

Vergaderjaar 1996–1997

**25 387**

## **Spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen**

**Nr. 1**

### **BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VAN BINNENLANDSE ZAKEN**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 3 juni 1997

Per brief van 12 juli 1996 (24 400-XVI, nr. 95) hebben wij u geïnformeerd over de vorderingen van het project Versterking Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Wij boden u toen een beleidsvisie aan, niet alleen gericht op de geneeskundige hulpverlening bij rampen (GHR), maar ook op de spoedeisende medische hulpverlening (SMH) bij ongevallen.

#### **Visie**

Het feit dat de beleidsvisie zowel gericht is op spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen (kleinschalig optreden) als ook op de geneeskundige hulpverlening bij rampen (grootschalig optreden) is van belang, omdat wij in Nederland geen eigenstandige rampenbestrijdingsorganisatie kennen maar een organisatie die gebaseerd is op de samenwerking van parate hulpverleningsdiensten (politie, brandweer en geneeskundige diensten).

Over deze visie hebben wij gezegd dat wij deze een goede basis vinden voor een verdere uitwerking. De visie stelt de zorg van de patiënt centraal. De patiënt doorloopt een proces van zorg en krijgt met verschillende organisaties van doen. Deze organisaties in de spoedeisende geneeskundige hulpverlening moeten naadloos op elkaar aansluiten, met andere woorden als een keten van zorg kunnen optreden. Deze keten moet zowel in kleinschalig als in grootschalig verband goed kunnen functioneren.

Op basis van deze visie hebben wij samen met betrokkenen uit de wereld van de gezondheidszorg, openbare orde en veiligheid en het openbaar bestuur de afgelopen periode gewerkt aan het formuleren van beleidsvoornemens die de geneeskundige hulpverleningsketen versterken zowel bij kleinschalig als bij grootschalig optreden.

Daarbij is niet alleen gekeken naar de verschillende schakels in de keten maar zeker ook naar de verbindingen tussen deze schakels.

## **Regionale Ambulance Voorziening**

Een verbetering die wij nu willen invoeren, is de vorming van regionale ambulance voorzieningen (RAV).

Het kernprobleem in de ambulancehulpverlening tot nu toe is de versnippering van de ambulancediensten en de daarmee samenhangende ondoelmatigheid van de ambulancezorg. De wijze waarop de ambulancezorg thans is georganiseerd geeft onvoldoende voorwaarden voor een doelmatige aanwending van middelen en remt de kwaliteitsontwikkeling van deze sector.

Daarom is het voornemen de ambulancezorg met ingang van 1 januari 1998 op regionale schaal te organiseren in de vorm van een Regionale Ambulance Voorziening (RAV).

Gebudgetteerde RAV's vormen – mede gezien het brede draagvlak – naar onze mening een krachtige basis voor het op korte termijn realiseren van een doelmatiger organisatie van de ambulancezorg en bieden goede randvoorwaarden voor de ontwikkeling van een integrale benadering van de kwaliteit van de ambulancezorg. Dit laat onverlet dat – als bovenstaande ontwikkelingen niet leiden tot het gewenste effect – het beleid ten aanzien van de ambulancezorg verder aangescherpt zal worden. In dat kader heeft het kabinet besloten reeds nu een onderzoek te laten verrichten naar de mogelijkheden en consequenties van introductie op termijn van (vormen van) aanbesteding in de ambulancezorg, waarbij als uitgangspunt zal gelden dat geen afbreuk kan worden gedaan aan de voor de ambulancezorg essentiële integrale benadering van de kwaliteit van de zorg.

Voor een nadere uitwerking van dit voornemen verwijzen wij naar de bijgevoegde nota «Met zorg verbonden».

## **Traumazorgsysteem**

Een andere belangrijke schakel in de spoedeisende geneeskundige hulpverleningsketen is de traumazorg. Hieronder verstaan wij de zorg voor de ernstige ongevalspatiënten geleverd door of vanwege de ziekenhuizen en de ambulancediensten. Van verschillende kanten is geconstateerd dat de traumazorg tot nu toe onvoldoende structuur kent.

Ernstige ongevalsslachtoffers – en met name de zogeheten multi-traumapatiënten – worden nog steeds niet altijd in het voor hen meest geschikte ziekenhuis opgenomen: de opvang lijkt in ieder ziekenhuis te kunnen gebeuren.

De opvang moet uiteraard voor alle acute patiënten goed zijn verzorgd, maar met name voor de multitraumapatiënten luistert het heel nauw naar welk ziekenhuis zij vervoerd worden. Het beleidsvoornemen is om voor alle betrokkenen een duidelijke structuur in de traumazorg aan te brengen. Daartoe is het voornemen om een traumazorgnetwerk te organiseren waarin alle ziekenhuizen kunnen participeren. Bij de ontwikkeling van dit netwerk is de gedachte om de ziekenhuizen met een neurochirurgisch hoofdcentrum een centrale rol te laten spelen.

Voor een nadere uitwerking van dit voornemen verwijzen wij u eveneens naar de bijgevoegde nota «Met zorg verbonden».

## **Project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)**

Daarnaast is een aantal andere beleidsvoornemens geformuleerd gericht op het verbeteren van zowel de schakels zelf als de verbindingen tussen de schakels van de spoedeisende geneeskundige hulpverleningsketen.

Het betreft enerzijds beleidsvoornemens gericht op de ontwikkeling van een aantal producten, te weten:

- de ontwikkeling van een samenhangend systeem van kwaliteitszorg voor de gehele keten gericht op klein- en grootschalig optreden;
- de ontwikkeling van een registratiesysteem ten behoeve van de gehele keten;
- het doorlichten van de financieringssystematiek vanuit de keten-gedachte.

Anderzijds betreft het beleidsvoornemens gericht op het stimuleren van de verbetering van die onderdelen van de spoedeisende geneeskundige hulpverlening die ook voor grootschalig optreden van belang zijn. Daartoe wordt, onder een aantal procesmatige en inhoudelijke voorwaarden, een stimuleringsregeling ontworpen.

Daarnaast zijn wij voornemens om een aantal proefgebieden aan te wijzen. Vaak kunnen dat gebieden zijn die al zover zijn gevorderd dat zij in staat moeten worden geacht om op korte termijn de eerdergenoemde beleidsvisie integraal te beproeven en tevens in staat zijn om producten, die tussentijds worden ontwikkeld, te beproeven.

Voor een compleet beeld inzake de bovenstaande beleidsvoornemens en de wijze waarop dit zal worden aangepakt verwijzen wij u naar een drietal bijgevoegde stukken:

- eindbeeld voor de SMH/GHR<sup>1</sup>;
- het projectprogramma GHOR<sup>1</sup>;
- de bijlagen bij het projectprogramma<sup>1</sup>.

Wij hebben ons overigens laten bijstaan door een begeleidingscommissie onder leiding van prof. drs. J. van Londen. De commissie is gevraagd een oordeel te geven over de kwaliteit van het projectprogramma.

Zij heeft positief geadviseerd.

Het volledig advies is als afzonderlijke bijlage toegevoegd.<sup>1</sup> Tot zover onze beleidsvoornemens die vooral gericht zijn op de kwaliteit van de keten.

### **Geneeskundige combinatie**

In operationele zin is er de laatste jaren gewerkt aan het verbeteren van het proces van kleinschalig naar grootschalig optreden (opschaling). Hiertoe is de geneeskundige combinatie ontwikkeld.

Deze combinatie bestaat uit een traumateam, twee ambulanceteams en een Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA).

De geneeskundige combinatie wordt ingezet zodra de normale, dagelijkse capaciteit aan materieel en personeel niet meer toereikend is. Er is dan sprake van de eerste stap van kleinschalig naar grootschalig optreden.

Inmiddels is duidelijk geworden dat ambulanceteams en SIGMA's passen binnen de lijnen zoals ze nu zijn uitgezet en daarom zal medio oktober worden gestart met de landelijke implementatie ervan.

Ten behoeve van deze ambulanceteams en SIGMA's wordt door het ministerie van Binnenlandse Zaken uitrustingen en transportmiddelen ter beschikking gesteld. Met de invoering van ambulanceteams en SIGMA's en de daarbij behorende middelen worden de mogelijkheden om een adequate geneeskundige hulpverlening te bieden in situaties met veel gewonden reeds aanmerkelijk vergroot.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

## **Bestuurlijke verantwoordelijkheid**

Uitgaande van het centraal stellen van de zorg voor de patiënt en de daaraan gekoppelde ketengedachte is het meer dan wenselijk dat er ook een éénduidige bestuurlijke verantwoordelijkheid ontstaat voor de gehele keten.

Op dit moment bestaat deze verantwoordelijkheid niet voor de spoedeisende geneeskundige hulpverleningsketen bij kleinschalig optreden. Wanneer sprake is van grootschalig optreden dan is deze verantwoordelijkheid geregeld in de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (Wghr).

Gezien het uitgangspunt dat er – vanuit het kleinschalig optreden naar grootschalig optreden – van een natuurlijk proces (opschaling) sprake moet zijn, komen we automatisch terecht op een overgangsgebied van gezondheidszorg (kleinschalig optreden) naar geneeskundige hulpverlening bij rampen (grootschalig optreden) en daarmee op het terrein van openbare orde en veiligheid.

Met name op het gebied van de gezondheidszorg zijn duidelijke tendensen waar te nemen naar schaalvergroting. Deze schaalvergroting is noodzakelijk vanuit het oogpunt van efficiency en effectiviteit.

Schaalvergroting binnen de gezondheidszorg impliceert aansturing op een bovengemeentelijke schaal.

Tegelijkertijd is op het terrein van openbaar bestuur sprake van gemeentelijke herindeling en worden de regionale taken herverdeeld over provincie en gemeenten. Dit behoeft de versterking van de SMH/GHR niet in de weg te staan omdat de kern daarvan, zoals reeds eerder is aangegeven, bij de kwaliteit van het medisch handelen en bij de organisatorische regie van de zorgketen ligt. Beide aspecten kunnen worden aangepakt in een variatie van bestuurlijke kaders.

Gezien het feit dat het projectprogramma GHOR als ijkpunt 1 mei 1998 heeft, gaan we vooralsnog uit van de schaal zoals die is vastgelegd in bestaande structuren (Brandweerwet 1985 en de daaruit voortvloeiende Wghr). Ervaringen die gedurende komend jaar worden opgedaan op het gebied van SMH/GHR en de uitkomsten in het kader van de discussie inzake Vernieuwing Bestuurlijke Organisatie zullen op dat moment mogelijk bepalend worden voor de bestuurlijke inbedding van SMH/GHR-taken.

### **Tot slot**

Wellicht ten overvloede melden wij u dat de beleidsvoornemens inzake de Regionale Ambulance Voorziening en het traumazorgsysteem de verantwoordelijkheid zijn voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De beleidsvoornemens in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen zijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministers van Binnenlandse Zaken en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wij denken met de uitvoering van de bovengenoemde beleidsvoornemens een versterking van de keten te bewerkstelligen zowel bij kleinschalig als bij grootschalig optreden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

De Minister van Binnenlandse Zaken,  
H. F. Dijkstal