opgesteld. Deze zijn voor controle op feitelijke onjuistheden aan de gesprekspartners voorgelegd. In de rapportage zijn als toelichting enkele citaten (anoniem) uit de gesprekken gebruikt.

4. Gesprekken met koepelorganisaties GHOR Nederland²⁰ en AZN.

Gedurende het onderzoek spraken de inspecties meermaals met de koepelorganisaties over initiatieven en ontwikkelingen op het gebied van slachtofferregistratie.

5. Opvragen van aanvullende documentatie bij alle 25 veiligheidsregio's.

De inspecties hebben bij alle regio's de aanwezige plannen en procedures over slachtofferregistratie opgevraagd. Als regio's al eerder documenten hadden gestuurd, bijvoorbeeld in het kader van de interviews, is gevraagd of deze nog actueel waren. Twee regio's hebben geen documenten aangeleverd, de overige regio's hebben de beschikbare documenten opgestuurd.

6. Overige gebruikte informatie.

Voor het onderzoek hebben de inspecties gebruik gemaakt van (documenten die zijn opgevraagd voor) de Staat van de Rampenbestrijding 2013. Het ging hierbij om de crisisplannen en de gemeentelijke deelplannen.

7. Opstellen van een eindrapportage met bevindingen, conclusies en aanbevelingen.

De inspecties hebben de informatie uit de vragenlijsten, interviews, gesprekken, documenten en wet- en regelgeving in samenhang bekeken om te beoordelen in hoeverre de vijf knelpunten zijn opgepakt en waar mogelijk nog verbeteringen te realiseren zijn.

²⁰ GHOR Nederland en GGD Nederland zijn per 1 januari 2014 samengegaan in GGD/GHOR Nederland, de vereniging voor Publieke Gezondheid en Veiligheid.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven de inspecties een uitgebreide beschrijving van het proces slachtofferregistratie. Deze biedt inzicht in de verschillende betrokken partijen, hun (wettelijke) taken en verantwoordelijkheden en met name ook de complexiteit van het proces. Hoofdstuk 3 tot en met 7 behandelen ieder een van de vijf gesignaleerde knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken. In elk hoofdstuk worden achtereenvolgens een inleiding, analyse van het knelpunt in eerdere inspectie-onderzoeken, de huidige (taak)uitvoering rondom het knelpunt en relevante landelijke ontwikkelingen beschreven. Elk hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf.

Bijlage 1: Wettelijk kader

Bijlage 2: Afkortingenlijst

2

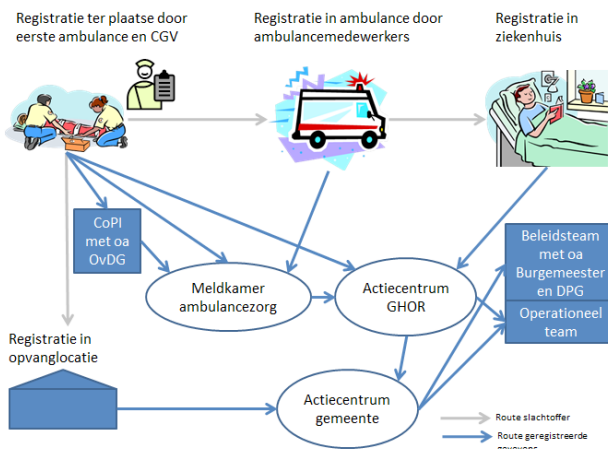
Beschrijving proces registratie en uitwisseling van slachtoffergegevens

2.1 Inleiding

Grootschalige incidenten met veel slachtoffers veroorzaken bij verschillende partijen een grote informatiebehoefte. Geneeskundige hulpverleners hebben informatie over gewonde slachtoffers nodig om de benodigde zorg te kunnen bepalen, organiseren en verlenen. Verwanten willen weten of hun naaste hierbij is betrokken en wat zijn/haar gezondheidstoestand en locatie is. Het openbaar bestuur heeft slachtofferinformatie onder meer nodig voor de crisiscommunicatie, verwanteninformatie en nazorg.

Om informatie over de slachtoffers van grootschalige incidenten te verzamelen vindt registratie plaats. Hierbij zijn meerdere partijen betrokken in verschillende rollen met verschillende doelen en belangen. Dit leidt tot een deels verschillende behoefte aan en registratie van slachtofferinformatie. Andere gegevens worden door meerdere partijen geregistreerd, zoals triageklasse. Daarnaast is uitwisseling van gegevens noodzakelijk, omdat niet alle partijen zelf over de benodigde informatie beschikken.

Een schematische weergave van betrokken partijen²¹ bij zowel de geneeskundige als de gemeentelijke slachtofferregistratie staat weergegeven in onderstaand figuur.



Afbeelding 1. Schematische weergave van betrokken partijen bij geneeskundige en gemeentelijke slachtofferregistratie

²¹ Registratie ter plaatse gebeurt in de praktijk ook door andere geneeskundige partijen, zoals een MMT en Sigmateams van het NRK. Hierop wordt in dit rapport niet nader ingegaan.

2.2 Betrokken partijen bij slachtofferregistratie

Onderstaand worden de (wettelijke) taken en verantwoordelijkheden beschreven van betrokken partijen bij zowel de geneeskundige als de gemeentelijke slachtofferregistratie. De volgorde van de beschrijving is zoveel mogelijk gebaseerd op de volgorde van betrokkenheid van partijen bij een grootschalig incident.

Bij een grootschalig incident met veel slachtoffers wordt de geneeskundige hulpverlening opgeschaald. Dit betekent dat de normale bezetting van personeel en middelen wordt vertaald naar een bezetting, die nodig is bij een grootschalig incident. Slachtoffers moeten immers zo goed en snel mogelijk worden geholpen. Ook wordt de aansturing van de zorg aangepast. De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) zorgt in de opgeschaalde situatie voor de coördinatie, regie en aansturing van de geneeskundige zorg. Deze heeft daarvoor informatie nodig over het aantal slachtoffers, de aard en ernst van hun verwondingen, hun locatie(s) en de beschikbare geneeskundige hulpverlening.

De GHOR²² valt onder de verantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio en staat onder leiding van een Directeur Publieke Gezondheid (DPG). Namens het bestuur van de veiligheidsregio maakt de DPG afspraken met onder meer ziekenhuizen en de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) over hun inzet bij rampen en crises en de voorbereiding daarop. De RAV is zowel verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en doeltreffende ambulancezorg als voor de instandhouding van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA)²³.

Zodra een grootschalig incident met veel slachtoffers heeft plaatsgevonden, komen hierover meldingen binnen op de MKA. De MKA²⁴ is onder meer belast met het registreren van alle ambulanceritten. Daarnaast verzamelt de MKA algemene slachtofferinformatie over het incident: het aantal slachtoffers, hun triageklasse²⁵ en locatie. Deze informatie komt van de eerste en andere ingezette ambulances en van GHOR-functionarissen op het plaats incident. De MKA heeft deze informatie onder meer nodig om te beslissen over de meest effectieve inzet en eventuele opschaling van geneeskundige hulpverleningsdiensten en om een incident- en slachtofferbeeld op te stellen. Het incident- en slachtofferbeeld wordt gedeeld met andere rampbestrijdingsorganisaties opdat deze daarmee beter onderbouwde beslissingen kunnen nemen.

²² Wet veiligheidsregio's (art. 10, 32 en 33) en Beleidsregels bij de Tijdelijke wet ambulancezorg (art. 20).

²³ Wet veiligheidsregio's (art. 35 lid 1) en Tijdelijke wet ambulancezorg (art. 4 lid 2).

²⁴ Wet veiligheidsregio's (art. 35), Besluit veiligheidsregio's (art. 2.2.4 en 2.4.1), Nota van Toelichting bij Besluit veiligheidsregio's en Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding 2003/2008 (paragraaf 3.5.1).

²⁵ Triage dient om de vitale functies van slachtoffers te beoordelen om daarmee de slachtoffers te kunnen indelen in volgorde van urgentie van behoefte aan medische zorg. Er zijn verschillende triageklassen (zie Hoofdstuk 3 Gebruik van de gewondenkaart).

Bij grootschalige incidenten met veel slachtoffers heeft de **bemanning van de eerste ambulance** ter plaatse een speciale rol²⁶. De verpleegkundige coördineert de geneeskundige hulpverlening tot de Officier van Dienst-Geneskundig (OvD-G, zie volgende alinea) ter plaatse komt. In een snelle globale triage beoordeelt de verpleegkundige de vitale functies van slachtoffers en legt het resultaat vast op de gewondenkaarten²⁷. Indien nodig verricht hij kortdurende levensreddende handelingen. Op basis van de triage stelt de bemanning van de eerste ambulance een slachtofferbeeld op en geeft dit door aan de MKA of aan de OvD-G, zodra deze ter plaatse is. Deze partijen kunnen dit beeld gebruiken om de behoefte aan medische zorg en bovenregionale bijstand te bepalen.

In de opgeschaalde situatie hebben meerdere GHOR-functionarissen op plaats incident een taak binnen het proces slachtofferregistratie. De **OvD-G**²⁸ geeft leiding aan de geneeskundige hulpverlening ter plaatse en stuurt de registratie van belangrijke gegevens aan. Hij neemt deel aan het multidisciplinaire overleg met leidinggevende functionarissen ter plaatse van de politie en de brandweer (Commando Plaats Incident, CoPI) en deelt hierin onder meer het slachtofferbeeld. De uitvoering van de slachtofferregistratie gebeurt door andere functionarissen, zoals de coördinator gewondenvervoer (CGV)²⁹.

Conform wet- en regelgeving ondersteunt de **CGV**³⁰ de MKA op plaats incident in het verwerken van de informatie en het verminderen van de communicatiedruk bij een grootschalig incident. Met behulp van gewondenkaarten stelt de CGV een overzicht op van alle slachtoffers, die per ambulance worden vervoerd. Hij stemt de slachtofferregistratie af met het Actiecentrum GHOR (Ac GHOR, zie volgende alinea) en geeft de MKA en het Ac GHOR, zodra dit is ingericht, gevraagd en ongevraagd een totaaloverzicht van de vervoerde slachtoffers en de aan hen toegewezen ziekenhuisbestemming. Dit mede ten behoeve van het Centraal Registratie- en Informatiebureau (CRIB) van de gemeente (zie onderstaande alinea).

Via andere coördinerende GHOR-functionarissen op plaats incident probeert de CGV een actueel overzicht te houden van slachtoffers die vervoersgereed zijn, hun afhaallocatie, triageklasse en prioriteit. Dit overzicht heeft de CGV nodig voor het uitvoeren van diens overige taken: het coördineren van de gewondenafvoer en -spreiding en ambulancebijstand. Deze taken worden in nauw overleg met de MKA afgestemd en uitgevoerd. In het kader van de gewondenspreiding kan de CGV de MKA bij grootschalige incidenten opdracht

²⁶ Landelijk Protocol Ambulancezorg, versie 7.2 (paragraaf 5.3) en Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding 2003/2008 (paragraaf 3.5.1).

²⁷ De gewondenkaart is een kaart voor landelijk uniforme triage en registratie. Hierop kunnen zowel persoonsgegevens als triageklasse worden ingevuld. De kaart is beschikbaar op de ambulances en in GHOR-voertuigen. De gewondenkaart blijft vanaf de vindplaats bij het slachtoffer.

²⁸ Regeling personeel veiligheidsregio's (Bijlage B, supplement h). Bij diens werkzaamheden is niet nader omschreven wat belangrijke gegevens zijn.

²⁹ Conform de Regeling personeel veiligheidsregio's heeft ook het Hoofd Gewondennest een registratietaak (Bijlage B, supplement d).

³⁰ Regeling personeel veiligheidsregio's (Bijlage B, supplement b).

geven om ziekenhuizen te alarmeren. Veel ziekenhuizen zijn in de reguliere situatie niet toegerust op de behandeling en opname van grote aantallen (zwaar)gewonde slachtoffers. Op basis van een voorwaarschuwing dat een grootschalig incident heeft plaatsgevonden en dat er (mogelijk) grote stromen slachtoffers (met bepaalde typen letsels) aankomen, kunnen ziekenhuizen beslissen over de noodzaak tot opschaling om de toestroom van gewonden aan te kunnen. Daarbij kunnen ze reguliere logistieke zorgprocessen zo nodig aanpassen om extra capaciteiten te creëren.

De GHOR kan een **Actiecentrum GHOR (Ac GHOR)**³¹ inrichten om te ondersteunen bij het uitvoeren van geneeskundige hulpverleningsactiviteiten. Het Ac GHOR heeft onder meer informatieverwerking en -voorziening tot taak. Het Ac GHOR rapporteert en adviseert aan de betrokken GHOR-functionaris in het operationeel team³². Daarbij kan het gaan om beleidsvragen maar ook om operationele informatie.

Per **ambulance** vervoerde slachtoffers worden bij grootschalige incidenten, net als in de reguliere situatie, door de betreffende ambulancemedewerkers op een ambulanceritformulier geregistreerd. Daarnaast kunnen ambulancemedewerkers de gewondenkaarten gebruiken. De Regionale Ambulancevoorziening (RAV)³³ dient voor de opgeschaalde situatie ook te beschikken over een slachtoffersvolgsysteem: een systematiek om slachtoffers te registreren en te volgen.

Bij aankomst van een slachtoffer in een **ziekenhuis** vindt registratie door het ziekenhuis zelf plaats. De gewondenkaart, indien aanwezig, wordt al dan niet opgenomen in het medische dossier.

Hoewel niet wettelijk vastgelegd registreert de gemeente bij grootschalige incidenten vaak op de **opvanglocatie(s)**. Het gaat daarbij om identiteitskenmerken van aanwezige niet- en lichtgewonde slachtoffers. Een daartoe ingericht **gemeentelijk actiecentrum** of registratiecentrum, veelal CRIB genoemd³⁴, verzamelt en groepeerde deze gegevens. In wet- en regelgeving zijn geen nadere eisen gesteld aan de wijze waarop de gemeentelijke slachtofferregistratie moet worden uitgevoerd.

De gemeentelijke slachtofferregistratie dient met name om verwanten en het openbaar bestuur³⁵ te informeren. Voor verwanteninformatie is individuele slachtofferinformatie

³¹ Regeling personeel veiligheidsregio's (Bijlage B, supplement c en j) en Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding (paragraaf 3.5.1).

³² Een (regionaal) operationeel team is belast met de operationele leiding, de afstemming met andere bij de ramp of crisis betrokken partijen en het adviseren van het gemeentelijk of regionaal beleidsteam (Besluit veiligheidsregio's, art 2.1.4).

³³ Beleidsregels bij de Tijdelijke wet ambulancezorg (art. 21).

³⁴ Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding 2003/2008 (paragraaf 3.7.4).

³⁵ Wet veiligheidsregio's (art. 7 en 39) en Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding 2003/2008 (paragraaf 3.7.4 en 3.7.8). Bij een lokale ramp of crisis liggen deze verantwoordelijkheden bij de burgemeester van betreffende gemeente. Bij een bovenlokale ramp liggen deze bij de voorzitter van de veiligheidsregio.

nodig, informatie over de verblijfplaats van hun naaste(n). Het openbaar bestuur heeft algemene slachtofferinformatie nodig om de bevolking over het incident te kunnen informeren.

Voor een volledige en juiste slachtofferregistratie is het gemeentelijk actiecentrum mede afhankelijk van de wijze waarop andere partijen (zoals de GHOR en ziekenhuizen) hun taken op het gebied van slachtofferregistratie uitvoeren. De gemeente wordt bij grootschalige incidenten vaak verantwoordelijk gehouden voor het samenvoegen van de verschillende registraties van slachtoffergegevens tot een slachtofferlijst. Dit is echter geen wettelijke vereiste.

2.3 Knelpunten in het proces slachtofferregistratie

Slachtofferregistratie lijkt een eenduidig begrip maar blijkt in de praktijk complex te zijn. In meerdere incidentonderzoeken bleken zich knelpunten in dit proces voor te doen. Deze worden in de volgende hoofdstukken besproken. Het gaat om knelpunten op het gebied van:

- het gebruik van de gewondenkaart;
- de coördinator gewondenvervoer;
- de voorwaarschuwing aan ziekenhuizen;
- de uitwisseling van slachtoffergegevens met ziekenhuizen;
- het verkrijgen van een slachtofferoverzicht voor het informeren van verwanten en bestuurders.

3

Gebruik van de gewondenkaart

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het gebruik van de slachtofferregistratiekaart of (verder te noemen) gewondenkaart tijdens grootschalige incidenten centraal. Achtereenvolgens komen aan de orde het belang van het gebruik van de gewondenkaart en de door de inspecties in eerdere onderzoeken gesignaleerde knelpunten hieromtrent. Daarna volgt een beschrijving van de onderzoeksbevindingen over het huidig gebruik van de gewondenkaart en relevante landelijke ontwikkelingen. Het hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf.

Bij grootschalige incidenten met veel gewonde slachtoffers triëren en registreren de geneeskundige hulpverleners en GHOR-functionarissen slachtoffers op de plaats van het incident en in ter plaatse ingerichte behandelcentra. Triëren is het classificeren van slachtoffers van een (grootschalig) incident naar prioriteit van behandeling. Het doel is om te bepalen in welke volgorde slachtoffers geholpen moeten worden, opdat zoveel mogelijk slachtoffers het incident overleven en dat hun gezondheidsschade zoveel mogelijk beperkt blijft. Voor de triage en de registratie van slachtoffers, kunnen ambulancepersoneel en GHOR-functionarissen gebruik maken van de gewondenkaart³⁶.

The image shows a complex form titled 'PATIENTENDEGREE' and 'SECUNDAIRE TRIAGE VANAF GEWONDENST'. It is divided into several color-coded sections:

- Top Left (Red):** 'PATIENTENDEGREE' section containing patient identification fields (Name, Address, etc.) and a 'Hoofddiagnose' (Main diagnosis) section with checkboxes for various injuries.
- Top Middle (Red):** 'TRIAGE KLASSE 1' section, featuring a large white circle with the number '1' on a red background.
- Top Right (White):** 'TRIAGE' section with a grid for recording vital signs (E, M, V) and Glasgow Coma Scale (GCS) scores. It includes a 'Bevinding' (Findings) section with checkboxes for physical and pupillary examination.
- Middle (White):** 'SECUNDAIRE TRIAGE VANAF GEWONDENST' section, containing a table for recording patient status and treatment, and a 'Bevinding' section for recording vital signs and GCS scores.
- Bottom Left (Yellow):** 'PATIENTENDEGREE' section, identical to the top left, but with a 'TRIAGE KLASSE 2' section featuring a large white circle with the number '2' on a yellow background.
- Bottom Middle (White):** 'BEHANDELING' (Treatment) section, containing a table for recording treatment interventions.
- Bottom Right (Green):** 'TRIAGE KLASSE 3' section, featuring a large white circle with the number '3' on a green background.

Afbeelding 2. De gewondenkaart.

³⁶ De gewondenkaart is ontwikkeld op initiatief van de Raad van RGF-en (nu GGD/GHOR Nederland) en in 2007 landelijk ingevoerd.

De kaart is ontwikkeld voor het landelijk op een uniforme wijze vastleggen van triagegegevens, gegevens over eventuele verwondingen en persoonsgegevens van individuele slachtoffers. Hiermee is voor alle hulpverleners in een oogopslag zichtbaar tot welke triageklasse een slachtoffer behoort. Doordat iedereen met dezelfde kaart werkt en er dus vertrouwd mee is, kunnen snel gegevens worden opgezocht en uitgewisseld. Dit kan overzicht en tijdswinst bieden bij hulpverlening in een chaotische rampsituatie. Bijkomend voordeel is dat persoonsregistratie, die start in de beginfase van een incident, een moeilijke identificatie van slachtoffers, die op een later tijdstip buiten bewustzijn raken, kan voorkomen. Ook kunnen medeslachtoffers ter plaatse wellicht nog informatie aanleveren over niet aanspreekbare slachtoffers, voordat deze naar een ziekenhuis worden vervoerd. De kaart blijft bij het slachtoffer vanaf de eerste triage op het plaats incident tot de plaats waar het slachtoffer wordt opgevangen (bijvoorbeeld een opvangcentrum) of verder wordt behandeld (ziekenhuis). Een barcode met uniek nummer biedt mogelijkheden tot gebruik in geautomatiseerde systemen. Het gebruik van de kaart is opgenomen in de (inter) nationaal erkende MIMMS methodiek³⁷ en het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). De Regeling personeel veiligheidsregio's schrijft (sturing op) het gebruik van de gewondenkaart door GHOR-functionarissen voor in het kader van slachtofferregistratie.

3.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken

In het inspectierapport Organisatie van de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (2009) geven alle regionale GHOR-bureaus³⁸ aan de gewondenkaart te hebben geïmplementeerd en met ambulancediensten te hebben beoefend. Uit verschillende inspectieonderzoeken na 2009 blijkt echter dat de kaart bij incidenten niet of in zeer beperkte mate voor het triëren en registreren van slachtoffers wordt gebruikt. Zo constateren de inspecties in het onderzoek naar de Poldercrash (2009) dat de registratie van slachtoffers moeizaam verliep. Hoewel een goede registratie van slachtoffers gezien de omstandigheden geen eenvoudige opgave was, werden speciaal daarvoor ontwikkelde hulpmiddelen, zoals de gewondenkaart, beperkt gebruikt. Dit kwam mede omdat gewondenkaarten niet overal aanwezig waren. In het rapport Koninginnedag in Apeldoorn (2009) stellen de inspecties dat het opstellen van een slachtofferlijst niet soepel is verlopen, onder meer omdat ambulances geen gebruik

³⁷ MIMMS: Major Incident Medical Management and Support. MIMMS geeft een systematiek voor de prioritering van activiteiten van de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige incidenten. De MIMMS-systematiek heeft de status van professionele norm. Binnen de ambulance wereld is de MIMMS de landelijk geaccepteerde norm. Conform de MIMMS-systematiek worden slachtoffers ingedeeld in triageklassen T1 tot en met T4. T1: het slachtoffer is ernstig gewond en moet binnen 2 uur zijn opgenomen in een ziekenhuis. T2: het slachtoffer is gewond en moet binnen 6 uur opgenomen zijn in een ziekenhuis. T3: het slachtoffer is lichtgewond en kan ter plaatse worden behandeld en verzorgd. T4: deze categorie komt alleen voor in oorlogsomstandigheden. Het slachtoffer kan niet gered worden of is al overleden. Zie ook voetnoot 25.

³⁸ Ten tijde van dit onderzoek waren er nog 25 GHOR-regio's. Met de komst van de Wet veiligheidsregio's gingen deze op in 25 veiligheidsregio's. Per GHOR-regio was er een GHOR-bureau, dat de Regionaal Geneeskundig Functionaris (nu Directeur Publieke Gezondheid) ondersteunde bij het organiseren en uitvoeren van de taken op het gebied van de GHOR.

maakten van de gewondenkaart. Zij kozen voor registratie via het reguliere ambulanceritformulier. Anders dan bij de gewondenkaart blijft dan geen informatie bij de GHOR achter. Bij het schietincident in Alphen aan den Rijn (2011) besloten de hulpverleners ter plaatse geen gebruik te maken van de gewondenkaart omdat dit te tijdrovend was. Via de reguliere ambulanceritformulieren zou voldoende informatie verzameld worden voor de overdracht van een slachtoffer naar het ziekenhuis. Ook bij de treinbotsing in Amsterdam (2012) is maar beperkt gebruik gemaakt van gewondenkaarten.

Uit de bovenstaande analyse van de knelpunten volgt dat gewondenkaarten om meerdere redenen niet of zeer beperkt gebruikt worden: slachtoffers worden ook op een andere wijze geregistreerd, het invullen van de kaarten vraagt (te) veel tijd en/of gewondenkaarten zijn niet aanwezig.

De inspecties doen in het rapport naar de treinbotsing in Amsterdam (2012) de volgende aanbeveling over de gewondenkaart aan het Veiligheidsberaad: 'onderzoek de praktische (meer)waarde van de slachtofferregistratiekaart. Bepaal naar aanleiding van de onderzoeksresultaten of en hoe het gebruik van de kaart moet worden gestimuleerd of biedt een alternatief'. De minister van Veiligheid en Justitie verzoekt in zijn reactie op het rapport het Veiligheidsberaad om gehoor te geven aan de aanbeveling.

3.3 Huidig gebruik van de gewondenkaart

Gezien het belang van een landelijk uniforme triage en registratie kijken de inspecties in dit onderzoek naar het gebruik van de gewondenkaart en de borging ervan in planvorming.

Allereerst vroegen de inspecties of de regio's gebruik maken van de gewondenkaart. Van de 25 veiligheidsregio's antwoorden er 24 in de schriftelijke vragenlijst van dit onderzoek dat in de regio gebruik wordt gemaakt van de gewondenkaart. Vervolgens vroegen de inspecties hoe de regio's het gebruik van de gewondenkaart hebben vastgelegd. De inspecties constateren dat een klein deel van de regio's (de sturing op) het gebruik van de gewondenkaarten in toegestuurde documenten heeft beschreven. Dit is gebeurd in verschillende documenten zoals procesplannen, taakkaarten en handboeken.

Ook vroegen de inspecties naar de geoefendheid van de regio's met het gebruik van de gewondenkaart. Uit de vragenlijst blijkt dat alle veiligheidsregio's in 2011 of 2012 een incident of oefening hebben gehad waarbij meerdere slachtoffers zijn geregistreerd. Het gebruik van de gewondenkaart noemen zeven regio's hierbij als positief punt. Er werden ook leerpunten genoemd met betrekking tot het gebruik van de gewondenkaart: het gebruik ervan is niet altijd consequent of kaarten worden niet volledig ingevuld. Als ander leerpunt is genoemd dat de kaarten niet goed aansluiten op registratiesystemen van ambulances en ziekenhuizen.

Tijdens de interviews van de inspecties met de zes voor het onderzoek geselecteerde regio's is nader ingegaan op de toegevoegde waarde van de gewondenkaart. De voornaamste reden voor het gebruik van de gewondenkaart is volgens geïnterviewden het vastleggen van de triage. Daarnaast kunnen de kaarten dienen als instrument voor informatie-uitwisseling bij de overdracht van het slachtoffer van de ambulance naar het ziekenhuis. Ook noemden de regio's de gewondenkaart als hulpmiddel voor de registratie in het kader van nazorg of uitvoering van gezondheidsonderzoek. Een belangrijk argument tegen het gebruik van de gewondenkaart betreft het feit dat dit geen routinematige handeling is. Ook worden de kaarten niet gebruikt als er snel voldoende ambulances aanwezig kunnen zijn om de slachtoffers te vervoeren. Dan worden zij al geregistreerd op een al dan niet digitaal ambulanceritformulier.

“De gewondenkaarten worden vooral voor de eerste triage gebruikt. In een later stadium kunnen de hulpverleners terugvallen op het digitale ritformulier van de ambulance en wordt het invullen van de registratiekaarten meer als extra administratieve handeling beschouwd.” (interview)

In meerdere interviews wordt aangegeven dat in de veiligheidsregio actief met de gewondenkaarten wordt geoefend en wordt hiervan ook het belang ingezien. Het gaat dan voornamelijk om gebruik van deze kaarten voor de triage. Het registreren van slachtoffers op de gewondenkaarten komt in de oefeningen zelden aan bod.

“In de afgelopen jaren hebben zich geen grootschalige incidenten voorgedaan waarbij gewondenkaarten zijn gebruikt. In oefeningen zijn positieve ervaringen opgedaan met de gewondenkaart voor triagedoeleinden.” (interview)

3.4 Landelijke ontwikkelingen

Aanbeveling gewondenkaart

De eerdere aanbeveling over de gewondenkaart in het inspectierapport naar de treinbotsing in Amsterdam (2012) is via het Veiligheidsberaad binnen GHOR Nederland besproken. GHOR Nederland onderkent dat de gewondenkaart niet systematisch wordt gebruikt. Zij stelt dat door verschillende ontwikkelingen op het gebied van slachtofferregistratie (zie overige hoofdstukken) het draagvlak in het veld voor het gebruik van de kaart niet groot is. Geen van de betrokken partijen voelt zich eigenaar van het probleem, dat de kaart niet of weinig wordt gebruikt. Wel ziet GHOR Nederland een mogelijke meerwaarde van de gewondenkaart als hulpmiddel voor de triage van slachtoffers.

Crisismodel GHOR

Een andere ontwikkeling is het nieuwe crisismodel³⁹ van GHOR Nederland. Dit model is op 26 april 2013 vastgesteld door de Raad van Directeuren Publieke Gezondheid. Het model

³⁹ Het is mede gebaseerd op het door het Veiligheidsberaad vastgestelde referentiekader regionaal crisisplan (knoppenmodel) waar uitgegaan wordt van opschaling naar behoefte.

beschrijft op hoofdlijnen deels nieuwe rollen voor de GHOR in de opgeschaalde situatie. Deze beschrijving sluit niet volledig aan bij de huidige functie- en taakbeschrijvingen, zoals beschreven in het Besluit veiligheidsregio's en de onderliggende Regeling personeel veiligheidsregio's. GHOR Nederland heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie verzocht het Besluit personeel veiligheidsregio's aan te passen. De functionarissen uit het crisismodel dienen volgens GHOR Nederland de functionarissen uit genoemd besluit te vervangen. Dit terwijl een aantal van deze functionarissen in de onderliggende regeling juist een wettelijk vastgelegde rol heeft in het gebruik van de gewondenkaart. Het is tijdens het schrijven van dit rapport niet duidelijk of het gebruik van de gewondenkaart zal worden opgenomen in een verdere uitwerking van het landelijke crisismodel.

3.5 Concluderend

De gewondenkaart is ontwikkeld om op landelijk uniforme wijze gegevens vast te leggen ter ondersteuning van het triage-, zorg- en persoonsregistratieproces. Het gebruik van de kaart en de sturing hierop is vastgelegd in regelgeving en protocollen. Toch blijkt uit meerdere inspectieonderzoeken naar grootschalige incidenten dat de kaart nauwelijks wordt gebruikt. Dat concluderen de inspecties ook weer in dit onderzoek. Uit dit onderzoek blijkt dat de kaart zelden voor persoonsregistratie wordt gebruikt. Als de kaart al wordt gebruikt, gebeurt dit voor triage. Veel geneeskundige hulpverleners beschouwen de werkwijze met de gewondenkaart als een extra administratieve handeling, die onvoldoende aansluit bij de dagelijkse routine. Persoonsgegevens van slachtoffers zijn niet nodig voor het bepalen van de urgentie aan medische zorg en worden bovendien in de ambulance en/of het ziekenhuis geregistreerd. In de hectiek van een grootschalig incident vergeten hulpverleners de kaart vaak of laten het gebruik ervan bewust achterwege. Ondanks de eerdere aanbeveling in het rapport *Treinbotsing in Amsterdam (2012)* en de recente ontwikkeling van het crisismodel is nog geen concrete actie voor het aanpakken van dit knelpunt ondernomen.

De inspecties herhalen de aanbeveling die zij aan het Veiligheidsberaad deden in het rapport over de *treinbotsing in Amsterdam (2012)* en geven hierbij een concrete termijn en een aanvulling over het eigenaarschap van de kaart:

Onderzoek de praktische (meer)waarde van de huidige gewondenkaart. Bepaal naar aanleiding van deze onderzoeksresultaten of en hoe het gebruik van de kaart moet worden gestimuleerd of biedt een alternatief. Benoem indien nodig in afstemming met GGD/GHOR Nederland en AZN een eigenaar van de gewondenkaart. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van deze aanbeveling.

4

Coördinator gewondenvervoer

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de coördinator gewondenvervoer (CGV) centraal. Achtereenvolgens komen aan de orde de taakuitvoering door de CGV en de door de inspecties in eerdere onderzoeken gesignaleerde knelpunten hieromtrent. Daarna volgt een beschrijving van de onderzoeksbevindingen over de huidige invulling van de functie van CGV en relevante landelijke ontwikkelingen. Het hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf.

Bij grootschalige incidenten met veel slachtoffers wordt de CGV ingezet. Conform de Regeling personeel veiligheidsregio's⁴⁰ functioneert deze op plaats incident. De CGV ondersteunt de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) bij het verwerken van de informatie en het verminderen van de communicatiedruk bij een grootschalig incident. De CGV kan gezien worden als vertegenwoordiging van de MKA ter plaatse. Zijn kerntaken zijn: het registreren van de per ambulance vervoerde slachtoffers en het coördineren van de gewondenafvoer, de gewondenspreiding en de ambulancebijstand. De registratie van slachtoffers gebeurt op basis van richtlijnen omtrent de landelijke gewondenkaart. De CGV geeft een (totaal)overzicht van de vervoerde slachtoffers en de bijbehorende ziekenhuisbestemming door aan de MKA en aan het Actiecentrum GHOR (Ac GHOR). Het Ac GHOR kan deze gegevens vervolgens weer doorgeven aan het actiecentrum van de gemeente, als input voor het informeren van verwanten, de crisiscommunicatie en de nazorg.

Bovenstaande houdt in de praktijk in dat alle ambulances met hun slachtoffers langs de CGV gaan om te horen naar welk ziekenhuis het slachtoffer vervoerd moet worden. De CGV neemt daarbij de ingevulde strookjes van de gewondenkaart in. Op deze wijze houdt de CGV een overzicht bij met welke ambulances slachtoffers naar welke ziekenhuizen zijn vervoerd. Doordat de CGV op plaats incident aanwezig is nemen de ambulances minder contact op met de MKA. Dit ontlast de toch al drukke MKA.

4.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken

Zowel in het onderzoek naar de Poldercrash (2009) als in het onderzoek naar de treinbot-sing in Amsterdam (2012) stellen de inspecties vast dat de CGV er niet in slaagde om een actueel overzicht te krijgen en te houden van slachtoffers, die per ambulance naar ziekenhuizen zijn vervoerd. Dit had meerdere oorzaken. Zoals ook beschreven in het vorige

⁴⁰ Regeling personeel veiligheidsregio's (bijlage B supplement b).

hoofdstuk zijn de gewondenkaarten bij deze incidenten slechts beperkt gebruikt. Daarnaast ondervonden de hulpverleningsdiensten bij de Poldercrash (2009) op veel plaatsen problemen met de C2000-verbinding⁴¹. Zo konden ambulancemedewerkers de MKA vaak niet bereiken om door te geven dat zij met een slachtoffer naar een bepaald ziekenhuis reden. Daardoor kon de CGV op de MKA geen overzicht houden van de vervoerde slachtoffers. Later nam een assistent in een opvangcentrum deels de taken van de CGV op zich. Ook bij het treinincident in Amsterdam voerde de CGV zijn taken vanuit de meldkamer uit. Hierbij had hij niet altijd zicht welke slachtoffers naar welk ziekenhuis werden vervoerd. Aangezien een koppeling met het meldkamersysteem niet mogelijk was, heeft hij schriftelijk moeten bijhouden welke bijstandsambulances waren ingezet en naar welk ziekenhuis zij een slachtoffer vervoerden. Dit verhoogt de foutgevoeligheid van de registratie. In beide inspectierapporten zijn geen specifieke aanbevelingen over de CGV gedaan.

Uit bovenstaande analyse van de knelpunten volgt dat de CGV om technische redenen en redenen aan de gebruikerskant van C2000 geen actueel overzicht kon krijgen van de per ambulance vervoerde slachtoffers. Ook zijn de gewondenkaarten slechts beperkt gebruikt.

4.3 Huidige taakuitvoering van de CGV

Gezien zijn rol binnen de GHOR bij het verzamelen en registreren van informatie over per ambulance vervoerde gewonde slachtoffers, hebben de inspecties de CGV in dit onderzoek meegenomen. Gekeken is naar de schriftelijke vastlegging van diens taken op het gebied van slachtofferregistratie en de opleiding, training en beoefening hiervan.

De inspecties hebben bij alle veiligheidsregio's de procedure CGV opgevraagd, waarin de taakuitvoering van de CGV is beschreven. Uit deze documenten blijkt dat dertien van de vijftientig regio's hebben vastgelegd dat de registratie van gegevens van per ambulance vervoerde slachtoffers op de gewondenkaart dient te gebeuren. De regio's hebben deze procedure in verschillende documenten beschreven, zoals taakkaarten, werkafspraken, functiebeschrijvingen, handboeken en procesplannen. Vier regio's citeren de letterlijke tekst uit de Regeling personeel veiligheidsregio's. De andere regio's noemen dat de gewondenkaart gebruikt moet worden voor slachtofferregistratie in de opgeschaalde situatie. Drie regio's geven aan dat de CGV-taak niet meer tot het domein van de GHOR behoort maar een taak is van de RAV en verwijzen voor documenten naar de RAV.

De Regeling personeel veiligheidsregio's schrijft voor dat de CGV op plaats incident zijn taken uitvoert. Omdat uit de knelpunten blijkt dat de CGV niet altijd vanaf plaats incident zijn of haar taken uitvoerde, brachten de inspecties in kaart in hoeverre de veiligheidsregio's de locatie van de CGV beschreven hebben. Tien van de vijftientig veiligheidsregio's

⁴¹ C2000 is het landelijke communicatiesysteem voor de hulpverleningsdiensten (zoals politie, brandweer, GHOR en ambulancediensten) in Nederland. Hulpverleners kunnen met C2000 zowel in de reguliere als in de opgeschaalde situatie met de meldkamer en met elkaar communiceren.

beschrijven in documenten dat de CGV diens taken vanuit de MKA uitvoert. Veelal wordt deze ondersteund door een assistent op plaats incident, die de ingevulde strookjes van de gewondenkaart van ambulancemedewerkers aanneemt. In vijf van de vijftientig regio's is in planvorming opgenomen dat de CGV bij een grootschalig incident ter plaatse gaat. Van de overige regio's heeft de inspectie op basis van de ontvangen informatie niet kunnen vaststellen of de CGV op de meldkamer of op plaats incident wordt ingezet.

“Binnen de regio wordt gewerkt met een veld-CGV (de chauffeur van de eerste ambulance) en een CGV op de MKA. Hiervoor is gekozen omdat is gebleken dat de slagingskans voor het goed afhandelen van een incident het grootst is als de opschalingsfunctie inhoudelijk aansluit bij de reguliere taken en werkzaamheden van functionarissen. MKA-centralisten zijn bekend met de systemen op de meldkamer. De ambulancechauffeurs zijn gewend aan het gebruik van de gewondenkaarten en om te communiceren op locatie met de MKA en OvD-G.” (interview)

In de vragenlijsten en tijdens de interviews vroegen de inspecties naar ervaren knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie. Een van de genoemde knelpunten betreft de functie van CGV. Zijn taakuitvoering, zoals beschreven in de Regeling personeel veiligheidsregio's, wordt bemoeilijkt door de opkomsttijd naar plaats incident; tijdens het opkomen heeft de CGV geen (goed) zicht op (ontwikkelingen op) plaats incident en de afvoer van slachtoffers. Daarnaast, eenmaal ter plaatse, is het denkbaar dat ambulances met zwaar-gewonde slachtoffers met spoed doorrijden zonder 'hun slachtoffer' bij hem te melden en te vragen naar de ziekenhuisbestemming. Een ander knelpunt dat in de vragenlijsten en interviews naar voren kwam is dat de CGV volgens veel regio's teveel taken heeft om deze goed te kunnen uitvoeren. Naast het bijhouden van een slachtofferlijst van per ambulance vervoerde slachtoffers, coördineert de CGV de gewondenspreiding en ambulancebijstand.

In het onderzoek keken de inspecties ook naar de gegevensuitwisseling tussen de CGV en andere functionarissen en actiecentra die een rol hebben bij slachtofferregistratie. Circa de helft van de veiligheidsregio's beschikt over een procedure voor gegevensuitwisseling van de CGV aan het Ac GHOR. Hierin staat over het algemeen dat de CGV een totaaloverzicht van het aantal vervoerde slachtoffers en hun ziekenhuisbestemming -gevraagd of ongevraagd- aan het Ac GHOR geeft. In mindere mate wordt in de documenten ook aangegeven dat gegevens over de triageklasse van slachtoffers of het ambulancenummer moeten worden aangeleverd. Sommige regio's citeren de letterlijke tekst uit de Regeling personeel veiligheidsregio's. Het uitwisselen van gegevens tussen CGV en MKA is in slechts enkele regio's beschreven.

De inspecties vroegen de regio's ook naar de geoefendheid van de CGV. Een kleine helft van de veiligheidsregio's heeft de opleiding en oefening van de CGV in diens taakuitvoering in plannen vastgelegd. De overige regio's geven aan de taken van de CGV wel in oefeningen mee te nemen maar dit (nog) niet te hebben vastgelegd of melden dat OTO-activiteiten niet specifiek gericht zijn op slachtofferregistratie.

In interviews geven drie veiligheidsregio's aan de CGV-functionaris te beoefenen. De frequentie varieert van twee keer per jaar tot eens per twee jaar. Als knelpunt wordt aangegeven dat momenteel veel (oefen)druk ligt op de roosters van de MKA en RAV waardoor het lastig is om de CGV bekwaam te houden. Een regio ziet een mogelijke oplossing in meer samenwerking tussen verschillende regio's.

“Op dit moment wordt onderzocht of samenwerking tussen de buddyregio's een optie is. Iedere regio zou dan zeven CGV-functionarissen opleiden en bij een inzet vindt samenwerking plaats tussen een eerste CGV uit de regio van het incident zelf, aangevuld met een tweede CGV uit een van de buurregio's. Een centralist kan optreden als assistent-CGV op de MKA.” (interview)

4.4 Landelijke ontwikkelingen

Crisismodel GHOR

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven heeft GHOR Nederland een nieuw crisismodel vastgesteld. Dit model beschrijft op hoofdlijnen deels nieuwe rollen voor de GHOR in de opgeschaalde situatie. In dit model worden de rol en taken van de CGV niet genoemd maar wordt slechts in algemene termen gesproken over het verwerven, verwerken, veredelen en verstrekken van informatieproducten voor de geneeskundige zorg. Volgens GHOR Nederland geeft de Regeling personeel veiligheidsregio's een verouderde situatie weer. De GHOR is verantwoordelijk voor de aansturing, regie en coördinatie van de geneeskundige zorg in de opgeschaalde situatie. De zorgverleners blijven ook in de opgeschaalde situatie verantwoordelijk voor het leveren van een verantwoorde zorg. De CGV zou daarom volgens de GHOR onder de verantwoordelijkheid van de RAV moeten vallen. Ambulancezorg Nederland (AZN) was hierover ten tijde van het onderzoek met GHOR Nederland in gesprek. Volgens AZN moet duidelijk zijn welke consequenties de verschuiving van verantwoordelijkheden heeft, bijvoorbeeld voor het opleiden en trainen van functionarissen en de financiering.

“De RAV is verantwoordelijk om onder alle, dus ook in de opgeschaalde omstandigheden verantwoorde ambulancezorg aan te bieden. Dat betekent, dat je als RAV niet alleen ambulances moet leveren, maar ook het proces moet organiseren waarin deze opereren. Dat houdt in dat je bijvoorbeeld ook veldfuncties nodig hebt om de capaciteit te bepalen, te verdelen, slachtoffers te stabiliseren en vervoersgereed te maken.” (interview)

C2000

Voor de CGV is daarnaast een belangrijke ontwikkeling gaande in de communicatie tussen de MKA en ingezette ambulances tijdens grootschalige incidenten. Op initiatief van AZN is ruim vier jaar geleden een werkgroep gestart met de ontwikkeling van een landelijk verbindingsschema C2000 voor de ambulancezorg. Het doel daarvan was een verbeterde communicatie bij grootschalige incidenten te bewerkstelligen, bij een minimale netwerkbelasting. Scholing en opleiding worden in dit verbetertraject als belangrijke punten beschouwd. Inmiddels is het landelijke nieuwe verbindingsschema ambulancezorg voltooid

en is dit door alle RAV's in gebruik genomen. Het schema is door de beheerder van het netwerk officieel bestempeld als 'technisch correct netwerkgebruik'. Begin 2014 zal een evaluevaluatie van het verbeterproject worden uitgevoerd⁴². Ter afronding van het hele traject wordt momenteel gewerkt aan een Handboek C2000 ambulancezorg, waarin alle afspraken, procedures en schema's zijn opgenomen.

Pariter

Een andere relevante ontwikkeling voor de CGV is het ICT-project Pariter. Circa drie jaar geleden is AZN in overleg met GHOR Nederland met dit project gestart. Pariter is een verzamelnaam voor enkele ICT-innovaties binnen de ambulancezorg en bouwt vooral voort op reguliere systemen. Het is bedoeld om de samenwerking tussen de RAV's onderling en met de ketenpartners te versterken door de informatievoorziening te stroomlijnen. Alle RAV's hebben zich aan het project geconfirmeerd en gezegd het te zullen toepassen⁴³. Als eerste resultaat van Pariter (inmiddels zijn ook andere modules opgeleverd en in gebruik genomen) is in oktober 2012 de landelijke server Ritlogging opgeleverd. Ritlogging verzamelt bij (grootschalige) incidenten bovenregionale informatie over slachtoffers, die zijn behandeld en/of vervoerd door ambulancemedewerkers. Het gaat onder meer om persoonsgegevens, ziekenhuisbestemming en de aard en ernst van verwondingen van de slachtoffers. Het systeem maakt deze informatie toegankelijk voor de RAV. Hierdoor heeft de RAV tijdens de incidentbestrijding een beter inzicht in de ambulanceactiviteit en de gegevens van slachtoffers, die per ambulance zijn vervoerd. In geanonimiseerde vorm wordt deze informatie direct gedeeld met andere onderdelen binnen de rampbestrijdingsorganisatie, zoals de GHOR. Het systeem kan alleen worden toegepast door RAV's, die een digitaal ritformulier gebruiken én zijn aangesloten op de Landelijke Server Digitale Vooraankondiging, een onderdeel van de centrale infrastructuur van AZN. Een deel van de RAV's had dit medio 2013 gerealiseerd, de overige regio's hebben aan AZN aangegeven zich in 2014 aan te sluiten.

4.5 Concluderend

In de planvorming van de veiligheidsregio's en uit de eerdere incidenten blijkt dat de CGV zowel in de MKA als op plaats incident actief is. Dit verschilt per regio. Volgens de inspectie zitten aan beide locaties voor- en nadelen. Aangezien bij grootschalige incidenten met veel slachtoffers vrijwel altijd ambulancebijstand uit omliggende regio's nodig is, benadrukken de inspecties het belang van een landelijk uniforme taakuitvoering van de CGV. De werkwijze moet (ook) voor bijstandsambulances duidelijk zijn.

Indien de CGV zich op de meldkamer bevindt, dan is de communicatie en verbinding tussen de ambulances en CGV belangrijk. De inspecties zien het verbetertraject C2000 als een

⁴² De inspectie VenJ zal binnenkort rapporteren over de stand van zaken ten aanzien van de verbetertrajecten C2000.

⁴³ Interview met AZN op 14 augustus 2013.

positieve ontwikkeling. Mogelijk biedt het handboek C2000 ambulancezorg een bijdrage aan de oplossing van de moeizame communicatie tussen de MKA en de ingezette ambulances bij grootschalige incidenten.

Uit dit onderzoek blijkt dat de CGV een uitgebreid takenpakket heeft, hetgeen een goede taakuitvoering bemoeilijkt. Het takenpakket is (vooralsnog) geen onderwerp in de discussie over het nieuwe crisismodel en de mogelijke verschuiving van de verantwoordelijkheid voor de CGV van de GHOR naar de RAV. Daarmee is het knelpunt met betrekking tot de uitgebreide taakuitvoering volgens de inspecties nog niet opgelost.

Met de server Ritlogging van Pariter beschikt de RAV over een slachtoffersysteem. Volgens de inspecties kan met de landelijke server Ritlogging van Pariter het knelpunt worden opgelost dat de CGV er niet in slaagde een actueel overzicht bij te houden van de per ambulance vervoerde slachtoffers. Mogelijk is zelfs het registreren van de per ambulance vervoerde slachtoffers door de CGV niet meer nodig (voor diens andere taken heeft de CGV nog wel slachtofferinformatie nodig). Echter, om een (totaal)overzicht te krijgen van het aantal vervoerde slachtoffers van een grootschalig incident, is het volgens de inspecties cruciaal dat alle RAV's op het systeem en de benodigde onderliggende systemen zijn aangesloten en hiervan op gelijke wijze gebruik maken. Bij grootschalige incidenten worden ook slachtoffers naar ziekenhuizen buiten de incidentregio vervoerd.

De inspecties bevelen het Veiligheidsberaad samen met GGD/GHOR Nederland en AZN aan: Bepaal met de ontwikkeling van de landelijke server Ritlogging van Pariter welke gegevens de CGV moet registreren om diens taken uit te kunnen voeren. Faciliteer vervolgens de functionaris met de juiste mensen en middelen en borg dat de functie landelijk uniform wordt uitgevoerd. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van deze aanbeveling.

5

Voorwaarschuwing aan ziekenhuizen

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over het geven van een voorwaarschuwing aan ziekenhuizen tijdens grootschalige incidenten. Achtereenvolgens komen aan de orde het belang van de voorwaarschuwing aan ziekenhuizen en de door de inspecties in eerdere onderzoeken gesignaleerde knelpunten hieromtrent. Daarna volgt een beschrijving van de onderzoeksbevindingen over de huidige planvorming over voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen en relevante landelijke ontwikkelingen. Het hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf.

Bij ongevallen met weinig slachtoffers handelt de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) het traject van de triage van slachtoffers tot en met de overdracht aan een ziekenhuis in samenwerking met de ambulancebemanning af. Wanneer sprake is van grootschalige incidenten met –zeer– veel slachtoffers, kunnen er knelpunten in dit traject optreden. Dan kan een acute disbalans ontstaan tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. Veel ziekenhuizen zijn immers in de reguliere situatie niet toegerust op de (acute) behandeling en opname van grote aantallen (zwaar)gewonde slachtoffers. Daarnaast kunnen ziekenhuizen, die nabij een grootschalig incident liggen, worden overstroomd door zogenaamde zelfverwijzers. Dit zijn veelal lichtgewonde slachtoffers, die zelf hun weg vinden naar de spoedeisende eerste hulp-afdeling van een ziekenhuis.

Bij grootschalige incidenten is het daarom van belang dat ziekenhuizen tijdig voorwaarschuwingen⁴⁴ ontvangen over het incident en de (mogelijke) toestroom van (grote) aantallen slachtoffers en de aard en ernst van hun verwondingen. Het gaat hierbij om informatie bij aanvang en gedurende het incident. Conform de Regeling personeel veiligheidsregio's geeft de coördinator gewondenvervoer (CGV) aan de MKA-centralisten hiertoe opdracht⁴⁵. Op basis van de voorwaarschuwing en hiermee de te verwachten toestroom van aantal slachtoffers en aard van verwondingen kunnen ziekenhuizen besluiten al dan niet op te schalen. In de opgeschaalde situatie zetten zij extra capaciteit en deskundigheid in om de grotere toestroom van (zwaar)gewonde slachtoffers op te kunnen vangen.

⁴⁴ In de documenten die de inspecties tijdens het onderzoek van de veiligheidsregio's hebben ontvangen, wordt ook gesproken over voormelding of vooraankondiging.

⁴⁵ Regeling personeel veiligheidsregio's (bijlage B, supplement b).

5.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken

In het rapport naar de Poldercrash (2009) schrijven de inspecties dat op één na alle ziekenhuizen de communicatie vanuit de MKA als onvoldoende, inadequaat en niet conform de gemaakte afspraken hebben ervaren. De MKA kon urenlang geen inzicht geven of en welke aantallen slachtoffers naar welke ziekenhuizen werden vervoerd. Ambulances leverden naar eigen inzicht slachtoffers af. Navraag hierover bij de MKA leverde vervolgens meer verwarring op. Ook bij de treinbotsing in Amsterdam (2012) stellen de inspecties vast dat onduidelijkheid bij de ziekenhuizen is ontstaan. Dit kwam mede doordat alleen de drie in eerste instantie geselecteerde ziekenhuizen tijdig een voorwaarschuwing van de MKA ontvingen. De zes overige ziekenhuizen die slachtoffers van de treinbotsing hebben behandeld, ontvingen geen, laat of onduidelijke informatie over de komst van slachtoffers. Zij konden zich hierdoor naar eigen zeggen niet optimaal voorbereiden. De MKA gaf achteraf aan onvoldoende tijd te hebben gehad om tijdens het incident alle ziekenhuizen een voorwaarschuwing te geven maar zij had daarvoor ook geen ondersteuning van andere MKA's gevraagd.

De inspecties doen in het rapport naar de treinbotsing in Amsterdam (2012) de volgende aanbeveling aan de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland over het geven van een voorwaarschuwing aan ziekenhuizen: 'zorg dat ziekenhuizen in de regio (en zo nodig aangrenzende regio's) tijdig worden geïnformeerd over incidenten waarbij een groot aantal slachtoffers wordt verwacht.' Uit documenten en correspondentie blijkt dat de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland dit knelpunt heeft opgepakt in een werkgroep, samen met de betreffende RAV en de twee traumacentra in Amsterdam.

5.3 Huidige planvorming over het geven van een voorwaarschuwing

Gezien het belang van tijdige en zo volledig mogelijke voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen bekijken de inspecties in dit onderzoek hoe deze taak in de huidige planvorming van de veiligheidsregio's is geborgd.

Op de vraag van de inspecties of specifieke afspraken met de ziekenhuizen in de eigen regio zijn gemaakt over het aantal op te vangen slachtoffers in relatie tot het letsel tijdens een (grootschalig) incident, hebben alle regio's met 'ja' geantwoord. In de meeste regio's zijn ook afspraken gemaakt over de communicatie tijdens een incident over de mogelijke komst van slachtoffers naar ziekenhuizen. In de vragenlijst antwoorden 22 van de 25 veiligheidsregio's dat in hun regio afspraken zijn gemaakt over het geven van een voorwaarschuwing aan ziekenhuizen. In negentien van deze tweeëntwintig regio's zijn deze afspraken ook in een document vastgelegd. Hoewel de inspecties de betreffende documenten niet specifiek hebben opgevraagd, zijn van twaalf regio's documenten ontvangen, waarin het geven van een voorwaarschuwing wordt genoemd. In deze documenten is het sturen van een voorwaarschuwing aan ziekenhuizen door de MKA veelal in algemene termen als actiepunt vastgelegd. Dat wil zeggen dat wordt genoemd dat de MKA de ziekenhuizen dient te

waarschuwen. Hierbij staat niet vermeld dat het belangrijk is om dit zowel bij aanvang van een incident, als ook in het verloop ervan te (blijven) doen. In twee documenten is beschreven dat een voorwaarschuwing de komst van het (verwachte) aantal slachtoffers én het type verwondingen moet omvatten. In één van de ontvangen documenten is vastgelegd dat de voorwaarschuwing ook specifieke informatie over het (plaatsvinden van een) incident moet bevatten.

5.4 Landelijke initiatieven en ontwikkelingen

Netcentrisch werken

Het geven van voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen door de MKA gebeurt op dit moment vooral telefonisch. Een ontwikkeling die kan ondersteunen bij het geven van informatie in de loop van het incident is het zogenaamde netcentrisch werken. Netcentrisch werken staat voor het delen van relevante informatie tussen alle betrokkenen op het moment dat deze beschikbaar komt, zonder vertraging door hiërarchische structuren binnen de organisatie. Vier jaar geleden startte het landelijke project Netcentrisch Werken met als doel de veiligheidsregio's te ondersteunen bij de invulling en borging van de netcentrische werkwijze. In de afgelopen jaren heeft het netcentrisch werken een grote vlucht genomen. Inmiddels wordt binnen alle regio's netcentrisch gewerkt. In vrijwel alle regio's gebeurt dit via het Landelijk Crisismanagement Systeem (LCMS). In de interviews noemen twee regio's de netcentrische werkwijze via het LCMS als een mogelijke oplossing om met ziekenhuizen actuele incidentinformatie te delen.

“Er is op dit moment nog geen mogelijkheid het meldkamerbeeld via het LCMS beschikbaar te stellen aan ziekenhuizen. Op het Meld en Coördinatie Centrum wordt gezocht naar mogelijkheden om ziekenhuizen te koppelen, zodat digitaal een actueel beeld van de situatie kan worden doorgestuurd”. (interview)

5.5 Concluderend

De inspecties concluderen dat in vrijwel alle regio's –op papier– aandacht is voor het belang van het geven van een voorwaarschuwing aan ziekenhuizen door de MKA tijdens grootschalige incidenten. Het merendeel van de regio's heeft het geven van een voorwaarschuwing als actiepunt schriftelijk vastgelegd. Hiermee lijkt het door de inspecties in eerdere onderzoeken signaleerde knelpunt met betrekking tot de voorwaarschuwing aan ziekenhuizen, te zijn opgepakt. In de documentatie signaleren de inspecties echter dat niet of summier is vastgelegd welke informatie een voorwaarschuwing dient te bevatten. Ook is onvoldoende geborgd dat ziekenhuizen gedurende het gehele incident geïnformeerd moeten blijven en niet alleen bij het begin.

De inspecties bevelen aan de RAV aan:

Borg dat de MKA ziekenhuizen bij aanvang van en gedurende een grootschalig incident op uniforme wijze informeert over het incident en de (verwachte) komst van slachtoffers, qua aantal en aard van hun verwondingen. Informeer de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor 1 januari 2015 over de wijze van borging.

6

Uitwisseling van slachtoffergegevens met ziekenhuizen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de uitwisseling van slachtoffergegevens met ziekenhuizen tijdens grootschalige incidenten centraal. Achtereenvolgens wordt ingegaan op het belang van de uitwisseling van slachtoffergegevens tussen ziekenhuizen en rampbestrijdingsorganisaties en de knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken hieromtrent, de huidige werkwijze in de veiligheidsregio's bij de uitwisseling van slachtoffergegevens en de landelijke ontwikkelingen op dit gebied. Het hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf.

Zowel het openbaar bestuur als de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is tijdens grootschalige incidenten voor het uitvoeren van diens taken afhankelijk van informatie over slachtoffers. De DPG heeft voor de coördinatie van de geneeskundige hulpverlening informatie nodig over het aantal slachtoffers, de ernst van de verwondingen en de locatie(s) van de slachtoffers. Het openbaar bestuur heeft slachtofferinformatie onder meer nodig voor de crisiscommunicatie, verwanteninformatie en de nazorg.

Zowel het openbaar bestuur als de DPG hebben informatie nodig over slachtoffers van een grootschalig incident, die zijn behandeld en/of opgenomen in een ziekenhuis. Dit betreft niet alleen de per ambulance vervoerde slachtoffers maar vaak ook zelfverwijzers: mensen die op eigen initiatief zelfstandig of met hulp van omstanders naar ziekenhuizen toe komen. Om die reden dient behalve bij de RAV ook slachtofferinformatie bij de ziekenhuizen te worden opgevraagd. Dit gebeurt door het Actiecentrum GHOR (Ac GHOR). Het Ac GHOR geeft de informatie vervolgens via de betrokken GHOR-functionaris in het operationeel team door aan de DPG en het openbaar bestuur.

Een belangrijk punt bij het opvragen van informatie bij de ziekenhuizen is de privacy van slachtoffer/patiëntgegevens en het medisch beroepsgeheim. Uit voorzorg om dit niet te schenden, besluiten medische behandelaars vaak geen enkele patiëntinformatie over te dragen aan het Ac GHOR en het openbaar bestuur.

6.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken

In de afgelopen jaren hebben de inspecties bij meerdere inspectieonderzoeken naar grootschalige incidenten knelpunten gesignaleerd in de informatie-uitwisseling tussen het openbaar bestuur en ziekenhuizen. Bij de Poldercrash (2009) verliep het verkrijgen van slachtoffergegevens van betrokken ziekenhuizen zeer moeizaam. Na een verzoek om medewerking van de directeur GHOR (nu DPG) aan de raden van bestuur van de ziekenhuizen kwam de gegevensuitwisseling pas op gang. In het rapport Koninginnedag in Apeldoorn (2009) constateren de inspecties dat de GHOR moeite had om van de ziekenhuizen de persoonsgegevens van behandelde en/of opgenomen slachtoffers te krijgen. Gezien de privacygevoeligheid van deze informatie reageerden de ziekenhuizen terughoudend op informatieverzoeken. Dit ondanks de afspraken, die de GHOR met de regionale ziekenhuizen had gemaakt over de uitwisseling van slachtoffergegevens. Ook waren ziekenhuizen van buiten de regio bij het incident betrokken, waarmee de GHOR geen afspraken had gemaakt. Bij het schietincident in Alphen aan den Rijn (2011) hebben ziekenhuizen niet of nauwelijks informatie aan de GHOR verschaft. Daarnaast bleken gemaakte afspraken over slachtofferregistratie niet binnen de gehele rampbestrijdingsorganisatie bekend te zijn en waren processen niet goed op elkaar afgestemd. Bij de treinbotsing in Amsterdam (2012) was in eerste instantie bij één ziekenhuis onduidelijkheid over het verstrekken van slachtoffergegevens aan het Ac GHOR.

Uit bovenstaande blijkt dat de informatie-uitwisseling met ziekenhuizen om meerdere redenen niet goed verloopt. Centraal hierin staat de privacygevoeligheid van de slachtoffergegevens en de onbekendheid van afspraken tussen de ziekenhuizen en rampbestrijdingsorganisaties.

In de kabinetsreacties op de onderzoeken naar Poldercrash (2009) en Koninginnedag in Apeldoorn (2009) geven betrokken ministers aan dat er op landelijk niveau duidelijke afspraken tussen betrokken partijen gemaakt moeten worden over de uitwisseling van slachtoffergegevens.

6.3 Huidige stand van zaken over uitwisseling van slachtoffergegevens

Gezien het belang van een goede afspraken over de uitwisseling van slachtoffergegevens tussen ziekenhuizen en rampbestrijdingsorganisaties is dit aspect in dit onderzoek weer meegenomen.

De inspecties vroegen in de vragenlijst naar de aanwezigheid van afspraken over informatie-uitwisseling en met welke partijen afspraken waren gemaakt. Van de 25 veiligheidsregio's gaven er 22 aan afspraken over informatie-uitwisseling hebben gemaakt. Veelal ging het om afspraken tussen de GHOR met de gemeente, de RAV en de ziekenhuizen. Ruim de helft van deze regio's heeft de afspraken ook vastgelegd. Dit is gebeurd in verschillende documenten, zoals werkprocedures, convenanten, werkinstructies en overeenkomsten.

“Afspraken over slachtofferregistratie van GHOR met gemeenten, ziekenhuizen en ambulancezorg worden periodiek getest. Hieruit blijkt dat registratie ‘te doen’ is maar dat nog veel onduidelijkheden bestaan over de verantwoordelijkheden, de concrete uitvoering en het mandaat. Bovendien vraagt registratie veel tijd en capaciteit.” (interview)

In de interviews die de inspecties voerden in zes veiligheidsregio's, geven enkele regio's aan dat in hun regio afspraken over informatie-uitwisseling gemaakt zijn conform de Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises⁴⁶ (zie onderstaand bij landelijke ontwikkelingen). Ook geeft een aantal regio's aan tot nu toe geen problemen te hebben ondervonden in de informatie-uitwisseling met ziekenhuizen, dit mede door goede onderlinge contacten.

Uit de vragenlijst blijkt dat in 2012 in zes veiligheidsregio's ziekenhuizen de slachtofferregistratie hebben geoefend. In twee regio's zijn de ziekenhuizen betrokken in een multidisciplinaire oefening op het gebied van slachtofferregistratie. In de vragenlijsten van de inspecties geeft een aantal regio's aan dat bij oefeningen en incidenten nog knelpunten voorkomen in de gegevensuitwisseling met de ziekenhuizen, terwijl andere regio's juist aangeven dat het contact met de ziekenhuizen en daarmee de gegevensuitwisseling goed verloopt.

6.4 Landelijke ontwikkelingen

Handreiking afspraken openbaar bestuur en ziekenhuizen

Op 6 december 2012 is de Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises vastgesteld. Hierin is uitgewerkt welke informatie onder welke voorwaarden en met welk doel uitgewisseld kan en mag worden. Het biedt daarmee een basis voor afspraken tussen ziekenhuizen en het openbaar bestuur over de uitwisseling van informatie tijdens een crisis. De handreiking is bedoeld voor organisaties en medewerkers, die te maken hebben met slachtofferinformatie bij crises. Volgens de handreiking spreken het ziekenhuis en het openbaar bestuur af dat de DPG bij een crisis zo snel mogelijk een melding geeft aan de betrokken ziekenhuizen en hen verzoekt om slachtofferinformatie. Het ziekenhuis zorgt dan voor een herkenbare registratie van de slachtoffers en stuurt zo spoedig mogelijk een slachtofferbeeld en eventueel (individuele) slachtoffergegevens (via het Ac GHOR) aan de DPG. De DPG zorgt vervolgens voor de informatievoorziening aan het openbaar bestuur. In de handreiking is opgenomen dat het openbaar bestuur het slachtofferbeeld gebruikt voor de coördinatie van de hulpverlening en de publieksinformatie. De (individuele) slachtoffergegevens worden alleen

⁴⁶ Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises, 2012. De handreiking is vastgesteld door: het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Ministerie van Veiligheid en Justitie, het Veiligheidsberaad, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, GGD Nederland en GHOR Nederland.

gebruikt om verwanten te kunnen informeren over de verblijfplaats van de slachtoffers en voor het bieden van nazorg aan getroffen. Als de patiënten daar expliciet toestemming voor geven kunnen de slachtoffergegevens ook voor andere doelen gebruikt worden, zoals evaluaties.

Over de werkwijze hoe slachtofferinformatie uit te wisselen, worden regionale afspraken gemaakt. De handreiking benoemt een aantal aspecten waaraan deze afspraken moeten voldoen⁴⁷. GHOR Nederland ontwikkelt momenteel een informatiestandaard. Mogelijk worden geautomatiseerde middelen voor gebruikt voor de informatie-uitwisseling. Bij de vaststelling van de handreiking hebben de besturen van de veiligheidsregio's afgesproken dat de DPG-en namens hen het initiatief zouden nemen om vóór 1 juli 2013 afspraken met de ziekenhuizen in de eigen regio te maken, gebaseerd op de handreiking. Uit onderzoek van GHOR Nederland blijkt dat het merendeel van de regio's in augustus 2013 afspraken gemaakt heeft, al dan niet naar aanleiding van de handreiking. Een deel had voordien al afspraken vastgelegd in een convenant. Het gaat hierbij om afspraken tussen de DPG en besturen van ziekenhuizen. In een klein aantal regio's worden de afspraken naar verwachting binnen een aantal maanden ondertekend, de overige regio's zijn nog in onderhandeling en/of laten de afspraken onderdeel uitmaken van een breder convenant waarover nog geen volledige overeenstemming is.

6.5 Concluderend

In de meeste veiligheidsregio's zijn convenanten tussen de DPG en de ziekenhuizen opgesteld over de uitwisseling van slachtoffergegevens. Deze convenanten zijn al dan niet gebaseerd op de Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises. Hierdoor weten het openbaar bestuur, de ziekenhuizen en de betrokken hulpverleners welke gegevens van slachtoffers wel en niet uitgewisseld mogen worden. Ook is duidelijk hoe de informatievoorziening is georganiseerd tijdens een crisis.

Met het opstellen van de handreiking en de voor een belangrijk deel daarop gebaseerde convenanten, is het knelpunt rond de informatie-uitwisseling met ziekenhuizen op gepakt.

⁴⁷ De Handreiking benoemt onder meer de volgende aspecten: de DPG moet een melding doen bij het ziekenhuis wanneer er sprake is van een crisis, het ziekenhuis moet zorgen voor registratie van de betrokkenheid van patiënten bij een crisis, beide partijen moeten afspraken maken over de contactpersonen en de wijze van contact opnemen en de GHOR moet zorgen voor een betrouwbare verwerking van persoonsgegevens.

7

Slachtofferoverzicht voor het informeren van verwanten en bestuurders

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over het verkrijgen van een slachtofferoverzicht om verwanten en bestuurders tijdens grootschalige incidenten te informeren. Achtereenvolgens beschrijven de inspecties het belang van het verkrijgen van een slachtofferoverzicht om verwanten en bestuurders tijdens grootschalige incidenten te informeren en de knelpunten uit eerdere inspectie-onderzoeken hieromtrent. Daarna wordt ingegaan op de huidige werkwijze in de veiligheidsregio's en landelijke ontwikkelingen op dit gebied. Het hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf.

Bij een grootschalig incident is het team bevolkingszorg⁴⁸ van de gemeente verantwoordelijk dat de slachtofferregistratie wordt uitgevoerd. De gemeentelijke slachtofferregistratie dient met name om verwanten en het openbaar bestuur te informeren⁴⁹. Om verwanten te informeren over de verblijfplaats van hun naaste(n) is individuele slachtofferinformatie nodig: persoonsgegevens en huidige locatie. Doel is een zo spoedig mogelijke hereniging van slachtoffers en verwanten. Het openbaar bestuur heeft algemene slachtofferinformatie nodig, zoals aantallen slachtoffers per triageklasse, voor de crisiscommunicatie.

Hoewel niet wettelijk vastgelegd, registreert de gemeente bij grootschalige incidenten vaak op de opvanglocatie. Het gaat dan om persoonsgegevens van aanwezige niet- of lichtgewonde slachtoffers. Een daartoe ingericht gemeentelijk actiecentrum, veelal CRIB genoemd, verzamelt (registreert), groepeert en verifieert slachtofferinformatie. Dit actiecentrum is voor een volledige en juiste registratie (ook) afhankelijk van de wijze waarop andere partijen (zoals de GHOR, RAV en ziekenhuizen) hun taken op het gebied van slachtofferregistratie uitvoeren en informatie aanleveren.

Het aanleveren van slachtoffergegevens van gewonde en/of behandelde slachtoffers gebeurt in de praktijk veelal door de GHOR en het bijbehorende actiecentrum GHOR. In het vorige hoofdstuk gingen de inspecties specifiek in op de uitwisseling van slachtoffergegevens tussen het openbaar bestuur en de ziekenhuizen. Het verbeteren van deze informatie-uit-

⁴⁸ Besluit veiligheidsregio's (artikel 2.1.3 lid 2).

⁴⁹ Wet veiligheidsregio's (art. 7 en 39) en Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding 2003/2008 (paragraaf 3.7.4 en 3.7.8).

wisseling zal ook bijdragen aan een betere informatievoorziening aan verwanten maar komt in dit hoofdstuk niet meer aan de orde.

7.2 Knelpunten uit eerdere inspectieonderzoeken

Bij meerdere incidenten bleek het informeren van verwanten en bestuurders een knelpunt. Zo constateren de inspecties in het onderzoek naar de Poldercrash (2009) dat de gemeente er niet in slaagde om de slachtofferlijst de eerste dag compleet te krijgen. Van veel inzittenden was niet bekend waar zij zich bevonden en hoe zij er aan toe waren. Uiteindelijk duurde het drie dagen voor een volledige lijst beschikbaar was. Dit had spanningen bij verwanten en bestuurders tot gevolg. Ook werd het gemeentelijk registratieproces in de opvanglocatie abrupt beëindigd. Uit de planvorming bleek dat de gemeentelijke registratie voornamelijk monodisciplinair was beschreven. De samenhang met andere partijen, zoals de GHOR, ontbrak. In het rapport over Koninginnedag in Apeldoorn (2009) schrijven de inspecties dat tijdens de afhandeling van het incident onduidelijkheid bestond over het aantal (overleden) slachtoffers. Ook duurde het door de zorgvuldige identificatie lang voordat de namen van overledenen werden vrijgegeven. Dit leidde tot vertraging bij het samenstellen van de slachtofferoverzichten. Bij het schietincident in Alphen aan den Rijn (2011) stellen de inspecties vast dat verschil in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bestaat tussen partijen, belast met slachtofferregistratie en dat gemaakte afspraken hierover niet bij alle partijen bekend zijn. Omdat processen niet goed op elkaar zijn afgestemd duurt het meer dan een dag om een eerste slachtofferlijst te krijgen. Dit terwijl inwoners van Alphen aan den Rijn, familie en bekenden en media in groten getale contact opnamen met de gemeente op zoek naar verwanten of meer informatie. Misverstanden bij de verificatie van overleden en gewonde slachtoffers leidden tot vertraagde informatieverstrekking aan de burgemeester. De burgemeester, met een wettelijke plicht om de openbare orde bij incidenten te handhaven en zo nodig te herstellen, werd hierdoor belemmerd in zijn taakuitvoering.

Uit de bovenstaande analyse blijkt dat het verkrijgen van een slachtofferoverzicht om verwanten en bestuurders te informeren, om meerdere redenen niet goed verloopt: onvoldoende afstemming tussen betrokken partijen en misverstanden bij de verificatie van gewonde en overleden slachtoffers.

In de kabinetsreacties op de Poldercrash (2009) en Koninginnedag Apeldoorn (2009) geven de betrokken ministers aan dat er een eenduidige systematiek en werkwijze moet komen voor het lokaliseren, registreren en volgen van slachtoffers. Deze dient zoveel mogelijk gebaseerd te zijn op de dagelijkse praktijk.

7.3 Huidige stand van zaken in de regio's over het informeren van verwanten en bestuurders

Gezien het belang van het verkrijgen van een slachtofferzicht om verwanten en bestuurders te informeren, is dit aspect in dit onderzoek weer meegenomen.

Voor het verkrijgen van een slachtofferzicht om verwanten en bestuurders te informeren is slachtofferinformatie nodig. De inspecties hebben de veiligheidsregio's in de vragenlijst gevraagd naar het doel van gemeentelijke slachtofferregistratie, de gegevensuitwisseling tussen gemeente en andere partijen, afspraken over taakverdeling, het vastleggen van slachtoffergegevens, het opstellen van een slachtofferlijst, het oefenen van het proces slachtofferregistratie en de best practices en leerpunten daaruit.

Uit de vragenlijst en ontvangen documenten constateren de inspecties dat in alle veiligheidsregio's het doel van het gemeentelijke proces slachtofferregistratie is beschreven. De doelen zijn met name gericht op het 'verzamelen, registreren en verifiëren van alle van belang zijnde gegevens over slachtoffers van een crisis', bijvoorbeeld om inzicht te krijgen in de consequenties van een ramp of crisis of ten behoeve van het bevoegd gezag, de crisisorganisatie, de verwanteninformatie en/of de nazorg. In meerdere regio's wordt registratie verbreed naar 'het registreren van mensen en dieren, die worden opgevangen als gevolg van een crisis'. In de planvorming van één regio wordt specifiek vermeld dat met slachtofferregistratie aan bestuurders gegevens kunnen worden verstrekt over het aantal getroffen en per categorie overleden, gewond, vermist en opgevangen.

In vrijwel geen van de ontvangen documenten staan specifieke afspraken over de uitwisseling van informatie tussen de gemeente en andere partijen, zoals de GHOR. Wel wordt genoemd dat andere partijen over relevante informatie voor de gemeente (kunnen) beschikken. In bijna alle draaiboeken wordt melding gemaakt van de relaties met en soms ook de afhankelijkheid van andere gemeentelijke en geneeskundige processen, zoals somatische hulpverlening en pers- en publieksvoorlichting.

Op basis van de vragenlijsten constateren de inspecties dat in twintig van de vijftien veiligheidsregio's afspraken zijn gemaakt over de taakverdeling bij slachtofferregistratie. Figuur 1 geeft een schematische weergave van het vastleggen van de taakverdeling over slachtofferregistratie door de regio's. In zeven regio's zijn deze afspraken door alle betrokken partijen vastgelegd. In negen regio's zijn deze door enkele partijen of alleen door de veiligheidsregio vastgelegd. In de overige regio's zijn de afspraken niet vastgelegd of is dit niet bekend.

Vastleggen van taakverdeling over slachtofferregistratie in schriftelijke afspraken



Figuur 1. Schematische weergave van het vastleggen van de taakverdeling over slachtofferregistratie door de veiligheidsregio's. In de figuur is het aantal veiligheidsregio's genoemd.

In de vragenlijst is ook gevraagd welke slachtoffergegevens door welke partijen worden vastgelegd. In alle veiligheidsregio's worden slachtoffergegevens bij grootschalige incidenten door meerdere partijen vastgelegd. Tabel 1 geeft een overzicht van geregistreerde gegevens door de RAV, ziekenhuizen, gemeenten en GHOR. Identiteitsgegevens worden in vrijwel alle regio's door zowel GHOR-functionarissen, RAV, ziekenhuizen als gemeente geregistreerd. De triageklasse van slachtoffers wordt door de RAV, ziekenhuizen en GHOR-functionarissen bijgehouden. De aard van verwondingen en de locatie en het tijdstip van de registratie worden ook door de RAV en ziekenhuizen geregistreerd, en in mindere mate door GHOR-functionarissen.

	Identificatie	Triageklasse	Aard verwondingen	Tijdstip en locatie	Verwanten informatie
RAV	+	+	+	+	-
Ziekenhuizen	+	+	+	+	+/-
Gemeenten	+	-	-	-	+
GHOR	+	+	+/-	+/-	+/-

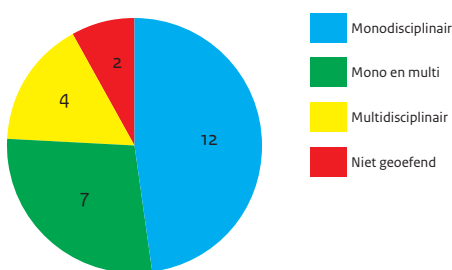
Tabel 1: Schematisch overzicht van de registratie door RAV, ziekenhuis, gemeente en GHOR ten aanzien van identificatiegegevens, triageklasse, aard verwondingen en verwanteninformatie. +=in vrijwel alle VR, +/- = in ongeveer de helft van de VR, -= in vrijwel geen van de VR.

Uit de vragenlijst volgt dat in het merendeel van de veiligheidsregio's de slachtofferinformatie van verschillende partijen wordt gebruikt om een slachtofferlijst op te stellen.

“Uiteindelijk dient het Centraal Registratie- en Informatiebureau van de gemeente (CRIB) te beschikken over een geverifieerde en zo volledig mogelijke slachtofferlijst. De informatie van verschillende slachtofferlijsten wordt samengevoegd tot één lijst. Het hoofd publieke zorg vraagt bij de verschillende partijen de slachtofferlijsten op. Medewerkers van het actiecentrum CRIB-verwanteninformatie maken er één lijst van.” (interview)

Verder vroegen de inspecties in de vragenlijst in hoeverre de veiligheidsregio's het proces slachtofferregistratie beoefenen. Alle regio's gaven aan in 2011 of 2012 een incident of oefening gehad te hebben waarbij meerdere slachtoffers geregistreerd zijn. Figuur 2 geeft een schematische weergave van de geoefendheid van de regio's op het gebied van slachtofferregistratie. Twaalf regio's hebben het proces alleen monodisciplinair geoefend. Zeven regio's oefenden zowel mono- als multidisciplinair en vier regio's oefenden multidisciplinair. Twee regio's beoefenden het proces niet in 2011 of 2012. Twaalf van de 25 regio's hadden in 2011 of 2012 een incident waarbij meerdere slachtoffers geregistreerd zijn.

Geoefendheid slachtofferregistratie



Figuur 2. Schematische weergave van de geoefendheid van de veiligheidsregio's op het gebied van slachtofferregistratie. In de figuur is het aantal veiligheidsregio's genoemd.

Tot slot vroegen de inspecties in de vragenlijst ook naar leerpunten en best practices uit de oefeningen en incidenten. Als leerpunten werden genoemd: het laat starten van het gemeentelijk proces slachtofferregistratie, onduidelijkheid over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden en onduidelijkheid over welke partij eindverantwoordelijk is voor het opstellen van een zogenaamde slachtofferlijst. Ook werd aangegeven dat realistisch verwachtingenmanagement over het krijgen van een complete slachtofferlijst door bestuurders noodzakelijk is. Best practices waren: het werken met een beperkt aantal gegevens (alleen essentiële gegevens), registratie op een vast format (zodat iedereen op dezelfde wijze registreert), kennis van het proces slachtofferregistratie en een goede samenwerking.

7.4 Landelijke ontwikkelingen

Slachtoffer Informatie Systematiek (SIS)

De minister van Veiligheid en Justitie geeft in reacties op aanbevelingen uit eerdere onderzoeken aan dat er een eenduidige systematiek en werkwijze moet komen voor het lokaliseren, registreren en volgen van slachtoffers. Deze dient zoveel mogelijk gebaseerd te zijn op de dagelijkse praktijk. Het Veiligheidsberaad ontwikkelde daarvoor in een multidisciplinair project een nieuwe Slachtoffer Informatie Systematiek (SIS). Deze systematiek stelt dat registratie geen doel op zich moet zijn. Registratie heeft als primair doel de verwanteninformatie te verbeteren. SIS beschrijft als doel van slachtofferregistratie: het op accurate wijze en (zo) snel (als) mogelijk zekerheid verschaffen aan verwanten over de status van slachtoffers.

In de systematiek wordt afgestapt van het feit dat slachtofferregistratie volledig en sluitend is. De focus in de systematiek ligt op slachtoffers, die niet zelf hun verwanten kunnen informeren. Het zal dan met name gaan om zwaargewonde en overleden slachtoffers. Niet- en lichtgewonde slachtoffers kunnen veelal zelf hun verwanten informeren maar kunnen daarin wel gefaciliteerd worden. In een landelijke frontoffice, bestaande uit een call- en een webcenter, kunnen verwanten en zelfredzame slachtoffers zich registreren. In een landelijke backoffice wordt de informatie van de frontoffice gekoppeld aan informatie uit de registratie van mortuaria en (geneeskundige) hulpverleningsdiensten, zoals ziekenhuizen. Het hoofdproces is om de verzamelde gegevens van slachtoffers en verwanten te koppelen en de hereniging tussen verwanten en niet-zelfredzame slachtoffers te bespoedigen. Partijen, zoals de gemeente en GHOR, behouden in de systematiek de eigen (wettelijke) verantwoordelijkheden voor hulpverlening en slachtofferregistratie. SIS is daarmee afhankelijk van de input van slachtofferinformatie vanuit deze partijen.

Het ontwerp voor SIS is op 15 november 2011 door het Veiligheidsberaad vastgesteld. Op 23 november 2012 besloot het Veiligheidsberaad de systematiek landelijk te implementeren. Volgens de huidige planning starten de veiligheidsregio's per 1 januari 2014 met het gebruik van SIS. Een aantal veiligheidsregio's geeft in de voor dit onderzoek opgevraagde documenten aan te wachten op SIS om de slachtofferregistratie in hun organisatie vorm te geven.

“Door de regio wordt nagedacht over nut en noodzaak van de processen bevolkingszorg. Het doel van het proces slachtofferregistratie verandert; dit wordt eigenlijk beperkt tot verwanteninformatie van niet-zelfredzame slachtoffers en nazorg. Op de opvanglocatie zouden alleen actief slachtoffers geregistreerd moeten worden als daartoe noodzaak is. Op de opvanglocatie moeten wel faciliteiten aanwezig zijn zodat aanwezige slachtoffers contact op kunnen nemen met hun naasten. Ook zou de gemeente een site kunnen openstellen waarop slachtoffers zich in het kader van nazorg kunnen registreren. Deze ontwikkeling vraagt om een ander verwachtingenmanagement bij bestuurder en publiek; zij zullen immers geen specifieke slachtofferinformatie meer krijgen, anders dan de gegevens die het Ac GHOR levert.” (interview)

De minister geeft in een reactie op het rapport over de treinbotsing in Amsterdam (2012) aan dat de veiligheidsregio's met de ontwikkeling van SIS 'een goed middel in handen hebben om verwanten snel en adequaat te informeren'.

Bevolkingszorg op orde, Vrijblijvendheid voorbij

In juli 2012 publiceert de commissie Bruinooge het rapport 'Bevolkingszorg op Orde; de vrijblijvendheid voorbij'. Dit rapport bevat een visie op bevolkingszorg, waarbij zelfredzaamheid wordt gestimuleerd, geactiveerd en gefaciliteerd. Daarnaast bevat dit rapport prestatie-eisen, die duidelijk moeten maken wat (minimaal) wordt verstaan onder adequate bevolkingszorg. Mede naar aanleiding van SIS wordt de bevolkingszorgtaak 'het registreren van slachtoffers' in het rapport omschreven als 'het informeren van verwanten'. Voor verminderd zelfredzamen is de volgende specifieke eis opgenomen: 'uiterlijk acht uur na aanvang van de (acute) crisis zijn minimaal 500 verwanten, die zich bij het frontoffice hebben gemeld, geïnformeerd over (het verloop van) het proces. Verwanten, die acht uur na aanvang van de (acute) crisis nog in onzekerheid zijn over het lot van de betrokkene die zij zoeken, worden elke vier uur actief over de status van het proces geïnformeerd'. Verwanten die na 24 uur na aanvang van de acute crises nog in onwetendheid zijn, krijgen een individuele contactpersoon toegewezen, die hen regelmatig en naar behoefte informeert. Zelfredzame betrokkenen worden gestimuleerd en waar nodig gefaciliteerd bij het in contact komen met verwanten, en verwanten worden gestimuleerd en waar nodig gefaciliteerd bij het vinden van hun naaste(n). Ook geeft het rapport aan dat door een adequate crisiscommunicatie voorkomen moet worden dat de suggestie wordt gewekt dat alle verwanten binnen een tijdsbestek van 24 uur geïnformeerd kunnen worden over de locatie en status van de betrokkene die zij zoeken. Verder dient volgens het rapport tijdens de crisiscommunicatie expliciet benoemd te worden dat de primaire doelstelling het informeren van verwanten is en dus niet het kunnen overleggen van een slachtofferlijst aan publiek en media.

De commissie Bruinooge gaat er vanuit dat als aan de beschreven prestatie-eisen wordt voldaan, de overheid tijdens (acute) crises adequate bevolkingszorg levert. De uitvoering, de hoe-vraag, is zoveel mogelijk een eigen verantwoordelijkheid voor gemeenten c.q. veiligheidsregio's.

7.5 Concluderend

Alle veiligheidsregio's hebben de gemeentelijke slachtofferregistratie in planvorming beschreven. In de meeste regio's zijn afspraken gemaakt over de taakverdeling bij slachtofferregistratie. In vrijwel geen van de ontvangen documenten staan echter specifieke afspraken over de uitwisseling van informatie tussen de gemeente en andere partijen, zoals de GHOR. In alle veiligheidsregio's worden slachtoffergegevens bij grootschalige incidenten door meerdere partijen vastgelegd. Hoewel deels onvermijdelijk, bijvoorbeeld omdat de triageklasse van een slachtoffer in de loop van het incident kan wijzigen, maakt dit het slachtofferregistratieproces inefficiënt.

Met de ontwikkelingen van de Slachtoffer Informatie Systematiek en de prestatie-eisen van de commissie Bruinooge gaan de inspecties ervan uit dat verwanten van niet-zelfredzame slachtoffers van een grootschalig incident sneller en beter geïnformeerd worden over de verblijfplaats van hun naaste(n). Hiermee is een belangrijk knelpunt uit eerdere onderzoeken landelijk uniform opgepakt. Daarnaast wordt in de rapportage van de commissie Bruinooge een voorzet gegeven voor realistisch verwachtingenmanagement. De commissie geeft aan dat in de crisiscommunicatie gemeld moet worden dat de primaire doelstelling het informeren van verwanten is en dus niet het kunnen overleggen van een slachtofferlijst aan publiek en media.

De inspecties constateren daarnaast een aantal aandachtspunten. Conform SIS dienen zelfredzame slachtoffers gefaciliteerd te worden bij het opnemen van contact met hun naasten. Indien mogelijk zullen zij zelf snel contact opnemen met hun naasten. In de huidige samenleving beschikt immers vrijwel iedereen over een mobiele telefoon of smartphone. Echter, bij grootschalige incidenten kunnen deze netwerken overbelast raken. Duidelijk moet zijn welke voorzieningen getroffen moeten worden om de zelfredzame slachtoffers te ondersteunen bij het contact opnemen met verwanten. Ook moet duidelijk zijn welke slachtoffers zelfredzaam zijn.

Een belangrijk aandachtspunt blijft de informatie aan bestuurders. Bij SIS is bewust de keuze gemaakt om slachtoffers niet te registreren voor andere doelen dan verwanteninformatie. Dit is volgens de inspecties een begrijpelijke en duidelijke keuze. Het doel van slachtofferregistratie is daarmee niet het opstellen van een volledige lijst van alle personen betrokken bij een incident. Dat zal naar mening van de inspecties bij grootschalige incidenten ook niet lukken. Wel verwachten de inspecties dat informatie over slachtoffers ook nodig is als input voor andere processen zoals de inrichting van de acute zorg, crisiscommunicatie en nazorg. Het is nog niet duidelijk welke informatie nodig is voor de uitvoering van andere processen en taken. Gegevens, opgevraagd in het kader van SIS en de Handreiking afspraken openbaar bestuur en ziekenhuizen (zie hoofdstuk 6) kunnen hiervoor gebruikt worden.

Ook zijn de knelpunten van afstemming met andere partijen en misverstanden bij verificatie niet opgelost.

De inspecties bevelen aan het Veiligheidsberaad aan:

Ga na welke informatie over slachtoffers bestuurders nodig hebben voor andere relevante processen en taken naast het informeren van verwanten. Bepaal hierbij in hoeverre huidige afspraken en registratiesystemen voor slachtofferregistratie (zoals SIS) hieraan voldoen. Maak duidelijk aan pers en publiek welke informatie bij grootschalige incidenten op welke termijn verwacht kan worden. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van de aanbeveling en de gemaakte afspraken.

De inspecties bevelen aan de veiligheidsregio's aan:

Zorg dat de GHOR, RAV en gemeenten van elkaar weten welke gegevens door welke partij worden geregistreerd en maak afspraken met deze partijen over het uitwisselen van slachtoffergegevens. Zorg dat de hulpverleners (in het veld) van de verschillende diensten op de hoogte zijn van deze afspraken.

Stel hiervoor een plan van aanpak op zodat helder is welke concrete acties noodzakelijk zijn. Informeer de Inspectie VenJ voor 1 januari 2015 over de opvolging van deze aanbeveling.

8

Tot slot

De inspecties constateerden de afgelopen vijf jaar in meerdere incidentonderzoeken terugkerende knelpunten op het gebied van slachtofferregistratie. In 2012 besloten de inspecties de stand van zaken te onderzoeken.

Centraal in dit onderzoek staat de vraag: in hoeverre zijn de terugkerende knelpunten binnen het proces slachtofferregistratie opgepakt?

Uit eerdere inspectieonderzoeken naar grootschalige incidenten constateerden de inspecties de volgende terugkerende knelpunten:

- de gewondenkaart wordt niet of beperkt gebruikt;
- de coördinator gewondenvervoer (CGV) is niet in staat om een actuele lijst van vervoerde slachtoffers bij te houden;
- de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) stuurt ziekenhuizen geen, onvolledige of niet-tijdige voorwaarschuwingen;
- de uitwisseling van slachtoffergegevens tussen de ziekenhuizen en het openbaar bestuur verloopt moeizaam;
- de gemeente slaagt er niet in om tijdig een overzicht van slachtoffers, waarmee verwanten en bestuurders kunnen worden geïnformeerd, samen te stellen.

De inspecties concluderen dat op het gebied van slachtofferregistratie op papier recent een aantal stappen is gezet. Knelpunten rond de informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen en het voorwaarschuwen van ziekenhuizen zijn (deels) opgepakt en in planvorming en convenanten van veiligheidsregio's vastgelegd. De praktijk moet uitwijzen of hetgeen in planvorming is vastgelegd, ook daadwerkelijk een oplossing biedt. Op papier kan iets nog zo goed zijn vastgelegd, de praktijk en zeker die tijdens grootschalige incidenten, is weerbarstig en zal altijd blijven vragen om een flexibele inzet van hulpverleners. De inspecties benadrukken daarom het belang van opleiden, trainen en (blijven) oefenen van hulpverleners.

Vier knelpunten zijn volgens de inspecties nog niet of onvoldoende opgepakt. Ten eerste betreft dat de gewondenkaart. Hoewel voorgeschreven in regelgeving en protocollen blijkt uit dit onderzoek ook weer dat de kaart nog steeds niet of nauwelijks wordt gebruikt. Ondanks dat de discussie over het gebruik van de kaart na elk grootschalig incident weer opstart en de inspecties hierover al meerdere aanbevelingen hebben gedaan, is op dit knelpunt nog geen actie ondernomen. Ten tweede signaleren de inspecties knelpunten in het uitgebreide takenpakket en de taakuitvoering van de coördinator gewondenvervoer. Ontwikkelingen, zoals het verbetertraject C2000 en de landelijke server Ritlogging van Pariter, bieden goede perspectieven, maar de werking ervan is afhankelijk van een degelijke implementatie in alle veiligheidsregio's. Het knelpunt, dat de CGV niet in staat is om een actuele lijst van slachtoffers bij te houden, is hiermee niet geheel opgepakt.

Ten derde is het knelpunt rond de voorwaarschuwing aan ziekenhuizen gedeeltelijk opgepakt. In de planvorming van de veiligheidsregio's is dit als actiepoint opgenomen maar is niet beschreven welke informatie een voorwaarschuwing moet bevatten. Tot slot heeft het Veiligheidsberaad met het vaststellen van SIS een belangrijke vooruitgang geboekt om tot een eenduidige slachtofferregistratie te komen. De inspecties zien dit als positieve ontwikkeling voor verwanteninformatie. Het doel van slachtofferregistratie is daarmee niet het opstellen van een volledige lijst van alle personen betrokken bij een incident. Dat zal naar mening van de inspecties bij grootschalige incidenten ook niet lukken. Wel verwachten de inspecties dat informatie over slachtoffers ook nodig is als input voor andere processen zoals de inrichting van de acute zorg, crisiscommunicatie en nazorg. Het is nog niet duidelijk welke informatie nodig is voor de uitvoering van andere processen en taken. Gegevens, opgevraagd in het kader van SIS en de Handreiking afspraken openbaar bestuur en ziekenhuizen (zie hoofdstuk 6) kunnen hiervoor gebruikt worden.

De gesignaleerde knelpunten brengen volgens de inspecties risico's met zich mee voor de kwaliteit en capaciteit van zorg aan gewonde slachtoffers en voor een snelle en juiste informatievoorziening aan verwanten en bestuurders. Gezien het belang van een adequate oplossing van deze knelpunten, verwachten de inspecties dat de partijen de noodzakelijke verbetermaatregelen treffen.

Bijlagen

Bijlage I Wettelijk kader

De **Wet veiligheidsregio's** beschrijft taken en verantwoordelijkheden van het openbaar bestuur:

Art. 7

- Lid 1. De burgemeester draagt er zorg voor dat de bevolking informatie wordt verschaft over de oorsprong, de omvang en de gevolgen van een ramp of crisis die de gemeente bedreigt of treft, alsmede over de daarbij te volgen gedragslijn.
- Lid 2. De burgemeester draagt er zorg voor dat aan de personen die in zijn gemeente zijn betrokken bij de rampenbestrijding of de crisisbeheersing, informatie wordt verschaft over die ramp of crisis, de risico's die hun inzet daarbij heeft voor hun gezondheid en de voorzorgsmaatregelen die in verband daarmee zijn of zullen worden getroffen.

Art. 10

Bij de regeling, bedoeld in artikel 9, wordt aan het bestuur van de veiligheidsregio onder meer de volgende taak en bevoegdheid overgedragen: het instellen en in stand houden van een GHOR.

Artikel 32

- Lid 1. De GHOR staat onder leiding van de directeur publieke gezondheid van de gemeentelijke gezondheidsdienst, bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid.
- Lid 2. De directeur publieke gezondheid is belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening.

Art. 33

- Lid 2. Het bestuur van de veiligheidsregio, de Regionale Ambulancevoorziening en de in die regio werkzame instellingen, zorgaanbieders en diensten, bedoeld in het eerste lid, maken schriftelijke afspraken over de inzet van deze instellingen, zorgaanbieders en diensten bij de uitvoering van hun taak en op de voorbereiding daarop.

Art. 35

- Lid 1. Het bestuur van de veiligheidsregio heeft de beschikking over een gemeenschappelijke meldkamer die is ingesteld en in stand wordt gehouden door het bestuur of door het bestuur van een andere veiligheidsregio ten behoeve van de brandweertak, de geneeskundige hulpverlening, de ambulancezorg en de politietak, met dien verstande dat de Regionale Ambulancevoorziening zorg draagt voor het in stand houden van de meldkamer voor de ambulancezorg, als onderdeel van de meldkamer.

Lid 2. De meldkamer is belast met het ontvangen, registreren en beoordelen van alle acute hulpvragen ten behoeve van de geneeskundige hulpverlening, de daadwerkelijke ambulancezorg, het bieden van een adequaat hulpaanbod, en het begeleiden en coördineren van de hulpdiensten.

Art. 39

Lid 1a. In geval van een ramp of crisis van meer dan plaatselijke betekenis, of van ernstige vrees voor het ontstaan daarvan, is de voorzitter van de veiligheidsregio ten behoeve van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in de betrokken gemeenten bij uitsluiting bevoegd toepassing te geven aan artikelen 4 tot en met 7 van deze wet.

Het **Besluit veiligheidsregio's** noemt de taken van het team bevolkingszorg van de gemeente en beschrijft dat er tijdens een grootschalig incident onder meer een incident-beeld en slachtofferbeeld bijgehouden moet worden:

Art. 2.1.3

Lid 2. Een team bevolkingszorg zorgt dat de volgende taken worden uitgevoerd:

- a. het geven van voorlichting aan de bevolking;
- b. het voorzien in opvang en verzorging van de bevolking;
- c. het verzorgen van nazorg voor de bevolking;
- d. het registreren van de slachtoffers;
- e. het registreren van schadegevallen, en;
- f. het adviseren van het regionaal operationeel team.

Art 2.2.4

Binnen vijf minuten nadat is vastgesteld dat is voldaan aan de criteria voor grootschalige alarmering geeft de meldkamer, op grond van de beschikbare gegevens, een zo volledig mogelijke beschrijving van het incident aan de onderdelen van de hoofdstructuur van de rampenbestrijding en crisisbeheersing en aan andere functionarissen of eenheden (zie ook art 2.2.3).

Art 2.4.1

Het bestuur van de veiligheidsregio draagt er zorg voor dat binnen de hoofdstructuur van de rampenbestrijding en crisisbeheersing tijdens een ramp of crisis een totaalbeeld wordt bijgehouden. Dit beeld bestaat onder meer uit het slachtofferbeeld, de verwachte ontwikkeling ervan, de noodzakelijke maatregelen en de benodigde hulpverleners en middelen.

De **Regeling personeel veiligheidsregio's**, Bijlage B beschrijft de taken van de coördinator gewondenvervoer (CGV) en schrijft ook (sturing op) het gebruik van de gewondenkaart door andere GHOR-functionarissen voor. Ook worden de taken van de medewerkers van het Actiecentrum GHOR beschreven:

Supplement b. Functie coördinator gewondenvervoer.

Kerntaak 1: Inrichten en in stand houden ambulancestation.

Kerntaak 2: Coördineren gewondenvervoer.

Werkzaamheden o.a.: geeft op basis van het gewondenspreidingsplan opdracht aan de MKA om ziekenhuizen te alarmeren.

Kerntaak 3: Slachtofferregistratie.

Werkzaamheden o.a.: voert de registratie van per ambulance vervoerde slachtoffers uit:

- Registreert op basis van de richtlijnen omtrent de landelijke gewondenkaart alle slachtoffers die per ambulance worden afgevoerd.
- Geeft gevraagd en ongevraagd een totaaloverzicht van de vervoerde slachtoffers en de daaraan toegewezen ziekenhuisbestemming door aan de MKA en aan het Actiecentrum GHOR (mede ten behoeve van het Centraal Registratie- en Informatiebureau (CRIB) van de gemeente).

Supplement c. Hoofd Actiecentrum GHOR

Kerntaak 2. Rapporteren en adviseren.

Werkzaamheden o.a.: rapporteert en adviseert aan het HS-GHOR in het ROT.

Supplement d. Functie hoofd gewondennest

Kerntaak 1: Inrichten van een gewondennest of behandelcentrum.

Werkzaamheden o.a.: ziet toe op de registratie van slachtoffers (gewondenkaarten).

Supplement h. Functie officier van dienst geneeskundig

Kerntaak 1: Leidinggeven aan de geneeskundige hulpverlening op de plaats incident.

Werkzaamheden o.a.: draagt zorg voor de registratie van belangrijke gegevens.

Supplement j. Operationeel medewerkers Actiecentrum GHOR

Kerntaak 2. Rapporteren en adviseren.

Werkzaamheden o.a.: rapporteert en adviseert aan het Hoofd Actiecentrum GHOR.

Het **Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding 2003/2008** gaat uitgebreid in op de structuur van het geneeskundige hulpverlening bij een grootschalig incident, inclusief de taken van onder meer de MKA, de eerste ambulance, de OvD-G en het Ac GHOR (paragraaf 3.5.1), op het proces slachtofferregistratie (paragraaf 3.7.4) en op het proces nazorg (paragraaf 3.7.8).

De **Tijdelijke wet ambulancezorg** beschrijft dat de Regionale Ambulancevoorziening onder meer verantwoordelijk is voor de instandhouding van de Meldkamer Ambulancezorg.

Art 4:

Lid 2. De Regionale Ambulancevoorziening draagt onder meer zorg voor het in stand houden van een meldkamer.

De **beleidsregels bij de Tijdelijke wet ambulancezorg** stellen de RAV verplicht om afspraken met de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) te maken en om over een slachtoffervolgsysteem te beschikken:

Art 20:

Lid 1. De Regionale Ambulancevoorziening heeft schriftelijke afspraken met de DPG over onder meer het multidisciplinaire oefenen en de voorbereiding op de inzet bij een ramp of crisis.

Art. 21

De Regionale Ambulancevoorziening heeft een slachtoffervolgsysteem. In de toelichting bij dit artikel staat: met het slachtoffervolgsysteem worden slachtoffers geregistreerd en kunnen zij worden gevolgd.

Het **Landelijk Protocol Ambulancezorg 7.2** stelt dat ambulancemedewerkers de gewondenkaart bij grootschalige incidenten voor triage moeten gebruiken:

Paragraaf 5.3

In het stroomschema van een grootschalig incident staat dat de verpleegkundige van de eerste ambulance slachtoffers moet triëren en daarbij de gewondenkaart moet gebruiken.

Bijlage II Afkortingenlijst

Ac GHOR	Actiecentrum GHOR
AZN	Ambulancezorg Nederland
CGV	Coördinator Gewondenvervoer
CoPI	Commando Plaats Incident
CRIB	Centraal Registratie- en Informatiebureau
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
IVenJ	Inspectie Veiligheid en Justitie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LCMS	Landelijk Crisismanagement Systeem
LPA	Landelijke Protocol Ambulancezorg
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MIMMS	Major Incident Medical Management and Support
MMT	Medisch Mobiel Team
NRK	Nederlandse Rode Kruis
OTO	Opleiden, Trainen en Oefenen
OvD-G	Officier van Dienst-Geneseskundig
GGD/GHOR Nederland	Vereniging van Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
SIS	Slachtoffer Informatie Systematiek
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris

