

Vergaderjaar 1998–1999

**25 387**

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

**Nr. 5**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN BINNENLANDSE ZAKEN EN KONINKRIJKSRELATIES**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 7 april 1999

Per brief van 3 juni 1997 (25 387, nrs. 1 en 2) hebben wij u geïnformeerd over de beleidsvoornemens gericht op het verbeteren van de structuur voor de spoedeisende geneeskundige hulpverlening. Doel is te komen tot een slagvaardige, volwaardige en herkenbare organisatie van spoedeisende geneeskundige hulpverlening die in staat is naadloos op te schalen van kleinschalig naar grootschalig optreden. De beleidsvoornemens zijn derhalve zowel gericht op de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) bij ongevallen als op de Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen (GHR).

Deze beleidsvoornemens zijn geformuleerd in de nota «Met Zorg Verbonden», waarover wij 8 oktober 1997 overleg hebben gevoerd met uw vaste kamercommissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Binnenlandse Zaken. De nota mocht rekenen op brede steun van beide commissies.

#### **Nota «Met Zorg Verbonden»**

In de nota «Met Zorg Verbonden» zijn in samenhang de beleidsvoornemens geformuleerd met betrekking tot de ambulancezorg, de traumazorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat de ambulancezorg en de traumazorg een verantwoordelijkheid zijn voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen een gezamenlijke verantwoordelijkheid is voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

#### *Uitgangspunten*

De beleidsvoornemens zijn gestoeld op twee uitgangspunten:

1. De patiënt en de zorgketen staan centraal  
Zowel bij de SMH als bij de GHR staat de patiënt en daarmee de zorgketen centraal. De SMH-hulpverlening moet worden gezien als een keten waarvan de verschillende schakels (zoals alarmering bij de Centrale Post Ambulancevervoer, inzet ambulances, verlenen medische en verpleegkundige hulp ter plekke, vervoer naar ziekenhuis, vervolgbehandeling in ziekenhuis) goed op elkaar afgestemd dienen te zijn om een optimale zorg voor de patiënt te garanderen. De hierbij betrokken organisaties binnen de gezondheidszorg dienen als één «keten van zorg» te functioneren. Dit geldt zowel voor klein- als grootschalig optreden. Verder dient, zeker in rampsituaties, de afstemming met brandweer en politie optimaal te zijn.
2. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de SMH en GHR in één hand.  
Bij de SMH ontbreekt de procesverantwoordelijkheid voor de keten als geheel. De verantwoordelijkheid voor de GHR is wel toebedeeld. Omdat de SMH het fundament vormt voor de GHR is het zeer gewenst dat er een eenduidige bestuurlijke aansturing ontstaat voor de SMH en GHR.

### *Aanpak*

Om invulling te geven aan de voornemens is gekozen voor een aanpak langs de volgende sporen:

- 1 het verbeteren van de afzonderlijke schakels binnen de keten, in het bijzonder de ambulancezorg en traumazorg;
- 2 het treffen van aanvullende voorzieningen voor grootschalig optreden;
- 3 het verbeteren van de samenhang van de schakels binnen de keten;
- 4 het totstandbrengen van een bestuurlijke en organisatorische structuur op ketenniveau.

### **Ad 1) Verbeteren van de afzonderlijke schakels binnen de keten**

#### *Regionale ambulancevoorziening*

Ambulancezorg is een essentiële schakel in de keten van spoedeisende medische hulp. Om zorg te dragen voor een samenhangende en doelmatige ambulancezorg is gekozen voor de ontwikkeling van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV). Een RAV is een samenwerkingsverband tussen ambulancediensten en Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) en zal worden beschouwd als orgaan van gezondheidszorg in de zin van de Wet tarieven gezondheidszorg. De RAV is verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid en de bedrijfsvoering en zal houder zijn van het budget voor de ambulancezorg. Het proces om te komen tot een RAV is in eerste instantie een proces van de betrokken partijen zelf.

In de meerjarenafspraken van 5 november 1998 met de Landelijke Federatie Ambulancezorg en Zorgverzekeraars Nederland is vastgelegd dat bij de ontwikkeling en de uitvoering van het beleid ten aanzien van de ambulancezorg door partijen de RAV, waarvan de CPA onlosmakelijk onderdeel is, als uitgangspunt wordt genomen. Partijen achten de totstandkoming van de RAV'en noodzakelijk voor een goede kwaliteitsborging en een doelmatige bedrijfsvoering; bovendien zijn partijen van mening dat de RAV'en een versterking zijn van de spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen.

In het kader van de meerjarenafspraken is extra geld beschikbaar gesteld voor de ambulancezorg, oplopend van f 15.9 miljoen in 1999 tot f 49.5 miljoen in 2002. Het betreft, naast gelden voor autonome groei, intensivering op het terrein van het kwaliteitsbeleid, de informatie- en communicatietechnologie en de bedrijfsvoering. Aan het beschikbaar

stellen van de extra financiële middelen aan de ambulancediensten/CPA's is de voorwaarde gekoppeld dat er sprake moet zijn van een RAV of van een onomkeerbare aanzet tot de vorming van een RAV. Dit moet onder meer blijken uit een in overleg met de zorgverzekeraars opgesteld regionaal ambulanceplan.

Reeds in 1997 is aan de koepel voor de ambulancesector een subsidie van f 970 000,- toegekend voor de begeleiding van de implementatie van RAV'en in de regio's.

Met het Interprovinciaal Overleg en de Vereniging Nederlandse Gemeenten zal binnenkort worden overlegd omtrent de gebiedsindeling RAV. De voorlopige samenwerkingsgebieden voor het project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen, zoals die voorgesteld zijn door het lokale bestuur, dienen hierbij als uitgangspunt.

#### *Traumazorg*

In oktober 1998 is op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen de Beleidsvisie Traumazorg gepubliceerd en ter kennisneming aangeboden aan de Tweede Kamer. Als uitvloeisel van de beleidsvisie traumazorg zijn 12 aanvragen binnengekomen van ziekenhuizen die voor de aanwijzing tot traumacentrum in aanmerking wensen te komen. Op dit moment vindt de beoordeling plaats van de ingediende plannen. Naar verwachting zal binnenkort bekend gemaakt worden welke 10 ziekenhuizen als traumacentrum worden aangewezen. Deze traumacentra krijgen onder meer de opdracht om onderling en met de andere ziekenhuizen en ketenpartners een traumazorgnetwerk te vormen. Voorts krijgen de traumacentra als taak zorg te dragen voor kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Voor de ontwikkeling van het traumazorgnetwerk is f 10 miljoen beschikbaar. Vier traumacentra zullen voorts worden aangewezen voor een helikoptervervoering. Doel van deze voorziening is het per helikopter vervoeren van een mobiel medisch team, dat ter aanvulling op de ambulancezorg bij ernstige ongevallen specialistische hulp kan bieden. Hiervoor is eveneens voor de gezamenlijke ziekenhuizen een bedrag van f 10 miljoen beschikbaar. De overige traumacentra dienen eveneens over een mobiel medisch team te beschikken.

#### **Ad 2) Treffen van aanvullende voorzieningen voor grootschalig optreden**

Om in operationele zin de overgang van reguliere naar grootschalige hulpverlening geleidelijker te laten verlopen en tegelijkertijd de samenhang en afstemming tussen de verschillende hulpverleners en daarmee de kwaliteit van hun handelen te verbeteren, is de Geneeskundige Combinatie (GNK-combinatie) geïntroduceerd. De GNK-combinatie is een organisatorisch samenwerkingsverband onder éénhoofdige leiding. Het bestaat uit een Mobiel Medisch Team, twee ambulanceteams en een Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA). Deze SIGMA wordt bij voorkeur gevormd door vrijwilligers van het Nederlands Rode Kruis.

De GNK-combinatie kan worden ingezet indien er bij een ongeval of ramp meerdere (zwaar)gewonden betrokken zijn. Ook kan de GNK-combinatie uit voorzorg worden ingezet. De GNK-combinatie kan hierbij als geheel worden ingezet, maar de delen van de GNK-combinatie (bijvoorbeeld het ambulanceteam) zijn ook los inzetbaar. Omdat de Geneeskundige Combinatie ook wordt gebruikt als interregionale bijstandseenheid zijn er uniforme eisen gesteld ten aanzien van samenstelling, kwaliteit en uitrusting.

In 1998 is een begin gemaakt met het operationaliseren van de Geneeskundige Combinatie. Daartoe zijn voor een bedrag van f 35 miljoen, 43 uniforme uitrustingen door BZK aangeschaft en aan de regio's ter beschikking gesteld. Deze uitrustingen bestaan uit twee personeel-/materieelvoertuigen met aanhangwagens en een grote container met aanvullende uitrusting. Tevens is in 1998 een opleidingstraject gestart voor de leden van de GNK-combinatie en zijn in opdracht van BZK een leidraad en oefenmodule ontwikkeld. In 1999 zal het operationaliseringstraject worden afgerond. Hierbij zal bijzondere aandacht worden besteed aan het verder structuur aanbrengen in de opleidingen voor de leden van de GNK-combinatie.

### **Ad 3) Verbeteren van de samenhang van de schakels binnen de keten**

Zoals gesteld staat de patiënt centraal. Dit vertaalt zich in de visie dat de SMH en GHR, tezamen de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR), beschouwd moeten worden in het perspectief van de keten. Hierbij staat het proces van hulpverlening centraal en niet de samenstellende schakels.

#### *Afbakening keten*

Om de keten als één geheel te laten functioneren is op de eerste plaats overeenstemming nodig over de afbakening van de keten en de samenhang en de samenwerking van de verschillende schakels daarbinnen.

Daartoe is het proces van spoedeisende medische hulpverlening beschreven hetgeen heeft geresulteerd in het document «Schematische beschrijving van het SMH-proces».

De beschrijving beperkt zich tot de groep «letselpatiënten» als gevolg van oorzaken van buitenaf, die tevens worden aangemeld bij de Centrale Posten Ambulancevervoer.

In de procesbeschrijving zijn tien concrete stappen onderscheiden, met bij iedere stap de status van de patiënt en een beschrijving van de betrokken functionarissen of instanties en hun taken. Daarnaast is een opschalings-schema opgenomen. Hierin staat aangegeven welke inzet van welke geneeskundige disciplines en in welke omvang minimaal nodig is afhankelijk van het type incident.

#### *Kwaliteitssysteem*

Op de tweede plaats is overeenstemming nodig over de wijze waarop de samenwerking en samenhang van de schakels kan worden bevorderd. Daartoe is een instrumentarium ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de keten permanent kan worden verbeterd. Gekozen is voor een beschrijving van een manier waarop een kwaliteitssysteem kan worden georganiseerd en een daarmee samenhangend informatie- en registratiesysteem en visitatiesysteem.

De resultaten zijn beschreven in de documenten «Voor verbetering vatbaar; het organiseren van een kwaliteitssysteem in de regio», «Definitiestudie en basisontwerp informatie- en registratiesysteem» en «Visitatiemodel SMH-GHR». Deze resultaten zijn met uitzondering van het visitatiemodel bekend gesteld middels brief kenmerk PGHOR1998/52744.

In het document «Voor verbetering vatbaar» is beschreven op welke wijze de opbouw van het kwaliteitssysteem van de spoedeisende medische hulpverlening op regionaal niveau kan worden georganiseerd. Centrale gedachte bij de organisatie van het kwaliteitssysteem is dat op grond van het registreren van een beperkt aantal gegevens evaluaties kunnen

worden uitgevoerd, zowel op het niveau van de individuele patiënt, als op het niveau van groepen patiënten. Deze evaluaties kunnen plaatsvinden zowel op regionaal als op landelijk niveau. Ondersteunend hieraan kan het onlangs opgerichte Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde zijn. Goede registratie is een onmisbare factor voor het voeren van een kwaliteitsbeleid. Een definitiestudie naar zo'n registratie- en informatie-systeem, waarin beschreven is wat het te ontwikkelen systeem moet kunnen en een daarop gebaseerd basisontwerp zijn gereed. Gedefinieerd zijn welke gegevens minimaal en welke maximaal moeten worden geregistreerd om de beoogde opbouw van het kwaliteitssysteem te ondersteunen. Bij het maken van het basisontwerp is zoveel mogelijk uitgegaan van bestaande systemen.

Als sluitstuk van het instrumentarium om de samenwerking en samenhang van de schakels binnen de keten te bevorderen is een visitatiemodel ontwikkeld. Door interregionaal te visiteren op ketenniveau is het mogelijk het proces van hulpverlening en het resultaat daarvan te vergelijken.

Door het toepassen van het integrale kwaliteitssysteem op grond van de te registreren gedefinieerde gegevens wordt de keten transparant en kan het resultaat van de spoedeisende medische hulpverlening worden bepaald en vergeleken. Hierdoor ontstaat een zelfdragend systeem van permanente normontwikkeling.

#### *Draagvlak*

Al deze producten zijn opgesteld met inbreng van materiedeskundigen en vakspecialisten vanuit de diverse betrokken beroepsgroepen en door een onafhankelijke klankbordgroep getoetst op de beoogde samenhang, juistheid, volledigheid en het te verwachten draagvlak. Alle bij de GHOR betrokken (koepel)organisaties, verenigd in het College van Advies GHOR, hebben ingestemd met de ontwikkelde producten en de bereidheid uitgesproken mee te werken aan de implementatie daarvan.

#### **Ad 4 Totstandbrengen van een bestuurlijke en organisatorische structuur**

Om te komen tot feitelijke verbeteringen in de geneeskundige hulpverleningsketen is het noodzakelijk een bestuurlijke en organisatorische structuur te vormen, zodanig dat op ketenniveau een verband kan ontstaan van samenwerkende geneeskundige diensten, die ook in geval van een incident of ramp onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur zijn werk kan doen. Uitgangspunten hierbij zijn dat de verantwoordelijkheid voor de SMH en GHR bestuurlijk in één hand wordt gebracht en dat onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur een functionaris wordt aangesteld, de zogenaamde Regionaal Geneeskundig Functionaris, die belast wordt met de procesverantwoordelijkheid voor de SMH en GHR.

In 1998 zijn regionale processen op gang gebracht, gericht op het creëren van organisatorische en bestuurlijke kaders waarbinnen gewenste verbeteringen kunnen worden aangebracht en de GHOR op ketenniveau kan worden aangestuurd. Het accent ligt daarbij op het creëren van draagvlak bij zowel het bestuurlijk als het geneeskundig veld.

Om dit proces op gang te brengen is in november 1997 bij circulaire nr. PGHOR97/116 aan de gemeenten gevraagd (voorlopige) samenwerkingsverbanden aan te gaan op een schaal die tegemoet komt aan de minimale omvang die nodig is om de geneeskundige hulpverleningsketen doelmatig en doeltreffend te kunnen organiseren en die aansluit op de schaal van de brandweer- en politieorganisaties.

Ter stimulering is voor 1998 per (voorlopig) samenwerkingsverband een financiële bijdrage van f 335 000,- beschikbaar gesteld voor het opstellen van een plan van aanpak voor de implementatie van de beoogde verbeteringen.

In het gehele land zijn inmiddels gemeentelijke samenwerkingsverbanden gerealiseerd (de zogenaamde GHOR-regio's), die voldoen aan de in de circulaire gestelde eisen. Binnen deze samenwerkingsverbanden zijn door de bestuurlijke en geneeskundige partners plannen van aanpak opgesteld gericht op het praktisch vormgeven van de gewenste situatie. In vrijwel alle GHOR-regio's zijn de plannen bestuurlijk geaccordeerd.

### **Vervolg**

Het jaar 1999 zal in het teken staan van de regionale implementatie van de verbeteringen. Daartoe is een programma opgesteld genaamd «Van ontwikkeling naar uitvoering», waarin de activiteiten beschreven zijn die vanuit het landelijk niveau verricht worden ter ondersteuning van de feitelijke uitvoering van de regionale plannen van aanpak. Daarnaast wordt in het programma aandacht besteed aan de noodzakelijke activiteiten op rijksniveau. Het programma kent een looptijd van één jaar (1 januari 1999 tot 1 januari 2000).

Tot nu toe lag het zwaartepunt van de activiteiten op het concretiseren van de beleidsvoornemens en het mobiliseren van initiatieven en processen op landelijk en regionaal niveau. Het programma voor 1999 is gericht op het stroomlijnen van de op gang gebrachte initiatieven en processen en implementatie van de gewenste verbeteringen.

In het programma «Van ontwikkeling naar uitvoering» zijn deelprojecten gedefinieerd die moeten leiden tot:

*De ontwikkeling van nog ontbrekende landelijke producten met betrekking tot de bestuurlijke en organisatorische structuur.*

Medio 1999 dient duidelijkheid te bestaan over de verantwoordelijkheden van het te vormen bestuur GHOR en de bandbreedte van de taken en bevoegdheden van de functie RGF. Over de wijze waarop de GHOR bestuurlijk wordt ingebed en de territoriale afstemming van de gemeenschappelijke regeling GHOR met die van de politie en brandweer zult u binnenkort apart worden geïnformeerd.

*Het in de gewenste richting stroomlijnen van de regionale implementatieprocessen.*

Door het stellen van minimumprestatie-eisen zowel ten aanzien van de inhoud als de planning wordt richting gegeven aan de regionale implementatietrajecten. In overleg met de regio's zijn de minimumeisen ten aanzien van de regionale implementatieprogramma's vastgesteld. De minimumprestaties hebben betrekking op de in 1998 gerealiseerde producten, in casu de «Schematische beschrijving SMH-keten», het kwaliteitsplan conform «Voor verbetering vatbaar, het organiseren van een SMH kwaliteitssysteem in de regio» en een registratie- en informatiesysteem conform de «Definitiestudie registratie- en informatiesysteem» en de medio 1999 gereed zijnde producten met betrekking tot de bestuurlijke verantwoordelijkheid GHOR en functie RGF. Inmiddels is voor 1999, bij circulaire PGHOR97/116, per regio een bedrag van f 350 000,- beschikbaar gesteld voor de personele ondersteuning bij het uitvoeren van de regionale implementatieprogramma's waarin de minimumprestatie-eisen zijn verwerkt.

Het bedrag van f 350 000,- is structureel beschikbaar. Na 1 januari 2000, of zoveel eerder als overeengekomen met de onderscheiden regio's, zal dit bedrag beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de Regionaal Geneeskundig Functionaris.

De gepresenteerde activiteiten voor 1999 moeten leiden tot een onomkeerbaar proces dat leidt tot de gewenste situatie voor de GHOR zoals verwoord in de Nota «Met zorg verbonden».

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

De Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,  
G. M. de Vries