

Vergaderjaar 2008–2009

**29 517**

**Veiligheidsregio's**

**Nr. 36**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN BINNENLANDSE ZAKEN EN KONINKRIJKSRELATIES**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2009

Hierbij bied ik u het rapport van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) met de titel «*De organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)*» aan.<sup>1</sup> In deze brief geef ik u, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de kabinetsreactie op het rapport weer.

### **Inleiding**

In de loop der jaren zijn veel onderzoeken verricht naar het reilen en zeilen van de GHOR. Het is de eerste keer echter dat de IOOV zelfstandig onderzoek doet naar de GHOR en de 25 regionale GHOR-organisaties integraal heeft doorgelicht.

Het rapport geeft aan dat de GHOR-organisaties de komende jaren op een aanzienlijk hoger niveau moeten worden getild. Hier ligt een taak voor de besturen van de 25 veiligheidsregio's waar de GHOR onderdeel van uitmaakt.

### **GHOR**

GHOR is de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur om vanuit multidisciplinair perspectief leiding/coördinatie te geven aan de processen van geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen, rampen of in crisissituaties. De GHOR heeft geen betrekking op de inhoud van de zorg. Dat blijft, ook in opgeschaalde situaties, de verantwoordelijkheid van de reguliere zorgverleners. De GHOR coördineert de samenwerking van zelfstandige instellingen en hulpverleners in de zorg. Zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om ook in rampen en crisissituaties verantwoorde kwalitatieve zorg te leveren. Dit wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg getoetst.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## Korte historische terugblik

De grootschalige geneeskundige hulpverlening was ooit een rijksverantwoordelijkheid en was belegd bij de Organisatie Bescherming Bevolking en bij het Korps Mobiele Colonnies. Het grote nadeel van deze constructie was dat het geen parate organisaties waren, terwijl juist bij hulpverlening direct optreden van levensbelang is. In de jaren tachtig is besloten om de rampenbestrijding uit te laten voeren door reguliere operationele organisaties als de brandweer en de ambulancediensten en de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de grootschalige geneeskundige hulpverlening te beleggen bij de gemeenten. Het Rijk leverde hiervoor een beperkte bijdrage en schiep het wettelijk kader. In de praktijk bleken voor de gezondheidszorg meerdere partners betrokken en op verschillende schalen werkzaam. Het geschapen kader bleek onvoldoende te werken.

Mede op basis van het Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)-rapport «de Keten Rammelt» is in de tweede helft van de jaren negentig het project GHOR gestart om te komen tot een werkbare organisatie die onder lokaal bestuurlijk gezag zou komen te vallen. Het project leidde tot de oprichting van 25 nagenoeg met de politie congruente GHOR-regio's met een eigen bestuur. De GHOR-taken worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur en staan per regio onder leiding van een speciaal daarvoor aangestelde Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF).

De hoofdtaak van de RGF is de samenwerking binnen de geneeskundige hulpverlening te organiseren, dit ter voorbereiding op de daadwerkelijke inzet bij de bestrijding van een ramp of crisis. Daarnaast dient de RGF zorg te dragen voor de afstemming van de geneeskundige hulpverlening (witte keten) met de andere hulpverleningsdiensten, zoals brandweer en politie. In geval van een calamiteit staat de RGF, als operationeel geneeskundig leider rechtstreeks onder het gezag van een burgemeester. De RGF is tijdens een inzet operationeel leider van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crisis, onder het gezag van de (coördinerend) burgemeester.

Met het organiseren van de 25 regionale GHOR's werd ook een koepel voor de GHOR-organisaties opgericht (thans GHOR Nederland).

Inmiddels bestaat de GHOR tien jaar en in die tijd is er veel verbeterd. Het rapport van de IOOV geeft een helder beeld van wat bereikt is, maar ook waar verbeteringen nodig zijn.

De Wet veiligheidsregio's beoogt onder andere om de besturen van de brandweer en de GHOR samen te brengen in het bestuur van de veiligheidsregio. In alle regio's bestaat inmiddels een geïntegreerd bestuur. Dit bevordert een betere samenwerking tussen de publieke hulpverleningsdiensten.

De GHOR is in eerste aanleg een gemeentelijke verantwoordelijkheid, zie hiervoor artikel 2 Wghor. Het is de taak van het Rijk om hiervoor het wettelijk kader te scheppen, randvoorwaarden op te stellen en waar nodig te inspireren. Daartoe hebben mijn ambtsvoorgangers en ik samen met de minister van VWS onder andere de wetgeving aangepast, de rijksbijdrage verhoogd en de technische infrastructuur van de GHOR geheel gemoderniseerd en wordt de GHOR verankerd in de zorgwetgeving. Binnenkort stuurt mijn collega van VWS uw Kamer een brief over de maatregelen binnen de gezondheidszorg, die ten behoeve van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises zijn en nog worden genomen.

## **Bevindingen en aanbevelingen Inspectie**

### *Bevindingen*

De functie van de RGF wordt veelal in beperkte deeltijd uitgevoerd en tussen de regio's bestaan aanzienlijke verschillen in beschikbare financiële middelen.

De ontwikkeling van kwaliteitseisen (professionele normen) staat bij de GHOR nog in de kinderschoenen en een eenduidige systematiek (inclusief normen) voor het bepalen van de operationele output van de organisatie ontbreekt.

Vrijwel alle regio's hebben in de regionale beheersplannen het maatgevende risico (risicobeeld) en het operationeel vermogen van de regionale GHOR vermeld. Daarnaast hebben de regio's de taken, werkwijzen, opleidings- en oefeneisen van de GHOR beschreven.

Nagenoeg alle regio's hebben het in opdracht van BZK ontwikkelde ambulancebijstandstelsysteem Octopus geïmplementeerd. Vrijwel geen enkele regio beschikt thans echter over een systeem om een actueel overzicht te houden van alle slachtoffers, hoewel enkele regio's zelf, zoals regio Utrecht met steun van BZK, verschillende systemen hebben ontwikkeld. Alle regio's geven aan betrokken te zijn bij de totstandkoming en het beoefenen van ziekenhuisrampenopvangplannen (ZIROP). De IOOV tekent hierbij wel aan dat uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de ziekenhuisrampen-opvangplannen blijkt dat deze betrokkenheid in veel gevallen te beperkt is geweest.

De GHOR heeft met een groot deel van de belangrijkste witte ketenpartners schriftelijke afspraken gemaakt ter voorbereiding op geneeskundige hulpverlening. Met de huisartsen zijn nog maar zeer beperkt afspraken gemaakt. De wijze waarop door de GHOR afspraken met de zorgaanbieders worden vastgelegd en de inhoud daarvan, kent een grote diversiteit en is soms heel beperkt.

Alle regio's hebben de (meeste) operationele, leidinggevende en coördinerende GHOR-functies ingevuld en nagenoeg alle functionarissen hebben de basisopleiding GHOR gevolgd. Functiegerichte opleidingen zijn slechts beperkt gevolgd. Voor het opleidingsniveau bestaan nog geen wettelijke normen.

Alle regio's geven aan te beschikken over één of meer Geneeskundige Combinaties (GNK-C). Afspraken over de invulling van het ambulance-team en de Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie, beide onderdeel van de GNK-C, zijn door alle regio's gemaakt. De meeste regio's hanteren een ruimere norm voor de opkomsttijd van de GNK-C dan in de Leidraad GNK-C wordt geadviseerd. Alle GNK-C's nemen jaarlijks deel aan een of meer GHOR-oefeningen.

Veel regio's hebben onvoldoende zicht op het operationeel presterend vermogen van de eigen geneeskundige hulpverleningsketen. Geen enkele regio kan zelf de «GHOR-klus» behorende bij het eigen vastgestelde maatgevend risico van de regio met alleen eigen capaciteit aan. Het maken van samenwerkingsafspraken tussen regio's maar, indien mogelijk, ook met de buurlanden over de geneeskundige hulpverlening bij een ramp, ongeval of crisis is dus van groot belang. Niet in alle regio's is sprake van een één op één relatie tussen het risicobeeld van de regio en het operationeel presterend vermogen.

De IOOV constateert een spanningsveld tussen de regiefunctie van de RGF en de bestrijding van een infectieziektecrisis door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Een goed afgestemde aanpak van GGD en

GHOR is essentieel voor een goede bestrijding van een infectieziektecrisis. De GGD gaat over de inhoudelijke aanpak bij de infectieziektebestrijding, zowel regulier als bij een crisis. De GGD heeft geen regiefunctie over de zorgketen. De regiefunctie over de zorgketen ligt bij de RGF in geval van een crisis. De RGF gaat echter niet over hoe de crisis moet worden bestreden. De IOOV constateert ook dat de regio's waarbij de RGF-functie niet gecombineerd is met die van directeur GGD, veelal niet voldoen aan het ontwerp van de Wet veiligheidsregio's, waarin is opgenomen dat de RGF lid is van de directie van de GGD. Dit is in het wetsvoorstel opgenomen om juist de samenhang tussen de inhoudelijke en procesmatige regie tot stand te brengen.

### *Aanbevelingen*

De IOOV beveelt onder andere het volgende aan:

1. de koepel GHOR Nederland dient in samenwerking met de ministeries van BZK en VWS op korte termijn een landelijk pakket harde kwaliteitseisen voor de GHOR-organisatie vast te stellen. Prioriteit daarbij heeft het ontwikkelen van een eenduidige systematiek en normen om het operationeel presterend vermogen weer te geven;
2. deze kwaliteitseisen dienen bij voorkeur opgenomen te worden in de ontwerpwet veiligheidsregio's of bijbehorende besluiten;
3. de nieuwe kwalificatieprofielen voor leidinggevende en coördinerende GHOR-functies dienen de komende jaren in elke regio volledig geïmplementeerd te worden;
4. regio's moeten bezien welke maatregelen kunnen worden genomen om het operationeel presterend vermogen te vergroten;
5. voor de GNK-C (of onderdelen daarvan) dient een normopkomsttijd van ruim binnen de 60 minuten aangehouden te worden;
6. door de ontwikkeling van modelconvenanten dient er meer eenduidigheid te komen in de (inhoudelijke) afspraken met de ketenpartners. Het betreft het aanbrengen van uniformiteit in de wijze waarop de afspraken met de zorginstellingen worden vastgelegd;
7. er dient meer geïnvesteerd te worden in de afspraken met huisartsen als partner binnen de GHOR;
8. de regio's dienen na te gaan of hun afspraken over en weer met de ziekenhuizen over de opvangcapaciteit voor gewonden en de afstemming over het ziekenhuisrampenopvangplan sluitend zijn;
9. de regio's moeten de rechtspositie van externe medewerkers in operationele leidinggevende functies waarborgen door middel van een aparte aanstelling van het GHOR-bestuur, gekoppeld aan een adequate ongevallenverzekering.

### **Reactie op bevindingen**

De RGF maakt onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio afspraken met de zorgaanbieders in de eigen regio over hun inzet bij een grootschalig ongeval, ramp of crisis en de voorbereiding daarop. De RGF draagt bij een daadwerkelijke calamiteit onder verantwoordelijkheid van het bestuur zorg voor de leiding en coördinatie van de witte keten vanuit het multidisciplinaire perspectief (afstemming met gemeenten, brandweer, politie e.a.). Dit stelt hoge eisen aan de vaardigheden van de RGF en aan de gemaakte afspraken waarop het stelsel van geneeskundige hulpverlening berust.

Uit het rapport komt een beeld naar voren van relatief kleine GHOR-bureaus met beperkte capaciteit (gemiddeld 10 mensen per regio) die een veelvoud aan taken dienen uit te voeren tegen onderling sterk wisselende omstandigheden. Een belangrijk aspect daarin zijn de financiën. De rijksbijdrage is in het afgelopen decennium sterk gestegen. De GHOR is,

anders dan bij de brandweer, echter te sterk afhankelijk geweest van de rijksbijdrage. Gelukkig valt er de laatste jaren een kentering waar te nemen, en dragen in alle regio's de gemeenten bij aan de GHOR. Om echter de door de IOOV geconstateerde kloof te overbruggen, zullen de gemeenten de GHOR in sterkere mate tot hun verantwoordelijkheid moeten rekenen.

In alle regio's is het in de wet bedoelde organisatorische samenwerkingsverband ingericht (art 4 Wghor) en zijn daartoe afspraken met de partners in de zorg gemaakt. De IOOV signaleert een te grote verscheidenheid in die afspraken. Het is nodig dat daar meer eenheid in komt.

De IOOV constateert dat in geen enkele regio bij een grote ramp voldoende geneeskundige hulpverlening voorhanden is. Geen enkele regio kan op geneeskundig gebied een grote ramp zelfstandig aan. Het maakt het belang van bovenregionale samenwerking en planvorming, maar ook van gewondenspreiding en ambulancebijstand bijzonder groot. Een deel van de technische infrastructuur is voor dit laatste geleverd en deze is voor een groot deel operationeel.

In de witte keten zijn op basis van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) Regionaal Overleggen Acute Zorg (ROAZ) onder leiding van de traumacentra ingesteld. In deze overleggen dient de RGF zitting te hebben. Hierin worden onder meer afspraken gemaakt over de voorbereiding op en de inzet van de gezondheidszorgpartijen bij een zwaar ongeval en in ramp- en crisissituaties.

Vrijwel geen enkele regio beschikt over een systeem om een actueel overzicht te houden van alle slachtoffers. Met een dergelijk systeem wordt beoogd dat hulpverleningsorganisaties direct over relevante informatie van zo mogelijk alle slachtoffers beschikken. De regio Utrecht heeft met financiële steun van BZK een pilot met een slachtoffervolgsysteem (SVS) uitgevoerd, waaruit een lijst met bevindingen en leerpunten naar voren is gekomen. Inmiddels hebben ook sommige andere regio's plannen een dergelijk systeem te ontwikkelen en in een enkel geval is men al aan de ontwikkeling begonnen.

### **Beleidsvoornemens**

De aanbevelingen van de IOOV vragen vooral de inzet van de GHOR-sector zelf. Het wetsontwerp veiligheidsregio's is er mede op gericht om de bestuurlijke betrokkenheid te vergroten en meer volledigheid bij het aanpakken en voorkomen van veiligheidsproblemen te bereiken. De eerst verantwoordelijke voor een goed functionerende GHOR zijn de besturen van de veiligheidsregio's. Daarom wil ik samen met mijn collega van VWS met het Veiligheidsberaad (het beraad van voorzitters van de veiligheidsregio's) komen tot een aantal werkafspraken. Het gaat om de onderstaande punten:

1. In 2009 moet een systematiek worden ontwikkeld om het operationeel presterend vermogen van de regionale GHOR-organisatie eenduidig weer te kunnen geven. De basisvereisten crisismanagement (professionele normen), die onderdeel gaan vormen van de regelgeving onder de Wet Veiligheidsregio's, vormen hierbij het uitgangspunt. Ik zal het Veiligheidsberaad daartoe uitnodigen.
2. De ontwikkeling van modelconvenanten door het Veiligheidsberaad moet worden bevorderd om meer (inhoudelijke) eenduidigheid te bereiken in de (prestatie)afspraken met witte ketenpartners. Die modelconvenanten moeten in 2009 gereed zijn.
3. De eerste stappen voor afspraken tussen huisartsen en GHOR zijn gezet met het gezamenlijk ontwikkelen van de leidraad Opleiden,

Trainen en Oefenen. De huisartsen zullen deze samen met de GHOR en in ROAZ verband moeten implementeren in de sector.

4. In het kader van de overdracht aan en borging van activiteiten en resultaten in de regio's van lopende projecten van het programma G-BIV stelt de koepel GHOR Nederland onder verantwoordelijkheid van het veiligheidsberaad voor de zomer van dit jaar een stappenplan (globaal plan van aanpak) op. Dit plan zal vervolgens uitgevoerd worden door GHOR-Nederland. In dit kader wil ik voor het eind van dit jaar nadere afspraken maken over de wijze waarop de pilot van het slachtoffervolgsysteem een vervolg gaat krijgen. Daarbij moet overigens worden bedacht dat de totstandkoming van een geheel sluitend systeem veel complicaties oplevert, bijvoorbeeld omdat slachtoffers lang niet altijd identificeerbaar zijn.
5. In aansluiting hierop dient bovenregionale gewondenspreiding aandacht te krijgen in de ZIROP's.
6. In samenwerking met het Veiligheidsberaad wil ik de toekomst van de GNK-C nader definiëren. Belangrijk hierbij is onder andere de opkomsttijd, uitgangspunt hierbij zijn de basisvereisten crisis-beheersing.

De besturen van de veiligheidsregio's zijn voor de volgende punten aan snee:

7. Allereerst zal er van de zijde van het bestuur van de veiligheidsregio veel meer bestuurlijke aandacht dan voorheen naar de GHOR en de relaties met de zorgaanbieders moeten uitgaan. Het bestuur van de veiligheidsregio zal zelf ook een intensieve relatie met de besturen van de gezondheidsinstellingen in de eigen regio moeten aangaan.
8. De besturen van de veiligheidsregio's moeten er voor zorgdragen dat de operationele leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen door opleiding en oefening voldoende bekwaam zijn om hun taken uit te voeren. Ik zal de IOOV vragen mij in 2011 over de voortgang daarvan te rapporteren.
9. De besturen van de veiligheidsregio's dienen vanuit hun verantwoordelijkheid als opdrachtgever voor de GHOR- te borgen dat de rechtspositie van de GHOR-functionarissen goed is geregeld.
10. Tevens moeten de besturen van de veiligheidsregio's bevorderen dat de RGF'en deel uitmaken van de relevante zorgnetwerken; zoals bijvoorbeeld het ROAZ.

Tot mijn verantwoordelijkheid neem ik het volgende:

11. De kerntaken en de daarbij behorende competenties van de leidinggevende en coördinerende GHOR-functionarissen dienen te worden vastgelegd in regelgeving en het uitgangspunt te vormen voor het opleiden en oefenen.
12. Ik wil de bovenregionale en grensoverschrijdende samenwerking stimuleren door met mijn collega's in België en Duitsland de mogelijkheden te verkennen om grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden te creëren.
13. Samen met mijn collega van VWS wil ik de IOOV verzoeken om samen met de IGZ ons in 2011 nader te rapporteren over de vraag of de afspraken die elke regio met zorginstellingen heeft gemaakt in een redelijke verhouding staan tot de risico's die de regio zelf heeft geïnventariseerd, dit in samenhang met de vigerende zorgwetgeving.
14. Voorts hebben mijn collega van VWS en ik het voornemen om in de Wet publieke gezondheid de bestrijdingstaak en voorbereiding op een infectieziektecrisis op te dragen aan respectievelijk de voorzitter en het bestuur van de veiligheidsregio conform de crisisstructuur volgens de WVR. Ook zal in deze wetswijziging de samenhang tussen de aansturing van geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) en de publieke gezondheidszorg (GGD) worden

versterkt. Hiertoe worden de GGD regio's ten minste congruent aan de veiligheidsregio's. In het wetsvoorstel, zoals dat aan het veld ter consultatie is voorgelegd, is verder opgenomen dat de verantwoordelijkheid voor de aansturing van beide diensten bij één directeur publieke gezondheid wordt belegd.

### **Ten slotte**

Terugkijkend constateer ik dat er in de afgelopen tien jaar veel gedaan en veel gebeurd is. Maar tien jaar is een lange periode. Bij de viering van het eerste lustrum van de GHOR in 2004 zei mijn voorganger, de heer Remkes, dat naar zijn mening door de gemeenten de GHOR nog te veel als een verantwoordelijkheid van het Rijk wordt gezien. Ware woorden die nog steeds opgaan. Met de komst van de veiligheidsregio's verwacht ik echter dat de lokale overheden hun verantwoordelijkheid voor de GHOR nog beter gestalte zullen geven.

De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,  
G. ter Horst