

De Geneeskundige Combinatie

Een Gezamenlijke Verantwoordelijkheid



5 januari 2009

Werkgroep GNK-C, GHOR NL

J. Christiaanse, J. Bernsen, M. Smeekes, R.J. Schouwerwou, W. van Roessel

De Geneeskundige Combinatie

Een Gezamenlijke Verantwoordelijkheid

Inleiding

Er wordt al sinds 2003 gesproken over de wijze, waarop de Geneeskundige Combinatie (GNK-C) ingezet zou moeten worden. Verschillende keren is de discussie daarover gestart, maar tot een breed gedragen afronding is het niet gekomen. Het gebruik en de behoefte blijken binnen de verschillende regio's uiteen te lopen. Middels een brief heeft het ministerie van BZK¹ (Gaastra 2008) nieuwe uitgangspunten vastgesteld. GHOR-regio's delen deze in meerderheid niet, zoals uitgesproken tijdens de ALV GHOR NL van 12 september 2008. In deze notitie worden de uitgangspunten voor een visie opnieuw benoemd en wordt een voorstel gedaan, hoe tot een landelijk samenhangende benadering gekomen kan worden. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen een oplossing voor de kortere termijn en voor de langere termijn. Voor de kortere termijn wordt ingestoken op verbetering van het gebruik van de bestaande capaciteit, terwijl we voor de langere termijn willen komen tot een doorontwikkeling van het concept van aanvullende pre-hospitale capaciteit.

Doel van de notitie

Het formuleren van een door het veld breed gedragen concrete visie met uitgangspunten en verantwoordelijkheidstoedeling voor de toekomstige inzet van additionele pre-hospitale geneeskundige zorg en interregionale bijstand, welke in de huidige situatie middels GNK-C onderdelen ingevuld worden.

Geschiedenis

Het concept van de GNK-C is vanaf 1995 ontwikkeld en vanaf 1998 geïmplementeerd door BZK. In 2003 heeft een eerste evaluatie plaatsgevonden door Trimension, waarbij voorstellen zijn gedaan om een aantal knelpunten te verbeteren. Vanuit de stuurgroep P3 van toenmalige Raad van RGF'en was op kwaliteit en methodiek van het rapport veel kritiek. In het ACIR rapport uit 2004² wordt dit rapport uitvoerig geciteerd, waarbij wordt gezegd *“Op grond van deze knelpuntanalyse heeft er een heroverweging van het concept GNK plaatsgevonden dat ertoe heeft geleid dat de GNK wordt opgeheven.”* (ACIR 2004). Hoewel deze conclusie niet juist is, worden de voornaamste knelpunten wel duidelijk samengevat. Deze samenvatting is opgenomen in bijlage 1.

De implementatie van deze voorstellen voor een nieuwe inzet is door kritiek op het rapport niet ter hand genomen. Een tweede poging voor het formuleren van een nieuwe visie vond in 2005 plaats middels een opdracht van BZK aan de werkgroep GNK-C, welke door KPMG is ondersteund. De implementatie van hun voorstellen voor een nieuwe visie³ heeft evenmin plaatsgevonden omdat het traject nooit

¹ Brief van BZK van 3 september, onderwerp “toekomst Geneeskundige Combinatie”, van plv. DG Gaastra

² Bijlage bij het adviesrapport van de ACIR “De Vrijblijvendheid Voorbij”, bijlage IId: Foto GHOR, pagina 19 (2004)

³ Een visie op de inzet van geneeskundige teams bij grootschalig optreden, Werkgroep GNK, 2005

geheel is afgerond. Daarbij liepen overigens discussies over inhoudelijke uitgangspunten en over de wijze van daadwerkelijke uitvoering door elkaar heen. In geen van deze rapportages is de conclusie getrokken dat met minder materiaal zou kunnen worden volstaan.

Tussentijds is vanuit BZK wel de wens tot kostenreductie ter tafel gekomen, evenals de problematiek van de bekostiging van de Sigma-teams. Recent speelt ook de kwestie van de voornemens van BZK om bovenregionale ondersteuning op een andere wijze te gaan positioneren in relatie tot het Veiligheidsberaad.

Doel van de GNK-C

In de diverse stukken over de GNK-C is nooit een heldere doelstelling geformuleerd. Voorgesteld wordt om als basis voor het verdere beleid uit te gaan van het volgende beleidsdoel:

Het vergroten van de pre-hospitale geneeskundige capaciteit met hulpverleners, materieel en onderdak, bij (te verwachten) grote, langdurige incidenten met veel slachtoffers met name op moeilijk bereikbare plaatsen onder slechte weersomstandigheden.

Beoordeling huidig gebruik

Na het opheffen van de Geneeskundige Pelotons en de Landelijke Organisatie Trauma Teams, heeft het ministerie van BZK, in aansluiting op de brandweercompagnieën, de huidige GNK-C ontwikkeld als een instrument voor het bieden van additionele pre-hospitale zorg bij grootschalig optreden d.m.v. het leveren van extra menskracht en materieel. Het concept en de uitvoering zijn echter niet of onvoldoende gekoppeld aan de werkwijze in de gezondheidszorg en ook niet gebaseerd op de regelgeving in de gezondheidszorg⁴.

Het neerzetten van de GNK-C als afzonderlijk concept door BZK, als systeemverantwoordelijke voor de rampenbestrijding, heeft er toe geleid dat de GNK-C een plaats **naast** de reguliere gezondheidszorg kreeg, in plaats dat het een vanzelfsprekend **aanvullend** instrument voor de reguliere gezondheidszorg (m.n. de pre-hospitale acute zorg) is geworden.

Dit heeft als gevolg:

- Dat de GNK-C niet automatisch als zorginstrument wordt beleefd, die de ambulancevoorziening/meldkamer kan gebruiken als er behoefte is aan aanvullende capaciteit voor de reguliere zorg met name bij opschaling.
- Dat in de ontwikkeling in de gezondheidszorg/ambulancetzorg van de laatste jaren is de GNK-C niet (zichtbaar) IS meegenomen.

⁴ In dit kader valt wel op, dat IGZ de GHOR met name als houder van de GNK-C ziet in termen van zorginstelling en daarmee de GNK-C ook als gezondheidszorgvoorziening gezien wordt.

- Dat de wijze van inzet volgens de oorspronkelijke systematiek voor inzet van de totale combinatie niet of nauwelijks voorkomt.
- Dat er in de praktijk andere toepassingen zijn gemaakt, die per regio duidelijk verschillen:
 - Grootschalige evenementen
 - Voorzorgslandingen Rotterdam Airport⁵
 - Begrafenis Pim Fortuyn en Prins Bernhard
 - Ketelongeval Amercentrale
 - Decontaminatie VOPAK incident
 - Bijlmerramp
 - Dance Valley
 - Ondersteuning TBC-onderzoek Zeist

In feite is de cafébrand Volendam wellicht de enige inzet welke volgens het criterium in de leidraad⁶ (BZK 1998) daadwerkelijk geïndiceerd was. Het is natuurlijk de vraag, of de GNK-C in zijn huidige vorm vaker ingezet had hoeven worden.

Voorbeelden waarbij inzet GNK-C's geïndiceerd zou zijn, zijn bijvoorbeeld:

- Vliegtuig ongeval Tenerife
- Treinramp bij Harmelen en Schiedam (zie afb. 1)
- Bomaanslagen Bali en Madrid
- Overstroming 1953



Figuur 1 Treinramp Schiedam 4 mei 1976

De vraag kan gesteld worden voor wat voor soort incidenten volgens de doelstelling de GNK ingezet zou kunnen worden. Dat levert de volgende voorbeelden op:

- Incident Groen Hart Tunnel
- Incident Maasvlakte I/II, of andere moeilijk bereikbare plakken
- Vliegtuigincidenten
- Grote verkeersongelukken (trein/auto)
- Instorten hoge gebouwen

Deze voorbeelden onderstrepen, dat er zonder meer behoefte is aan het kunnen beschikken over aanvullende capaciteit en materieel.⁷ Het feit, dat zich in de

⁵ Daarbij komt wel naar voren, dat op grond van de gewenste capaciteit in het geval van een voorzorgslanding van een Boeing 737 – het meest voorkomende toestel in de burgerluchtvaart – 3 GNK-C's geïndiceerd zijn ((Gemeente Rotterdam (2006) Rampenbestrijdingsplan Rotterdam Airport.

⁶ BZK (1998), Leidraad Geneeskundige Combinaties, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Directie Brandweer en Rampenbestrijding

⁷ Over de mate waarin en de wijze waarop materieel ingezet moet worden is nog discussie nodig met externe partijen als Rijkswaterstaat en VROM

afgelopen tijd geen rampen hebben voorgedaan van deze aard, mag natuurlijk geen argument zijn om tot beperking van de capaciteit over te gaan.

Daarnaast moeten we in onze analyse tevens betrekken, dat de dreiging van met name terroristische incidenten sinds 1998 als een nieuw gegeven moet worden beschouwd. Het feit, dat al geruime tijd sprake is van het op een na hoogste dreigingsniveau onderstreept dat de risico's duidelijk zijn toegenomen.

Met name de bomaanslagen in London en Madrid hebben laten zien, dat door het ontbreken van adequate ondersteuning middels materiaalvoorraden, de capaciteit van de beschikbare geneeskundige professionals en EHBO'ers ernstig werd ingeperkt. Dat heeft in London inmiddels geleid tot een systeem van het beschikbaar maken van additioneel (geneeskundig) materieel op diverse "knooppunten".

De impact van dit type incidenten onderstreept de behoefte om snel en flexibel aanvullende capaciteit op meerdere plaatsen te krijgen. De lessen uit het buitenland geven daarbij aan, dat daarbij ook gekeken moet worden naar andere concepten.

Uit de evaluaties van Trimension en de visiewerkgroep 2005 is wel naar voren gekomen, dat in een beperkt aantal regio's de GNK-C niet operationeel geworden is. Dat had dan met name te maken met het niet kunnen realiseren van afspraken met de ambulancezorg en de werving en scholing van SIGMA-medewerkers. Als oorzaken kunnen daarvoor genoemd worden een gebrek aan bestuurlijke belangstelling en (daarmee samenhangend) onvoldoende financiering. Invloed van het openbaar bestuur op de ambulancezorg is een belangrijke factor voor de kans van slagen van de GNK-C.

Bij de inventarisatie van knelpunten valt verder op, dat er tot op heden geen inzicht wordt geboden over de kosten, die met de GNK-C gemoeid zijn. Noch de kosten, die BZK maakt voor de beschikbaarstelling en onderhoud van het materieel, noch de kosten, welke de regio's maken voor beheer, stalling en gebruiksmaterialen zijn in kaart gebracht. Voor het maken van gebruiksafspraken in de toekomst is deze inventarisatie absoluut noodzakelijk.

Het gaat bij de GNK-C niet alleen over additioneel materieel. Een van de kernpunten is ook, dat er middels de Sigma's sprake is van inzet van vrijwilligers. Hoewel er sprake is van verschuivende opvattingen tot in welke mate vrijwilligers inzetbaar zijn in de opgeschaalde gezondheidszorg, kan hier onderstreept worden, dat bij het concept GNK-C er in elk geval sprake is van een werkbare organisatievorm om invulling te geven aan de maatschappelijke betrokkenheid van de burger, waar overheid thans zo sterk op inzet.

Over de mate, waarin de GNK-C daadwerkelijk effectief is en welke patiëntenstromen daadwerkelijk extra kunnen worden behandeld, is slechts beperkte onderbouwing beschikbaar. Een eerste onderzoek (met behulp van de ETS-

patiëntenkaarten) naar de behandelcapaciteit van de GNK-C⁸ gaf aan, dat de capaciteit slechts de helft bedraagt van de 24 slachtoffers per uur, waarmee in het concept gerekend wordt. Voor het aantal slachtoffers, dat bij een groot incident wordt gegenereerd, lijkt 1 GNK-C daarom per saldo altijd te weinig.

Voor het bepalen van de gewenste capaciteit, die nodig is voor inzet van additioneel materieel moeten daarom de criteria opnieuw worden bepaald. Tot dat moment lijkt het wenselijk om bij de bepaling van de prestatienorm in de planvorming uit te gaan van het zo spoedig mogelijk beschikbaar hebben van 2 GNK-C's.

Als rode lijn in de discussies van de afgelopen jaren komt het beeld naar voren, dat de GHOR-regio's het concept van de GNK-C van kritische kanttekeningen hebben voorzien, maar in zijn algemeenheid zeer zeker wel willen behouden. Dat is ook onderschreven tijdens de bespreking in de ALV van GHOR NL (8 september 2008). Daarbij komt tevens naar voren, dat er behoefte is aan gezamenlijke uitgangspunten om een dekkend netwerk van bijstandsverlening mogelijk te maken. De huidige onderdelen van de GNK-C zijn daarmee nog niet aan het einde van hun levenscyclus. Het opnieuw formuleren van de uitgangspunten wordt dan ook gezien als een eerste stap, waarbij nu ook begonnen moet worden aan de verdere doorontwikkeling van de pre-hospitale opgeschaalde zorgverlening voor de toekomst.

Momenteel spitst de discussie zich toe op hoe groot de aanvullende pre-hospitale capaciteit, en dus het aantal GNK-C's, in de toekomst nodig zou zijn. Zoals uit het voorgaande blijkt, zijn er thans zeker nog geen onderbouwingen te geven over dat aantal. Wel willen we de bouwstenen aanreiken om tot een geobjectiveerde bepaling van het aantal te komen op basis van een samenhangende set criteria. Daarbij zal overigens niet worden ingegaan op het specifieke risicoprofiel van een regio. Waar een regio op basis van haar eigen risicoprofiel van mening is, dat zij meer capaciteit nodig heeft, dan op basis van bijstandsverlening geleverd kan worden, blijft dat tot het specifieke beleid van de regio behoren.

Voor de daadwerkelijke inzet zijn in de discussies in de voorgaande jaren een aantal noties naar voren gekomen, die de gewenste eenduidigheid invullen, waarbinnen een flexibele inzet mogelijk is.

Ter nadere bepaling van de gewenste uitgangspunten worden de volgende punten voorgesteld:

1. Als basis voor het beleid de volgende al eerder geformuleerde doelstelling vast te stellen:

Het vergroten van de pre-hospitale geneeskundige capaciteit met hulpverleners, materieel en onderdak, bij (te verwachten) grote, langdurige incidenten met veel slachtoffers op moeilijk bereikbare plaatsen onder slechte weersomstandigheden.

⁸ Het gewondennest in de Geneeskundige Combinatie (Groothuis ea), Traumacentrum Limburg, 2004

2. Het kunnen inzetten van additioneel materieel en personeel, anders dan meer ambulances en/of MMT's bij incidenten, waar het hier boven genoemde inzetcriterium op van toepassing is, is een behoefte, die niet ter discussie staat.
3. De inzet van additionele capaciteit moet worden gebaseerd op een dynamische inzet, vergelijkbaar met de ambulancezorg. Daarbij moet gekeken worden naar een landelijk dekkend en samenhangend netwerk, waarbinnen regio's met elkaar samenwerken.
4. Als prestatienorm, wordt voorgesteld:
 - a. Een opkomsttijd van 30 minuten
 - b. Een aanrijtijd van 30 minuten.⁹
 - c. Op basis van deze aanrijtijden moet een spreidingplan worden gemaakt, waarbij voor heel Nederland in dekking kan worden voorzien. Daarbij zal tevens aangesloten moeten worden op spreiding van bestaande voorzieningen van de betreffende zorginstellingen (bv. ambulanceposten) om de gewenste opkomsttijden te kunnen borgen¹⁰.
 - d. Om effectieve ondersteuning en bijstandsverlening mogelijk te maken moet in het spreidingsplan gerekend worden met het terplaatse zijn van 1 combinatie van 1 uur.
 - e. Additioneel moet in de stedelijke gebieden (80% van het aantal inwoners) een tweede combinatie binnen 75 minuten beschikbaar zijn¹¹.
5. De onderdelen van de huidige GNK-C kunnen voor die functie zeker nog een aantal jaren gehandhaafd worden. Voor de periode daarna moet nu onderzoek in gang gezet worden om voor de diverse onderdelen de effectiviteit nader te bepalen en om alternatieven te ontwikkelen.
6. De huidige onderdelen van de GNK-C kunnen ook afzonderlijk ingezet worden.

⁹ Deze prestatienormen zijn overigens ook vastgelegd in de uitvoeringsovereenkomst tussen het NRK en BZK voor de inzet van de SIGMA-vrijwilligers.

¹⁰ NB. Het aantal combinaties cq eenheden daarvan, dat op grond van dit spreidingsplan nodig is moet basis worden van het plan. Een verlaging van het huidige aantal eenheden is tot op heden nergens onderbouwd!

¹¹ Dit vanwege het in voldoende mate te kunnen anticiperen op het aantal slachtoffers. Voor de Waddeneilanden geldt 1 eenheid per eiland.

7. Het is wenselijk om de diverse onderdelen over te dragen aan de zorgverlener (Traumacentrum/RAV), die de daadwerkelijke uitvoering van zorg ook moet verlenen. Daarbij is het betreffende GNK-C onderdeel ook deel van de te leveren zorg en valt het onder de daarvoor geldende zorgregelgeving en financiering.
8. Voor onmiddellijke overdracht komen in aanmerking:
 - a. Het MMT-voertuig wordt overgedragen aan het traumacentrum
 - b. Het AMBU-voertuig aan de RAV
9. Voor overdracht op termijn aan de RAV komen de overige onderdelen van de GNK-C in aanmerking. Daarbij wordt nu wel voorgestaan om de onderdelen te stationeren bij de RAV, maar in een overgangperiode onder de verantwoordelijkheid van de GHOR te houden met bekostiging van BZK tot dat een nieuwe regeling in overleg met VWS is uitgewerkt. Het betreft dan
 - a. Haakarmbak en tent
 - b. Sigmavoertuig en sigmateam
10. Met de zorginstellingen worden op grond van de WVR, artikel 27 schriftelijke afspraken gemaakt over inzet, beschikbaarheid en geoefendheid van de betreffende onderdelen. Daarin moet de gewenste sturing tot stand worden gebracht. De GHOR blijft verantwoordelijk voor de samenhang en de verdere ontwikkeling van het systeem.
11. Met het NRK worden afspraken gemaakt over de uitgangspunten en de mate van beschikbaarheid en financiering van de vrijwilligers.
12. Het aantal benodigde eenheden, dat op grond van deze spreiding berekend wordt, is de basis voor de gewenste bovenregionale ondersteuning, welke voor rijksbekostiging in aanmerking komt. Daarboven kan een regio besluiten om op basis van het eigen risicoprofiel of ambitieniveau extra capaciteit te creëren. Deze komt voor rekening van de betreffende regio.
13. Regio's verplichten zich om voor het aantal eenheden en de locaties, die uit het spreidingsplan naar voren komen het beheer in te vullen in overleg met de ketenpartners in die regio.
14. Regio's verplichten zich tot bovenregionale bijstandverlening door de eenheden, welke op grond van het spreidingsmodel berekend zijn.
15. Regio's verplichten zich om deze eenheden op uniforme wijze ingericht te houden.

Aanbevelingen

1. De uitgangspunten te onderschrijven.
2. Het huidige aantal GNK-C's en de financiering te handhaven totdat een besluit genomen is over het nieuwe spreidingsplan.
3. BZK te vragen om in samenspraak met VWS het RIVM opdracht te geven een spreidingsplan te maken op basis van de bovengenoemde uitgangspunten, waarbij het spreidingsplan ambulances als vertrekpunt kan dienen
4. Op basis van de bovenregionale inzet blijft uniformiteit van materieel en werkwijze noodzakelijk. Zolang het materieel door BZK gefinancierd wordt, kan via het conceptbesluit Veiligheidsregio's (art. 5.1, lid f) landelijke sturing gegeven worden¹².
5. Met AZN en LVTC in gesprek gaan om de mogelijkheid en wenselijkheid van overdracht van onderdelen op basis van de uitgangspunten nader te bespreken.
6. Met NRK in op basis van de uitgangspunten in gesprek gaan over de mate van beschikbaarheid en financiering van de vrijwilligers.
6. Voor over te dragen capaciteit worden BZK en VWS gevraagd om tot afspraken te komen over de wijze van financiering binnen de zorgsector. Daarvoor is een kader nodig. Voor de ambulancesector zou dit opgenomen kunnen worden in het te ontwikkelen landelijk model programma van eisen voor de vergunningverlening WAV.

¹² In de afspraken is expliciete aandacht nodig voor de wijze, waarop de uniformiteit van materieel, geoefendheid van personeel en inzetbaarheid gegarandeerd wordt, met name om de bovenregionale inzet te borgen.

Bijlage 1

Knelpunten verwoord in het ACIR rapport (2004) n.a.v. de beleidsmatige evaluatie van het concept Geneeskundige Combinatie door het bureau Trimensio namens het ministerie van BZK in 2003

- De GNK-C is niet in alle regio's in Nederland ingevoerd. Daar waar zij wel is ingevoerd bestaan er verschillen in selectiecriteria, en in de wijze waarop de taak van de Commandant GNK-C wordt ingevuld. Dit komt doordat de hiërarchie binnen de GNK-C niet beschreven is.
- Er zijn ook verschillen in werkwijzen en procedures a.g.v. het ontbreken van informatie hierover in de leidraad GNK-C
- Er zijn grote problemen met de beperkingen die de Arbeidstijdenwet oplegt aan de inzetbaarheid en beschikbaarheid van personeel;
- De opkomsttijd van de GNK-C is > 1 uur. Dat is te lang;
- Bij de helft van de GHOR-bureaus heeft het Nederlandse Rode Kruis moeite om voldoende vrijwilligers aan te leveren;
- De GHOR-organisatie kan en mag geen vergoedingen geven voor de inzet van de vrijwilligers van het Nederlandse Rode Kruis. Dat geeft een forse scheefgroei in vergoedingen voor mensen bij oefeningen;
- In ongeveer de helft van de GHOR-regio's waren niet, of slechts gedeeltelijk, met het bestuur afspraken gemaakt over jaarlijkse bijdragen specifiek voor de GHOR. Hierdoor zijn er onvoldoende financiële middelen om de GNK-C volledig conform de leidraad in te voeren;
- De MMT's zijn slechts in één GHOR-regio echt ingevoerd. Het is voor de GHOR-bureaus niet mogelijk om met de traumacentra hierover sluitende afspraken te maken. Dit heeft te maken met het feit dat de traumaregio's in Nederland meerdere GHOR-regio's omvatten en niet alle GNK-C's over een "vast" MMT beschikken;
- In alle GHOR-regio's ontbreekt de geïntegreerde en gegarandeerde inzet van de MMT's in het kader van de GNK-C's.